



**HAL**  
open science

# La notion d'objet thérapeutique : une constante en pratique psychomotrice

Anaïs Crampe

► **To cite this version:**

Anaïs Crampe. La notion d'objet thérapeutique : une constante en pratique psychomotrice. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01562029

**HAL Id: dumas-01562029**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01562029>**

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 des Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

*La notion d'objet thérapeutique : une constante en pratique  
psychomotrice*

La prise en soin psychomotrice comme lieu d'expression du rapport réactualisé  
aux objets antérieurs et actuels du sujet

Anaïs CRAMPE

Née le 25 juin 1995 à L'Isle-D'Espagnac (16)

Mai 2016

Directeur de mémoire : CRAMPE Joanna



« Isolé de son contexte, séparé des autres vestiges, l'objet ne nous apprend plus rien d'autre que le fait de son existence. Ce sont les types de relations observées entre les divers éléments que nous avons choisis qui chargent l'objet d'une réalité [...]. C'est [...] l'interprétation des relations entre divers éléments qui donne à l'objet son objectivité, qui grève le fait de sa facticité [...]. La fouille n'est jamais un ramassage passif, elle est - et dès le départ - un travail d'interprétation au fil duquel il s'agit de donner une objectivité à un ensemble d'éléments qu'on a préalablement fait entrer en relation. »

GROENEN, M. (1992), « Introduction générale », in Leroi-Gourhan, A., L'art pariétal — langage de la préhistoire, Paris, Jérôme Million, p. 41.

## Remerciements

Je remercie de tout cœur ma directrice de mémoire pour son accompagnement, sa perspicacité, ainsi que sa finesse d'esprit.

Je remercie un des professeurs de l'institut pour son accompagnement et ses relectures, pour sa positivité et ses encouragements, ainsi que pour l'inspiration apportée.

Je tiens également à remercier mes maîtres de stages rencontrés sur ces trois années de formation, pour leur écoute attentive, leurs conseils avisés, leur expérience et les connaissances qu'ils ont pu partager avec moi. Cela a pu me permettre, au fur et à mesure de ces rencontres de construire ma propre image du métier de psychomotricien.

Je remercie aussi tous les professionnels de santé, et de l'éducation pour tous les échanges constructifs et enrichissants partagés avec eux, où des mises en lien ont pu être faites alors même que nous dépassions le seul cadre du soin ou de l'éducation psychomotrice.

Je remercie les membres des équipes où j'ai pu être en stage pour leur accueil et pour le plaisir qu'ils ont eu à me faire découvrir leur métier. Je remercie aussi tous les patients, enfants, élèves et parents rencontrés pour avoir accepté ma présence, et m'avoir appris ce que signifiait réellement être psychomotricien.

Je remercie l'IFP et tous les professeurs de nous avoir permis d'aller jusque-là, de nous avoir autant transmis et partagé, et de m'avoir permis de faire des belles rencontres.

Je remercie chaleureusement mes amis pour ces bons moments partagés depuis notre rencontre et pour leur soutien, pour toutes nos discussions.

Je remercie les membres de mon entourage pour leur confiance sans faille, leur bienveillance et pour leurs encouragements.

# Sommaire

<u>Sommaire</u> .....	1
<u>Introduction</u> .....	2
<b>I. <u>De quel objet parle-t-on ? L'objet : une notion polysémique</u></b>	
A. <i>De la chose à l'objet</i> .....	4
B. <i>Définition d'un « objet »</i> .....	6
C. <i>La relation d'objet</i> .....	14
Résumé de cette Partie I .....	16
<b>II. <u>Quelle est la relation entre le sujet et l'objet au cours du développement ?</u></b>	
A. <i>Les premiers rapports à l'objet : relation fusionnelle et unicité</i>	
1) <i>L'expérience sensori-affective et l'intersubjectivité naissante</i> .....	17
2) <i>Vers l'unicité et l'identification</i> .....	24
B. <i>Le devenir de l'objet</i>	
1) <i>Processus d'apprentissage et développement intellectuel et cognitif</i> .....	32
2) <i>S'éprouver soi à travers l'utilisation de l'objet</i> .....	36
Résumé de cette Partie II .....	41
<b>III. <u>Sous quelle forme l'objet existe-t-il en psychomotricité ?</u></b>	
Introduction : <i>Qu'est-ce que la psychomotricité ?</i> .....	42
A. <i>Le bilan psychomoteur</i> .....	44
B. <i>Autour du temps de la séance</i> .....	45
C. <i>De l'objet à la thérapie psychomotrice</i> .....	50
D. <i>Le psychomotricien dans la relation thérapeutique triadique</i> .....	58
E. <i>Mise en lien théorico-clinique</i> .....	60
F. <i>Éléments théorico-cliniques de réponse</i> .....	88
<u>Conclusion générale</u> .....	90
<u>Bibliographie</u> .....	94
<u>Table des matières</u> .....	98

# Introduction

Le terme d'objet est une notion polysémique, qui se rapporte à divers concepts selon les différents courants pris en compte.

