



Les yeux, la bouche et les sphincters anal et urétral chez l'enfant présentant des troubles envahissants du développement

Manouchka Bouzard

► To cite this version:

Manouchka Bouzard. Les yeux, la bouche et les sphincters anal et urétral chez l'enfant présentant des troubles envahissants du développement. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01562018>

HAL Id: dumas-01562018

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01562018>

Submitted on 13 Jul 2017

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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Les yeux, la bouche et les sphincters anal et urétral chez l'enfant présentant des Troubles Envahissants du Développement

-L'approche psychomotrice des ouvertures corporelles
"sur lesquelles nous avons un contrôle volontaire"-

BOUZARD Manouchka

Née le 22 Février 1995 à Lamothe-Fènelon (46)

Mai 2017

Remerciements:

Je tiens tout d'abord à remercier tous les patients rencontrés au cours de mes différents stages, depuis ces trois années de formation. Ils m'ont permis d'évoluer avec eux, dans mon identité professionnelle et personnelle.

Un grand merci à mes maîtres de stage et à mon directeur de mémoire Mr Mairey, pour leur écoute, leurs conseils, et leurs disponibilités. Merci tout particulièrement à Claire et Audrey pour leurs présences, leurs échanges et encouragements tout au long de l'année.

Je remercie mes proches pour leur soutien et questionnements, m'amenant à cheminer avec souplesse et motivation. Merci à ma sœur et à ma mère pour leurs relectures attentives. Un grand merci à mes amis !

Enfin merci aux professionnels rencontrés, pour leur accueil et leur regard clinique, qui m'ont beaucoup appris.

Avant-propos:

"Les **yeux** des êtres vivants possèdent la plus étonnante des propriétés : le **regard**. Il n'y a pas plus singulier. On ne dit pas des oreilles des créatures qu'elles ont un "écoutard", ni de leurs narines qu'elles ont un "sentard" ou un reniflard".

Qu'est-ce que le **regard** ? C'est inexprimable. Aucun mot ne peut approcher son essence étrange. Et pourtant, le regard existe. Il y a même peu de réalités qui existent à ce point.

Quelle est la différence entre les yeux qui ont un regard et les yeux qui n'en ont pas ? Cette différence a un nom : c'est la vie. **La vie commence là où commence le regard.** [...].

Les seules occupations de Dieu étaient la **déglutition**, la digestion et, par conséquence directe, **l'excrétion**. Ces activités végétatives **passaient par le corps** de Dieu **sans qu'il ne s'en aperçoive**. La nourriture, toujours la même, n'était pas assez excitante pour qu'il la remarque. Le statut de la boisson n'était pas différent. Dieu **ouvrait les orifices** nécessaires pour que les aliments solides et liquides le **traversent**. [...].

Les tubes sont de singuliers mélanges de **plein** et de **vide**, de la matière creuse, une **membrane** d'existence protègent un faisceau d'inexistence. Le **tuyau** est la version flexible du tube: cette mollesse ne le rend pas moins énigmatique.

Dieu avait la souplesse du tuyau mais demeurait **rigide** et inerte, confirmant ainsi sa nature de tube. Il connaissait la sérénité absolue du cylindre. Il filtrait et ne retenait rien."

(Nothomb, 2000)

Pendant longtemps le bébé a été considéré sans émotions, tel un tube digestif ; un **contenant** sans ressenti ni pensée. Amélie Nothomb ironise cette idée.

De nombreuses observations et avancées ont finalement rendu compte que répondre aux **besoins/soins vitaux** (nourrir et changer le nourrisson) ne suffisent pas (concept d'"hospitalisme" de Spitz). Il faut du 'care' pour que l'enfant se développe harmonieusement. Ce **portage tant psychique que physique** est nécessaire et il passe par **l'autre**, par la nécessité d'un tiers qui, notamment par le **regard**, portera l'enfant dans son désir. C'est aussi par la parole qu'il lui permettra d'accéder au symbolique et ainsi de se vivre sujet. Dans son travail, le **psychomotricien** pourra être amené à jouer ce rôle étayant.

Sommaire:

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 4 |
| - CHAPITRE THÉORIQUE - | |
| <u>I- La place respective des trois éléments : bouche, sphincters anal-urétral et yeux</u> | 7 |
| A) Présentation de la bouche | 8 |
| B) Présentation des sphincters anal et urétral | 13 |
| C) Présentation des yeux et du regard | 18 |
| D) Des zones à contrôle volontaire d'ouverture et de fermeture | 21 |
| <u>II- La maison du corps</u> | 24 |
| A) La peau - comme les briques, la tapisserie et ses motifs | 25 |
| B) L'interaction - comme ciment des fondations de l'enveloppe psycho-corporelle | 26 |
| C) Les différents espaces – consulter divers plans pour fonder sa charpente | 28 |
| D) L'image du corps – comme la maison | 31 |
| - CHAPITRE THÉORICO-CLINIQUE- | |
| <u>I- Situations autour des Troubles Envahissants du Développement</u> | 33 |
| A) Classifications et hypothèses | 33 |
| B) Échelles et bilan | 35 |
| C) Présentation de mes deux lieux de stage | 40 |
| <u>II- Quand l'enfant se voit troublé dans son développement</u> | 44 |
| A) L'enfant troublé et l'espace de la bouche | 44 |
| B) L'enfant troublé et les sphincters anal et urétral | 50 |
| C) L'enfant troublé et la problématique du regard | 56 |
| D) Des espaces d'ouverture et de fermeture | 62 |
| Récapitulatif et hypothèse de travail | 64 |
| <u>III – Une contenance pour faire écho - recevoir pour résonner</u> | 65 |
| A) Présentation générale de la médiation pataugeoire | 66 |
| B) Étude de cas – Rencontre de Louise en prise en charge pataugeoire | 70 |
| C) Le psychomotricien et sa spécificité en prise en charge pataugeoire | 80 |
| Conclusion | 82 |
| Bibliographie | 84 |
| Table des matières | 88 |

Introduction :

Dans le cadre de ma troisième année de formation en psychomotricité, j'effectue mes stages dans deux structures accueillant des enfants âgés de trois à sept ans. Je présenterai un travail de réflexion autour de la clinique psychomotrice de ces enfants présentant des Troubles Envahissants du Développement.

Mes questionnements ont émergé des différentes situations cliniques (dont certaines vont être énumérées ci-dessous) vécues au cours de mes premiers jours de stage:

• À notre première rencontre, Nino (7ans) exprime une importante ambivalence vis à vis de mon **regard**. D'emblée, mon regard semble le persécuter et d'un ton agressif il pourra dire «Arrête de me regarder ! Ferme tes **yeux** toi ! ». Finalement, peu de temps après, il m'interpellera « Hého je suis là ! ». Il semble alors s'assurer que mon attention lui est portée.

Ce cas est singulier, tout comme l'est chaque regard. Pour autant, chez beaucoup de ces enfants j'observe des particularités dans l'investissement de ce dernier. Le regard est déjà une intentionnalité et les **yeux** en deviennent des lieux **d'échange**, de **circulation** de flux entre un **dedans** et un **dehors** du corps.

• Dès les premières prises en charge en pataugeoire, j'observe plusieurs enfants s'adonner aux manipulations redondantes de se **remplir/vider** la **bouche** avec l'eau du tuyau.

Ce sont aussi de nombreuses observations sur le temps des repas, qui m'ont amenée à m'intéresser à la **bouche** en tant **qu'ouverture** primitive pour soi et dans la rencontre de l'objet (aliment, texture, etc.) de l'autre et de son environnement.

• Dès le début de mon stage à l'Hôpital de Jour, j'ai été surprise par la problématique récurrente chez beaucoup d'enfants, d'aller aux toilettes. Ce passage aux toilettes s'avère fortement redouté et est un moment fréquent de 'crises'. J'ai également été interpellée par les nombreux motifs de première consultation : « problèmes pour aller à la selle », « encoprésie primaire/secondaire », « énurésie primaire/secondaire », amenant finalement à un diagnostic plus global autour des troubles du développement de l'enfant et à sa prise en charge au sein de l'institution pédopsychiatrique.

C'est aussi une discussion avec le médecin pédopsychiatre et la psychomotricienne, à propos d'une petite fille, qui a consolidé mon ambition de m'intéresser aux sphincters anal et urétral. Ils observaient que Zora (6ans½) était, depuis le début de sa prise en charge en pataugeoire, devenue encoprétique et énurétique.

Ces situations ont fait cheminer mes premières idées et j'ai finalement souhaité m'intéresser aux ouvertures corporelles des **yeux**, de la **bouche** et des **sphincters anal et urétral**, dans leurs dynamiques communes et spécifiques.

Ce serait finalement, à travers ces **ouvertures** corporelles, questionner **ce qui entre** et **ce qui sort** du corps. Questionner ainsi **le corps en tant que contenant**, tant au niveau organique/physique/matériel que psychique.

Je me demanderai alors comment avoir des **limites psycho-corporelles** assez solides, stables, ancrées, pour que les ouvertures des yeux, de la bouche et des sphincters anal et urétral ne soient pas le terreau d'angoisses et de peurs.

Sera abordé le vécu d'un corps en tant qu'entité **à la fois close et ouverte sur le monde**.

Alors, quelle est la place de la bouche dans le développement de l'enfant ? Quelle place accorder au regard et à ses qualités dans ce même développement ? Quel est l'enrobage relationnel autour des sphincters et de leur contrôle ? Comment les éléments des yeux, de la bouche et des sphincters amènent à la construction d'un corps relationnel ?

Comment ces éléments sont questionnés et investis chez l'enfant présentant des Troubles Envahissants du Développement ?

Comment le psychomotricien peut accompagner l'enfant dans ses difficultés ?

C'est ainsi qu'émerge ma problématique : **En quoi s'intéresser aux ouvertures corporelles, " sur lesquelles nous avons un contrôle volontaire ", étaye l'approche psychomotrice de l'enfant présentant des Troubles Envahissants du Développement et son accompagnement ?**

Au sein du chapitre théorique, la première partie permettra de présenter et de situer ces « ouvertures corporelles sur lesquelles nous avons un contrôle volontaire » dans le développement et la construction psycho-corporelle de l'enfant.

La deuxième partie poursuivra à propos de leurs implications dans la construction d'un corps vécu en tant que contenant subjectivé et relationnel.

Le chapitre théorico-clinique débutera par une première partie qui situera, à la fois, ce que sont les Troubles Envahissants du Développement, la place des éléments yeux, bouche et sphincters dans le volet de l'évaluation psychomotrice et mes lieux de stage.

J'en arriverai, dans une deuxième partie, à exposer la clinique de ces enfants autour des éléments pivots de ce travail universitaire.

La dernière partie permettra d'illustrer un accompagnement possible en médiation pataugeoire et la spécificité du psychomotricien.

Tout en gardant à l'esprit qu'il faut parfois accepter de ne pas tout comprendre, j'essaierai, au long de ce mémoire, de donner un sens, mettre des mots, sur le comportement de ces enfants.

-CHAPITRE THÉORIQUE-

Le corps humain est un **contenant** maintenant un certain équilibre, une certaine homéostasie et harmonie interne en s'adaptant à l'environnement dans lequel il se développe.

Concrètement **délimité** dans l'espace, il possède des **ouvertures corporelles** anatomiques que l'on nomme **les orifices du corps**. Ces ouvertures permettent de faire **communiquer l'intérieur** du corps avec **l'extérieur**. Certaines restent constamment ouvertes alors que d'autres ont un fonctionnement leur permettant, de **manière volontaire**, de **s'ouvrir** ou de se **fermer**, et ainsi de permettre ou d'empêcher les **flux** de circuler à travers elles.

PARTIE I- La place respective des trois éléments : **bouche, sphincters anal-urétral et yeux**

Dans cette première grande partie, je souhaite **situer la bouche, les sphincters anal-urétral et les yeux au sein de différents champs théoriques**, qui ont convergé et donné naissance à la psychomotricité.

Cette discipline doit reprendre ce qui est à l'œuvre dans le développement. C'est pourquoi, je situerai, ces trois éléments au sein du **développement psychomoteur** de l'enfant. Bien que ce développement soit relatif à chaque individu, je donnerai des grandes dates et âges de développement, pour un souci explicatif.

Ce sera aussi interroger les lieux du corps de la bouche, des sphincters anal et urétral et des yeux comme **premiers espaces d'investissement et de relation**.

A) Présentation de la bouche

1) L'abord de la bouche par différents domaines

a) Anatomie et physiologie :

La bouche (aussi appelée cavité orale ou cavité buccale) est la **cavité** formant le segment initial du tube digestif de l'Homme et de certains animaux. Elle permet l'ingestion des aliments, participe à la respiration et à la phonation. Elle occupe un **espace** limité par différentes structures anatomiques (palais, plancher buccal, joues, lèvres, etc.). Son équipement neuro-musculaire lui permet une certaine mobilité et notamment les actions **d'ouverture et de fermeture**. La cavité orale possède un équipement neurophysiologique complexe et précocement fonctionnel. S'y trouvent des récepteurs au toucher, au goût, à l'odorat, à la température, à la douleur et à la sensibilité profonde.

b) Aspects développementaux, maturation de la bouche et de ses sens :

Les fonctions sensorielles se mettent en place dès in utero (=IU) selon un ordre précis. Elles permettent une certaine **continuité** du monde intra-utérin au monde aérien. La bouche est un **haut lieu sensoriel**, on y trouve:

• **Le toucher** (premier sens à se développer). Des recherches scientifiques ont montré que la sensibilité cutanée du corps humain débute à partir du **pourtour buccal** (des récepteurs sont présents dès 7/8ème semaine IU) pour s'étendre ensuite au reste du visage, à la paume des mains et à la plante des pieds.

• **L'olfaction** (deuxième sens à se développer selon l'ordre chronologique) est la fonction qui permet à l'odorat de s'exercer. Il revêt tout au long de la vie une forte coloration affective. Il est considéré comme le plus archaïque et instinctif des sens. Les premiers récepteurs apparaissent dès la 8ème semaine de gestation, leur nombre allant croissant jusqu'à la naissance. Dès le 7ème mois le fœtus peut détecter les odeurs transportées par le liquide amniotique. Cette sensibilité olfactive est très importante dans les phénomènes **d'attachement** et de **reconnaissance**. Il participe au tissage des **premiers liens affectifs**.

• La **gustation** (apparaît en troisième position) est la fonction qui permet au goût de s'exercer. Le goût permet de percevoir les saveurs. Il est très lié à l'odorat et est spécifiquement permis par l'équipement présent au niveau de la bouche. Au 4ème mois IU les papilles gustatives sont en place (au niveau de la langue). À la naissance sa capacité de discrimination des saveurs est élevée. On note une préférence pour le sucré.

Les nombreux **réflexes archaïques** prenant place au niveau de la bouche témoignent de son importance (Stern, 2011). On trouve notamment: le réflexe de succion, le réflexe de fousissement, le réflexe des points cardinaux et le réflexe de déglutition. Ils témoignent de la maturation neurologique, elle même support des compétences développementales. Certains réflexes se transforment en mouvements coordonnés et volontaires, d'autres s'inhibent et disparaissent complètement. Ces réflexes sont indispensables; ils permettent la protection de l'organisme, entraînent à la motricité et sont des signaux pour l'extérieur.

Le psychomotricien, se doit d'être un **spécialiste du développement de l'enfant** pour pouvoir situer et accompagner le sujet dans les différentes étapes de sa construction. La **sensorialité** est un domaine important au cœur de la discipline.

c) Philosophie et phénoménologie :

Pour l'esthétique (une branche de la philosophie), ce que l'on fait entrer en bouche c'est l'aliment accompagné de sa signification ; autrement dit, « On ne mange pas une pomme, on mange aussi le mot pomme. » (Merleau-Ponty, 1976).

d) Psychanalyse et psychologie :

La cavité buccale est une zone **perceptive** fonctionnant avec une grande spécificité dès la naissance (comme peuvent le témoigner les nombreux réflexes archaïques). Spitz parle de "**cavité primitive**" (Spitz, 1976). Cet auteur explique que toute perception débute dans cette cavité. Elle est tel un pont primitif entre la réception interne et la perception externe. C'est donc un lieu primaire garant de la **perception d'un intérieur et d'un extérieur**.

Il parle de **perception par contact** qui serait la première à être fonctionnelle. La perception à distance (soit visuelle) serait secondaire et le passage de l'une à l'autre se ferait

par les relations objectales (dont le prototype est la Mère qui donne le sein avec la perception par contact de l'association bouche-mamelon). C'est d'ailleurs ce que dit Klein ; « Le sein de la mère constitue le prolongement de la bouche de l'enfant. » (Meltzer, 1994).

Décrit par Freud, le **stade oral** s'étend sur la période de vie 0-2ans. À cette période, le plaisir sexuel (à considérer au sens large) est lié de façon prédominante à l'excitation de la **cavité buccale** et des lèvres. Le mode de relation à l'objet est celui de **l'incorporation** : le bébé avale et incorpore tous les stimuli de l'environnement.

L'auteur Abraham précise deux sous stades au sein de ce stade oral. Dans le stade précoce de succion (0-6mois) il parle de satisfaction libidinale orale et **auto-érotique** de l'enfant. Dans le stade sadique-oral (6mois-2ans), au moment de l'apparition des dents, apparaît l'**ambivalence pulsionnelle**. L'enfant prend conscience qu'il peut faire mal et détruire son objet d'amour (le sein comme prototype) : des pulsions de vie et de mort sont dirigées vers le même objet d'amour.

En considérant la bouche comme zone érogène importante, on comprend ses enjeux majeurs et complexes au niveau relationnel et dans le processus **d'individuation**. On lui attribue une place privilégiée et essentielle dans le plaisir. Le courant psychanalytique explique qu'il n'y a pas d'objet sans désir et pas de désir sans objet, les deux sont intrinsèquement liés. Aussi, c'est parce qu'une personne extérieure désire le tout jeune enfant qu'il va pouvoir introjecter en lui cette notion et ainsi éprouver à son tour du désir.

En somme, la bouche est un **haut lieu sensoriel et de développement précoce**. C'est un lieu de passage, de convergence d'informations extérieures et intérieures. Elle a son importance dans le câblage **relationnel, narcissique et émotionnel** précoce.

2) Les trois oralités

a) Manger – Oralité alimentaire :

Manger répond au **besoin instinctuel** de la faim qui crée un état de tension s'apaisant lors du repas. C'est l'appel d'un sentiment de **vide**. Par la répétition de l'acte de manger, de l'action de faire rentrer un élément extérieur palpable en soi, le jeune enfant fait l'expérience d'un **remplissage**.

Déjà in utero, le fœtus avale et rejette le liquide amniotique et ce, de façon réflexe. Dans les premiers mois de vie, l'enfant tète les aliments avec un schème moteur de type succion, puis pourra mieux contrôler les aliments dans sa bouche, les mobiliser latéralement, les propulser vers les zones réflexogènes de la déglutition et il décidera d'avaler ou de cracher. Il est ainsi dans **le contrôle de ce qui rentre et sort de sa bouche** et de leur manipulation in situ. Absorber, prendre en soi, rejeter, cracher, contribuent à la **distinction du dehors et du dedans** et à la perception du corps.

Le passage à la cuillère fonde une nouvelle relation mère-enfant. La cuillère devenant un nouveau lien et permettant une **distanciation** entre les corps des deux protagonistes. La dimension affective de l'acte de manger est incontournable. Par la diversité alimentaire, l'enfant en grandissant va pouvoir faire le choix, va pouvoir émettre son **positionnement** vis à vis des divers aliments qui lui sont présentés (notion de préférence, de plaisir/déplaisir, de goût). Il peut accepter ou s'opposer au tiers qui lui propose la nourriture. Mettre un aliment dans sa bouche, l'avaler, le déglutir c'est l'accepter. La possibilité de le recracher, de refuser tout simplement de le goûter c'est une éventualité rassurante et équivalente du « non ».

L'acte de manger constitue un bon **repère de socialisation**.

L'alimentation s'ancre dans un contexte culturel fort et contribue notamment à la construction identitaire **par l'identification** (à la fois s'identifier à et identifier l'autre grâce à). Nous verrons comment, pour beaucoup d'enfants, manger peut revêtir des formes émotionnelles, relationnelles et identitaires fortes de la relation à l'autre et à son propre corps.

b) Parler – oralité verbale :

La communication orale pourrait à elle seule faire l'objet d'une étude de recherche. Aussi, ici, je souhaite plutôt aborder la dynamique de **passage**, de franchissement de la limite **dedans/dehors** par les sons et les mots au niveau de la bouche.

À la naissance, le cri constitue un des premiers mécanismes de survie associé à l'origine de la respiration. Permis par l'équipement anatomique du corps, le son constitué sort par l'ouverture de la bouche. La conquête du langage n'est possible qu'à travers un processus de décentration progressif des échanges, c'est à dire **d'ouverture vers le monde extérieur**, suivant l'évolution affective et intellectuelle. Émettre des sons puis parler permet de

communiquer avec l'autre et ainsi d'établir une certaine **distance** relationnelle. Mettre des mots c'est aussi se distancier de son vécu propre, c'est accepter de perdre quelque chose d'une intégrité (car les mots ne peuvent retranscrire tout le vécu).

c) Attraper/Relâcher - Oralité de préhension :

Dès in utero, la bouche et les lèvres permettent au fœtus d'explorer son corps (son cordon ombilical, ses mains, etc) (Soulé, 2015). À la naissance et pendant les premiers temps de vie, par l'évolution de ses possibilités motrices soutenues pour beaucoup par la maturation tonique, il va agrandir son champ d'exploration (prend les objets à la bouche, le doigt de l'autre, etc) pour en faire un terrain connu. Piaget explique que l'intelligence née de l'action et c'est bien dans une dynamique d'exploration de son espace du corps, puis de son espace proche et enfin de son espace environnant (au sens large) que l'enfant s'approprie son environnement. On peut parler de l'intégration de la sphère orale qui petit à petit s'élargit à l'intégration du haut du corps (Haag, 2004).

Par ailleurs, la position de la bouche au niveau de l'axe médian du corps permet la **réunion des deux hémicorps**. Dans l'expérience bouche-mamelon puis main-bouche le nouveau-né lie son côté droit et son côté gauche (Haag, 2004).

Il est important de considérer, dans tous ces mouvements et acquisitions successifs, le pôle relationnel et émotionnel qui lui sont indissociables. Quand l'enfant attrape, il prend pour lui, il rapproche l'objet de son référentiel. Quand l'enfant lâche il accepte de se **séparer**. C'est aussi faire varier la distance, moduler les espaces.

En somme, la bouche en devient une zone privilégiée du corps source de relation à soi et aux autres. Dans le développement typique, l'exploration orale est relayée et suppléé par le toucher, le visuel, etc, pour se consacrer en grande partie aux oralités alimentaire et verbale qui sont conjointement liées et qui gardent une place essentielle dans la vie de tout sujet.

Pour conclure à propos de cette première partie sur la bouche, on peut dire que la bouche est une cavité corporelle centrale dans la construction neuro-développementale, corporelle et psychique de l'être humain. Elle est organe de survie, **d'intégration sensorielle, d'expérimentation précoce, de plaisir et de communication, d'exploration**. Ce « théâtre de

la bouche » (Meltzer) (Haag, 2004) pourrait alors être abordé comme le prototype des expériences ultérieures et notamment celle de percevoir et penser son corps. **Je conçois alors la bouche en tant que premier contenant pour habiter et penser son corps.**

B) Présentation des sphincters anal et urétral

1) L'abord des sphincters anal et urétral par différents domaines

a) Anatomie et physiologie :

Un sphincter est un muscle circulaire situé autour d'un conduit naturel. Sa **contraction** permet de **fermer** totalement ou partiellement un orifice ou un conduit du corps. L'anus (orifice extérieur du rectum, la dernière partie du tube digestif) comporte deux sphincters, un interne qui se contracte inconsciemment et un externe sur lequel un **contrôle volontaire** est possible. Ils contrôlent la **sortie** des matières fécales du corps humain. Le sphincter urétral joue le même rôle pour la sortie de l'urine. Ces sphincters sont riches en innervation nerveuse (réflexe et volontaire) et **sensorielle**.

b) Aspects développementaux, maturation neuromusculaire de l'activité sphinctérienne :

In utero la miction est réflexe (elle assure le fonctionnement de la **circulation** amniotique). Il n'y a donc aucune défécation dans l'amnios et l'anus n'a aucun rôle. À la naissance et durant les premiers mois de vie, la miction et l'expulsion des matières fécales dépendent d'un système réflexe.

Le sous bassement physiologique et la maturation du système nerveux permettent à l'enfant d'avoir la sensation de pression des matières fécales et vésicales. Une sensation qui indique alors au système nerveux volontaire le besoin de mettre en place le schéma d'action d'uriner ou de déféquer. L'enfant doit pouvoir **ouvrir** et **fermer** ses sphincters de manière **volontaire** et **consciente** et ceci grâce à son équipement anatomique de base. La maturation neuro-musculaire permet le contrôle volontaire des sphincters de l'enfant autour des 18/20mois. Des signes de nature comportementale (l'enfant se fige, se crispe, etc) permettent à l'entourage d'identifier le besoin de l'enfant. Ainsi l'entourage peut y mettre du sens en posant

des mots sur ce qu'il se passe afin que l'enfant puisse en prendre conscience. Puis ce sera l'acquisition de la propreté à proprement dite que l'on situe entre 2 et 3 ans.

Il est possible de donner des repères développementaux qui s'observent pour l'enfant à cette période: l'enfant arrive à commander ses membres inférieurs, il peut marcher seul, sans appui et debout. Il est aussi capable de monter et descendre tout seul un escalier ainsi que de s'accroupir. Ce faisant, il joue avec ses nouvelles possibilités corporelles. *Mais faut il encore qu'il le désire ?* (Antier, 2003)

c) Philosophie, phénoménologie :

Le corps exprime à chaque moment les modalités de l'existence. (Merleau-Ponty, 1976). On entend alors que dans l'action d'uriner/déféquer se joue **l'acceptation de se vider de quelque-chose** qui n'entame pas le corps dans ses soubassements identitaires et constructifs. C'est **accepter de laisser de soi au dehors, d'en perdre la maîtrise et le contrôle.**

d) Psychanalyse et psychologie:

Le stade anal succède au stade oral; il s'étend sur la période de vie 2-4ans. Les psychanalystes comme Freud et Abraham ont développé des équations symboliques sur lesquelles nous pouvons prendre appui pour expliciter les notions d'affect et de relation :

- **évacuation** des matières fécales → **destruction** → **activité** → sadisme
- **rétenion** des matières fécales → **contrôle possessif** → **passivité** → masochisme

Concomitamment à l'ambivalence physiologique permise par la maîtrise des sphincters dans la dimension binaire excréation/rétenion, il y a la constitution d'une polarité activité/passivité dans le mode de relation à l'objet de l'enfant qui décide d'orienter ses pulsions agressives vers autrui ou vers lui. C'est aussi l'apparition des valeurs **symboliques du don et du refus**. L'enfant utilise des moyens à sa disposition pour se dépendre de ceux dont il était jusqu'alors dépendant. On parle souvent du '**sentiment de toute puissance**' de l'enfant à ce moment-là.

L'enfant prend conscience d'une relative **autonomie** que son corps lui confère. C'est une période identitaire très importante avec l'apparition d'une opposition affective par le « Non ». L'enfant a un outil à sa disposition pour faire plaisir ou non à ses parents : l'acte de 'faire caca ou pipi'. On aborde l'importance de la notion du **désir**. On peut parler de l'érotisation de la fonction (Latour, 2014). Il s'approprie cette fonction de **retenir** ou **relâcher**, elle est subjectivée. Pour que l'enfant en arrive à un sentiment de désirer donner quelque chose à l'autre, ou garder pour lui, il faut déjà qu'il puisse introjecter un modèle de cette notion du désir et encore faut-il donc, qu'il soit désiré par un autre.

L'enfant est aussi dans le désir de faire comme les plus grands, d'intégrer des normes sociales. **Il accepte de stopper son activité**, son jeu pour se rendre aux toilettes ou bien **il accepte de se retenir** s'il ne se trouve pas à l'endroit donné adéquate. Il **s'abstient d'un soulagement immédiat** et recherche les conditions et l'endroit qui conviennent (normes données par l'adulte).

Nous pouvons également aborder **la problématique de séparation et de détachement** qui se joue. Dans l'acte d'uriner et/ou de déféquer on se sépare, au sens concret du terme, d'une substance que nous gardions en notre intérieur. On fait sortir quelque chose du corps. D'ailleurs cette chose est visible, palpable, attendue par l'entourage mais sera finalement vite portée disparue (happée par la chasse d'eau notamment). Pour le jeune enfant, qui ne connaît pas encore le fonctionnement physiologique du corps humain, on peut entrevoir la possibilité d'**un sentiment de crainte de dépossession**. L'enfant doit **accepter de se séparer d'éléments qui lui appartiennent**. On comprend aussi la problématique de la séparation au sens plus élargie, qui est celle de la séparation par rapport à l'objet maternant. En devenant autonome pour aller aux toilettes, l'enfant perd la relation de soin jusque-là apportée par la Mère (à entendre en tant que fonction maternelle).

Il va falloir que l'enfant comprenne ce qu'est « retenir » ou « évacuer » l'urine ou la selle (Antier, 2003). Il faut qu'il comprenne ce que cela représente, qu'il puisse avoir une idée d'un certain fonctionnement physiologique de son corps. Il est important pour cela de le lui verbaliser ; « Quand tu manges, une part de ce que tu manges sert à avoir des forces, l'autre ne sert à rien et doit sortir du corps. ».

Il faut aussi qu'il comprenne quel est 'le bon endroit', l'endroit réservé à cet effet. C'est à l'entourage de verbaliser et d'expliquer à l'enfant mais pour cela il faut que l'enfant soit en

capacités de comprendre, ait un niveau de compréhension suffisant. Il apparaît notamment essentiel que l'enfant perçoive que c'est bien lui qui **est acteur** dans l'action de « faire caca et faire pipi ». On se situe alors ici dans le pôle de la **représentation**. L'enfant reconnaît son besoin en tant que tel. Le passage du pôle de la perception à celui de la représentation requiert un **tiers** qui met au départ du **sens** et des **mots** sur les ressentis du bébé. Petit à petit, avec le développement et la sécurité de base développée grâce aux interactions, le nouveau-né va pouvoir introjecter l'appareil à penser de l'autre en lui-même et ainsi pouvoir développer ses propres **représentations et contenants de pensées**. Comme nous l'avons vu précédemment aux environs de 2ans^{1/2}, le jeune enfant commence à se positionner en tant que sujet investi et subjectivé avec « Moi je ».

4) Les dimensions sociale et sociétale du 'devenir et être propre'

En ce début d'année, c'est le cas d'une petite fille (6ans^{1/2}) qui m'a interpellé. Jusqu'alors sans problème de propreté, à la rentrée en octobre, elle devient encoprétique. C'est alors une inquiétude considérable qui émane des parents et de l'équipe soignante alors que son dossier venait d'être examiné et accepté pour intégrer le milieu scolaire dès le mois de décembre.

L'acquisition de la propreté est un des **critères** permettant la **scolarisation**. Aussi, cette problématique autour de la propreté de l'enfant est un questionnement récurrent dans les interrogations et inquiétudes **parentales** et peut, parfois, prendre le devant de la scène (un intérêt à ce que l'enfant soit propre sans considérer où il en est dans son développement). Actuellement, l'inclusion scolaire est une préoccupation majeure centrale (dans les nombreux plans autisme, pour les associations de parents). Pour autant parler de 'caca et pipi' reste encore un sujet relativement tabou entre les professionnels et avec les parents.

Dans nos sociétés occidentales on éduque à la propreté. Elle en devient une exigence sociale qui peut s'avérer contraignante dans le développement autonome de l'enfant. Dans d'autres sociétés, l'acquisition de la propreté ne fait pas l'objet d'un apprentissage, mais advient au cours du développement quand l'enfant s'y sent prêt (analogie avec l'acquisition de la marche qui ne s'apprend pas).

La maîtrise du contrôle sphinctérien fait partie des nombreuses **règles** que transmettent les parents au cours de la deuxième année. L'enfant ne les apprend pas passivement. Il tente d'en éprouver la cohérence par la confrontation et l'opposition. Il est évident que ces règles sociales sont importantes au développement de l'enfant, elles permettent de le **limiter** dans son sentiment de toute puissance et ainsi, de l'accompagner vers une maturité et **construction** psychique. Il en est de même pour l'école ; lieu de **socialisation** avant tout.

Pour autant, il faut être attentif à ne pas imposer à l'enfant de devenir propre. L'exigence que l'enfant s'exécute dans le pot, à des heures déterminées par l'adulte et à l'époque où l'adulte juge qu'il est en âge de le faire, prive l'enfant de découvrir les possibilités de son corps. En lui soutirant la décision de devenir propre c'est le maintenir dans un état de dépendance et de **confusion en ce qui concerne ses fonctions corporelles**. Il doit « faire » ou « ne pas faire » pour plaire à l'adulte. Ce qu'il aurait acquis plus tard par compétence, il le ressent comme une obligation imposée de l'extérieur. Les différents troubles du contrôle sphinctérien ne signifient pas seulement que l'enfant ne maîtrise pas ou mal ses muscles sphinctériens, ils sont aussi des signes de troubles profonds du développement relationnel et social liés aux sphères les plus intimes de sa vie psychique. Il faut que l'enfant vive que son corps lui appartient, qu'il en dispose entièrement. Pour cela il faut l'accompagner, le guider et non le forcer ou instaurer des confusions ('tu ne fais pas caca...alors je ne suis pas contente').

En somme, les sphincters anal et urétral, de par leur fonctionnement physiologique sont des lieux qui, dès le début de la vie sont **sources d'attention** et **de soins portés à l'enfant**. Très vite ils en deviennent **des lieux du corps relationnels**. L'enfant qui prend du plaisir dans ses éprouvés 'de plein' et 'de vide', dans ses sensations, etc, va progressivement accepter des contraintes extérieures. Ces dernières lui assignent certaines limites, vis à vis de son expressivité, tout en lui permettant une maturation psychique, intellectuelle et relationnelle.

C) Présentation des yeux et du regard

1) L'abord des yeux et du regard par différents domaines

a) Anatomie et physiologie :

L'œil est l'organe pair de la vue. Chez les mammifères il est formé du globe oculaire et de structures annexes (les paupières, la conjonctive, la caroncule, les glandes lacrymales, etc). Les paupières ont un rôle très important et notamment celui de protection. Elles marquent aussi une certaine **frontière**, d'autant plus établie lorsqu'elles sont fermées, entre l'intérieur et l'extérieur du corps. Le fait de fermer les yeux **nous coupe des informations visuelles** (même si une certaine luminosité perçue reste possible).

L'œil est l'organe qui, associé au cerveau permet le sens de la vue. Il capte la lumière, la transforme en signaux électriques qui sont envoyés au cerveau et à partir desquels sont construites les images. Il y a donc une **réelle dynamique d'un flux entrant faisant naître une image** (mouvement de l'extérieur en direction de l'intérieur du corps). C'est cette image qui, par la suite sera **projetée** (mouvement de l'intérieur vers l'extérieur du corps).

Le regard serait à considérer comme l'expression des yeux, avec ses dimensions affective, relationnelle et de communication.

b) Aspects développementaux, maturation de l'œil et de son sens (la vue):

In utero, vers 7mois de gestation, le fœtus est capable de percevoir les ombres et les contrastes lumineux. À la naissance, la vue n'est pas mature, le nouveau-né peut voir (jusqu'à une distance de 18/20cm, espace de rapprochement dans les bras) mais la qualité est relative. Vers 2 mois il oriente son regard vers le son et cherche du regard. C'est le **désir** qui guide le regard. Le regard devient capital dans ce qu'il perçoit et dans la **communication** (captation regard regard). Dès 3mois, si on lui propose une image très contrastée et une image d'un visage, il privilégie la représentation du visage. C'est un réel **indicateur relationnel**. Il reconnaît les visages et les objets familiers. Vers 4/6mois il peut mieux distinguer les reliefs, la **profondeur** et commence les suivis verticaux. Il apparaît une vrai **curiosité** à explorer ce qui l'entoure. Vers 8mois, les parties d'un même objet peuvent être conçues comme formant un objet total. C'est aussi à cet âge que l'on parle de l'angoisse de l'étranger. Si l'enfant intègre

la construction de l'objet dans sa **permanence** il va pouvoir transposer cette expérience à d'autres objets. Il se met donc à chercher des objets qui ne sont plus directement sous son regard. Il est dans une réelle **exploration de l'espace**. De 1 à 2ans la vision à distance s'améliore, l'accommodation est plus fine. On remarque un intérêt au dehors (à travers la fenêtre par exemple), c'est la **construction des notions de dedans/dehors** (dedans-dehors du corps et dedans-dehors de l'espace). Vers 3/5ans le tissu de la rétine est mature, l'observation d'un objet par l'enfant est plus systématique et plus méthodique.

De nombreux **réflexes archaïques** sont également présents au niveau des yeux, on peut notamment citer le réflexe glabellaire et le clignement des yeux (nictation).

c) Philosophie et phénoménologie :

« Voir, c'est avoir à distance » (Merleau-Ponty, 1976). On peut, en analogie avec l'oralité de préhension, parler d'un 'regard de préhension'. Le regard permet de **laisser en soi une empreinte du vécu**. En l'absence de l'objet, le nouveau-né va pouvoir convoquer à son esprit l'image de ce dernier. Cela lui permet de **changer de temporalité**, de sortir du "tout, tout de suite et maintenant". C'est en quelque sorte permettre **un espace transitionnel** permettant "**le sentiment de continuité d'existence**" de Winnicott. C'est aussi **accéder à une plus grande liberté par une distanciation**, comme l'explique Spitz dans son concept de « perception à distance ».

La phénoménologie explique que la perception a un caractère expressif. En effet, devant une même situation, chaque observateur a sa propre vision de ce qui se déroule (en fonction de son vécu, de ses expériences antérieures, de ses idées, croyances, son seuil de sensibilité, etc). Pour chaque sujet, regarder est une **expérience subjective et créative**, une réelle dynamique entre un **dedans** (personnel, propre à soi) et un **dehors** (partagé avec les autres).

d) Psychanalyse et psychologie :

Winnicott considère que deux processus se succèdent dans la construction du Soi : **être regardé et se regarder**. La construction du Self passe par le regard actif de la part de la Mère et de la part de l'enfant. Cette interrelation des regards construit une **enveloppe**

sécurisante permettant le **sentiment d'exister de l'enfant**. Le regard est un **support narcissique** (Ponnier, 2013).

Cela rejoint le concept du "**stade du miroir**". Wallon est le premier à avoir parlé du miroir dans la construction psychologique de l'enfant. Pour lui, l'enfant se sert de l'image reflétée par le miroir pour **unifier** son corps.

Lacan va plus loin en expliquant que c'est la phase cruciale de **construction du sujet** lui permettant de **s'unifier et de se différencier de l'autre**. Ce stade se présente alors comme la transition salutaire entre un avant (vécu de morcellement, chaos corporel) et un après (unification d'un 'Je', ébauche individuelle qui assure la permanence des objets et du monde). Il parle de l'assomption jubilatoire de l'enfant devant le miroir, pour expliquer ce fort moment de plaisir dans la prise de conscience de son **unité corporelle**. Cet auteur parle bien d'un « dynamisme affectif » dans ce stade du miroir. C'est avant tout par le "regarde c'est toi" que l'enfant fait l'expérience de son unité. Il souligne **l'importance de l'autre** qui le désigne. C'est aussi l'importance du langage ; par le verbe on s'extrait du vécu corporel propre.

Pourtant le regard a également une valence **dangereuse**. Dans le règne animal, croiser le regard de l'autre est précurseur d'une attaque éminente. L'Homme a accepté de braver ce danger. Dans l'échange du regard, il y a partage avec l'autre et une forme de renoncement à une part de son individualité (Marcelli, 2005). On comprend ici les sentiments de se sentir intrusé par le regard de l'autre, l'impression d'être mis à nu, à découvert, l'idée que l'autre peut lire dans nos pensées. C'est aussi ce que certains psychanalystes évoquent sous le terme de « **regard castrateur** ».

Finalement l'échange des regards c'est permettre la subjectivité et plus encore l'intersubjectivité. Avec le partage du regard il y a **attention conjointe et partage d'une intention** mais cela n'est pas chose évidente. **Il faut que l'assise narcissique soit suffisamment solide pour pouvoir se confronter au contact œil-œil.**

Le regard intervient également pour beaucoup dans les processus d'apprentissage par le biais de **l'imitation** des comportements d'autrui. Il est au cœur du processus **d'identification** où le sujet construit sa propre identité en introjectant des qualités appréciées chez l'autre. C'est aussi la reconnaissance de l'autre par ses attributs. Il y a une dynamique des flux entrants et sortants.

2) Les trois grandes fonctions du regard développées par G.Haag

Selon cette auteure, c'est la corrélation appui-dos et regard qui permet la construction d'un sentiment de contenance chez l'enfant. Elle parle ainsi de "**la fonction d'intégration et la participation à la formation des enveloppes psychiques par le regard**".

Elle ajoute une deuxième fonction qu'elle nomme "**fonction binocularisante**". Elle reconnaît deux pôles au regard; l'un enveloppant et l'autre pénétrant. Le pôle enveloppant reprend la fonction tactile, la sensualité caressante et entourante. Le pôle pénétrant est articulé sur l'expérience buccale (dans la composante kinesthésique de la mâchoire, de la langue et de la puissante succion des lèvres et plus tard avec les éléments du sadisme oral lié à la dent) il semble contribuer à fonder le sentiment de **profondeur** (Haag, 2008).

Enfin, elle parle d'une troisième fonction nommée "**fonction verticalisante du regard**". Elle explique que la verticalité psychique (c'est à dire l'envie de se redresser) est ressentie bien avant que les capacités musculaires et motrices permettent la mise en position debout effective. On comprend ici la place du regard dans la construction de l'axe psychocorporel chez l'enfant. Et dans l'acquisition de cette verticalité cela fait lien avec l'intégration du bas du corps liée au contrôle de l'activité sphinctérienne.

Ainsi, la bouche, les yeux et les sphincters anal-urétral sont des lieux du corps impliqués dans la construction identitaire (à entendre dans la globalité) du sujet. Et c'est bien la **relation** qui permet d'érotiser "le corps potentiel" (Latour, 2014).

Pour autant, quelle est leur **spécificité partagée par rapport aux autres ouvertures corporelles (oreilles, nez) ?**

D) Des zones à contrôle volontaire d'ouverture et de fermeture

Ces ouvertures corporelles ont la particularité d'être des zones qui **acquièrent un contrôle volontaire d'ouverture et de fermeture**. Cela suppose une maturité neuro-physiologique.

Acquérir: "Faire l'acquisition de, devenir propriétaire de". J'entends par cette définition du dictionnaire, la notion de devenir **acteur** de son corps.

Dans cette partie, j'aborderai tout d'abord la polarité ouverture/fermeture de ces orifices corporels, puis je m'intéresserai à la sphinctérisation en tant que processus qui relie les trois éléments (yeux, bouche et sphincters) et qui affirme la fonction d'ouverture/fermeture dans sa dynamique de 'contenir'.

1) Ouvrir et fermer

L'ouverture de la bouche est, en éliminant l'aspect langagier (moins à propos dans ce travail de recherche), majoritairement dans la valence d'une **réception** de quelque chose (l'aliment). C'est donc un mouvement amenant à **faire rentrer quelque chose de l'extérieur vers l'intérieur** du corps.

Pour leur part, les sphincters anal et urétral en s'ouvrant, **laissent sortir quelque chose de l'intérieur du corps**, c'est donc une valence de direction inverse : un mouvement **de l'intérieur vers l'extérieur** du corps. La fermeture de la bouche comme des sphincters anal et urétral empêche l'entrée ou la sortie des éléments.

Les yeux s'inscrivent avec moins de ressemblance de fonctionnement car même si on parle de passage de flux **de l'extérieur vers l'intérieur et en courant inverse**, ce n'est pas, ici, du matériel concret et matérialisable. Pour autant, nous pouvons ouvrir et fermer les yeux. Par cette possibilité nous maîtrisons l'entrée ou la sortie d'informations. Pour faire simple, nous pouvons concevoir que fermer les yeux amène à se centrer sur ses sensations, à s'ouvrir à son monde interne et à se fermer à l'environnement. Ouvrir les yeux permet, pour sa part, la communication et la relation à l'autre et va ainsi dans un mouvement **d'ouverture** à l'autre et à l'environnement (Pireyre, 2015).

Les actions d'ouvrir et de fermer, peuvent être considérées comme des valences purement motrices mais bien entendu ce qui m'intéresse ici c'est de questionner tout le **maillage** émotionnel, affectif mais aussi intellectuel qui s'y tisse. Il est bien question, comme l'exprime F. Joly de "**nouage psychomoteur**". Ces mouvements de flux de 'matières' peuvent s'effectuer mais ce qui apparaît essentiel c'est qu'ils s'Affectent.

En stage, les enfants rencontrés ont les capacités motrices, un équipement corporel 'valide' qui leur permet d'avoir un 'corps fonctionnel' pour ces actions. Pour autant certains semblent agir sans vivre subjectivement ce qu'il s'y déroule.

L'acte de manger c'est accepter d'introduire quelque chose d'étranger dans son espace corporel propre, accepter d'introduire du Non-soi dans du Soi.

Faire caca/pipi est un mouvement en sens unique, de l'intérieur du corps vers l'extérieur. C'est faire sortir quelque chose de son corps sans pourtant porter atteinte à son intégrité.

Regarder c'est un double échange, de l'intérieur en direction de l'extérieur, de l'environnement mais également en sens inverse avec l'information sensorielle environnementale qui, captée par l'œil, fournit une donnée du milieu extérieur au corps propre. Et aussi dans la double dimension de regarder et être regardé.

2) Le processus de sphinctérisation

Sur le plan psychomoteur, l'intégration des sphincters se met en place dès la naissance avec la **bouche comme premier sphincter**. L'enfant utilise les sphincters qui sont à disposition pour commencer à mettre en forme, à théâtraliser, à s'approprier une analité en devenir. Le mouvement d'expulsion est effectué par la **bouche** qui serre la tétine et/ou le mamelon. Mais si elle ne fait que **serrer**, l'enfant ne va pas se nourrir (le lait ne coule pas). C'est le fait de **relâcher** qui permet au lait de couler et ainsi de suite. Plus tard avec sa bouche, il va **expulser** sa nourriture, il érotise la valence de l'expulsion (Latour, 2014). Cette mise en forme de la fonction des sphincters se déplace ensuite sur les mains (serrer pour prendre l'objet, relâcher pour le déposer, etc.). Dolto parle de la "bouche de main". Puis c'est le corps dans sa globalité par le **regard**, le geste, la posture, le mouvement (bras et jambes qui serrent la personne lors de câlins par exemple puis relâchent pour se séparer). L'acquisition d'une sphinctérisation intégrée est donc un résultat long et complexe.