J'ai pu choisir le vaste thème de l'objet car il s'agit d'une constante retrouvée dans chacun de mes lieux de stage et à laquelle aucun psychomotricien ne semble pouvoir se soustraire. Les objets sont tous présents dans le monde qui nous entoure, et cela est d'autant plus vrai en psychomotricité, car cette constante est toujours prise en compte de manière plus ou moins consciente et réfléchie.

Une autre facette de cette réflexion est le fait de ne pas avoir toujours de matériel sur lesquels s'appuyer en prise en soin (faute de moyens en institution ou refus du patient), ou encore parfois de ne pas avoir de salle de psychomotricité. Ne reste donc plus que le psychomotricien comme seul support thérapeutique constant lors des séances, engagé dans la relation.

La réflexion de ce mémoire va être orientée par les prises en soin individuelles rencontrées dans mon parcours. J'ai effectué des stages en crèche (3 mois à 3 ans), en cabinet libéral (8 mois à l'âge adulte), en Equipe Spécialisée Alzheimer et apparentés à domicile (personnes âgées), en école maternelle (5 ans), en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendante (EHPAD) et en atelier de découverte corporelle et musicale dans un conservatoire avec des enfants de 6 ans. Ce sujet sur l'objet se retrouve quel que soit le lieu et le public rencontré.

« La relation avec les objets inanimés nous renseigne sur l'histoire de la rencontre avec les premiers objets humains investis. Ces objets nous renseignent sur la relation du sujet à lui-même sur le niveau de conscience qu'il a de lui et de son "monde interne", sur la manière dont il symbolise l'activité représentative. C'est sur cette base qu'il me semble possible de poursuivre une clinique de l'objet » (Roussillon, 2001, p. 250).

Comme l'introduit R. Roussillon, le sujet se construit entre autre au contact des objets inanimés, mais également culturels, et de la relation à soi ou aux autres. Nous pouvons donc faire l'hypothèse de l'importance de l'objet dans les intégrations psychomotrices en lien étroit

avec le développement psychocorporel. Nous pouvons parler d'une co-construction entre le monde interne, externe et les intégrations développementales dans une constante influence, une relation réciproque de cause à effet plus ou moins directe entre tous ces éléments.

Le *thérapeutique* est la « partie de la médecine qui s'occupe des moyens propres à guérir ou soulager les malades » (Carric & Soufir, 2014, p. 252). Étymologiquement, il vient du grec « attentif », « serviable », « curatif ». L'objet thérapeutique induirait donc un effet de soulagement, au service de la qualité curative de la prise en soin.

Si l'objet est une constante à laquelle on ne peut se soustraire en psychomotricité :

### ***En fonction de l'histoire du sujet, comment l'objet devient-il thérapeutique lors d'une séance individuelle de psychomotricité ?***

J'émetts l'hypothèse que la prise en charge en psychomotricité serait un lieu d'expression du sujet dans ses rapports antérieurs aux objets et à soi, se réactualisant dans la relation thérapeutique.

Le lien à l'objet qu'a construit la personne (considéré comme une base développementale), serait projeté au sein de la prise en soin. Ce serait à partir du travail de ces liens à soi et à l'environnement (animé ou inanimé) et pouvant évoluer que se situerait l'effet thérapeutique de l'objet.

L'objet étant une vaste notion, je définirai tout d'abord ce mot seul, et le déclinerai.

Je questionnerai ensuite les premiers rapports sujet/objet. Chez le tout petit, développant ses premiers rapports au monde humain et environnant ainsi qu'à lui-même notamment grâce à l'objet. Je poursuivrai sur la question du devenir de l'objet comme support d'apprentissage et d'intégrations psychomotrices plus élaborées.

J'interrogerai ensuite les rapports sujet/objet/psychomotricien en prise en soin. La notion d'objet en psychomotricité est intégrée au cadre des prises en soin ou dans la prise en compte du rapport subjectif du patient aux objets.



# Partie I

## De quel objet parle-t-on ?

### *L'objet : une notion polysémique*

#### A. De la chose à l'objet

Selon le Larousse, une chose correspond à « tout objet concret par opposition aux êtres animés », ou « une entité abstraite, une action, un événement, un énoncé ». D'après ces définitions, nous pouvons penser qu'une chose est le synonyme d'un objet matériel, comme abstrait.

Dans le langage courant, le mot « chose » permet de désigner ce qui apparaît indéterminé, que cela concerne le concret, le conceptuel ou l'idéatoire. Cette « chose » peut ne pas être nommable à cause d'une limitation de connaissance, de son caractère inapproprié ou inutile à définir dans la conversation.

En philosophie, E. Kant désigne la *chose en soi* (*Ding an sich* en allemand) pour exposer « ce qui existe en soi, indépendamment de l'esprit qui l'appréhende »<sup>1</sup>. Ce concept représente une limitation de l'esprit humain et donc de la connaissance à avoir accès à l'aspect originel pur d'un phénomène, à cette *chose en soi*.

La chose est l'inconnaissable, l'indéterminé, « quand bien même nous pourrions porter notre intuition à son plus haut degré de clarté » (Emmanuel Kant, Critique de la raison pure, « Esthétique transcendantale », 1869). *La chose en soi* n'est pas définissable, ni palpable par l'esprit car elle se heurte aux limites du raisonnement et de la conscience. Elle n'est donc pas associée à une image mentale, et n'est pas intégrée au champ de la connaissance.

A. Schopenhauer, revient sur le concept d'E. Kant, et explique que le vécu sensoriel brut est incommunicable car, dès lors qu'il y a perception et qu'un sujet cherche à l'explicitier par les outils de la raison (le langage), il l'éloigne d'autant plus de son existence originelle, de la *chose en soi*. Pour autant, le sujet se sera rapproché de cette chose, sans malgré tout y avoir accès.

---

<sup>1</sup> Selon le site du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)

Dans le domaine psychanalytique, S. Freud et J. Lacan ont un avis convergent concernant la notion de chose. Cette conception rejoint celle d'E. Kant dans son caractère inconnaissable, en dehors du champ de l'expérience, dans « l'incompréhensible, l'inassimilable et qui échappe au jugement »<sup>2</sup>, dans un vide suscitant le manque (et donc la recherche pour le combler).

Selon ces définitions, nous pouvons retirer deux caractéristiques à ce terme : la chose peut être concrète et matérielle, alors même qu'elle n'est pas nommée, pas conceptualisable ; mais la chose désigne aussi l'indéterminé, l'inconnaissable, le non-représentable.

Certains auteurs se rejoignent autour de ces deux caractéristiques de matérialité et d'inconnaissable.

« Distinguons ces deux catégories, celle des choses et celle des objets. La pierre, par exemple, appartient à la première – celle de la choséité,- tandis que, si elle est sciée, polie ou simplement « marquée » et gravée, elle devient un « presse-papier » éventuellement, mais relève alors du monde des produits ou des objets (Dagognet, 1989) », cite R. Duval (2009, p. 110).

Cette citation illustre les choses comme appartenant à un univers indifférencié, où prône l'inconnaissable. Lorsqu'il n'y a pas acte de conscience ni de distinction par le sujet, les choses se situent dans un « monde matériel hors de la conscience qu'en a le sujet » (p. 111).

Or, si cette chose entre dans le champ de l'attention du sujet, dans une prise de conscience momentanée de son existence, cela génère une relation entre les deux protagonistes. Nous pouvons donc parler de « genèse de l'objet » (*ibid.*), que nous approfondirons plus loin.

Cette sortie du « monde indifférencié des choses », est renforcée lorsque le sujet travaille, modèle, manipule (manuellement ou psychiquement) cette chose en un produit, ou un objet, qui deviendra normalement plus ou moins investi. En revanche, hors de ce phénomène de prise de conscience et d'interprétation subjective, ne reste que des « corps <sup>3</sup> » ou des « déchets » (Rastier, 2010). Hors de ce statut d'objet, les « corps » et « déchets » en tant que formes matérielles devenues non identifiables, se confondent avec la choséité.

Nous revenons, dans une moindre mesure, à la notion de chose indéterminée, inconnaissable, qui n'est pas – ou plus – pensée. La chose n'existait pas avant l'acte de conscience porté sur elle : c'est par le regard subjectivé de l'observateur que la chose va

---

<sup>2</sup> Selon Françoise Coblence, dans sa conférence de 2014 : La chose, un reste inassimilable.

<sup>3</sup> F. Rastier utilise le terme de « corps » pour signifier toute forme de matérialité.

devenir un objet perçu et va exister en tant que tel. Voici donc la genèse de l'objet, où la perception de la réalité est façonnée par les sens et l'attention.

Au final, la chose sera définie, selon R. Duval, comme le naturel ou l'indéfini (hors du champ de conscience du sujet), au contraire des objets désignés par ce qui est, ou a été, produit ou travaillé. En mathématique, le mot « objet » renvoie à la notion de réalité des concepts manipulés. Il est donc étroitement lié à une « affirmation d'existence » (Duval, 2009, p. 96).

## **B. Définition d'un « objet »**

Le mot *objet* n'est cité pour la première fois qu'au XIIIe siècle. Étymologiquement, il provient du latin *objectum*. Il s'agit de *ce qui est placé devant*, qui est mis en évidence. L'objet peut ici être mis en lien avec l'objectivité, existant en dehors de l'esprit. D'après R. Duval (2009, p. 79), J. Piaget représente d'ailleurs les objets dans leur aspect concret, après la prise de conscience de leur existence permanente dans l'esprit du sujet.