Dans sa forme aboutie, la sphinctérisation suppose l'organisation dans le corps de ce qui se situe en haut et en bas, devant et derrière, **dedans et dehors**. Le corps peut ainsi **contenir**, décider de garder ou de lâcher. "Cela signifie que, peu à peu, l'enfant **a pu se**

percevoir comme contenant, comme doté d'une bonne enveloppe." (Latour, 2014). Et c'est cela que nous allons aborder dans la partie à venir.

Donc, nous connaissons à présent, de manière non exhaustive mais suffisamment détaillée, ces ouvertures corporelles "sur lesquelles nous avons un contrôle volontaire". Elles s'inscrivent et permettent un important **nouage complexe et processuel**, support du développement du jeune enfant et apparaissent ainsi, légitimement intéressantes pour le psychomotricien.

Elles permettent d'échanger des matières (palpables ou non) et ce, de manière plus ou moins contrôlée. La dynamique ouverture /fermeture en établit une certaine régulation. Une **circulation des flux** est possible et elle se **subjective** dans la relation à l'autre.

PARTIE II- La maison du corps

Pour autant, pour qu'il y ait ouvertures un **support** est nécessaire.

Quel est-il ? C'est **la peau**.

La peau **délimite un espace, recouvre un contenant : le corps**.

Avant de débiter, je souhaite définir deux termes qui serviront mon propos:

• **Enveloppe** : « Chose souple qui sert à envelopper, membrane qui entoure un organe, un organisme ». Cette définition du dictionnaire attribue à l'enveloppe des qualités (protectrice, isolante, etc.) et la définit également abstraite par « envelopper du **regard** ». C'est aussi «ce qui constitue l'apparence d'une chose et par extension le **dehors**, la **surface** ».

• **Contenir** : « Avoir, comprendre en soi, dans sa capacité, son étendue, sa **substance** » ainsi que « renfermer, **faire tenir** dans certaines limites ». Cela évoque l'idée d'un **espace délimité**, d'un **contenant** qui viendrait contenir des éléments. A noter que le verbe « se contenir » signifie aussi « se maîtriser ».

Dans un premier temps, je développerai la notion de « **peau** » dans sa dynamique **d'enveloppe psycho-corporelle**. Puis j'aborderai l'importance d'un **tiers** présent pour **l'introjection de l'objet externe contenant** ou autrement dit, pour **l'introjection de la fonction contenante**. Dans un troisième temps, je proposerai un cheminement dans les **espaces successifs du corps** pour en arriver, dans un quatrième temps au concept **d'image du corps**.

Bien entendu, en suivant ce cheminement, nous n'oublierons pas nos partenaires de route: la bouche, les sphincters anal et urétral et les yeux.

A) La peau - comme les briques, la tapisserie et ses motifs

La peau en tant qu'organe est la couche superficielle recouvrant l'ensemble de notre organisme. Notons que la conjonctive de l'œil et les muqueuses (au niveau de la bouche et des sphincters anal et urétral) sont des formes particulières de peau.

« Toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique. Le Moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau. » (Anzieu, 1985).

Le Moi-peau fonde la possibilité même de la pensée. Cet auteur lui attribue plusieurs fonctions. De manière non exhaustive je propose une mise en correspondance des fonctions permises respectivement par la peau et par le Moi-peau.

La **fonction de contenance** où la peau en tant que surface contenant les organes extéroceptifs et le Moi-peau en tant qu'enveloppe de l'appareil psychique.

La **fonction de maintenance** où la peau assure le soutien des organes dans un état d'unité tandis que le Moi-peau assure la maintenance du psychisme.

La **fonction de pare-excitation** où la peau est une couche protectrice chimique, mécanique, etc et le Moi-peau protégeant le sujet des agressions psychiques telles que les traumatismes.

La **fonction d'individuation** avec les différentes qualités de la peau (couleur, odeur, grain, texture, etc) et le sentiment d'être unique permis par le Moi-peau.

La **fonction d'intersensorialité** où la peau permet de relier les organes extéroceptifs et le Moi-peau permet la perception sensorielle et globale du corps.

Et enfin, la **fonction de soutien de l'excitation sexuelle** où les soins de la Mère amorcent les plaisirs de peau, et où le Moi-peau est considéré comme la surface de soutien de l'excitation sexuelle.

Ce même auteur explique que : «L'entourage de l'enfant '**entoure**' littéralement le bébé d'une **enveloppe** externe faite de messages ». Ainsi, l'enveloppe qui entoure l'enfant s'élargit bien au-delà de la peau corporelle proprement dite. C'est une extension possible qui s'élabore et naît des contacts, des **soins**, de l'écoute, du **regard**, de l'attention au bébé, au sein d'un climat sécurisant et stable. Ce positionnement d'accompagner l'enfant dans la construction de son Moi-peau est donc inhérent au contexte dans lequel il évolue. Aussi, le psychomotricien a entièrement sa place dans cet accompagnement.

La peau **délimite un dedans/dehors** tout en permettant des **échanges** entre ces deux **espaces**. Elle est telle une membrane **frontière** qui structure une forme psycho-corporelle. Aussi, cette forme psycho-corporelle est un **contenant**.

Winnicott stipule qu' "Un bébé seul ça n'existe pas". Au même titre, je m'autorise à dire qu' "Un contenant seul ça n'existe pas". Il faut un **autre** en relation, un autre qui le porte pour que les échanges des flux soient vivants.

B) L'interaction – comme ciment des fondations de l'enveloppe psycho-corporelle

Dès le début de la vie, le bébé s'exprime de manière corporelle, comportementale. Il **expulse** vers l'extérieur son état somato-psychique qu'il n'est pas capable seul de traiter et de comprendre (éléments bêta de Bion). La Mère effectue un travail d'interprétation sur ce qu'elle perçoit des besoins de son enfant et y apporte une réponse affectée (en le nourrissant elle lui parle, le berce, etc). C'est ce que Bion nomme la « fonction alpha ». La mise en place de ces **boucles interactives** va donner, par leur répétition et avec le temps, un modèle à l'enfant pour penser ce qui lui arrive. Le **squelette de l'enveloppe** est fait de ces va-et-vient rythmiques entre les deux partenaires. Haag souligne d'ailleurs, dans cette construction, l'importance de l'investissement du **regard** (Haag, 2008).

Ce sont les **interactions précoces répétées** du nourrisson avec son entourage qui permettent **l'émergence d'un premier sentiment d'enveloppe**. Et c'est ce que Winnicott approfondi en présentant les notions de "handling" et de "holding".

Le « **handling** » renvoie aux **soins** et aux mobilisations de l'enfant par la Mère. Ces temps privilégiés de la toilette, du change, etc, permettent à l'enfant d'éprouver son corps (par les sensations tactiles, kinesthésiques, auditives, visuelles, olfactives et vestibulaires) en présence de l'autre qui **accompagne** par ses paroles, sa posture, son **regard**, etc. Les zones de la **bouche** et des **sphincters anal et urétral** sont, dans les activités de soin, très sollicitées.

Le « **holding** » est la façon de porter, de maintenir l'enfant tant dans son corps que dans son psychisme. L'enfant porté physiquement est porté psychiquement. La place du regard apparaît ici très importante : le parent porte son enfant par le **regard**.

L'enfant qui, **porté** dans les bras d'un parent se sent sécurisé et soutenu peut se détendre. Il fait l'expérience d'une tonicité molle, d'un versant tonique mou, d'une certaine hypotonie. Cette expérience lui procure un affect positif de satisfaction qui va l'amener à construire une image positive de la personne qui lui permet de vivre cet état de bien-être, ainsi que dans le vécu de son propre corps. A l'opposé, un enfant qui n'arrive pas à se détendre dans les bras du parent, qui maintient un niveau tonique élevé du côté de l'hypertonie aura la sensation de dur dans son corps. L'affect associé sera négatif et par élaboration la représentation de la situation sera du côté du déplaisir.

Petit à petit, par la **répétition** de ces expériences, l'enfant va construire ses représentations. On peut parler de **théorie de l'étayage** avec ces différents paliers successifs : tonique, sensoriel, affectif et représentatif (Robert-Ouvray, 2007). Aussi, en psychomotricité l'un des enjeux majeurs est bien d'accompagner l'enfant dans ce cheminement.

De même, nous retrouvons les notions de plaisir/déplaisir, tension/apaisement dans **l'acte du nourrissage**. L'enfant qui a faim se crispe dans son berceau avec la sensation de vide gastrique. Une fois l'activité de nourrissage établie, il se détend. C'est ce qu'Ajuriaguerra nomme "**le dialogue tonico-émotionnel**".

Pour en revenir à ce système binaire du mou/plaisir/représentation positive et du dur/déplaisir/représentation négative, il faut bien comprendre ces équivalences comme des schémas simplificateurs. Tout est le plus souvent dans la **nuance**. Pour autant, ce clivage

Kleinien du « bon et mauvais objet » se retrouve dans certaines pathologies et pour de nombreux enfants que je rencontre sur mes lieux de stage.

Klein théorise les notions de « bon et mauvais objet ». Cette auteure explique qu'au cours de la première année de vie, le nouveau-né traverse deux périodes formatrices du Moi. La première période est appelée position schizo-paranoïde. L'objet est clivé en bon et mauvais objet (selon que le sein frustre ou gratifie). C'est un véritable clivage qui amène aux **processus d'introjection** (l'enfant veut garder en lui, lorsqu'il vit l'amour pour l'objet) et de **projection** (l'enfant frustré extériorise, évacue sa haine en dehors de lui). Après cette période de clivage total apparaît la position dépressive où l'enfant comprend qu'un même objet est à la fois bon et mauvais. Ces phénomènes de projection et d'introjection sont des **processus d'identification**.

Ces mécanismes sont donc constitutifs de l'appareil à penser et je les considère comme **dédouplements**, sur le versant psychique, **des matières qui entrent et sortent du corps**. Des matières qui sortent naturellement (dans les actes de manger et déféquer) ou par le biais de supports proposés (par exemple avec l'eau en pataugeoire).

Ainsi, l'enfant va se saisir de l'expérience de **contenance** qui lui est offerte, il va **l'intérioriser**. On parle **d'introjection de l'objet externe contenant**. L'introjection de la **fonction contenant** est primordiale au développement harmonieux de l'enfant. Au fil de son développement, l'enfant va évoluer dans ses capacités d'auto-contenance.

C) Les différents espaces – consulter divers plans pour fonder sa charpente

Cette partie étayera la co-construction des espaces corporels et de l'espace psychique et relationnel (Bullinger, Delion, 2008).

1) L'espace utérin

Au sein de la cavité utérine, l'embryon puis le fœtus est relié physiologiquement à la mère par le cordon ombilical. Il est continuellement nourri et ses besoins physiologiques sont assouvis. Il est donc **contenu et porté physiquement dans cet espace liquidien utérin**

(Bullinger, Delion, 2008). Est déjà présente une communication tonique entre les deux partenaires. Ce petit être en devenir est également porté dans le **désir** de ses parents.

2) Les espaces oral, du buste et du torse

À la naissance il va investir **l'espace de la bouche** car c'est un espace qu'il connaît déjà un peu, qui fonctionne déjà et qu'il investit déjà (cf partie I-1). L'investissement de l'espace oral en quête de ce sentiment de contenance nécessite cependant que l'enfant trouve un support, un arrière fond qui le soutienne. Il doit trouver ce support dans ses interactions avec le milieu humain (en étant porté dans les bras, etc). Alors, si un support étayant est présent, au sein d'un climat de confiance, il **fait exister sa bouche comme zone d'échange et de contact**. Cet espace deviendra par la suite un espace d'actions instrumentales de plus en plus variées et diversifiées. On retrouve les oralités de préhension, alimentaire et verbale.

Certains enfants que je rencontre en stage continuent d'explorer l'environnement par la bouche. L'oralité de préhension reste dominante et la possibilité d'investissement des oralités verbale et alimentaire est impactée.

L'accès à **l'espace du buste** est permis par le développement tonique, la respiration, l'équilibre entre les musculatures antérieure et postérieure du corps amenant aux mouvements de flexion/extension. Cet équilibre crée les conditions pour que le **système visuel** focal trouve un appui permettant de quitter sa fonction fovéale d'agrippement. L'activité d'exploration visuelle devient possible.

Certains enfants, n'ayant pu trouver dans l'environnement un support permettant d'investir le regard dans sa dimension d'exploration, amorcent une tentative d'agrippement par le visuel.

L'espace du torse s'observe dans les coordinations des espaces droit et gauche du corps. La **bouche** joue de nouveau un rôle important. C'est une zone de relais, de passage, de réunion des deux héli-corps. Puis les mains se substituent à la bouche. Il y a coordination et harmonisation de la tonicité des deux côtés du corps, de chaque côté de l'axe corporel.

En somme, la maîtrise de l'espace oral avec la coordination **capture/expulsion** amène à la naissance d'une **contenance dedans/dehors**. La maîtrise de l'espace du buste avec la

coordination arrière/avant permet l'instauration d'un arrière fond. Enfin, la maîtrise de l'espace du torse par la coordination des deux héli-corps permet l'édification de l'axe corporel. Le corps se structure.

3) L'espace du corps et son autonomisation

Il s'amorce par les coordinations haut/bas du corps, avec les schèmes d'enroulement et d'extension, puis le redressement et les rotations qui facilitent l'investissement du **bassin**. La mobilisation du bassin est concomitante au **contrôle progressif des sphincters** (aboutissement du processus de sphinctérisation). Le corps **peut contenir, décider de garder ou lâcher** et le corps peut être véhicule. Cela implique de renoncer au portage permanent de la mère. Se déplacer revient à **s'auto-porter**. L'enfant devient acteur de la séparation. Se séparer c'est donc admettre qu'il y a moi et l'autre. Cela donne à l'espace vécu de l'enfant, à l'espace du corps et à l'espace autour de lui ses dimensions : dedans/dehors, avant/arrière, droite/gauche, haut/bas.

Certains enfants, pour qui la possibilité de séparation s'avère entravée n'investissent pas leurs déplacements. Des mécanismes compensatoires peuvent aussi être observés comme les agrippements sensoriels, la crispation hypertonique, etc, qui montrent des difficultés de se séparer, d'accepter de s'autoporter.

Le bébé découvre petit à petit ses possibilités motrices. Il a consolidé son sens de lui-même. Avec l'acquisition de la marche autonome (vers 18/20mois) c'est le « Moi, je ». L'enfant s'affirme. On parle alors de « **la double bifurcation** » (Delion, 2009). Cet auteur explique qu'à cet âge l'enfant se croit capable de tout. Il est alors important que des **limites** lui soient données pour l'amener à comprendre que ce n'est pas par la force mais par la **représentation** qu'il va pouvoir investir l'objet. L'enfant qui n'est pas confronté à des limites imposées de l'extérieur peut rester dans ses agir pulsionnels, non contrôlés et non contrôlables, qui vont finir par l'angoisser. L'enfant qui rencontre des limites va apprendre à différer, à se représenter, à entrer dans le jeu. On comprend l'enjeu et l'importance de **donner des limites** au jeune enfant. Des limites pour le protéger lui et l'environnement de sa propre agressivité.

En somme, progressivement l'enfant s'achemine vers une autonomisation de son corps. Il devient apte à **s'auto-porter et à se contenir sur les plans psychique et corporel**. Selon AM Latour, l'étape ultime de l'introjection de l'objet externe contenant est **l'acquisition de la propreté**. Nous pouvons dire que l'enfant **devient « continent » et cela se double du niveau psychique ; il devient contenant** (Latour, 2014).

D) L'image du corps – comme la maison

La notion d'image du corps est une notion complexe dont les modalités et définitions fluctuent selon les auteurs. La définition qui m'apparaît la plus vivante et explicite est celle que propose Pierre Delion : « L'image du corps est la représentation des modalités de l'habitation de la 'maison du corps', bien sûr en fonction de sa matérialité mais surtout de l'histoire qui va se dérouler dans cette maison du corps. » (Delion, 2009).

Je procède à l'analogie de cette « **maison** » en tant que **contenant** (avec ses **ouvertures** (fenêtre et porte) pouvant s'ouvrir et se fermer volontairement) avec le **corps** (et ses **ouvertures corporelles yeux, bouche et sphincters**).

Il est question de « **représentation** », cela arrive donc à la suite de la **sensorimotricité** et de la **perception** que tout sujet vit par ses expérimentations répétées. Cela rejoint parfaitement le paradigme de la psychomotricité selon lequel le développement et le fonctionnement de l'humain comprend trois volets indissociables et en permanente interaction: la motricité, les sensations et les représentations. Et c'est bien une « histoire » qui s'écrit tout au long de la vie de l'individu.

Concernant **les ouvertures corporelles "sur lesquelles nous avons un contrôle volontaire"**: la nature particulière de leur revêtement, leur maturation physiologique sensorielle précoce et la richesse de leur équipement sensoriel, leur statut en tant que lieux du corps d'attention et de soins précoces, leur investissement émotionnel et relationnel majeur et leur rôle de lieux d'échange entre intérieur et extérieur du corps témoignent de leurs **importances dans l'image du corps**.

Il est intéressant de noter que Dolto considère trois images qui s'articulent pour fonder l'image du corps à savoir « l'image fonctionnelle », « l'image de base » et « l'image érogène »

(Dolto, 1984). Cette dernière étant associée « aux lieux du corps où se focalisent plaisir et déplaisir », j'y inscris la bouche, les sphincters et les yeux.

Petit aparté:

Ce concept d'image du corps est un concept majeur en psychomotricité. Selon le décret d'acte du 6 mai 1988, il est stipulé que le psychomotricien contribue "par des techniques d'approches corporelles au traitement [...] des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique". L'image du corps appartient **au champ des compétences légales** du psychomotricien.

De plus, elle est inhérente à chaque sujet et participe donc de manière fondamentale à la **relation thérapeutique**. Elle participe à comprendre qui est la personne en face de nous (comment elle s'est construite, qu'est-ce qu'elle exprime à ce moment précis, etc) et donc a une place importante dans **la clinique**. Aussi, le psychomotricien se doit de travailler sa propre « maison du corps ». En ce sens, les ateliers de pratique corporelle proposés tout au long de nos études m'ont permis de tendre vers une meilleure connaissance de moi-même et je considère que cela est à poursuivre en tant que psychomotricienne.

Le premier outil du psychomotricien est « la connaissance qu'il a de lui-même : une connaissance sensorielle, « psychomotrice », une connaissance avérée et pensée, pour servir ses projets thérapeutiques». (Potel, 2010)

En somme, construire et vivre son corps comme **contenant** sécurisant n'est pas chose innée. Les troubles de l'image du corps sont autant de témoins de ces difficultés à pouvoir se construire des représentations stables, solides et narcissiques de soi.

Les ouvertures corporelles "sur lesquelles nous avons un contrôle volontaire", prônent ici aussi **leur importance et leur place dans la construction identitaire de l'individu, dans la constitution de l'"image du corps"**. Il s'avère donc légitime de s'y intéresser en tant que psychomotricien.

PARTIE I- Situations autour des Troubles Envahissants du Développement

Dans cette partie, après avoir défini le diagnostic de « Troubles Envahissants du Développement » (=TED) et abordé la notion de bilan, je présenterai mes lieux de stages.

A) Classifications et hypothèses

1) Les différentes classifications

• Classification Internationale des Maladies = CIM 10

Au sein du cinquième chapitre intitulé *Troubles mentaux et du comportement*, dans la catégorie dénommée *Troubles du développement psychologique*, on trouve les **Troubles envahissants du développement** (elle-même subdivisée en huit sous-catégories). « Les TED sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations. »

L'adjectif '*envahissants*' explicite que les troubles submergent l'enfant dans la **globalité** de son développement psychomoteur et la perspective '*du développement*' permet d'apporter un regard sur le **déploiement temporel** de ces troubles et leur **caractère précoce** d'apparition.

• Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux = DSM-V

Alors que le DSM-IV (1994) définissait l'autisme et ses troubles associés comme des TED, dans le DSM-V (2013) cette définition a été remplacée par le terme de *Troubles du Spectre Autistique* (=TSA), lesquels sont inclus dans une catégorie plus vaste de *Troubles neuro-développementaux*. Il est également important de noter que dans cette nouvelle version, seules deux catégories de symptôme subsistent :

- **altération de la communication et des interactions sociales**
- **présence de comportements, d'intérêts et d'activités restreints et répétitifs**

On parle de **dyade**, et avec la notion de '*spectre*', c'est l'idée que toutes les formes d'autisme s'inscrivent dans un **continuum** (métaphore du spectre de la lumière). Apparaît aussi avec le DSM V, un intérêt au **fonctionnement sensoriel** de l'enfant TSA.

• Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent = CFTMEA. Les troubles auxquels je m'intéresse sont regroupés au sein de la première classe nommée *Autisme et troubles psychotiques*.

Dans cette classification l'intérêt est plus porté sur le **développement psychoaffectif** de l'enfant, sur les **angoisses** et les **mécanismes spécifiques** qui sont élaborés et mis en place pour les contenir. C'est aussi **la manière d'investir autrui et le monde environnant** qui est au centre de la clinique.

En somme, ces classifications soulèvent la question d'une **délimitation**. Il apparaît nécessaire de **poser des limites**, des nomenclatures, pour permettre un positionnement, un certain consensus et une cohérence (pour la recherche, entre les différents corps de métiers, entre les différents pays, etc). C'est ainsi permettre une forme de **contenance** élaborative, de compréhension et d'appréhension de la personne. Pour autant, l'expérience clinique démontre que les frontières tracées par ces systèmes de classement, doivent être souples et malléables pour s'ajuster avec justesse et finesse à chaque enfant.

Aussi, sur mes lieux de stage, lors des réunions d'équipe, sont communiqués les diagnostics codés par la CIM ainsi que par le CFTMEA. J'ai fait le choix d'utiliser la dénomination TED dans le souci d'employer une norme internationale.

2) Maillage hypothétique et intégratif

De certaines hypothèses psycho-dynamiques, faisant état que ce trouble serait le reflet d'un fonctionnement de défense, de protection du sujet vis à vis d'un environnement défaillant dans ses fonctions d'étayage, l'apport des **découvertes neurocognitives** ont permis de rendre compte de déficits dans la structure même de l'enfant.

Ces dernières amorcent l'explication de **déficits dans les fonctions exécutives**, argumentant ainsi les difficultés dans l'apprentissage et dans le déploiement d'un comportement autonome, dirigé et adapté. C'est aussi **un déficit de mentalisation** (ou déficit

en « théorie de l'esprit ») soit une incapacité à attribuer des états mentaux à soi-même et à autrui, à considérer que les autres peuvent avoir des états mentaux différents des siens, de se représenter les situations sociales, d'anticiper les conséquences de ses actes, dont l'enfant aux Troubles Envahissants du Développement ferait l'expérience. S'ajoute à ces déficits, des faillites dans les capacités respectives de l'enfant, à former un ensemble cohérent et significatif à partir d'informations diverses provenant de l'environnement (ceci étant dénommé « **faiblesse de la cohérence centrale** »).

Des recherches actuelles émettent aussi de nombreuses hypothèses concernant des **dysfonctionnements sensoriels**. On comprend la possibilité du déploiement de difficultés d'ajustement relationnel, de communication et d'interaction, amenant à **une faillite des intégrations sensori-tonico-motrices de l'enfant**.

S'y ajoutent les données les plus récentes de la génétique qui convergent vers l'hypothèse d'une défaillance de certains mécanismes moléculaires impliqués dans la plasticité synaptique nécessaire à la régulation des réseaux neuronaux (Robel, Golse, 2010).

Ainsi, il s'agit à mon sens, de **corrélér** des hypothèses qui permettent de penser de manière **intégrative**. Aujourd'hui, il est intéressant et nécessaire que la pratique du soin et la réflexion clinique qui lui est corrélée, combinent des hypothèses explicatives découlant de divers courants, pour comprendre et accompagner au mieux l'enfant et son entourage.

B) Échelles et bilan

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (=HAS), le diagnostic est avant tout clinique. La CIM-10 est fortement recommandée pour homogénéiser la formulation diagnostic. La démarche diagnostique doit être associée à une évaluation individualisée fonctionnelle en étroite collaboration avec les parents.

• **Alors retrouve-t-on les éléments pivots de ce travail universitaire (bouche, sphincters et yeux) dans les différents outils diagnostics ?**

• **J'ai pu faire le constat qu'il est fréquent que l'enfant soit initialement accueilli au sein de l'Hopital de Jour pour des troubles concernant sa propreté (énurésie et/ou encoprésie). Aussi, quelle est la place de ce présent signe au sein des questionnaires, grilles d'entretien ?**

• Concernant l'examen psychomoteur, je présenterai succinctement ce qui, pour moi, spécifie du bilan psychomoteur et questionnerai la place de mes éléments à travers ce support. **Ces trois lieux du corps sont-ils inclus dans le bilan psychomoteur et comment ? Quels sont leurs pouvoirs de discrimination au sein de la palette élargie des signes cliniques ? Qu'est-ce que cela apporte ?**

1) La démarche diagnostique

Toujours dans les recommandations de la HAS, les outils spécifiques à l'autisme et aux troubles apparentés du développement utilisés pour le diagnostic sont : *l'Autism Diagnostic Interview Revised* (=ADI-R) et *l'Autism Diagnostic Observation Schedule* (=ADOS).

Je n'ai pas pu consulter ces deux outils. Leur utilisation est protégée. Aussi, c'est le plus souvent le médecin qui les coordonne. Pour autant, on y trouve des questions autour de la propreté et de l'alimentation ainsi que concernant le regard. Les troubles du regard constituent un indicateur précieux et précoce souvent signalé par les parents. Aussi, « la fuite du regard » est un élément alertant et récurrent dans le diagnostic du TED.

Y est également spécifié le *Childhood Autism Rating Scale* (=CARS) : échelle d'évaluation basée sur les comportements. Elle est le plus souvent utilisée pour évaluer l'intensité du comportement autistique de l'enfant ainsi que son évolution (par des passations régulières).

Cette échelle regroupe quinze catégories au sein desquelles j'ai pu retrouver la place des yeux et de la bouche mais aussi la notion d'image du corps (même si elle n'est pas explicitée de la sorte). La place des **yeux** est notamment retrouvée dès la catégorie I concernant *Les relations sociales* où il est noté « L'enfant peut éviter de regarder l'adulte dans les yeux ». Mais aussi dans la catégorie VII qui porte spécifiquement sur les *Réponses visuelles*. Concernant la place de la **bouche**, on la trouve notamment dans la catégorie IX *Goût-odorat-toucher*, il est écrit par exemple que « l'enfant peut continuer à porter les objets à la bouche (...) davantage pour la sensation que par le souci d'explorer ou d'utiliser ces objets. » mais aussi dans la catégorie XI *Communication verbale* où il est question par exemple d'écholalie. Enfin, la place de **l'image du corps** peut être notamment appréhendée dans la catégorie IV *L'utilisation du corps* ou dans la catégorie XII *Communication non-verbale*, ou encore dans la catégorie X *Peurs, anxiété* où il est question des angoisses.

En tant que psychomotricien, il est rare que nous intervenions à cette étape de dépistage des signes cliniques et de pose du diagnostic. Cependant en prendre connaissance est intéressant pour comprendre certains critères qui permettent, ultérieurement, une observation précise ciblée de certains comportements de l'enfant.

Au sein de l'Hopital de Jour où je me trouve, de nombreux enfants ne sont pas diagnostiqués mais justement présents pour une période d'observation, en attente ou en vue d'une pose éventuelle de diagnostic (en parallèle avec une évaluation au Centre Ressource Autisme).

2) Le bilan psychomoteur

Toujours en se basant sur les recommandations de la HAS, il est spécifié que la psychomotricité (en tant qu'intervention thérapeutique) est recommandée au sein des interventions relatives au domaine cognitif et au domaine sensoriel et moteur.

Je souhaite présenter succinctement le bilan psychomoteur tel que je le conçois, pour, ensuite avancer **qu'une observation portant particulièrement sur les yeux, la bouche et les sphincters anal et urétral** (et tout le maillage qu'ils créent et auquel ils s'intègrent simultanément), **pourrait permettre une élaboration axée, construite et intéressante rendant compte de la dynamique vécue de l'enfant présentant un trouble envahissant du développement.**

Le bilan psychomoteur doit être prescrit par un médecin. Il est un outil permettant d'approcher **l'enfant dans sa globalité**. Il s'intéresse à comment ce dernier **habite son corps**, comment il investit la **relation** à l'autre et son environnement. Il permet d'appréhender comment sa **motricité** est mise en relation. Ici, je ne reprendrai pas la définition et l'importance du bilan psychomoteur mais j'aborderai plus spécifiquement ce qui, encore une fois, **renvoie à des problématiques en lien avec les yeux, la bouche et les sphincters anal et urétral.**

En considérant que le bilan psychomoteur débute par la rencontre des parents (ou personnes référentes de l'enfant), il m'apparaît essentiel de les **questionner à propos des grandes étapes du développement psychomoteur** (âge de sevrage, de la marche debout, de

la propreté, etc) ainsi que sur les sphères de la vie quotidienne (je développerai à propos de la propreté (au sens général et touchant au contrôle sphinctérien) ainsi que de l'alimentation, mais il est bien entendu également question du sommeil, de comment l'enfant joue, de ses centres d'intérêt, etc). C'est, ainsi, élaborer un inventaire de la vie de l'enfant à la maison, permettant d'appréhender son autonomie, **son niveau de repérage corporel** ainsi que **son sentiment vis-à-vis de son corps**. C'est aussi s'intéresser à la compréhension et aux représentations parentales.

• **Les questions relatives à la propreté, à celles du contrôle sphinctérien** mettent souvent en lumière de nombreuses difficultés (encoprésie/énurésie primaire/secondaire, angoisses associées, etc). Est-ce que l'enfant est autonome pour aller aux toilettes ? Si la propreté est acquise, cela peut être avec un retard plus ou moins marqué et même dans ce cas, cela peut être le résultat d'un apprentissage quasi automatique sans que les représentations, affects et émotions inhérents à cette étape soient mobilisés. Par extension c'est aussi s'intéresser à la façon dont l'enfant prend soin de son corps et/ou laisse l'autre en prendre soin.

• **Les questions autour de l'alimentation et du temps des repas** apportent de nombreux indicateurs quant aux possibilités pour l'enfant de partager un moment en commun (avec des règles sociales) alliant besoin vital et plaisir. Est-ce que l'enfant mange de tout ? Beaucoup ? Pas assez ? Arrive-t'il à rester à table pendant tout le temps du repas ?

Suite à ce premier entretien, il conviendra de rencontrer l'enfant seul (si possible) pour explorer **l'ensemble des domaines psychomoteurs** (tonus, motricité globale et fine, latéralité, structuration temporelle et spatiale, communication verbale et non verbale, sensorialité, schéma corporel, image du corps, jeu et imaginaire).

• Une attention particulière portée à la **bouche** permettra d'appréhender le rapport de l'enfant aux différentes oralités (son accès et son utilisation du langage, l'investissement de l'alimentation), d'étudier avec plus de précision sa motricité faciale (mimiques, expression de ses émotions, etc), l'exploration du dedans/dehors du corps via les actions par exemple de remplir/vider sa bouche, etc.

• Une attention particulière portée autour des **sphincters anal et urétral** permettra d'appréhender la dynamique tonique corporelle (tonus en jeu notamment dans rétention/expulsion des matières), les coordinations générales, l'attention à soi (prendre soin de son corps), etc.

• Une attention particulière portée aux **yeux** permettra d'appréhender la qualité du regard de l'enfant, son entrée en relation avec l'autre par la présence ou non d'un contact œil-œil, la présence ou non de l'attention conjointe, la communication non verbale, les coordinations oculo-manuelles, etc.

S'intéresser à ces trois éléments revient évidemment à s'intéresser et à investiguer **le schéma corporel** ainsi que **l'image du corps**. AM Latour considère justement l'acquisition du contrôle sphinctérien comme l'ultime étape dans la construction du sentiment d'avoir une enveloppe à soi. Elle explique que la sphinctérisation fait partie intégrante des compétences psychomotrices, ce qui légitime notre place et travail en tant que psychomotricien dans l'accompagnement de ces problématiques (Latour, 2014).

Se questionner et se permettre une certaine grille de lecture à partir de ces trois éléments permet d'aborder **la dimension instrumentale/praxique du corps** (la capacité à faire du schème moteur acquis ou non acquis) ainsi que **la dimension fonctionnelle/pragmatique du corps** (est-ce-que ce schème moteur pur est mis au service de la fonction, de l'action, de l'activité motrice, prenons l'exemple de la propreté). Mais c'est aussi appréhender **la dimension sensorielle** (par exemple au niveau visuel avec le type de regard (fixant, périphérique, plafonnant, etc), au niveau gustatif (intérêt particulier, sélectivité alimentaire)) ainsi que **la dimension affective et relationnelle du corps**.

3) Concernant la place de l'évaluation sur mes lieux de stages

Au sein de l'Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (=ITEP), un bilan psychomoteur à l'arrivée de l'enfant est mis en place. Aussi, un bilan psychomoteur annuel d'évolution est proposé à tous les enfants de la structure. Ces bilans d'évolution s'étaient sur des items de bilans variés, pour tenter de dessiner un tableau global de l'enfant dans les grands domaines psychomoteurs et d'évaluer son évolution d'une année à l'autre. J'ai pu élaborer certaines passations. Le temps très court (à raison d'une rencontre de 30minutes par enfant)

m'a paru contraignant et je me suis sentie limitée pour effectuer un bilan approfondi rendant compte avec précision du développement psychomoteur de l'enfant.

Au sein de l'Hopital de Jour, la psychomotricienne ne pratique pas de bilan psychomoteur dès l'arrivée de l'enfant. Cela m'a questionné. Je pensais alors qu'il serait toujours pertinent de rencontrer l'enfant, lors d'un bilan psychomoteur, pour observer des domaines spécifiques (qui n'apparaissent pas forcément dans le quotidien de l'enfant) et, ainsi, apporter des éléments. C'est en interrogeant la psychomotricienne et l'équipe que j'ai pu entendre et comprendre leur fonctionnement. L'idée étant de ne pas disperser le soin dès l'entrée (avec des évaluations par divers professionnels à un instant t), ne pas faire de l'enfant " un objet de soin ". Les ateliers et/ou temps de vie commune, pendant lesquels la psychomotricienne est présente, offrent l'opportunité d'observer l'enfant en situation. Une fois que le soin est installé, si les professionnels en font la demande, peuvent alors être mis en place des bilans spécifiques (orthophonie, psychomotricité) qui pourront déboucher sur une prise en charge.

C) Présentation de mes deux lieux de stage

1) Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (=ITEP)

a) Présentation générale

Cette institution accueille des enfants âgés de trois à sept ans présentant des troubles du comportement et de la personnalité. Elle conjugue des interventions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques. Les enfants sont présents du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30 (accueil en semi-internat) et sont accompagnés par une équipe pluridisciplinaire (pédopsychiatre, psychologue, médecin, infirmière, orthophoniste, psychomotricienne, psychothérapeutes, éducatrices de jeunes enfants (=EJE) et aides médico-psychologiques (=AMP)).

Les enfants sont répartis en groupes de six/huit enfants encadrés chacun par une EJE référente en lien avec une AMP ou une autre EJE. La trame de la prise en charge s'appuie sur le **groupe** comme **contenant** et comme matrice, permettant la constitution et la définition progressive d'une identité propre à partir de l'identité groupale. Aussi, une pièce nommée jardin d'enfant n°X est attribuée à chaque groupe et c'est au sein de cette dernière que les

activités du groupe sont proposées. Les enfants sont amenés à sortir de leur jardin d'enfant pour les ateliers thérapeutiques tels que l'atelier boue, l'atelier peinture, l'atelier coussin, l'atelier maquillage, etc, et lors de prises en charges individuelles (psychologue, psychomotricienne, orthophoniste). Durant les moments de vie commune (repas, récréation) les différents groupes se retrouvent.

b) Concernant ma journée de présence dans cette institution depuis octobre 2016 :

Je suis présente en tant qu'observatrice-scripte pour quatre prises en charge en pataugeoire avec la psychomotricienne. Je co-anime une prise en charge psychomotrice plus 'classique' avec la psychomotricienne ainsi qu'un temps de bilan d'évolution en vue des synthèses annuelles des enfants. La prise en charge thérapeutique en pataugeoire est donc un temps fort et prépondérant au sein de ce stage (que je développerai ultérieurement). J'ai également pu participer aux synthèses mensuelles. Cela m'a sensibilisée à la place du psychomotricien au sein de l'équipe et j'ai pu apprécier et aborder l'importance du croisement des différents **regards** et des réponses élaborées à plusieurs **voix**, pour soutenir le **projet thérapeutique** de chaque enfant.

2) Hôpital de jour (=HJ)

a) Présentation générale

Cette institution accueille des enfants âgés de trois à sept ans présentant des troubles graves du développement et a pour visée une prise en charge thérapeutique globale de l'enfant. L'approche psycho-dynamique initiale allie des techniques recommandées actuellement (pictogrammes, etc), ainsi qu'un travail éducatif, notamment autour de l'autonomie et d'une approche pédagogique. Le nombre de demi-journées de présence des enfants varie. En fonction du projet de soin de l'enfant, différents ateliers lui sont alors proposés : atelier relaxation, atelier cuisine, atelier terre, etc,. Ils sont ensuite fixés pour l'année. L'enfant est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire (infirmiers diplômés d'état, éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants, orthophoniste, psychomotricienne, psychologue) sous référence médicale. L'équipe accompagne au plus près l'enfant **et sa famille**. La structure est également en partenariat étroit avec les différents acteurs de la petite enfance (réseau scolaire, aide sociale, etc).

b) Concernant ma journée de présence dans cette institution depuis octobre 2016:

Je suis présente au sein d'un groupe de six enfants avec la psychomotricienne, deux infirmiers et une EJE. La matinée (de 9h30 à 13h) est organisée en différents temps. Le premier temps est celui d'arrivée (réception, accueil, enlevée du manteau et des chaussures, la mise des chaussons, etc.). Puis c'est la mise en place de l'emploi du temps, où réunis, nous constituons ensemble, à l'aide de pictogrammes photos, le déroulé de la journée. S'ensuit le temps du goûter. Ensuite, le groupe est subdivisé en deux sous-groupe: un groupe d'enfants part pour l'atelier terre dans une autre pièce tandis que l'autre groupe d'enfant reste dans la salle à manger pour l'atelier cuisine. Pour ma part, je participe à l'atelier cuisine. À la suite de ces ateliers respectifs, tous les enfants se retrouvent pour un temps de jeux libres à la fin duquel est amorcé et proposé un temps de comptines. Puis c'est l'heure du repas thérapeutique. À la fin du repas c'est l'heure du départ des enfants pour l'école (ou la maison pour certains).

Ces deux lieux de stage, d'abord « psychanalytique » m'ont incontestablement portée vers une dynamique de compréhension et une certaine manière d'aborder l'enfant et son accompagnement. J'ai pu y trouver des appuis tant théoriques que pratiques enrichissants et pertinents.

Reprenons quelques considérations:

• Les TED sont des troubles **précoces** du développement. Dans la première partie, nous avons constaté l'importance de la bouche, des yeux et des sphincters anal et urétral dans **le développement psycho-moteur du jeune enfant, dès ses premières années de vie.**

• Un des éléments de la dyade diagnostic du TED est " altération de la communication et des interactions précoces ". Nous avons vu que ces ouvertures corporelles ont un rôle central dans ces domaines.

• Le DSM-V porte un intérêt à la **sensorialité** chez ces enfants. De nombreuses recherches actuelles questionnent un dysfonctionnement sensoriel. Aussi, nous avons constaté que la bouche, les yeux et les sphincters anal et urétral sont de hauts lieux sensoriels.

J'émetts l'hypothèse que chez ces enfants, **ces ouvertures corporelles sont des lieux atteints dans leur fonctionnement même.** Elles sont alors, des **lieux privilégiés/de focalisation de symptômes.** Les troubles du comportement alimentaire, l'encoprésie ou encore les troubles du regard seront à considérer comme des **pivots**, pouvant relier la clinique plus générale de l'enfant présentant des Troubles Envahissants du Développement (dans la relation à son corps, à l'autre et à l'environnement).

Nous avons relevé le fait que ces ouvertures corporelles permettaient l'acheminement du sujet vers la construction de " sa maison du corps ". Ces enfants, troublés dans leur développement, feraient l'expérience d'un **manque d'introjection de l'objet externe contenant.** Autrement dit, nous aborderons une clinique de ces enfants **aux limites psycho-corporelles fragiles.**

Le cheminement théorique s'étayera sur des vignettes cliniques pour en proposer une lecture.

A) L'enfant troublé et l'espace de la bouche

Dans un premier temps, je présenterai une clinique fondée sur mes observations lors des temps de goûter et de repas thérapeutique. Dans un second temps, j'exposerai une clinique plus générale relatant de l'investissement particulier de la bouche chez ces enfants.

1) Le dynamisme de la bouche sur le temps des repas

Participant aux temps du goûter et du repas thérapeutique, j'ai pu observer certaines difficultés chez ces enfants. Une étude québécoise indique un taux de problèmes alimentaires dans la population autistique variant entre 56 à 89 % (Tessier, 2011).

Aussi, ces temps particuliers (goûter, repas) m'ont confronté à mon propre positionnement en tant que psychomotricienne. En effet, j'ai pu faire l'expérience de la complexité d'accordage entre professionnels ; certains défendant d'avantage l'aspect éducatif de ce moment, d'autres l'aspect ludique, etc. Là encore, la question du regard de l'autre (porteur d'un quelconque jugement ?) n'est pas facile à traiter et ne laisse personne indifférent.

Aussi j'ai été surprise (et cela allant étonnamment dans le sens de ma réflexion), lorsque le médecin pédopsychiatre référent de l'HJ a proposé à l'équipe un texte¹ portant sur le « repas thérapeutique », pour amener à un temps de réflexion en commun. J'ai pu y trouver certaines pistes de réflexion étayant mon exposé.

a) Quand l'enfant refuse de manger

Refuser d'incorporer l'aliment serait **un mécanisme de défense** pour ces enfants aux limites psycho-corporelles fragiles.

En se basant sur la théorie psycho-affective kleinienne, incorporer un élément permet d'assimiler ses caractéristiques. Si l'objet incorporé est 'bon', on assimile ses bonnes qualités

¹ Urben, S. (2016). L'oralité: une porte d'entrée dans le monde de l'autisme. Les troubles du comportement alimentaire au regard de la problématique autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(6), 383-394.

mais si l'objet est 'mauvais' il peut être dangereux et menaçant pour l'intégrité propre. Refuser d'incorporer un aliment étranger, à défaut de savoir s'il est 'bon' ou 'mauvais', permet de se protéger. Faire entrer en soi une substance peut être vécu comme une intrusion pour ces enfants. Cela avive des **angoisses d'intrusion et de dévoration**.

Pour autant, alors que certains enfants refusent catégoriquement tout aliment, j'observe que pour certains, les aliments acceptés varient **en fonction du contexte** (à la maison, à l'HJ, en fonction du soignant, etc).

Lors du repas, il y a une demande latente (car acte vital) inconsciente de l'autre qui souhaite que l'enfant mange. Je considère qu'en tant que soignants, nous devons être détachés de cette "angoisse de mort" (et c'est bien cela qui est travaillé lors des réunions d'Analyse De Pratique (=ADP)). Nous devons nous positionner pour leur offrir la possibilité d'éprouver un plaisir à manger pour soi, dans la relation et avec les autres et non leur imposer un quelconque acte de manger.

Refuser l'aliment peut être, pour l'enfant, une façon de se positionner, de **s'affirmer**. En tant que soignants, nous devons justement, éviter de rentrer dans ce schéma d'opposition.

Simon (4ans) refuse catégoriquement le fromage qui lui est proposé. Finalement, alors même que j'ai tartiné des tartines pour un autre enfant, il en saisit une discrètement et la mange. Je décide à voix haute de commenter ce qu'il vient de se passer.

Enfin, serait-ce pour l'enfant une peur de détruire l'aliment ? Alors que son unité n'est pas certaine, que la différenciation soi/non-soi n'est pas stable voire inexistante, il est envisageable que manger, croquer, ingérer (action qui détruit l'aliment, qui annule son statut) soit vécu comme un acte agressif envers l'autre et soi-même. Et l'enfant ne souhaitant pas exprimer d'agressivité peut se refuser à manger. « Aimer c'est manger, c'est détruire, c'est néantiser l'objet en soi : manger, c'est faire disparaître. » (Aucouturier, 2005). Cet auteur parle de « conflit absorber-agresser ».

b) Quand l'enfant est très sélectif vis à vis de ce qu'il accepte ou non de manger

L'enfant avec des traits autistiques choisirait l'aliment, non pas pour ses propriétés gustatives ou nutritives mais pour ses qualités sensorielles autres. J'observe des enfants qui s'intéressent à la texture, à l'odeur, à la couleur de la nourriture.

Ils peuvent être méfiants dans la sélection des aliments, sûrement en lien avec la peur d'incorporer 'du mauvais' (abordé au-dessus) et/ou du 'nouveau' (recherche d'immuabilité).

Sous l'hypothèse de l'hyper-sensibilité sensorielle, ce serait aussi, limiter les différentes informations en incorporant uniquement des aliments connus.

Cela rejoint le critère du DSM-V des « intérêts restreints ».

Noah (5ans) est très sélectif pour la nourriture. Il mange finalement très peu et refuse la majorité des aliments. Je note cependant une évolution depuis le début de l'année au sein de l'atelier cuisine et qui semble se répercuter sur les temps du repas. Il accepte plus facilement de goûter l'aliment présenté (ce qu'il fait d'un rapide coup de langue) et peut montrer un réel plaisir lors de la dégustation sur l'atelier cuisine. Je trouve très intéressant de pouvoir observer son comportement et son rapport aux aliments sur ces deux temps distincts.

c) Quand l'enfant se montre avide vis à vis de la nourriture

L'enfant engloutit rapidement le repas, avec frénésie, dans une certaine forme d'excès.