L'objet d'un récit par exemple, correspond au sujet de ce discours. Nous pouvons donc faire le lien entre l'objet et le sujet, en tant que thème *mis en avant*. Ce thème ou sujet n'a donc pas d'existence en dehors de la pensée et du discours subjectif de chacun. Il s'agit également de *ce qui est jeté devant* : dans une dynamique, un but à atteindre. Cela peut être représenté par exemple par la vision d'E. Kant, comme des « objets de connaissances scientifiques », en tant que notions abstraites toutefois expérimentables, d'après les explications de R. Duval (*ibid.*).

Il s'agit à chaque fois, comme le définit ce dernier (2009, p. 110) en citant les travaux de plusieurs auteurs, d'un objet distinct de l'individu selon F. Dagognet (1989), et du partage qui oppose le soi et le non-soi dans une altérité absolue selon S. Tisseron (1999). L'objet est donc distingué du sujet, par le sujet.

Par un souci de compréhension dans ce mémoire, je décide de définir (en fonction des liens théorico-cliniques rencontrés dans mes stages) et parler de trois types d'objets différents selon la considération de son caractère inanimé, culturel ou corporel. Je traiterai également de la notion de relation d'objet.

## 1) *L'objet culturel*

Selon N. Dérec (La Grande Encyclopédie, 1973, p. 3558), la culture est un « ensemble des faits de civilisation propre à un groupe social. ». Est cité Tylor (dans Primitive Culture en 1871) qui définit la culture ainsi : « Tout complexe qui inclut les connaissances, les croyances, l'art, la morale, les lois, les coutumes et toutes autres dispositions et habitudes acquises par l'homme en tant que membre d'une société ». Il y ajoute les notions de création humaine, de phénomène social (non-individuel), de phénomène historique et d'universalité.

Ce terme « culturel » renvoie donc à ce qui relève de l'intellectuel, des connaissances, des savoir-faire, des traditions, ou bien des comportements, mœurs et coutumes, relatifs à une civilisation. La culture est partagée par un groupe social (sociétal, familial, etc.), et elle est cultivée par ses membres, permettant de la faire évoluer. Cette notion de culture regroupe donc des aspects de l'art, du langage et de la technique, qui se transmettent d'individu en individu. Ils « étayent donc un processus de socialisation » (Baillé, Duval, & Blandin, 2009, p. 116), à travers un acte de transmission orale, écrite ou démonstrative.

Le premier groupe auquel appartient généralement un sujet est le cercle familial qui l'initie et l'inclut à une culture auquel ce groupe est attaché. « L'existence individuelle est de fait constituée de référents sociaux, et la construction identitaire se nourrit de l'appartenance à une collectivité culturelle » (Lehalle & Mellier, 2013, p. 341). La culture est donc portée par ces référents sociaux, qui seront d'abord la famille, puis cela peut être l'équipe d'accueil de la petite enfance, puis les équipes éducatives, les cercles d'amis, ou encore les professeurs des temps extra-scolaires (artistiques, sportifs), ou les équipes de soins.

Greenfield et Nunes (2003) considèrent les « représentations implicites » qui « orientent les manières de voir et de considérer les événements », ainsi que les « attitudes » pour ce qui est « évident ou normal dans un milieu culturel donné » (Lehalle & Mellier, 2013, p. 345). Ces deux notions sont portées par chaque membre inscrit dans un environnement culturel, en interaction avec un autre sujet. Ce membre est donc susceptible d'influencer plus ou moins implicitement l'autre sujet en fonction de ses considérations subjectives, et donc d'avoir un « impact différenciateur sur le développement », en apportant au sujet des acquisitions sociales, techniques, et psychologiques, pouvant potentiellement étayer et influencer ce développement personnel général.

Si nous prenons l'exemple de l'entourage du nourrisson, les parents ont chacun une façon personnelle de faire et de penser qui est teintée par leur culture. Ils sont donc

susceptibles d'influencer culturellement leur enfant dans son développement global à travers ce qu'ils peuvent lui transmettre.

L'objet culturel va donc correspondre à tout support ayant une valeur culturellement admise de manière plus ou moins implicite au sein d'un groupe. Il sera soumis à une « norme sociale qui peut être juridique, scientifique, religieuse ou simplement doxal » (Rastier, 2010, p. 8). Cet objet va servir, de manière plus ou moins consciente, et plus ou moins explicite, à transmettre un message, une valeur, une connaissance, une technique par son biais. Il a donc une fonction précise ; il « peut à ce titre participer d'une pratique sociale » (Rastier, 2010).