L'aliment serait utilisé comme un moyen de remplir l'espace de la bouche, et plus globalement du corps, permettant d'éprouver le sentiment d'être un contenant.

Tustin parle « d'amputation du museau » (Tustin, 1989) pour ces enfants. Dans L'Échelle d'Évaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme (=ECPA)², Haag parle de « signes de récupération du pourtour de la bouche » avec, en même temps, des signes d'angoisse « de la re-perte ». Ces enfants vérifient le ressenti du pourtour de leur bouche en la plaquant partout sur l'environnement, en se la palpant avec les doigts, etc. L'enfant cherche inconsciemment à combler, ou du moins à faire exister cet espace vide, ce trou de la bouche.

Pendant le repas, Louis (7ans) est dans un bruitage constant de moteur. Dès que l'aliment est posé dans son assiette il se tait et le mange. Dès que l'aliment est mangé il reprend sa production sonore envahissante, utilisant l'assiette comme 'volant'. En tant que soignants, nous nous sommes mis d'accord de laisser Louis s'exprimer. En effet, après plusieurs tentatives de le 'ré-freiner' dans cet envahissement sonore (en l'isolant sur une table seul, en lui confisquant son assiette, etc) nous avons observé que cela ne faisait qu'augmenter son comportement et l'amenait à d'importantes crises de colère (auto et hétéro agressivité).

2 Ce document étant soumis au droit d'auteur, il m'est impossible de le communiquer en document annexe.

Chez ce même enfant, j'observe de fréquents mouvements de langue pouvant témoigner d'une tentative pour combler cet espace buccal.

Cette appétence exacerbée serait pour l'enfant, un moyen possible de se vivre en tant que contenant et d'y trouver un certain plaisir (par réassurance). Les sensations liées aux aliments, à la digestion, donnent autant d'informations qui permettent de **sentir l'intérieur du corps**, d'en éprouver des **limites** (tube digestif, etc). « À la tension du vide stomacal, avec son cortège de cri-appel et de gesticulation désarticulante, va succéder la détente anxiolytique du remplissage bouche-gorge-estomac. » (Delion, 2011).

Le partage du chocolat chaud avec Louise (7ans) à la fin de la séance en pataugeoire a été réfléchi pour l'accompagner dans la séparation. Ce moment lui permet de s'apaiser et Louise redemande toujours un autre verre de la boisson. C'est un moment relationnel fort et il est intéressant d'entendre que l'équipe au complet porte ce moment privilégié que nous avons avec Louise.

En somme, manger permet de vivre **la dynamique dedans/dehors** qui débute par le **passage** des aliments dans **l'espace** de la bouche. J'observe de nombreuses particularités de ces enfants face à la nourriture. Cela rend compte d'un certain investissement de leur corps (via la bouche) et en relation avec l'extérieur (l'autre et l'environnement).

2) Un investissement particulier de la bouche

a) En rester à des prémices dans l'investissement de la bouche

J'observe des enfants qui crachent, soufflent, gonflent leurs joues, roulent leur langue, etc. Ils exercent, comme le bébé lors du deuxième trimestre, les plaisirs de la sphinctérisation buccale. Ils testent ainsi les limites entre **le dedans et le dehors** (Latour, 2014).

• Le grasping oral

Dans sa **dynamique d'ouverture/fermeture**, la bouche permet alternativement de garder en soi et de lâcher. Le réflexe du « grasping » peut être une tentative d'agrippement, un mécanisme de défense contre l'angoisse de chute notamment (Aucouturier, 2005).

Quand j'accompagne Maxime (7ans) aux toilettes, il est dans un flux constant de parole. Sa verbalisation n'a pas valeur de communication (il ne répond pas si j'interfère ou questionne son propos) mais valeur de soutien et réassurance personnels. Il semble se créer une enveloppe sonore. Ce passage aux toilettes est très anxiogène pour cet enfant et il semble que Maxime ai trouvé ce moyen pour surmonter son inquiétude de ce qu'il se passe au niveau du bas du corps en portant toute son attention au niveau du haut du corps. J'y vois aussi un moyen pour maintenir le lien avec l'autre (je reste derrière la porte entre-ouverte à sa demande).

• **L'oralité de préhension** peut rester la dominante, ce qui impacte l'investissement des oralités alimentaire et verbale. J'observe des enfants qui, tels des nouveau-nés, persistent dans l'exploration des objets et de l'espace via la bouche.

b) Mise en place de comportements pour se sentir, pour exister en tant que contenant.

• **Les stéréotypies :**

Les stéréotypies sont "des mouvements, ou des séquences motrices répétées, susceptibles d'interférer avec un mouvement adapté ou de s'y intriquer. [...] Elles n'ont pas de but objectivement observable, ni d'effet manifeste sur le milieu. Elles sont la plupart du temps considérées comme échappants au contrôle du sujet [...] et peuvent engendrer des effets nocifs pour le porteur lui-même." (Corraze, 2009).

On peut leur attribuer différentes fonctions qui sont corrélativement présentes (se sentir de manière tonique et sensorielle, décharger les tensions pour retrouver un certain équilibre émotionnel et s'isoler). C'est en étant attentif au contexte et en connaissant l'enfant et son fonctionnement qu'une proposition de compréhension peut être établie. Ainsi, ces mises en mouvements répétées seraient, pour l'enfant, une manière de se créer **une enveloppe sensori-tonique protectrice et rassurante, dans la recherche d'une seconde peau.**

Il est fréquent, dans des moments de frustration, que Louis (7ans) joigne ses mains et les décolle dans une rythmicité d'angoisse, les mettant à la bouche et/ou les mordant. Ce comportement stéréotypé semble l'aider à décharger sa colère. Dans ces moments là, la solution la plus opérante trouvée par les professionnels, est celle de contenir Louis dans nos bras.

La bouche étant placée sur l'axe corporel, il apparaît aussi pour cet enfant, que ce

comportement stéréotypé soit une tentative de rassemblement de ses deux héli-corps. Lui offrir un portage par notre corps, c'est aussi l'amener vers une position de rassemblement.

On peut distinguer les **stéréotypies motrices** des **stéréotypies verbales**. Ces dernières portent sur des mots, des tournures de phrases itératives. On leur attribue les mêmes fonctions.

• Les conduites auto-agressives, l'auto-mutilation

Les conduites auto-agressives peuvent être définies comme des manières de s'attaquer soi-même, de porter atteinte à sa propre intégrité. De nombreuses études ont été menées pour tenter de comprendre la présence de ces conduites. S'auto-mutiler serait, pour ces enfants avec traits autistiques, une façon de se sentir vivant (Tordjman & Co, 1998). On peut alors penser à une sorte d'instauration **pathologique d'enveloppe à travers le vécu douloureux**. Ce serait éprouver ses **limites**, sentir les parties du corps recrutées et utilisées dans et par l'acte agressif par le biais de la douleur (se cogner, se griffer, se taper, se mordre, etc). Cela pourrait aussi être une manière de se procurer une sensation rassurante car connue. On peut parler d'agrippement sensoriel à la douleur. C'est également une manière de se sentir indépendant d'un autre car il est possible de se procurer cette sensation à tout moment par soi-même.

Illustration possible à travers la vignette précédente.

En somme, de nombreuses recherches et mises en place de 'solutions compensatoires palliatives' au niveau de la bouche s'observent chez ces enfants. **La bouche, en tant que « premier lien entre l'intérieur du corps et le monde extérieur. »** (AUCOUTURIER, 2005) s'avère souvent impliquée de manière 'déformée' pour ces enfants, comme mise à profit pour sentir leur corps et en vivre un certain contrôle. Aussi, c'est toute la sphère relationnelle et de communication à l'autre qui est impliquée. La **circulation** est altérée, **le flux relationnel** et l'exploration de l'environnement en sont impactés.

3) Quelques pistes de travail en tant que psychomotricien

La place du psychomotricien au sein du **repas thérapeutique** est intéressante. Son regard psychomoteur et son approche offrent un étayage pour les membres de l'équipe (par exemple lors des temps d'ADP). Bien qu'ici, dans l'intérêt de rester autour de mon sujet, j'aborde en conséquence le domaine de **l'image du corps**, il est intéressant de noter que

pourront être observés et travaillés les grands domaines de la psychomotricité (motricité générale et fine, coordinations, tonus, latéralité, schéma corporel, etc).

Des ateliers comme « **l'atelier cuisine** » peuvent être pensés pour accompagner l'enfant à expérimenter autour du support de l'aliment : le manipuler, le transformer, le déguster, éveiller la curiosité, expérimenter les notions de volume, quantité, contenance, conservation, etc.

Des jeux avec des supports tels que le sable, les graines, l'eau, etc, permettant d'expérimenter les notions de contenant/contenu, de dedans/dehors, etc, peuvent être intéressants.

Des approches corporelles telles que la **relaxation**, des mouvements dansés, etc, pourraient permettre à l'enfant d'éprouver, de ressentir son corps comme solide, vivant, etc. (Lamas & Co, 2012).

C'est aussi **expliquer** à l'enfant le fonctionnement de son corps (par le biais de support photos ou autres) qui peut-être envisagé. **Les échanges avec les parents** apparaissent également très importants (Boige, 2011).

B) L'enfant troublé et les sphincters anal et urétral

Sur mes lieux de stage, le moment d'aller aux toilettes pose problème pour de nombreux enfants. Cet acte du quotidien est aussi source de questionnements et d'ajustements constants de la part des soignants.

1) Entraves dans la dynamique Stimulus → réponse adaptée

a) La sensation comme préambule

Pour commencer, il faut faire l'expérience des **sensations** intéroceptives, de la somesthésie végétative (avec les stimuli de pression, distension, etc). Certaines recherches actuelles en neuroscience suspectent des **déficits sensoriels** chez ces enfants aux traits autistiques (Chamak, Cohen, 2003) qui pourraient alors ne pas "sentir ce premier signal".

Par ailleurs, j'observe chez ces enfants un manque d'investissement du corps (au niveau du tonus, des orifices, de la sensibilité) (Boucher, 2015).

Aussi, si l'enfant ne conçoit pas son corps comme unifié, il est probable qu'il ne conscientise pas le fait que ces informations proviennent de son corps. En se référant à la grille ECPA qui traite des grandes étapes de la formation de l'image du corps, on envisage que l'enfant troublé dans son développement puisse ne pas encore avoir dépassé, et/ou être encore bloqué, à l'étape de la « réduction du clivage horizontal ». L'appropriation des membres inférieurs autour de l'axe du bassin et l'investissement des zones anale et sexuelle sont alors affectés voire inexistantes.

b) Y associer la réponse adaptée – faire lien

A présent, si on considère que l'enfant fait bien l'expérience du "premier signal sensitif", qu'il perçoit le bas de son corps, etc, il peut être en difficulté, voire dans l'impossibilité, d'associer à ce vécu, l'action à effectuer (à savoir celle d'aller aux toilettes). Cela rejoint l'hypothèse neurocognitive du déficit des fonctions exécutives.

Au début de la vie, c'est bien le parent qui met du sens, des mots sur ce qu'il interprète de la communication non verbale de l'enfant. J'observe, pour beaucoup de ces enfants, qu'il faut les guider dans cette prise de conscience et dans la mise en mots de leurs éprouvés.

Souvent, c'est la psychomotricienne qui repère les signes comportementaux et corporels (se tortille, etc.) de Maxime (7ans) dans son besoin d'aller aux toilettes. Elle le lui verbalise pour qu'il s'en aperçoive et, arrivé en toilettes, il s'avère que c'était le juste moment. En tant que soignant, nous faisons des hypothèses sur ce qu'il se passe pour l'enfant, de ce que l'on analyse. Nous faisons des commentaires qui nous semblent ajustés concernant l'observation de la communication non-verbale de l'enfant.

Pour autant, c'est bien une proposition qu'il s'agit de faire à l'enfant pour le laisser acteur et dépositaire de l'action. Un des dangers serait que l'enfant 'fasse' sans se sentir concerné par ce qu'il vit. Amener l'enfant à se considérer c'est aussi l'accompagner vers l'élaboration.

2) Défaut des traces mnésiques - s'arrêter et différer s'avère compliqué

J'ai pu observer que, souvent, lorsque le soignant propose à l'enfant de se rendre aux toilettes, ce dernier refuse, se met en colère, s'effondre au sol, etc. Cette proposition apparaît rarement bienvenue pour l'enfant.

Pour l'enfant qui se vit dans un état de discontinuité latente (par fautes de traces mnésiques à partir du pôle sensori-moteur), il apparaît inquiétant de devoir suspendre son activité pour se rendre aux toilettes. Dans l'idée que l'enfant ne peut anticiper (entraves dans son sentiment de continuité d'existence), le soustraire à son jeu, à son activité amorce déjà une réelle **problématique de séparation**.

Cela fait lien avec la notion de « permanence de l'objet » (Houzel, 2006). Quand celle-ci n'est pas acquise l'enfant ne se représente pas que, même s'il quitte son 'jeu' pour assouvir ses besoins, il pourra le retrouver après, à l'identique.

D'autre part, comme on l'a vu, cet acte de déféquer/uriner est entretenu par de nombreux codes sociaux (il faut l'acter dans un lieu donné, en respectant l'intimité, etc). Dans certaines situations l'enfant doit accepter de se retenir, d'attendre, de différer, tout en continuant d'éprouver les sensations (de pression, etc). Or, l'enfant qui n'a pas investi le pôle des représentations reste dans un agir pulsionnel, dans le besoin d'assouvir ses besoins dans l'immédiateté. (Delion, Leroy, 2008).

Alors que Zora (6ans½) évolue dans l'espace de la pataugeoire, elle a soudainement envie de 'faire caca'. Cette envie l'inquiète beaucoup. Il s'avère impossible pour elle de différer, de repousser. Elle apparaît inquiète de quitter la salle et c'est bien ce qu'elle verbalise en sortant, d'un air triste et anxieux: « Ce n'est plus pareil. »

3) Analogie à la première séparation

À la naissance, le nouveau-né quitte un espace clos et rempli d'eau (plein). De nombreux auteurs ont décrit le « traumatisme de la naissance et de la période postnatale » comme une période, pendant laquelle, le sujet doit dépasser, surmonter des sensations et vécus déstabilisants (expérience de la gravité, arrivées de nouvelles sensations, etc). Par l'expérience d'un 'bon' étayage (physique et psychique) le sujet les vit, les intègre, les dépasse. Lorsque

cela fait défaut, ces vécus angoissants peuvent de nouveau s'exprimer dans le quotidien, et notamment par les angoisses archaïques.

Dans l'acte de déféquer et d'uriner, **quelque chose de matériel sort du corps**. On perd réellement quelque chose dont le corps n'a plus besoin. C'est aussi se séparer de cette sensation de plein qui permet de vivre le sentiment d'être un contenant. Déféquer raviverait alors, pour l'enfant, des **angoisses très primitives**.

a) L'angoisse de morcellement

Au début de la vie, le nouveau né, en lien avec son développement neurophysiologique immature, ne dispose pas d'une représentation unifiée, globale et unitaire de son corps. On pourrait dire qu'il se vit, comme naturellement initialement morcelé. Un vécu possible serait celui de se séparer d'une partie de soi (fèces, urines). Il est fréquent que l'enfant regarde partir son 'déchet' dans les toilettes dans une dynamique alliant excitation et angoisse.

On parle de phénomène de morcellement « Lorsque le patient rapporte, plus ou moins verbalement, des vécus de détachement, de séparation, de décrochement, d'arrachage ou d'inexistence de certaines parties du corps» (Pireyre, 2015).

Pour Maxime (7ans), aller aux toilettes est très compliqué. Il nous est arrivé plusieurs fois de trouver des petits morceaux de fèces séchés lorsqu'il quitte sa place sur le tapis, dans ses habits, etc. Quand on le lui verbalise, il prend cela avec amusement et anxiété. Un jour où je l'aide à mettre son manteau, il apparaît cacher un petit morceau sous son pied. Avec la psychomotricienne nous nous y intéressons et lui demandons de nous montrer. Il refuse. Je lui demande avec intérêt « Tu caches un trésor ? », il éclate alors de rire et soulève son pied. Quand je lui verbalise que « Ça ressemble à un petit bout de caca » il apparaît sidéré.

b) Les angoisses de liquéfaction et de vidange :

L'angoisse de liquéfaction s'exprime dans un vécu d'écoulement, dans un sentiment de se répandre et est fortement liée au tonus. Elle est en rapport avec le milieu liquide (ce qui rejoint le vécu dans l'espace utérin). Le terme 'liquéfaction' rejoint celui de 'dissolution' et on y

entend la notion de passage d'un état solide à un état liquide. L'énurésie pourrait être la manifestation de l'angoisse de liquéfaction, de l'écoulement (Aucouturier, 2005).

Alors que Zora (6ans½) évolue au sein de la pataugeoire, il lui arrive de questionner du regard mais aussi de verbaliser ses inquiétudes à propos de la plaque d'évacuation de l'eau. Elle se montre angoissée de devoir passer à côté et pourra verbaliser « Je ne suis pas de l'eau moi ouf ! ». Cette affirmation ne confirmant que trop bien son incertitude quant à ses limites corporelles et à la possibilité d'être évacuée avec l'eau.

Je considère ici l'angoisse de vidange comme sensiblement similaire. Ce sentiment de se vider peut être majoré au niveau de certains lieux du corps ; les orifices corporels. Ce serait alors la possibilité de se vider par les trous du corps (Anzieu, 1985).

*Quand Bastien (6ans½) arrive dans la salle dédiée au temps de jeux libres, il demande la pâte à modeler. Dans des mouvements rapides et impulsifs, il en fait des bouts qu'il aplatit pour ensevelir le corps d'un poupon ou remplir l'intérieur d'un jouet véhicule, ou encore, combler l'espace de vide entre la carrosserie du véhicule et les roues. Un jour, assise à ses côtés, je lui propose une petite boule de pâte, il s'en empare et l'écrase sur la **bouche** du poupon. Je lui en présente une deuxième, puis une troisième et il comble successivement **les deux cavités orbitaires**. Bastien semble alors scénariser ce qu'il vit dans son corps, à savoir, le vécu d'une enveloppe corporelle trouée, percée où les **orifices** s'inscrivent comme des lieux menaçant son intégrité corporelle.*

4) Se retenir – se re-tenir – tenir pour se garder

Notons que dans les principales pathologies somatiques à dépister chez les enfants autistes, sont indiqués « les troubles gastro-intestinaux ». Ces derniers comprennent la **constipation** (Furlano, 2017).

A défaut d'un sentiment d'une enveloppe qui contient, soutient et tient, l'enfant pourrait se tenir par l'éprouvé du dur en lui. Ce serait se retenir d'aller à la selle pour se tenir en soi. La rétention des matières fécales et des urines peut fonctionner en tant qu'« **objet autistique** » (Tustin, 1989). Cette auteure explique que les « objets autistiques » sont utilisés comme négation de l'angoisse de séparation. Ils regroupent une catégorie d'objets choisis par l'enfant pour leurs qualités sensorielles (le plus souvent ce sont des objets durs).

Chez de nombreux enfants présentant un TED, on observe une **crispation tonique corporelle** qui va à l'encontre du processus de relâchement (nécessaire pour déféquer). Ce haut niveau tonique serait une solution compensatoire 'palliative' pour avoir le sentiment d'avoir un corps qui tient, un corps solide. L'os n'a pas de capteur sensoriel. Bick parle de "carapace tonique" pour désigner la construction de cette deuxième peau pathologique. Ce recrutement tonique excessif et permanent permettrait de lutter contre les angoisses corporelles.

Robin (9ans) est en constante hypertonie de l'ensemble du corps. Son tonus élevé impacte considérablement sa motricité. J'observe par exemple que ses mouvements sont saccadés lors de l'habillage. En consultant son dossier, il s'avère que Robin a un traitement médicamenteux laxatif.

Certains enfants apparaissent comme dans 'une économie d'agir corporel', 'une économie du mouvement', comme si, en l'absence d'enveloppe fiable, il ne fallait pas se donner trop au mouvement de peur d'un effacement total de cette **limite dedans/dehors**. Se retenir d'aller aux toilettes pourrait être un moyen de ne pas se mettre en jeu corporellement. Cette mise en mouvement minimale apparaît souvent associée à un haut niveau de contrôle et de maîtrise des gestes et de la mobilité corporelle. Aussi, cela est souvent corrélé à 'une économie émotionnelle' où l'enfant est inexpressif ; son visage apparaît figé, pauvre en mimiques, ne laissant transparaître son état interne. G.Pous parle de « maîtrise du vide » qui s'observe par des états de catatonie (absence de sensations, posture figée, etc). L'enfant semble absent de son corps. Cela donne l'impression d'un fonctionnement automatique, fonctionnel et réflexe du corps (Pous, 1995).

Vignette pouvant se référer à la vignette concernant Robin (dans la prochaine partie).

5) Bon ou mauvais 'cadeau' ?

Ces matières représentent quelque chose d'assez paradoxale ; elles sont à la fois attendues par l'entourage mais une fois qu'elles sont là il faut s'empresse de les faire disparaître et ne pas les toucher. Les fèces deviennent un objet transitionnel potentiel (Aucouturier, 2005).

Selon Winnicott, « l'objet transitionnel » est représentatif de l'interaction avec la mère. L'enfant serait en prise à un conflit interne s'illustrant par l'ambivalence expulsion-rétention.

L'expulsion-rétention serait la preuve qu'il existe, dans l'inconscient de l'enfant, le désir de détruire « l'objet » et en même temps le désir de l'aimer. Les fèces prenant le rôle de 'bon et/ou mauvais cadeau' de l'enfant pour le parent. L'encoprésie serait alors expliquée par la peur pathologique de l'enfant de détruire en évacuant. De détruire à la fois l'autre et lui-même (Boucher, Maffre, Raynaud, 2015).

En somme, l'encoprésie est un symptôme fréquent chez ces enfants. Il peut prendre diverses significations. Il me semble que porter de l'intérêt et une lecture à l'investissement que l'enfant a de ses sphincters, permet d'aborder sa dynamique dans son propre corps (son contrôle notamment) et dans la relation à l'autre.

6) Quelques pistes de travail en tant que psychomotricien

En complémentarité avec une approche éducative, il s'agit de proposer différents supports pour théâtraliser ces fonctions qui sont internes (Latour, 2014). Il est possible de proposer des jeux autour de la motricité globale du corps, de jouer avec des fluides, avec des matériaux comme les grains, le sable, etc, pour expérimenter ce qui entre, ce qui sort, ce qui peut être expulsé. Les jeux de taper sur un ballon, d'équilibre, etc, peuvent être aussi pensés.

Il serait aussi possible de leur permettre de sentir que quelque chose les tient dans leur corps, de leur faire ressentir du dur via des percussions osseuses, des vibrations, etc.

De même, une explication du fonctionnement du corps, du dedans et du dehors à l'enfant (par le biais de support photo ou autre) en présence des parents apparait important.

C'est aussi être attentif au cadre environnemental (besoin d'être au calme pour l'enfant par exemple), protéger la question de l'intimité.

C) L'enfant troublé et la problématique du regard

J'observe sur mes lieux de stage des particularités dans l'investissement et la qualité du regard chez de nombreux enfants. Dans cette partie, je propose de suivre une certaine échelle analogique croissante (d'une absence de regard jusqu'à un regard du côté du 'trop') pour aborder la clinique du regard chez l'enfant aux Troubles Envahissants du Développement.

1) Le regard évitant, fuyant

L'enfant évite le contact œil-œil. Il peut arriver qu'il croise celui des autres mais cela n'advient que de temps en temps, sans fixation durable. Ce serait un moyen défensif selon Berthoz qui considère que « Échanger un regard c'est aussi se faire pénétrer par le regard de l'autre. » (Haag, 2007).

Il n'est pas rare que lorsque je croise le regard de Bastien (6ans ½), il fasse une grimace: il ouvre la bouche et met ses dents à découvert. Cette réaction m'a fait lien avec ce que Haag nomme « l'œil bec ». Elle explique que c'est la peur de la prédation liée à la question du regard. Mon regard serait alors « perçu comme dangereusement pointu » pour Bastien qui s'efforce de ne pas maintenir l'échange œil-œil trop longtemps et adopte simultanément cette position de la bouche comme pour m'intimider, me maintenir à distance.

Je me sens en effet comme 'coupable' de rencontrer son regard à ce moment là et l'envie première est celle de quitter l'échange visuel. Pour autant, j'observe que depuis le début d'année, nos échanges œil-œil ont évolué. Ils se sont 'tranquillisés' et peuvent, à ce jour, être ébauches d'attention conjointe.

L'enfant se protège aussi du regard de l'autre dans sa posture et son investissement de l'espace ; j'observe des enfants qui sont souvent recroquevillés, repliés sur eux-mêmes, qui cherchent des coins confinés à l'écart du groupe, etc. L'enfant limite la communication via ce canal sensoriel. Il souhaite sûrement préserver son 'précaire' espace, se tenant à distance de l'autre et de la relation.

Robin (9ans), en prise en charge pataugeoire, s'assoit de dos, dans l'angle de la pièce le plus éloigné et le moins accessible à nos regards, pour effectuer ses manipulations (des transvasements d'eau très contrôlés). Il se ferme à notre regard comme il se ferme dans sa posture (buste penché en avant, regard auto-centré). Il apparaît se protéger d'un débordement intérieur (si jamais notre regard le remplissait) comme les récipients qu'il remplit jusqu'à ras-bord sans débordement. Il affiche un visage inexpressif ne laissant transparaître aucune émotion. Il reste impassible et muet quant aux verbalisations de la psychomotricienne. Une certaine résonance affective d'une temporalité mortifère résonne en nous (psychomotricienne et observatrice).

La capacité à lire dans le regard de l'autre ses émotions et ses pensées, à interpréter ses mimiques, ses gestes et ses postures, pour s'ajuster à lui, découle de l'instauration du regard. Ici, l'attention conjointe est impossible (signe clinique souvent recherché lors du bilan). Il faut ainsi constamment s'ajuster à l'enfant pour trouver la juste distance spatiale et relationnelle.

2) Le regard dévié, périphérique

Le regard est dévié, en coin, l'iris de l'œil se fixe dans les angles. L'enfant explore "du coin de l'œil".

Il est fréquent que Zora (6ans½) se fige en position debout et adopte son regard en coin. Elle est alors coupée de la relation, comme plongée dans une réflexion intensive d'un grand vide. En face, il m'est arrivé d'avoir le sentiment d'être emportée par ce sentiment de vide, comme 'dépossédée'.

La vision centrale permet d'avoir une image en haute définition tandis que la vision périphérique permet une vision large et continue, bien que moins précise (Vernet, 2009). Serait-ce alors une tentative, pour ces enfants, de trouver une certaine congruence avec leur sentiment de discontinuité d'existence ? Développer un 'floutage visuel' en analogie à un vécu flou de soi-même ?

3) Le regard qui se fixe, se colle, s'accroche

a) Accrochage sensoriel et adhésivité

J'observe des enfants qui restent fixés sur un canal sensoriel (le plus souvent visuel ou auditif). L'enfant est capté, happé par la stimulation sensorielle.

Certains enfants peuvent s'attacher à ce qui est le plus stimulant sur l'instant sans considérer le tout. Meltzer parle de « **démantèlement** ». Il dit que "L'enfant papillonne, branché sur un ressenti de mono-sensorialité sans faire lien avec les autres sensorialités." (Delion, 2008).

En considérant l'hypothèse d'une hyper-sensibilité sensorielle, l'enfant peut alors être amené à s'attacher à un flux sensoriel, à une information (exemple d'un faisceau lumineux

d'un rayon de soleil, etc). Le fonctionnement peut-être celui de **la mono-sensorialité**. Peut-être que cela permet à l'enfant de se protéger du flux complexe des informations (en portant toute son attention sur un unique 'événement' les autres 'événements' pouvant advenir ne sont pas considérés et donc ne le perde pas).

Ce pourrait être, pour ces enfants, un moyen de trouver un appui fixe et stable. Meltzer considère que l'enfant, face à ses angoisses primitives, essaie d'éprouver qu'il est tenu en s'agrippant à ses sens. Il ajoute que cela est permis majoritairement par le regard.

Quand des rayons lumineux traversent la pièce, Simon (4ans½) peut rester fixé sur ce seul stimulus visuel. Il ne semble plus présent à lui et à la relation, comme 'coupé du monde'.

Sur le plan visuel, certains peuvent avoir tendance à se focaliser sur les détails au détriment de la vision d'ensemble, allant d'un détail à un autre sans parvenir à appréhender la globalité. Cela peut se rapporter à l'hypothèse du défaut de cohérence centrale. Cela peut altérer leurs capacités d'exploration et de reconnaissance des visages, des mimiques, parfois des images ou des signes (lettres). Cela peut s'entendre dans un mécanisme de clivage de l'objet qui n'est pas appréhendé dans sa globalité.

b) Identité adhésive

Selon Bick, l'identification adhésive (qu'elle renommara identité adhésive) consiste à « supprimer tout écart, toute distance entre le sujet et l'objet. Elle conduit à l'imitation étroite de l'apparence, du comportement de surface de l'objet, beaucoup plus qu'à ses états mentaux. » (Roussillon, 2007).

Noah (5ans½) est un petit garçon qui apparaît peu authentique. Il reproduit souvent en mimétisme les mouvements excitatoires des autres enfants autour de lui. Il peut se lever en écho à un autre enfant qui se lève, puis finalement ne rien en faire, ne sachant pas pourquoi il fait cela. Le regard orienté vers son environnement, il apparaît happé par le mouvement venant de l'autre, sans en prendre conscience au départ.

4) Le regard qui pénètre, qui dévore

Face à certains enfants, échanger un regard peut-être vécu comme déstabilisant. Au sein de l'ECPA, Haag parle de regard «traversant où l'adulte a le sentiment que le regard de l'enfant est passé loin derrière lui, sans relation. ». Elle parle également de pénétration directe dans le regard de l'autre, « visage contre visage jusqu'à l'effet cyclope ». Elle propose l'idée de « l'œil-bec » expliquant que c'est la peur de la prédation liée à la question du regard. L'enfant peut aussi avoir « une tonalité de regard dévorante ».

La tonalité de regard de Bastien (6ans ½).

Au sein d'une vignette précédente j'ai déjà pu aborder la tonalité particulière du regard chez cet enfant. En me référant à la grille de lecture que propose Haag, je trouve également comme similitudes les qualificatifs de :

- *un regard « très lumineux » qui apparaît lui procurer du plaisir et une montée en excitation*
- *les regards « malins » qui provoquent chez l'interlocuteur méfiance et malaise*

5) Le regard ambivalent et ses angoisses

Ce regard apparaît chez des enfants à la structuration psycho-corporelle plus avancée (Delion, 2008). Le regard de l'autre se montre tantôt intrusif, persécuteur et tantôt porteur narcissique vital. L'enfant alterne entre crainte (ne voulant pas être regardé car cela intruse) et jubilation (souhaitant que l'autre le regarde). Il semble alors même que le regard de l'autre est nécessaire pour donner à l'enfant le sentiment d'exister. Cette position complexe peut trouver enracinement dans les notions kleiniennes. Aussi, cela s'observe dans la clinique par l'expression des angoisses persécutives et dépressives décrites par cette même auteure.

Pour Nino (7ans), mon regard semble tantôt persécuteur, tantôt porteur narcissique. D'un ton autoritaire il peut m'ordonner « d'arrêter de le regarder ». Cet ordre peut être corrélé à de réelles manifestations agressives à mon égard. Il s'inquiète également que je ne le regarde pas et peut me demander d'être attentive à ce qu'il fait.

En somme, les yeux dans leur qualité du regard s'avèrent être des éléments de relation et d'interaction fragiles pour ces enfants. Tout est bien question de **circulation**, de flux entrants et sortants, de communication, **d'échanges**, etc. Pour ces enfants la circulation s'avère tumultueuse et nous devons ré-appréhender notre navire.

6) Quelques pistes de travail en tant que psychomotricien

Des propositions autour du jeu peuvent être envisagées pour 'dédramatiser' la rencontre du regard de l'autre : jeux de coucou-caché, jeux de construction de cabane, etc.

Les difficultés d'attention conjointe, d'interaction et de contact oculaire sont intriquées. L'enfant est en relation parce-qu'il y trouve un plaisir, un intérêt. Il nous faut alors, pour ces enfants, créer ces conditions pour amener à des échanges de regard. C'est leur proposer un environnement de plaisir à jouer/être avec l'autre (qui donne confiance à l'enfant, le valorise, etc), créer des situations de partage émotionnel autour d'un intérêt commun (par exemple via un objet de transition qui intéresse l'enfant), etc .

Il est important de réfléchir à l'aménagement de l'espace (la surcharge d'informations visuelles pouvant amener l'enfant à se perdre dans toutes les données).

En somme, les dimensions fonctionnelle, relationnelle et de communication que permettent ces ouvertures du corps sont altérées. La circulation des flux entre un dedans et un dehors s'avère déstabilisée. On observe des discordances dans les fonctionnalités de ces lieux du corps chez l'enfant. On pourrait dire que le vécu quotidien compliqué de ces enfants témoigne d'un **Moi-peau impacté**.

Ces enfants développent des stratégies pour trouver une certaine **contenance** (par ce que je viens de décrire) qui les emprisonne au sein de leurs symptômes, rendant difficile l'entrée en relation. "Ces processus leur donnent illusion d'avoir une barrière mais celle-ci est barrière artificielle, inerte et non une **peau humaine qui respire, qui vit**. » (Tustin, 1989).

En tant que psychomotricien, il faut les accompagner à sentir qu'il y a quelque chose de solide et de fiable à quoi se tenir et contre lequel pousser : **leur corps en relation**.

D) Des espaces d'ouverture et de fermeture

En stage, j'observe que les moments de **passage** entre deux lieux ou de transition entre deux activités sont des moments où les enfants ont tendance à s'éparpiller. Ces moments de passage, de coupure, de séparation sont sources d'angoisses et d'inquiétudes pour ces enfants.

Il s'avère essentiel de penser le cadre, d'examiner et de questionner (au sein de l'équipe) les articulations temporelles et spatiales pour ces enfants aux difficultés de représentation.

Le passage dans le couloir, pour se rendre à la salle à manger est un moment difficile. Pour Bastien, cette traversée doit s'effectuer en courant (réelle fuite en avant), pour Maxime (si l'adulte n'est pas présent pour lui tenir la main) il s'empresse de sauter sur les petits fauteuils en mousse avant de s'effondrer au sol. Quant à Louis, il s'écroule, se laisse tomber au sol à l'annonce que c'est l'heure du repas.

Les résultats de nombreuses recherches et la littérature clinique rapportent que les 'phénomènes autistiques' sont fondés sur **un contact de type sensoriel** à soi-même, à l'objet, à l'environnement. C'est **la sensation** qui tient lieu de mode d'existence voire de survie pour la personne. Bick qualifie ces enfants de « ventouses sensorielles ». Dans ce terme de « ventouse » on comprend également la notion de bidimensionnalité qui est à opposer à celle de tridimensionnalité.

"Ne pouvant plus s'identifier à lui-même il s'identifie à tout ce qui fait écho dans son environnement aux parties de son image du corps à reconstituer. Toute ouverture perçue dans son environnement devient la métaphore des orifices corporels." (C. Lheureux-Davidse, 2005)

A mon premier jour à l'HJ, j'ai été étonnée par le rituel de deux enfants. Dès leur arrivée dans la salle de jeu, ils fermaient les stores.

En somme, en vue de ces nombreux éléments cliniques, il apparaît que ces enfants n'habitent pas leur corps comme un **contenant** suffisamment étanche et subjectivé, pour pouvoir vivre le système d'ouverture/fermeture de ces ouvertures corporelles de manière sereine et sécurisée.

A défaut de se vivre dans une enveloppe psycho-corporelle sécurisée, fiable et stable, ces ouvertures deviennent des lieux corporels compliqués dans leur essence relationnelle pour l'enfant.

La clinique de l'enfant présentant des Troubles Envahissants du Développement est vaste. Souvent, plusieurs explications peuvent être proposées pour tenter de mettre en sens ce que l'enfant vit, les productions des enfants sont **polysémiques** (Lafforgue, 2007).

Les données exposées restent des **hypothèses de compréhension**. Sur mes deux lieux de stage, elles permettent aux équipes de penser leur pratique et leur accompagnement, de construire leur travail auprès de ces enfants et reflètent un certain état actuel de ma compréhension clinique et de mon positionnement en tant que future psychomotricienne.

-Récapitulatif et hypothèse de travail-

Interpellée par le comportement de ces enfants, notamment dans leurs difficultés à effectuer les actes de la vie quotidienne (temps du repas, aller aux toilettes) et leur utilisation du regard, une question s'est imposée à moi : **Pourquoi ces lieux du corps (les ouvertures corporelles "sur lesquelles nous avons un contrôle volontaire") s'avèrent être des terrains privilégiés d'angoisses et de cristallisation de comportements autistiques ?**

Pour commencer, il a fallu que je me documente à propos de ces lieux corporels. En piochant dans différentes disciplines, j'ai pu les appréhender et comprendre leur étayage au sein du **développement psychomoteur**.

Lors des interactions précoces, ces lieux corporels sont source d'attention et de soin. Ces derniers doivent s'inscrire dans un maillage relationnel et émotionnel avec l'environnement pour que, corrélativement, ils puissent permettre à l'enfant des échanges de flux (palpables et non palpables) insufflant l'espace de **"la maison du corps"**.

L'enfant a besoin d'éprouver le sentiment d'**être tenu et contenu**, tant psychiquement que physiquement, pour que ces ouvertures corporelles s'inscrivent en tant que lieux de **relation** et de **communication**. Alors, l'enfant pourra progressivement construire sa "maison du corps", se vivre en tant que contenant aux limites psycho-corporelles fiables et subjectivées.

Un regard psychomoteur, sur l'investissement que l'enfant fait de ses ouvertures corporelles, apporte un éclairage sur son niveau de structuration et de représentation corporelles. Ou, autrement dit sur le niveau d'intégration de son **image du corps**. Ainsi, par l'apport de ces éléments d'observation et de compréhension du sujet, le psychomotricien peut accompagner l'enfant dans sa singularité, à partir de là où il en est.

La clinique a illustré que l'enfant troublé dans son développement précoce pouvait faire l'expérience d'**un manque d'introjection de l'objet externe contenant** ou, autrement dit d'**un défaut d'enveloppe psycho-corporelle**.

Alors quel accompagnement proposer en tant que psychomotricien ?

Je propose d'y répondre, de manière non exhaustive, en présentant le dispositif de la **médiation patageoire**.

PARTIE III- Une contenance pour faire écho - recevoir pour résonner

Pour commencer, il m'a semblé important **de situer** la place de cette prise en charge au sein du fonctionnement institutionnel.

Dans cette institution, c'est la psychomotricienne (formée à la médiation pataugeoire) qui est habilitée à effectuer la prise en charge en pataugeoire. C'est une prise en charge individuelle de l'enfant et elle s'effectue au sein d'une pièce qui lui est spécifiquement attribuée. Cet espace est protégé par **la posture même de la psychomotricienne** ainsi que **le cadre** inclu dans la conceptualisation de cette médiation.

La décision d'une prise en charge en pataugeoire, est élaborée en équipe, lors des réunions de synthèse où l'ensemble des professionnels se réunit pour parler de l'enfant. Ainsi se crée une **pensée commune** autour de l'enfant, lui tricotant une certaine enveloppe. Celle-ci s'inscrit à son tour au sein de "**l'enveloppe institutionnelle**" (Houzel, 1992).

Cette organisation, telle une mise en abîme, n'a de **valeur thérapeutique** qu'à partir du moment où il y a **communication** et échanges, autrement dit, qu'à partir du moment où il y a **ouverture** (réunions institutionnelles, échange avec les parents, etc). Cela renvoie alors aux notions **d'ouverture et de fermeture "sur lesquelles nous avons un contrôle volontaire"** (chaque institution est dépositaire de son fonctionnement, tout en respectant des demandes provenant d'organisations supérieures telles que l'Agence Régionale de la Santé, la Haute Autorité de la Santé, etc).

Cela suppose un assemblage de cadres suffisamment solides et **fermés**, pour donner à l'enfant la possibilité d'expérimenter quelque chose qui tient (dans le temps, dans l'espace, etc), qui le soutient et le contient. Mais il faut également que chaque cadre soit respectivement souple pour permettre une certaine respiration, via des **ouvertures** pour qu'un véritable accompagnement thérapeutique puisse se déployer.

A) Présentation générale de la médiation pataugeoire

La médiation sert d'intermédiaire entre l'autre et soi. Le recours aux médiations va donner un axe de travail particulier. (Potel, 2000).

Tout en me basant sur une présentation 'en pratique' à partir de mon lieu de stage, je m'attacherai à rendre compte de la conceptualisation même du cadre de la pataugeoire.

1) "Il faut faire parler le cadre" (Roussillon, 2007)

Le cadre raconte déjà, au delà de nous, ce qui va être proposé dans cet espace.

Cadre spatial: C'est une petite pièce d'environ cinq mètres de long sur deux de large, entièrement carrelée. À l'entrée se trouve l'espace sec au sein duquel nous disposons trois petites chaises et où s'effectuent le déshabillage et le rhabillage. L'enfant évolue dans l'espace mouillé, tandis que la psychomotricienne et moi-même restons dans l'espace sec. La démarcation entre l'espace mouillé et l'espace sec est symbolisée par la plaque d'évacuation des eaux. Les **limites** sont posées. Cette petite pièce permet déjà une **contenance** particulière; humide, chaude. Elle amène à une ambiance "**régressive**" (en rappelant le vécu intra-utérin) pertinente avec ces enfants. De plus, la construction de l'espace étant analogue à la construction de l'espace du corps, il peut-être envisagé que ce cadre permette une métaphorisation du corps de l'enfant (avec des ouvertures).

Cadre du matériel: Un long **tuyau** achemine l'eau. Il peut être mobilisé par l'enfant. Dans l'espace mouillé se trouve une petite baignoire qui contient un matériel spécifique et permanent (poupon, passoire, crème, etc). Ces objets ont été choisis pour permettre des manipulations simples (**transvasements**, appréhender la **contenance**, **remplir-vider**, etc).

Aussi, un élément essentiel est le cahier. Ce cahier est nominatif (un cahier par enfant) et c'est l'observatrice-scriptrice qui y note tout ce qui est observé. "Le cahier de l'observateur semble concrétiser pour l'enfant autiste **une fonction-conteneur** par analogie avec **l'attention contenante** des soignants" (Latour, 2014).

Cadre temporel: Les séances sont hebdomadaires et d'une durée de 30min (sans compter le temps de régulation). On peut considérer une scission en quatre temps. Le premier

temps est le temps d'arrivée de l'enfant et de son déhabillage. Puis c'est le moment à proprement dit de la pataugeoire où l'enfant évolue dans la pataugeoire. Ensuite c'est la fin de séance, le rhabillage et le retour sur le JE. Enfin le quatrième temps est celui de la régulation où, par la lecture des notes du cahier et sans l'enfant, nous cherchons à mettre du sens, à élaborer des liens, des hypothèses de compréhension, à chercher des appuis théoriques, etc.

Ce dispositif est pensé pour offrir suffisamment de **stabilité**, de **fiabilité** et **d'immuabilité** pour que l'enfant puisse faire l'expérience d'un "sentiment de continuité d'existence" (Houzel, 2016).

L'objet médiateur : l'eau: Le "médium malléable de l'eau" est particulièrement intéressant pour ces enfants. Sa nature même renvoie à l'espace utérin, amenant ainsi à un état de régression, privilégiant le travail autour des **angoisses archaïques**. Il est intéressant de noter que nos ouvertures corporelles ont des qualités aqueuses (humeur aqueuse de l'oeil, salive de la bouche, mucus des sphincters). On peut lui affilier les propriétés qu'énonce Roussillon concernant l'objet médiateur à savoir: indestructibilité, extrême sensibilité, indéfinie transformation, disponibilité inconditionnelle et caractère vivant (Roussillon, 2005). L'eau procure une **contenance** au corps. Elle provoque des **sensations** sur la peau (expérience de **la différenciation dedans/dehors**, de son imperméabilité, etc). Elle se montre **support de projection de ses états internes et angoisses** pour l'enfant.

Kaes va plus loin en signifiant que "Ce qui assure une fonction symbolisante et médiatrice c'est la croyance dans les vertus de l'objet." (Kaes, 2012)

Et c'est bien le thérapeute qui transmet ses "croyances dans les vertus de l'objet". Alors, l'enfant pourra, à son tour, l'investir et en prendre possession. Ainsi, le rôle du thérapeute conditionne alors même l'effet thérapeutique de la méditation.

2) "Un cadre dans la tête" (Latour, 2014) qui enveloppe et contient

Le cadre ne se laisse pas réduire à ses dimensions physiques mais il se trouve bien mis en forme, mis en acte par le thérapeute s'appuyant sur la déontologie et **sa propre sensibilité**. Il s'agit d'une **dimension de la pensée**.

Par analogie aux fonctions du "Moi-peau", je conçois la posture du psychomotricien comme garantissant certaines fonctions. Il assure la « **fonction de contenance** », à travers le «**holding** », en contenant les angoisses, les affects projetés par l'enfant, etc. En offrant une solidité et une fiabilité du cadre, il assure la « fonction de maintenance » permettant à l'enfant d'appréhender qu'il peut s'exprimer et **projeter librement** sans risquer de se détruire lui, le cadre ni le psychomotricien. Il assure également la « fonction de pare-excitation » à travers les règles, les **limites** et les interdits qu'il pose (par exemple "Ne pas mouiller le psychomotricien.").

Par le langage; le psychomotricien enveloppe. Il accompagne verbalement ce que l'enfant expérimente. C'est bien la "**fonction détoxicante**" dont parle Bion qui est ici déployée. Le psychomotricien va accueillir et **contenir**, pour ensuite transformer et restituer à l'enfant les éléments qu'il aura projetés. AM Latour parle, pour sa part, de "la pratique du commentaire"(Latour, 2014). Ce commentaire est émotionnel. Les mots du psychomotricien affectent le vécu, l'expérience de l'enfant.

Par le regard; le psychomotricien enveloppe. C'est un maillage complexe à trois personnes qui se met en place à la pataugeoire. Une toile est tissée par nos regards conjoints.

3) La place d'observatrice-scriptrice et mon expérience

Ce statut est conceptualisé dans le cadre même de la médiation pataugeoire. L'observateur-scripteur doit noter, dans le cahier, tout ce que donne à voir l'enfant, en étant le plus exhaustif et objectif possible. Ces notes seront ensuite lues durant le temps de régulation.