« En tant qu'artefacts<sup>4</sup>, les objets culturels sont indissociables des actions qui les produisent, les utilisent et leur donnent sens dans l'interprétation » (*ibid.*, p2). Cette citation met en exergue le caractère réfléchi, étudié, des objets culturels, qui sont des ouvrages manipulables, travaillés par l'Homme, et sujets de discours et d'interprétations subjectives. Ces objets possèdent donc une fonction profitable (de communication par exemple), en étant « l'aboutissement du mouvement propre de l'action humaine qui les produit, en créant les formations médiatrices » (*ibid.*, p4). L'Homme crée cet objet culturel pour lui ou pour d'autres en tant qu'intermédiaire entre lui et le monde.

Il peut s'agir, selon F. Sironi (1999) : d'objets artistiques (sculpture, tableau, musique, etc.), d'objets de culte (reliques, autel, etc.), « d'organiseurs de la transmission » (conteurs traditionnels, savants, écrivains, professeurs, etc.). Cette dernière personne, à ce moment, *réobjective* et réactualise l'objet culturel dans sa transmission et face à ses interlocuteurs.

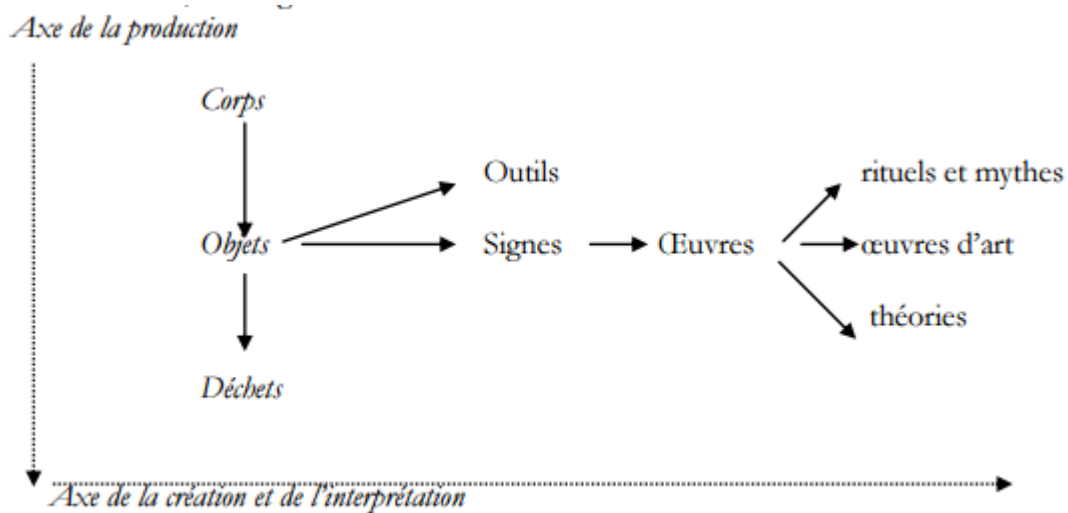
F. Rastier (2010) suit également cette idée de classer les objets culturels en trois catégories distinctes :

- les outils et instruments (plus complexes) : de communications (journaux etc.) par exemple,
- les signes : « linguistiques ou non comme les mots, symboles etc. »,

---

<sup>4</sup> Selon le Larousse, un *artefact* est un « produit ayant subi une transformation, même minime, par l'homme, et qui se distingue ainsi d'un autre provoqué par un phénomène naturel. »

- les œuvres : « élaboration de signes, au moyen d'outils ». Il s'agit « d'objets artistiques, rites et mythes, et théories ».



**Figure 3 : Typologie praxéologique des choses**

F. Rastier (2010) explique par ce schéma le processus de création et d'interprétation à travers l'acte de production. Un corps<sup>5</sup> est transformable (par la création, la modification ou la destruction) en objet à l'aide d'outils. Il deviendra œuvre par ce processus lui attribuant une signification. Cela aboutira aux trois catégories citées précédemment. Si l'aboutissement en question n'est plus ni utilisable, ni porté par une pratique sociale, il revient à un état de déchet ou de corps, en perdant son état de signifiant et d'utilité. Mais cela dépend encore de l'interprétation que chacun affecte à ce corps ou déchet, qui reprendra par ce nouveau regard le statut d'objet, à travers le prisme de sa subjectivité.

Dans cette notion de « corps » et de « déchet », nous rejoignons l'idée de la chose ; dans ce caractère d'innommable et d'indéfini.

La culture peut donc s'exprimer au travers d'une personne en tant qu'organisateur de la transmission (communicant une morale, connaissances, etc.), ou d'un objet matériel (ou artefact) porteur d'un rôle, d'un sens, culturellement admis dans un groupe social défini.

Les objets culturels se déclinent en outils ou instruments, en signes ou en œuvres, en tant que créations humaines. Ils sont porteurs d'une fonction, d'une utilité, et peuvent participer à l'échange entre les individus dans un processus de socialisation car ces objets sont

<sup>5</sup> F. Rastier utilise le terme de « corps » pour signifier toute forme de matérialité.

sujets de discours, d'interprétation et d'utilisation. Ils sont donc susceptibles d'influencer chaque personne de manière plus ou moins directe.