Cette place particulière a été une expérience très **riche** et **formatrice**.

D'emblée, cela m'a confronté à de nombreux **questionnements** que j'ai su progressivement élarger. En effet, avant cette expérience, je concevais une des particularités propres au psychomotricien dans celle s'accrochant au **dialogue tonico-émotionnel** soit, avec l'investissement direct via le corps, ou autrement dit par "Dans ce travail de psychomotricité nous sommes dans un **dialogue tonique** et nous allons répondre par un **ajustement corporel**." (Robert-Ouvray, 2002). Or dans cette situation (en étant reléguée à la chaise, à écrire), il y a une réelle mise à distance spatiale et relationnelle. Pour autant je me suis rapidement rendu compte que le non investissement de son corps en action et/ou au contact de

l'autre ne retire pas l'essence même de la relation. Il y a partage d'émotions, de ressentis, de regards, etc. Il y a investissement et partage via les affects, les émotions, les perceptions, etc. Et c'est justement ce **décalage** qui n'a pas été évident pour moi au départ. Cette expérience m'a permis de vivre la possibilité d'un "savoir-être" par la **présence**.

D'autre part, alors qu'en tant que psychomotricien, la verbalisation de nos ressentis, de nos représentations en situation sont des outils dans la relation, ici, en tant qu'observatrice, il a fallu apprendre à contenir mes impressions, mes mots sur le temps de la séance. Apprendre à se fermer (d'une certaine manière) à mes ressentis directs en restant objective dans l'écrit, écarter la "mise en mots", la **contenir** puis **l'extérioriser** par la suite (lors du temps de régulation).

Cela a été pour moi l'occasion **de développer plus particulièrement ma "qualité à observer"**, capacité qui me semble primordial en tant que psychomotricien, ainsi que mes **qualités d'écoute et d'attention**. Dans sa méthode d'observation du bébé, Bick expose: "Dans la position d'un observateur attentif, on apprend à développer sa réceptivité aux moindres faits et gestes de l'enfant, à ses moindres expressions, à ses moindres communications, qu'elles soient verbales ou non. Autant de manifestations que l'on apprend aussi à rapporter par écrit de façon très détaillée." (Delion, 2012)

B) Étude de cas - Rencontre de Louise en prise en charge pataugeoire :

1) Présentation générale :

Louise est une petite fille aux cheveux châtain clair coupés au carré, aux yeux marron et au développement staturo-pondéral dans la norme. Elle est née en novembre 2009 et a bientôt sept ans lorsque je la rencontre pour la première fois début octobre 2016. Elle est accueillie au sein de l'ITEP depuis ses quatre ans (accueil en semi-internat du lundi au vendredi) et cela fait deux ans qu'elle bénéficie de la prise en charge pataugeoire.

2) Anamnèse :

Louise est née à trente-sept semaines de grossesse, par césarienne et en urgence pour souffrance fœtale aiguë. À la naissance, elle est hospitalisée en réanimation puis en service de néonatalogie pendant trois semaines. À deux ans et demi, une crise convulsive généralisée se déclare (avec traitement médicamenteux pendant un an).

Orientée par son pédopsychiatre pour un retard du développement moteur et du langage, Louise arrive à l'ITEP en octobre 2013. Est posé le diagnostic de Trouble Envahissant du Développement (sous classe Autisme Infantile) (code CIM F.84.0).

Je n'ai que peu d'éléments concernant son histoire familiale. Actuellement, Louise vit seule avec sa mère. Ses parents se sont séparés alors qu'elle avait six mois. Elle voit son père les week-ends et pendant les vacances scolaires. À la dernière rencontre avec la mère, celle-ci évoque un quotidien difficile avec Louise « qui fait beaucoup de colère ». Elle interprète ce changement par le fait que « Les barrières qui la protégeaient sont tombées et que le réel l'agresse davantage. ». Elle note moins d'auto-agressivité même si les crises de Louise sont encore quotidiennes.

Je n'ai pas connaissance des âges d'acquisition des grandes étapes du développement psychomoteur (marche, propreté,..). Cependant, ayant été présente lors de la réunion de synthèse annuelle de Louise en date de mars 2017, j'ai pu collecter les informations récentes concernant certains grands domaines de l'autonomie :

- alimentation : elle mange avec les doigts et peut utiliser sa cuillère de manière adaptée (pour la soupe par exemple). Elle mange de tout. Elle se lève de table intempestivement et peut rentrer dans une crise si, à son arrivée à table, son assiette est vide.
- propreté : sur le JE, elle peut faire la demande d'aller aux toilettes ou y aller spontanément. Sa mère relate qu'elle ne porte plus de couche et peut aller au pot seule la nuit. À la maison, elle fait ses selles au pot et peut parfois en tapisser les murs.

Au niveau de la communication, le langage reste pauvre (phrases de trois mots, jargonne beaucoup, nombreuses écholalies). Cependant, il semble prendre aujourd'hui un début de valeur de communication ou, du moins, une aide à l'entrée en relation.

Concernant le bilan psychologique de mars 2017, la psychologue rapporte que la venue de Louise dans son bureau reste encore compliquée. L'attention conjointe autour des objets est possible un court moment. Louise s'y intéresse pour les mettre à la bouche (les raclant avec ses dents). Pour la première fois, elle jettera des objets en direction de la professionnelle. Pour cette dernière, cela atteste de l'existence de l'autre pour Louise.

Un bilan psychomoteur avait été établi avant de débiter sa prise en charge pataugeoire. Depuis, il n'y a pas eu de nouvelle évaluation psychomotrice. Pour les synthèses annuelles, l'écrit de la psychomotricienne s'étaye sur les observations en pataugeoire.

3) Indication en prise en charge pataugeoire :

Dans son projet individualisé, il est écrit : « Une prise en charge pataugeoire pour travailler autour de l'enveloppe corporelle, pour accéder à une meilleure différenciation elle/le monde extérieur, pour l'accompagner vers un rapport à l'espace et à l'autre ainsi qu'à une pensée l'éloignant de la sensation partielle. »

4) Mes observations :

L'observation en pataugeoire apporte de nombreux éléments sur l'organisation psychomotrice de Louise. Aussi, je proposerai une lecture de l'habitation de sa « **maison du corps** » à travers le prisme des **trois lieux du corps** pivots de ce travail universitaire :

a) LES YEUX, LE REGARD ET ASSOCIATIONS...

Lors de notre première séance de pataugeoire, Louise ne manifeste aucune réaction en ma présence. Elle ne réagit pas aux paroles de la psychomotricienne qui lui explique que je suis la 'nouvelle observatrice', ni à ma voix lorsque je la salue. Je ne croiserai son **regard** à aucun moment. À la fin de la séance, alors qu'elle se dirige vers la porte, elle pose sa main sur mon épaule. Ce contact semble inopiné et ne suscite aucune réaction chez elle. J'ai le sentiment de n'être qu'un appui temporaire inanimé comme pourrait l'être un mur, une chaise.

Aujourd'hui, en reprenant mes notes de ce début d'année, je suis bien surprise ! En effet, sept mois après, il est impressionnant de voir que ce premier 'état des lieux' a considérablement évolué !

Au cours de l'année, je note que Louise nous regarde de plus en plus et notamment lorsque nous parlons d'elle. La psychomotricienne utilise parfois **l'adresse indirecte** (elle s'adresse à moi à l'intention de Louise) et nous remarquons alors que celle-ci arrête sa gestuelle et nous regarde tour à tour avec attention. D'ordre général, le regard de Louise est périphérique. Pour autant il est de plus en plus fréquent de croiser son regard. Cela peut advenir à tout moment lors de la séance et par l'intermédiaire du miroir lors du rhabillage. Je perçois son regard comme profond et porteur d'une tonalité riche et d'importante considération à l'autre. Ainsi, il semble que Louise ait gagné en assurance pour que la rencontre avec le regard de l'autre soit possible. Nous verrons d'ailleurs par la suite qu'elle use de ce regard pour anticiper un passage à l'action et ce, en **relation**.

À toutes les séances, et ce plusieurs fois par séance, Louise se fige en maintenant un regard en coin. Elle se tient debout très droite dans l'angle de la pataugeoire ou accroupie au centre de l'espace mouillé. Elle apparaît alors momentanément suspendue, dans une forme de présence exclusive à une sensation (visuelle ? auditive ?). Il semblerait que cela rejoigne le concept de démantèlement dont parle Meltzer. Serait-ce un moyen pour elle de retrouver un certain équilibre interne ? Serait-ce un besoin momentané de se raccrocher à une unique stimulation pour éprouver le sentiment de continuité d'existence ? Dans ces moments elle est souvent dans des stéréotypies verbales qui renforcent son isolement.

b) LA SPHÈRE ORALE ET ÉTENDUE ...

En début d'année, nous observions chez Louise une prévalence de **l'oralité de préhension**. Louise n'utilise pas les objets de la pataugeoire mais il arrivera qu'elle s'intéresse au fil de la petite baignoire pour le mettre à la bouche. Aussi, l'exploration de l'espace de la pièce était permise par la bouche. Il était fréquent que, debout, elle colle sa bouche contre les murs ou qu'elle s'allonge à plat ventre, la bouche collée au carrelage, aspirant l'eau. Ces comportements 'ventouse' peuvent encore s'observer même s'ils sont moins nombreux. Avec la psychomotricienne, nous faisons l'hypothèse (par association avec d'autres éléments cliniques) que Louise serait passée d'un investissement de son corps en deux dimensions à un corps en trois dimensions. Et c'est, concomitamment, le passage d'un investissement de l'espace environnant bidimensionnel (collée à la surface) à un **espace tridimensionnel** (l'action de cracher l'eau ajoute la dimension de profondeur de l'espace). Tout cela concorde également avec l'évolution notable dans l'investissement du regard de Louise.

La construction d'une tridimensionnalité est aussi à mettre en lien avec ses nombreuses expérimentations autour du **remplir/vider de sa bouche**. Ces actions de remplir et vider sa bouche restent prépondérantes sur le déroulé de toutes les séances, depuis le début de l'année jusqu'à aujourd'hui. Louise met l'embouchure du tuyau (acheminant l'eau) directement dans sa bouche. Elle peut retenir l'eau dans ses joues un certain temps ou l'éjecter directement. L'expulsion est toujours très dynamique ; elle crache avec force. Un **recrutement tonique** important de tout le corps est mis en jeu. Elle joue le **tenir/lâcher, retenir/relâcher, garder/cracher, fermer/ouvrir** ainsi que le **dedans/dehors**. Cette action déjà présente au début de l'année s'est teintée, au fil des séances, d'une coloration **ludique** et **relationnelle**. En effet, depuis quelques temps, Louise peut remplir sa bouche, s'avancer, et venir cracher sur la psychomotricienne ou sur la serviette que cette dernière dresse devant elle. Louise varie la distance et se montre très habile dans le contrôle de la force d'éjection de l'eau (pour atteindre ou non la psychomotricienne). Il apparaît que Louise cherche l'interaction par ce 'craché sur la psychomotricienne'. Elle montre y prendre beaucoup de plaisir (sourires en coin, regard adressé avant l'attaque), et en tirer une certaine jouissance excitatrice (rigole, jubile). Depuis peu, elle peut aussi 'cracher à vide'.

*Lors de la réunion de synthèse en mars 2017, les éducatrices référentes de Louise ont rapporté qu'elle généralise ce comportement à l'extérieur de la pataugeoire, en crachant à vide sur les adultes et depuis peu sur ses camarades. Il semblerait que le support de l'eau lui ait permis de jouer, de **matérialiser** la notion d'**identification projective**.*

En discutant avec les différents professionnels, c'est une avancée sans précédent pour cette petite fille initialement « coupée du monde ». En effet, ce serait le témoin qu'un autre existe pour Louise; un autre qu'elle souhaite rencontrer et faire réagir. En crachant (de l'eau ou du vide ou quelques postillons), ce serait projeter sur l'autre quelque chose d'elle, y apposer son empreinte. En crachant, c'est aussi donner à l'autre un peu de soi pour que l'autre soit « un peu de même et moins de différent » (propos du pédopsychiatre de la structure) permettant, alors, de rentrer en relation par reconnaissance de l'autre (et de soi). Enfin, ce serait aussi une façon d'exprimer son affection (analogie au comportement animal).

Pour Louise, la bouche apparaît aussi être un lieu du corps qu'il faut sans cesse stimuler.

Elle est dans de nombreuses **écholalies** et/ou **stéréotypies verbales** et je remarque que depuis quelques séances, des lallations à tonalité sonore et grave remplacent les répétitions de phrases et/ou propos de l'extérieur. Cela lui permet sûrement de faire naître des sensations au niveau de sa bouche et de sa colonne phonatoire.

C'est aussi au niveau de la bouche que s'observent de nombreux **comportements auto-agressifs**. Il est encore compliqué pour nous de comprendre pourquoi, soudainement, une intense montée d'angoisse emporte Louise dans des comportements d'auto-mutilation. Je note cependant un certain changement, il est de moins en moins fréquent que Louise se tape le front contre le mur et elle trouve plus facilement à se calmer en prenant son pouce en bouche (auto-contenance). Il lui arrive toujours de se serrer le visage très fort et, depuis peu, elle utilise ses index pour appuyer avec violence ou écarter vers l'extérieur les commissures de ses lèvres. Il semble que ces auto-mutilations soient, à présent, plus majoritairement localisées au niveau de la bouche. Nous faisons l'hypothèse que ce serait aussi, pour Louise, une façon de se créer du dur au niveau de la bouche (naissance de croûtes aux commissures des lèvres). La bouche apparaît comme une zone qui doit être stimulée chez Louise pour se sentir exister. L'eau se montre être un support intéressant permettant à Louise d'accéder à des sensations corporelles par un autre biais (que celui de la douleur en parti). Et c'est notamment ce qu'elle fait en remplissant et vidant sa bouche.

En se référant à la grille ECPA que propose Haag, je retrouve pour Louise les « Signes de récupération du museau, avec en même temps les signes d'angoisse de la re-perte ». Louise vérifie les « contours du museau » partout sur l'environnement (comme j'ai pu l'illustrer), en se touchant la bouche avec les doigts, en explorant le craché, en faisant des bruits de bouche (rots). Haag assimile cela à un début de sphinctérisation orale.

Ainsi, par l'abord de sa bouche, Louise semble faire l'expérience d'un **espace** qui peut **contenir**, qui peut se **remplir** et se **vider volontairement**. Cette contenance vécue dans l'espace de la bouche peut alors s'étendre à l'ensemble du corps. C'est aussi un espace qui peut être utilisé dans l'ébauche d'une relation et d'une **interaction** avec l'autre. Ces nombreuses manifestations témoignent de l'investissement de sa bouche pour **explorer, se sentir, se tenir et entrer en relation**.

Pour autant, il apparaît une certaine confusion pour Louise dans la considération de ses différentes ouvertures corporelles. Lors d'une séance elle pourra faire pipi au niveau de la plaque d'évacuation puis y collera sa bouche par la suite.

c) LES SPHINCTERS ET SES ABORDS ...

Louise a un corps dynamique et musclé. Elle maintient un **tonus de fond** élevé et ses **dissociations** et **coordinations** motrices générales sont riches (elle saute à pieds joints, sautille, marche en position de « l'homme préhistorique »,...).

*Au début de l'année scolaire, l'ensemble de l'équipe a été surpris par le déplacement des **stéréotypies** (s'exprimant chez Louise par de rapides mouvements des mains en abduction/adduction). En effet, alors que l'an passé ce « flapping » prenait lieu au niveau du haut du corps, dès la rentrée (et encore aujourd'hui) il s'observe au niveau du bas du corps. Ses stéréotypies feraient alors exister sensoriellement et toniquement cet endroit du corps (haut des cuisses). Les stéréotypies racontent d'une certaine manière le niveau d'organisation, de repérage, le niveau de sentiment du corps de la personne. Louise serait actuellement en cheminement dans l'intégration du bas de son corps.*

Présentées à chaque séance, ces **conduites stéréotypées** varient dans le temps et en intensité. Nous les observons le plus souvent avant ou après avoir craché l'eau sur la psychomotricienne, alors qu'elle s'avance vers nous ou regagne l'espace mouillé. Nous faisons alors l'hypothèse que c'est une tentative, pour Louise, de réguler son trop plein émotionnel dans ce moment d'excitation (qui s'accompagne souvent d'un déplacement dynamique en sautillant, de petits rires et/ou de phrases stéréotypées). Assise sur sa chaise ou accroupie elle montre aussi de nombreuses stéréotypies de « picotage de son genou » pouvant témoigner d'une recherche de dur.

Louise se positionne souvent au niveau de la marche dans l'espace mouillé. Au début de l'année et encore aujourd'hui, il est fréquent qu'elle se tienne debout, les pieds à moitié dans le vide tandis que les talons la maintiennent en position érigée. On pourrait faire l'analogie de ce décalage de hauteur de la marche (une délimitation entre un haut et un bas) avec celui de la construction pour Louise d'un **haut et bas du corps**. L'investissement du bas du corps permet une certaine conscience des sphincters, on peut alors supposer que Louise s'approprie progressivement cette zone du corps.

Aussi, depuis le début de l'année, j'observe des positions **d'équilibre/déséquilibre** de plus en plus nombreuses. Louise prend de l'assurance dans son **agilité corporelle**.

Je souhaite à présent exposer d'autres données (n'ayant pu être abordées par le prisme yeux, bouche et sphincters), pour permettre une présentation, la plus complète possible, de Louise et de son travail en pataugeoire.

d) COMPLEMENTS ...

Durant les premières séances (d'octobre à décembre), Louise effectuait de nombreux allers-retours, se déplaçant de l'espace sec à l'espace mouillé, du fond de la salle à nous, à la porte. Elle parcourait l'espace semblant le cartographe, en repérer les **limites**. Progressivement, ses allers et venues se sont faits moins nombreux et aujourd'hui (au mois d'avril) ils ne sont plus présents. La construction de l'espace du corps est concomitante à la construction de l'espace environnant (Bullinger). Aussi, nous interprétons cet important

changement, comme l'expression que Louise se vit à présent dans un corps dépositaires de limites, comme l'est l'espace de la pièce. Des limites qui lui assurent une certaine **contenance** (ayant pu expérimenter que cette pièce pouvait contenir toutes ses explorations, expérimentations, angoisses, états psychiques,...). Il apparaît une évolution concomitante, pour Louise, de l'investissement de ses ouvertures corporelles (abordées au dessus) et de l'investissement de l'espace environnant.

*Il est intéressant de mettre en parallèle un constat des EJE. Elles rapportent que Louise investit depuis peu le centre de la cours de récréation. Ses passages restent furtifs mais il semble possible pour elle de quitter sa déambulation de collage aux murs de la cours. Cela illustrerait qu'un **intérieur**, un **dedans** peut-être exploré/investi. Tout comme la bouche se remplit, tout comme le lien haut-bas du corps se construit, l'unité corporelle se met en place et il semble que Louise gagne en assurance pour aller vers le non connu, explorant un **nouvel espace**.*

Le partage du chocolat chaud en fin de séance est attendu et repéré par Louise. Ce dispositif avait été pensé l'an passé, par le pédopsychiatre et la psychomotricienne, pour accompagner Louise dans la séparation de fin de séance. L'idée étant de garder en soi quelque-chose de bon, comme un support **sensoriel** et matériel (à défaut de support psychique) pour garder un souvenir de ce qu'il s'est passé. Le chocolat chaud permettant conjointement de **s'éprouver en tant que contenant** (sensation de chaud, de lourdeur de l'estomac, etc). Aujourd'hui, ce temps de partage apparaît coloré d'une **dimension relationnelle** surpassant la dimension de réassurance pensée initialement. Peut-être a-t-elle intériorisé la certitude que l'on se retrouvera, comme à chaque fois. Notons que Meltzer spécifie que l'accès à la tridimensionnalité permet l'accès à la **temporalité**.

Ainsi, une **structuration et représentation spatio-temporelle** s'élabore pour Louise qui se vit plus sécurisée dans son corps, sûrement soutenue par la possibilité **d'un sentiment de continuité d'existence**.

Louise semble avoir fait l'expérience suffisamment fiable, sécurisée et répétée du cadre de la pataugeoire pour pouvoir se le représenter, ou du moins, l'associer et/ou le dissocier de d'autres lieux. Elle pourra notamment verbaliser « Ici on va pas boire le chocolat chaud ! » alors que la psychologue l'amène dans son bureau.

À ce jour, l'enveloppe que Louise se construit reste fragile :

Louise est encore souvent intrusée par de fortes **angoisses** qui la submergent et auxquelles elle tente de faire face par la mise en place de «conduites de type autistique». Quand ces angoisses surviennent la psychomotricienne rapproche le tuyau de Louise en la rassurant verbalement. Nous nous sommes rendues compte que retrouver le contact avec l'eau lui permettait de se calmer. Peut-être est-ce un moyen de se 'raccrocher', comme un rappel du fait qu'elle se trouve dans la pataugeoire, dans un cadre bienveillant, sécure et protecteur qu'elle connaît...

Nous notons aussi pour Louise **une hyper-réactivité** à la douleur.

Le moment du rhabillage est encore un moment sensible de la séance. Lorsque l'habit ne glisse pas correctement cela déclenche une crise : elle crie, se débat, et apparaît en proie à de fortes angoisses menaçant son intégrité. Nous suspectons un **vécu d'arrachage** de sa propre peau. Il est intéressant de noter que Haag dans l'ECPA, parle justement de la « problématique de l'arraché » comme « l'angoisse de la re-perte de l'enveloppe ».

Cette auteure parle également de « claustrophobie de l'habillage ». Je mets ceci en lien avec les dires des EJE qui rapportent que depuis quelques temps, Louise ne supporte pas de porter plusieurs couches d'habits sur elle. Serait-ce alors pour ne pas confondre son ébauche d'enveloppe avec celles créées par les textiles ? Serait-ce une manière, pour Louise, de mieux sentir ses limites corporelles par la sensation du froid ?

Enfin, Louise s'intéresse de plus en plus à la plaque d'évacuation. Elle peut encore y coller sa bouche, et elle porte aujourd'hui une attention à l'eau qui s'écoule. Nous faisons l'hypothèse que dans ces moments, elle puisse questionner certaines **angoisses archaïques de liquéfaction** (angoisses nécessitant une première ébauche d'enveloppe).

e) POUR CONCLURE,

Depuis ma présence en tant qu'observatrice, je note une importante évolution pour Louise dans son 'habitation' de « **la maison du corps** ». Les diverses expérimentations permises par l'eau, accompagnées par la verbalisation de la psychomotricienne, portées par nos regards et au sein du cadre contenant de la pataugeoire semblent étayer le vécu d'une **première enveloppe** pour Louise. Une **première peau psycho-corporelle** qui, la délimitant du monde environnant, l'amène à prendre en considération l'autre et à se vivre dans une

continuité (spatiale et temporelle). Son enveloppe semble aussi prendre de la matière et de la consistance, l'amenant petit à petit à se vivre en tant que **contenant et s'ouvrant à la relation**.

La séance de pataugeoire apparaît de plus en plus représentée pour Louise. Elle investit ce moment et montre pouvoir généraliser certains de ses vécus et/ou expérimentations en dehors de cet espace. **Le médiateur de l'eau** s'avère très intéressant pour cette petite fille qui apprécie l'eau (pratique la natation en handi-sport) et par ses qualités propres (température, transformable, indestructible,...). C'est aussi un support sensible de projection de ses angoisses et un appui matériel pour théâtraliser des processus internes. **L'espace contenant** et sa singularité (tuyau acheminant eau, plaque d'évacuation) permettent à Louise de vivre des **expériences archaïques** (autour des notions de **retenir/relâcher, dedans/dehors, ouvrir/fermer, plein/vide,..**) pour investir son corps en tant que **contenant**.

5) Mes ressentis :

Louise est une petite fille très attachante.

Les grandes angoisses de Louise ont pu me renvoyer à un réel **sentiment d'impuissance** et de **non sens** que j'ai pu verbaliser et questionner avec la psychomotricienne. Aussi, c'est un **retour personnel négatif** que j'ai pu avoir quand, immobile, assise sur ma petite chaise et le stylo à la main, je notais avec précision tout en essayant de rester impassible « Louise se frappe la tête trois fois contre le mur... ». Plusieurs fois je me suis décidée à noter « crise ». Cependant, en reprenant les notes écrites je me rends compte que ces détails peuvent être importants. « Une grande originalité du travail de l'observateur porte sur le souci de la prise en compte des petits détails, a priori dépourvus de signification, et sur la présentation de la totalité du matériel dans sa continuité. » (Delion, 2006)

Aussi, je me suis surprise à parfois anticiper une future crise ou montée d'angoisse pour Louise (par exemple à l'approche du moment du rhabillage). Je me suis alors questionnée sur ce que cela pouvait susciter en moi, pour essayer d'élaguer et d'être au clair avec ce sentiment. En effet, je considère qu'il faut faire confiance à l'enfant et à ses capacités ainsi qu'accueillir sans jugement, sans penser (« Elle va être angoissée, elle va s'effondrer... »). Et dans cette séquence c'est, finalement, comme si je doutais de la solidité même de Louise. Cela m'a amené à réfléchir autour de certaines notions (l'empathie, la sensibilité,...).

Il est évident que la psychomotricité ne se réduit pas à la prise en charge pataugeoire. Celle-ci est une médiation, qui, comme nous l'avons vu, permet un accompagnement approprié de l'enfant troublé dans son développement précoce. Une **lecture clinique psychomotrice**, à travers le prisme des ouvertures corporelles "sur lesquelles nous avons un contrôle volontaire", apparaît possible et enrichissante. Dans cette dernière partie, je souhaite accentuer l'importance et la pertinence de la place du psychomotricien dans ce dispositif. Cela permettra, conjointement, d'aborder de grandes notions au coeur de cette discipline.

C) Le psychomotricien et sa spécificité en prise en charge pataugeoire

Cette médiation est propice à ce que l'enfant vive/revive des **expériences archaïques**. Le psychomotricien, en tant que spécialiste du développement psychomoteur, se montre habile dans l'observation et l'accompagnement de ces phénomènes. B.Aucouturier définit la psychomotricité comme "Une stratégie de détour, **une stratégie régressive** de la période de la petite enfance, où l'activité sensori-motrice et psychique sont intimement unies." (Aucouturier, 2005).

L'**abord sensoriel** (permis notamment par l'eau) occupe une place importante dans cette médiation et plus généralement dans la pratique psychomotrice. Une large part du bagage théorique psychomoteur s'étaye sur cette **sensori-motricité**. Comme nous avons pu le voir, le corps de ces enfants peut être un amas d'impressions sensorielles et motrices juxtaposées, sans significations. Le psychomotricien doit être là pour endosser **la fonction d'objet contenant** qui va transformer, en prêtant son appareil à penser, les impressions sensorielles et motrices de l'enfant. "Nous allons sentir le dur, le mou, le rigide, l'obscur, la clarté du **champ sensoriel** dans lequel l'enfant ou l'adulte existe à ce moment là." (Robert-Ouvray, 2002)

La pataugeoire est une médiation qui permettra à l'enfant "D'aborder les problèmes d'organisation de l'espace, l'écoulement du temps, le **dedans/dehors**, les **limites** et leurs contraintes, le **contenant/contenu**, la permanence et fonction de l'objet, le « **Moi-peau** », les **enveloppes corporelles**, l'**oral phonatoire** et l'**oral alimentaire**, l'**anal** et le génital, les pulsions scopiques, l'image spéculaire au miroir, la différence des sexes, le bricolage symbolique de greffe de sens sur le tonico-moteur impensé." (Delion, 2002). On retrouve dans cette énumération de nombreuses notions préalablement mise en lumière dans mon exposé.

Cet auteur ajoute: "Les oppositions binaires bien marquées par cette technique sont les premières incorporées: moi/toi, **ouvert/fermé**, chaud/froid, sec/mouillé, **dedans/dehors**, **haut/bas**, garçon/fille, etc". Encore une fois, cela explicite que **les grands domaines de la psychomotricité** y sont à l'oeuvre.

C'est une médiation **corporelle** avec tout ce que cela engage. Le dispositif de la pataugeoire minimise l'implication 'directe' du corps du psychomotricien. En effet, les différents espaces imposent une tenue à distance des personnes, laissant ainsi place à l'expressivité du sujet, lui permettant d'évoluer pour lui et non pas comme l'autre et/ou pour l'autre. Pour autant, le psychomotricien s'investit dans son entièreté (avec ses vécus, affects, etc). Il a une posture impliquée qui permet "l'observation et l'écoute du corps en relation" (Potel, 2013). De plus, le psychomotricien a un regard très aiguisé vis à vis de **la communication non-verbale** (qui se retrouve majoritairement chez ces enfants, et est aussi bien évidemment prédominante en prise en charge pataugeoire). Le psychomotricien sera sensible aux déplacements de l'enfant, à son occupation de l'espace, aux choix et utilisation des objets, à ses regards, à ses tensions/détentes, à ses mouvements, à sa posture, à ses mimiques émotionnelles, à ses déséquilibres, etc. P.Lafforgue parle de « lecture corporelle» (Delion, 2007).

Un important bagage émotionnel se déploie à travers cette médiation. Cette place magistrale faite à **l'abord émotionnel** est également un des appuis du psychomotricien. "Avec l'émotion, nous communiquons de la manière la plus primaire, au sens de premier, nous préparons le travail **d'ouverture** à la symbolisation, à la prise de conscience de soi et du monde." (Robert-Ouvray, 2002). Cette même auteure définit la notion de "contre-transfert émotionnel" (illustration dans l'étude de cas) : « C'est un guide interne qui nous permet d'être en prise directe avec l'enfant au niveau le plus fondamental. » (Robert-Ouvray, 2015). Dans le "contre-transfert émotionnel" le psychomotricien tente d'être à l'écoute des dimensions agréables et désagréables de ses propres tensions, sensations, affects et représentations. Si ce que l'on ressent est le **produit de la rencontre**, alors il apparaît un matériel clinique à considérer au même titre que la lecture formelle du patient. Être attentif à ses émotions, à ses perceptions, permet de s'ajuster dans la relation.

Conclusion :

Les ouvertures corporelles « sur lesquelles nous avons un contrôle volontaire » établissent, comme la **peau**, une surface de contact entre le **dehors** et le **dedans** du corps. Pour autant, elles revêtent une dynamique et un rôle singuliers puisqu'elles organisent **activement les échanges entre l'intérieur et l'extérieur** du corps, entre soi et l'autre, entre soi et l'environnement. Elles sont des lieux de **passage**, de **circulation des flux** (de toute nature).

Nous avons tout d'abord constaté que ces ouvertures corporelles « sur lesquelles nous avons un contrôle volontaire », dans toute leur complexité et prises au sein d'un maillage **relationnel**, sont primordiales et nécessaires dans le développement de l'enfant. Nous avons ensuite observé leur dynamique dans la construction de «la maison du corps ». Ainsi, s'intéresser aux **yeux**, à la **bouche** et aux **sphincters**, **renseigne sur le développement psychomoteur de l'enfant** (englobant les sphères relationnelle, émotionnelle et de communication) et **donne des éléments sur son niveau de structuration psycho-corporelle**. Cela permet aussi un éclairage sur **la façon dont chaque enfant habite sa "maison du corps"** et donc sur son **vécu** singulier.

Par la suite, nous avons pris acte que ces ouvertures corporelles sont évoquées et questionnées dans les outils diagnostics et lors du bilan psychomoteur (notamment à travers le domaine de l'image du corps), de l'enfant présentant des Troubles Envahissants du Développement. Elles peuvent donc se proposer en tant que **'guide d'investigation' et de lecture psychomotrice de l'enfant dans sa globalité**.

Finalement, la clinique a montré que ces lieux du corps peuvent être fragilisés. Ils impactent alors le sujet dans son **vécu** au **quotidien**. Y porter un intérêt permet alors de **réfléchir quant à l'accompagnement à proposer, à ces enfants et à leur entourage**.

Nous avons relevé que la **médiation pataugeoire** peut être un levier thérapeutique pour ces enfants. Par le biais du **plaisir**, de **l'exploration sensori-motrice**, des **manipulations de vider/remplir**, etc. au côté du psychomotricien et dans un cadre contenant et contenu, ce travail pourra les accompagner afin de tendre à une **habitation** sécurisée de leur **corps en tant que contenant relationnel**.

L'approche psychomotrice s'inscrit pleinement dans la prise en charge de l'enfant présentant des Troubles Envahissants du Développement, en lui apportant des éléments favorables à **la conquête de son autonomie**. Et c'est cette 'distanciation' même, ce cheminement vers l'indépendance (dans toute son aura et sa complexité), qui a été abordée dans ces va-et-vient permis par « les ouvertures du corps sur lesquelles nous avons un contrôle volontaire ».

Ce travail de réflexion s'est continuellement enrichi sur la clinique. Ce sont les **comportements observés**, les **situations vécues**, les **émotions partagées**, etc. auprès de ces enfants, au sein des équipes et de la dynamique institutionnelle, qui ont permis de construire mon raisonnement et d'enrichir mes propos.

Il témoigne d'un certain positionnement, d'une certaine démarche et posture actuels, en tant que future psychomotricienne. Pour autant, j'ai conscience que ce **bagage** va s'enrichir, s'affirmer, tout au long de mon parcours, à travers chaque nouvelle rencontre, à chaque nouvelle expérience. Je serai attentive et réceptive : cette recherche ne pourra qu'évoluer.

" J'fais des trous des p'tits trous encore des p'tits trous
Des p'tits trous des p'tits trous toujours des p'tits trous

[...]

Et dans la brume au bout du quai
Je vois un bateau qui vient m'chercher

[...]

Des p'tits trous des p'tits trous toujours des p'tits trous
Des petits trous des petits trous des petits trous des petits trous. "

(Serge Gainsbourg, 1959, *Le poinçonneur des Lilas*.)

Bibliographie:

Antier, E. (2003). *Mon bébé devient propre*. Paris. Jacob Duvet.

Anzieu, D., & Séchaud, E. (1985). *Le moi-peau* (Vol. 1). Paris. Dunod.

Aucouturier, B. (2005). *La méthode Aucouturier: Fantasmés d'action & pratique psychomotrice*. Bruxelles. De Boeck Supérieur.

Boige, N. (2011). L'évolution de la clinique de l'encoprésie infantile. Une bombe à retardement. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, (1), 103-112.

Boucher, E., Maffre, T., & Raynaud, J. P. (2015). *Problèmes de propreté des enfants avec trouble du spectre autistique et retard mental*. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(2), 99-108.

Boutinaud, J. (2009). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*. Paris. In Press.

Bullinger, A, Delion, P. (2008). Éditorial. *Approche plurielle en psychomotricité*. *Contraste* 2008/1 (N° 28-29), p. 5-16.

Chamak, B. et Cohen, D. (2003). *L'autisme : vers une nécessaire révolution culturelle*, *Autism: toward a necessary cultural revolution*. *Med Sci (Paris)*

Corraze, J. (2009). *La psychomotricité: un itinéraire*. Paris. Solal.

Delion, P. (2009). Franchir le tabou du corps en psychiatrie. *L'information psychiatrique*, 85(1), 15-25.

Delion, P. (2011). *Prendre un enfant autiste par la main*. Paris. Dunod.

Delion, P. (2012). *L'Observation du bébé selon Esther Bick -1001 bb n° 66*. Paris. Eres.

- Delion, P., & Leroy, P. (2008). *Tout ne se joue pas avant 3 ans*. Paris. Albin Michel.
- Dolto, F. (1984). *L'Image Inconsciente du Corps*. Paris. Édition Seuil.
- Furlano, R. (2017). Autisme chez les enfants et tube digestif: Un régime est-il indiqué ?
- Golse, B., & Robel, L. (2009). Pour une approche intégrative de l'autisme infantile. *Recherches en psychanalyse*, (1), 45-51.
- Haag, G. (2004). Sexualité orale et Moi corporel. *Topique*, (2), 23-45.
- Haag, G.(2007). Les enveloppes corporo-psychiques. In *La pratique du packing* (pp. 31-47). Eres.
- Haag, G. (2008). De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme. *enfances & PSY*, (4), 14-22.
- Houzel, D. (1992). Peut-on parler d'enveloppe institutionnelle?. Bléandonu G. et al., *Filiations et affiliations*, Lyon, Césura Lyon Édition, 71-78.
- Houzel, D. (2006). L'enfant autiste et ses espaces. *Enfances & Psy*, 4/2006 (no 33), p. 57-68.
- Houzel, D. (2016). Le sentiment de continuité d'existence. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 6,(1), 115-130.
- Kaes, R. (2012). *Le Malêtre*. Paris. Dunod.
- Lafforgue, P. (2007). *Corps, psychose et institution*. Paris. Erès.
- Lamas C, Shankland R, Nicolas I, Guelfi JD. (2012). *Les troubles du comportement alimentaire*. Paris. Masson. p.103-135.

Latour, A. (2014). *La pataugeoire: contenir et transformer les processus autistiques*. Toulouse. Erès.

Lheureux-Davidse, C. (2005). Autisme et addictions. *Recherches en psychanalyse*, (1), 31-42.

Marcelli, D. (2005). *Les yeux dans les yeux : l'énigme du regard*. Paris. A.Michel.

Meltzer, D.(1994). *Le développement kleinien de la psychanalyse : Freud, Klein, Bion*. Paris. Bayard.

Merleau-Ponty, M. (1976). *Phénoménologie de la perception*. Paris. Collection Tel.

Nothomb, A. (2000). *Métaphysique des tubes*. Paris. Albin Michel.

Pireyre, E. (2015). *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*. Paris. Dunod.

Ponnier, J. (2013). *La spirale du regard :de la séduction narcissique à l'éthique*. Paris. L'Harmattan.

Potel, C. (2010). *Être psychomotricien - Un métier du présent, un métier d'avenir*. Paris. Eres

Prat, R. (2006). Entre «patate chaude» et «au feu les pompiers»: quels développements pour une fonction contenante?. In *L'observation du bébé selon Esther Bick* .Eres. p.155-188

Robel, L.,&Golse, B. (2010). Pour une approche intégrative de l'autisme infantile. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58(6), 366-370.

Robert-Ouvray, S. (2002). Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice. *Thérapie Psychomot*, 132, 62-7.

Robert-Ouvray, S. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris. Desclée De Brouwer.

Roussillon, R. (2005). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris. PUF.

- Roussillon, R. (2007). Pour une clinique de la théorie. *Psychothérapies*, 27(1), 3-9.
- Soulé, M. (1999). La vie du fœtus. Son étude pour comprendre la psychopathologie périnatale et les prémices de la psychosomatique. *La Psychiatrie de l'enfant*, 42(1), 153-214.
- Spitz, R.(1976). *De la naissance à la parole*. Paris. PUF.
- Stern, D. (2011). *Journal d'un bébé*. Paris. Ed Odile Jacob.
- Tessier, M. J. (2011). Marqueurs précoces des problèmes sensoriels chez le jeune enfant présentant des problèmes d'alimentation.
- Tordjman, S., Antoine, C., Cohen, D. J., Gauvain-Piquard, A., Carlier, M., Roubertoux, P., & Ferrari, P. (1998). Study of the relationships between self-injurious behavior and pain reactivity in infantile autism. *L'Encephale*, 25(2), 122-134.
- Tustin, F. (1989). *Le trou noir de la psyché : barrières autistiques chez les névrosés*. Paris. Édition du Seuil.
- Urban, S. (2016). L'oralité: une porte d'entrée dans le monde de l'autisme. Les troubles du comportement alimentaire au regard de la problématique autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(6), 383-394.
- Vernet, M. (2009). *Coordination des Mouvements Oculaires dans l'Espace 3D chez l'Homme: substrat Cortical Étudié par TMS* (Doctoral dissertation, Université Pierre et Marie Curie-Paris VI).

Table des matières:

| | |
|---|-----------|
| Remerciements | 1 |
| Avant-propos | 2 |
| Sommaire | 3 |
| Introduction | 4 |
| | |
| – CHAPITRE THÉORIQUE- | 7 |
| <u>I- La place respective des trois éléments : bouche, sphincters anal-urétral et yeux</u> | 7 |
| A) Présentation de la bouche | 8 |
| 1) L'abord de la bouche par différents domaines | 8 |
| a) Anatomie et physiologie | 8 |
| b) Aspects développementaux, maturation de la bouche et de ses sens | 8 |
| c) Philosophie et phénoménologie | 9 |
| d) Psychanalyse et psychologie | 9 |
| 2) Les trois oralités. | 10 |
| a) Manger - oralité alimentaire | 10 |
| b) Parler - oralité verbale | 11 |
| c) Attraper/Relâcher - oralité de préhension | 12 |
| B) Présentation des sphincters anal et urétral | 13 |
| 1) L'abord des sphincters anal et urétral par différents domaines | 13 |
| a) Anatomie et physiologie | 13 |
| b) Aspects développementaux, maturation neuro-musculaire de l'activité sphinctérienne | 13 |
| c) Philosophie et phénoménologie | 14 |
| d) Psychanalyse et psychologie | 14 |
| 2) Les dimensions sociale et sociétale du 'devenir et être propre' | 16 |
| C) Présentation des yeux et du regard | 18 |
| 1) L'abord des yeux et du regard par différents domaines | 18 |
| a) Anatomie et physiologie | 18 |
| b) Aspects développementaux, maturation de l'œil et de son sens (la vue) | 18 |
| c) Philosophie et phénoménologie | 19 |
| d) Psychanalyse et psychologie | 19 |
| 2) Les trois grandes fonctions du regard développées par G.Haag | 21 |

| | |
|--|-----------|
| D) Des zones à contrôle volontaire d'ouverture et de fermeture | 21 |
| 1) Ouvrir et fermer | 22 |
| 2) Le processus de sphinctérisation | 23 |
| | |
| <u>II- La maison du corps</u> | 24 |
| A) La peau – comme les briques, la tapisserie et ses motifs | 25 |
| B) L'interaction - comme ciment des fondations de l'enveloppe psycho-corporelle | 26 |
| C) Les différents espaces – consulter divers plans pour fonder sa charpente | 28 |
| 1) L'espace utérin | 28 |
| 2) Les espaces oral, du buste et du torse | 29 |
| 3) L'espace du corps et son autonomisation | 30 |
| D) L'image du corps – comme la maison | 31 |
| | |
| – PARTIE THÉORICO-CLINIQUE- | 33 |
| | |
| <u>I- Situations autour des Troubles Envahissants du Développement</u> | 33 |
| A) Classifications et hypothèses | 33 |
| 1) Les différentes classifications | 33 |
| 2) Maillage hypothétique et intégratif | 34 |
| B) Échelles et bilan | 35 |
| 1) La démarche diagnostique | 36 |
| 2) Le bilan psychomoteur | 37 |
| 3) Concernant la place de l'évaluation sur mes lieux de stages | 39 |
| C) Présentation de mes deux lieux de stage | 40 |
| 1) Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique | 40 |
| a) Présentation générale | 40 |
| b) Concernant ma journée de présence dans cette institution depuis octobre 2016 | 41 |
| 2) Hôpital de jour pour enfant (=HJ) | 41 |
| a) Présentation générale | 41 |
| b) Concernant ma journée de présence dans cette institution depuis octobre 2016 | 42 |
| | |
| <u>II- Quand l'enfant se voit troublé dans son développement</u> | 44 |
| A) L'enfant troublé et l'espace de la bouche | 44 |
| 1) Le dynamisme de la bouche sur le temps des repas | 44 |

| | |
|--|-----------|
| a) Quand l'enfant refuse de manger | 44 |
| b) Quand l'enfant est très sélectif vis à vis de ce qu'il accepte ou non de manger | 45 |
| c) Quand l'enfant se montre avide vis à vis de la nourriture | 46 |
| 2) Un investissement particulier de la bouche | 47 |
| a) En rester à des prémices dans l'investissement de la bouche | 47 |
| b) Mise en place de comportements pour se sentir, pour exister en tant que contenant | 48 |
| 3) Quelques pistes de travail en tant que psychomotricien | 49 |
| B) L'enfant troublé et les sphincters anal et urétral | 50 |
| 1) Entraves dans la dynamique Stimulus → réponse adaptée | 50 |
| a) La sensation comme préambule | 50 |
| b) Y associer la réponse adaptée – faire lien | 51 |
| 2) Défaut des traces mnésiques - s'arrêter et différer s'avère compliqué | 52 |
| 3) Analogie à la première séparation | 52 |
| a) L'angoisse de morcellement | 53 |
| b) Les angoisses de liquéfaction et de vidange | 53 |
| 4) Se retenir – se re-tenir – tenir pour se garder | 54 |
| 5) Bon ou mauvais 'cadeau' ? | 55 |
| 6) Quelques pistes de travail en tant que psychomotricien | 56 |
| C) L'enfant troublé et la problématique du regard | 56 |
| 1) Le regard évitant, fuyant | 57 |
| 2) Le regard dévié, périphérique | 58 |
| 3) Le regard qui se fixe, se colle, s'accroche | 58 |
| a) Accrochage sensoriel et adhésivité | 58 |
| b) Identité adhésive | 59 |
| 4) Le regard qui pénètre, qui dévore | 60 |
| 5) Le regard ambivalent | 60 |
| 6) Quelques pistes de travail en tant que psychomotricien | 61 |
| D) Des espaces d'ouverture et de fermeture | 62 |
| | |
| Récapitulatif et hypothèse de travail | 64 |
| | |
| <u>III – Une contenance pour faire écho - recevoir pour résonner</u> | 65 |
| A) Présentation générale de la médiation pataugeoire | 66 |
| 1) "Il faut faire parler le cadre" | 66 |

| | |
|---|-----------|
| 2) "Un cadre dans la tête" qui enveloppe et contient | 67 |
| 3) La place de d'observatrice - mon expérience | 68 |
| B) Étude de cas – Rencontre de Louise en prise en charge pataugeoire | 70 |
| 1) Présentation générale | 70 |
| 2) Anamnèse | 70 |
| 3) Indication en prise en charge pataugeoire | 71 |
| 4) Mes observations | 71 |
| a) Les yeux, le regard et associations | 72 |
| b) La sphère orale et étendue | 73 |
| c)Les sphincters et ses abords | 75 |
| d)Compléments | 76 |
| e)Pour conclure | 78 |
| 5) Mes ressentis | 79 |
| C) Le psychomotricien et sa spécificité en prise en charge pataugeoire | 80 |
| Conclusion | 82 |
| Bibliographie | 84 |
| Table des matières | 88 |