L'objet culturel est donc le support et l'outil de transmission d'une culture partagée.

## 2) *L'objet inanimé*

L'objet inanimé rassemble toute forme matérielle qui n'est pas animée d'un désir et d'un mouvement propre orienté vers un but. Nous retrouvons donc le terme de « corps » (Rastier, 2010), auquel on aurait aussi soustrait toute forme de vie, de subjectivité.

Ces objets inanimés peuvent être par exemple une fourchette, une plume ou un caillou.

Nous pouvons voir dans ces trois exemples que se dessinent déjà différents types d'objets inanimés : les objets naturels (plume, caillou), et les produits ou artefacts résultant d'une transformation et/ou d'une création humaine (fourchette). Dans tous les cas, d'après R. Duval, ces objets peuvent être perçus, par conséquent leur « accès est multisensoriel » (2009, p. 86).

Comme l'explique F. Rastier (2010, p. 7), dans les sciences de la nature, chaque objet matériel se qualifie par une « métrique spatio-temporelle » subissant la gravité, s'inscrivant dans un référentiel universel, et indépendante de l'interprétation car objectivable. Pour autant il est possible d'avoir une première perception de cet objet concernant sa consistance, sa configuration, son aspect (lourd, etc.), à travers le prisme de la subjectivité faisant appel à ce référentiel commun.

L'objet inanimé a donc une matérialité propre lui conférant des caractéristiques personnelles qui permettent de le reconnaître en tant que tel ou tel objet. Comme nous l'avons vu précédemment, l'objet est distinct du sujet dans une altérité absolue, il oppose le soi et le non-soi selon Tisseron (Baillé, Duval, & Blandin, 2009, p. 110). L'objet est donc distingué du sujet, par le sujet ; sinon, le sujet se trouve dans une indistinction soi-objet.

Les objets inanimés, en tant que matérialité manipulable, ne peuvent s'extraire d'une action motrice naturelle ou spontanée ou réfléchie qu'ils peuvent subir, ne serait-ce que pour une première exploration par un individu. « L'appropriation de connaissances passe toujours par une adaptation qui se réalise dans un cours d'action » (Rastier, 2010, p. 10). Et pour cause la première rencontre d'un enfant avec un objet partira « d'opérations effectives et concrètes : de l'action elle-même », en suivant naturellement la méthodologie piagétienne basée sur l'expérimentation (Baillé, Duval, & Blandin, 2009, p. 86).

C'est par cette manipulation que le sujet pourra normalement inscrire cet objet inanimé « radicalement différent de lui » dans le champ de la connaissance, et « entrer progressivement dans les représentations et les répertoires d'action » selon B. Blandin (2009, p. 117). Cela formera une « relation à l'objet-instrument » (*ibid.*) stable et efficiente, où le sujet va attribuer une fonction à l'objet inanimé. Pour autant, comme le pensait R. Descartes, l'objet inanimé n'est pas l'idée de l'objet. L'idée de l'objet (sa représentation), sera extraite de sa réalité, de son existence matérielle. Une représentation se définit comme une « image mentale dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet »<sup>6</sup>. Pour R. Chemama et B. Vandermersch (2009, p. 502), une représentation est une « forme élémentaire de ce qui s'inscrit dans les différents systèmes de l'appareil psychique ».

R. Roussillon la définit comme ce qui suit « le contact sensoriel que nous pouvons avoir avec le monde extérieur qui est décomposé et analysé par des systèmes internes spécifiques, et recomposés selon un réseau associatif interne qui est une représentation interne de l'expérience ».

C'est par cette relation où le sujet connaît l'objet dans ses caractéristiques physiques, sensorielles, et à qui il a attribué du sens qu'il s'extrait du monde indéfinissable des choses dans l'esprit de ce sujet pensant. Le sujet peut ensuite asservir l'objet en termes de manipulation physique, de possession, de transformation ou bien même de projection (au sens psychologique).

L'objet inanimé est donc une partie intégrante et matérielle de l'environnement, en tant que support possible de connaissances, d'actions et « d'interactions de diverses formes » selon J. Piaget (Baillé, Duval, & Blandin, 2009). Et au contraire des objets de connaissance (en tant que notions abstraites et intellectualisées), les « objets matériels qui font l'environnement quotidien commun sont immédiatement accessibles » (*ibid.*, p. 100). De plus, notre environnement est composé « presque exclusivement d'artefacts. » (Rastier, 2010, p. 5).

Nous pouvons également nous dire que l'Homme a lui-même certains caractères d'un objet, de par sa matérialité.

---

<sup>6</sup> Selon le Larousse



### 3) La corporalité : une relation à soi

La corporalité est comprise dans ce chapitre bien que l'objet se définisse comme distinct de l'individu. Pour autant le substrat anatomo-physiologique du sujet en fait un support matériel privilégié de sensations, de découvertes, de projections, au même titre que les objets inanimés. Le sujet se vit tant psychiquement que corporellement, en tant qu'interface possible d'échanges.

La corporalité en tant que vécu de soi, dépasse la simple notion de corporéité qui se limite à son caractère fonctionnel.

La corporalité se distingue de la corporéité qui « englobe les qualités anatomiques et physiologiques qui se manifestent dans les fonctions anatomo-biologiques vitales » (Veldman, 2007, p. 173). M. Xambeu parle d'un « vécu de globalité », de complétude (2015, p. 159), indispensable à tout un chacun. La corporéité se vit donc dans la matérialité et « l'existence physique » de chaque individu, dans un fonctionnement biophysique permanent. Cet aspect anatomo-physiologique est en partie déterminé par la génétique et l'héritage familial, mais il est aussi influencé par l'environnement et l'individu lui-même.

Chaque individu est inscrit dans une corporalité personnelle, en tant que sujet incarné. Il s'agit du « substrat psychophysique » (*ibid.*). F. Veldman explique le fait qu'un sujet possède des représentations corporelles et une présence à lui dans une existence psychocorporelle, une façon subjective d'être corporellement au monde.

La corporalité rassemble les notions dynamiques et en constantes évolutions que sont la corporéité, le schéma corporel, l'identité, l'image et les représentations de soi au service de la relation à l'autre, à soi-même, et au monde.

L'haptonomie<sup>7</sup> définit la corporalité comme suit :

« L'entité substantielle (essentielle) psychophysique, par laquelle l'individu se représente lui-même, dans la vitalité de sa manière d'être, et à travers laquelle il accorde, par sa présence, signification, sens et valeur à son existence corporelle personnelle » (Veldman, 2007, p. 174).

---

<sup>7</sup> « L'haptonomie est la science des interactions et des relations affectives humaines. Elle permet d'entrer en contact (tactile) pour guérir, rendre entier, confirmer. Il s'agit d'un accompagnement de l'autre qui vise à lui faire prendre conscience de sa capacité de faire des choix, de s'engager, de porter la responsabilité de ses choix. L'haptonomie, dans son application pratique, n'est pas une méthode de guérison ou de thérapie, mais une approche qui peut s'intégrer dans toute profession d'aide ou de relation de soins au sens large » d'après le site Haptonome.be.

Cette notion de corporalité illustre donc que le sujet *est* par sa présence et sa vitalité, mais il *se vit* aussi, d'un point de vue psychocorporel, représentationnel, sensé, et narcissique. Le sujet possède une vitalité et une identité personnelle, portée par le Soi ; ou « "Self" en tant que "Moi-conscient" » (*ibid.*).

F. Veldman parle d'une *corporalité animée*, dépassant la corporéité de l'individu, qui, dans l'expression de sa vitalité et en se pensant, devient sujet de lui-même. Cette corporalité permet au sujet d'être en constante interaction avec soi et avec le monde grâce aux afférences internes et externes, mais surtout en y répondant d'après les « significations que ces stimuli et sensations comportent pour son existence » (*ibid.*), comment elles sont vécues au niveau représentationnel et affectif. Le sujet se vit en actant son existence, tant du point de vue psychologique que du point de vue psychomoteur. D'après M. Xambeu, la corporalité va permettre à ce sujet d'interagir avec le monde, notamment avec son environnement humain, dans un échange de « corporalités animées, vivant la rencontre », dans un *plaisir d'être* (2015, p. 162).

Le vécu de corporalité est une acquisition fondamentale chez le tout-petit, et qui se développe à travers un sentiment de sécurité et un accompagnement psychocorporel parental tendre face à ses élans vitaux, aux mouvements tant psychiques que moteurs, lui permettant de s'ouvrir au monde. Cette corporalité permet au sujet de « se vivre dans les rencontres » (Xambeu, 2015, p. 163).

D. Stern a beaucoup développé la question de la vitalité, comme « un tout qui structure fondamentalement la subjectivité » (Candilis-Huisman, 2013, p. 116). Cette vitalité débute lors des premiers échanges sensori-toniques, en réponse à un stimulus, lors des premiers réflexes, des premiers mouvements.

Il existe donc un lien étroit entre « expérience sensible et dynamique de l'excitation » (*ibid.*), se basant sur le substrat neuro-anatomique. « La forme de vitalité repose sur la conjugaison de l'expression neurobiologique de nos comportements et des contenus subjectifs qui en émergent » (*ibid.*, p. 117). Cela est illustré dans l'ouvrage précédemment cité par une description des mouvements du fœtus, chargés d'une intentionnalité à partir de 16 semaines, où ces contenus subjectifs se développent avec une modification rythmée du geste et une orientation vers un but ; se déployant à travers cinq éléments qu'aura défini D. Stern<sup>8</sup> « le

---

<sup>8</sup> Dans son livre : Stern, D. (1985), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Le fil rouge, Puf.

mouvement, le temps, la force, l'espace et l'intention ou la directionnalité » (*ibid.*). Puis à partir du troisième trimestre, émerge les premières formes de vitalité, avec des capacités de reconnaissances auditives, et donc d'attention et de reconnaissance. C'est par cette première rythmicité des temps de repos, d'activité et d'excitation qui va créer du lien entre comportements, changements d'état et vécus subjectifs.

Après la naissance se tisse un lien entre « mouvement et capacité de régulation de l'excitation » (*ibid.*, p. 119), grâce aux traces mnésiques des vécus intra-utérins préexistants. Dans les premiers échanges, c'est dans une expression d'une vitalité partagée, dans une « corporalité animée » (si l'on reprend les termes de M. Xambeu), que vont se développer les premières interactions. L'écoute de la « chorégraphie » du bébé et la disponibilité de sa mère, selon D. Candilis-Huisman, dans un « partage sensible et émotionnel, constitue la base de l'alliance nouée autour de l'observation du bébé ».

C'est à travers les formes de vitalité, le ressenti des variations d'activation et d'excitation dans l'échange et le partage avec le bébé, que se tissent et s'expriment la sensibilité, le lien entre pensées, émotions et motricité, car il n'y a pas de vie sans mouvement, aussi minime soit-il.

Ces deux notions de *vécu de corporalité* et de *forme de vitalité* convergent vers une même idée : la disponibilité et la sensibilité à soi et au monde, d'un point de vue psychomoteur. Le sujet peut se vivre dans ce qu'il perçoit de lui et du monde, dans un constant échange, une façon très subjective d'être au monde. Chaque sujet est *animé*, avec plus ou moins d'intensité, ou du moins ne le vit-il et ne l'exprime-t-il pas de la même façon.

### C. La relation d'objet

La relation d'objet étant une notion psychanalytique, le champ de référence et de compréhension dans cette partie se situera donc plutôt dans ce domaine.

Avant de définir la relation d'objet à proprement parler, je vais m'intéresser à la notion d'objet en psychanalyse, où le terme *d'objet* ne se rapporte pas qu'à sa matérialité.

L'objet peut être ce vers quoi différents mouvements psychiques convergent : « il est ce en quoi et par quoi celle-ci [la pulsion] cherche à atteindre son but, à savoir, un certain type de satisfaction » (Laplanche, Pontalis, & Lagache (dir.), 1988, p. 290). Selon S. Freud (en 1915), l'objet est « ce qui est visé par le sujet dans la pulsion<sup>9</sup>, dans l'amour, dans le désir » (Chemama

---

<sup>9</sup> Selon le Larousse, la pulsion est une « Force à la limite de l'organique et du psychique qui pousse le sujet à accomplir une action dans le but de résoudre une tension venant de l'organisme. »

& Vandermersch, 2009, p. 399). L'objet est donc sujet d'affects plus ou moins ambivalents dont est porteur l'individu.

Freud a été le précurseur de la notion d'*Objekt* (alle.), pour attribuer deux sens à ce même mot. L'*Objekt* s'entend à la fois pour parler de l'objet de la pulsion (ce par quoi elle peut atteindre son but), de l'objet d'amour, et de l'objet identificatoire. Ce terme désigne également la « Chose », qui « apparaît plutôt comme l'objet absolu, objet perdu d'une satisfaction mythique » (*ibid.*). Cette chose est insaisissable, indéfinissable, car perdue.

L'objet n'est pas seulement défini en lien avec une pulsion. Il « désigne aussi ce qui est pour le sujet objet d'attrance, objet d'amour, le plus généralement une personne » (*ibid.*, p. 291).

La pulsion n'est pas liée à un objet de manière définitive mais se déploie dans un processus dynamique : la pulsion peut donc viser différents objets, y compris la personne propre. « Il peut s'agir d'une personne ou d'un objet partiel, d'un objet réel ou d'un objet fantasmatique » (Laplanche, Pontalis, & Lagache (dir.), 1988, p. 290). L'objet est ce par quoi la pulsion va atteindre son but, à travers la capacité de l'objet à la satisfaire et à apaiser les tensions internes, en lien avec le vécu et l'histoire du sujet. Cet objet n'est pas soumis à « d'autre condition que celle d'être un moyen de procurer la satisfaction » (*ibid.*, p. 405) : cet objet peut donc être interchangeable. Ce choix se construit en fonction des qualités de l'objet qui, par ce biais, peut atteindre le but, même si celui-ci n'est pas le seul et l'unique à pouvoir y répondre. En revanche, lorsque l'objet *substitut ou précis* est une référence à un original biographique du sujet, alors cet objet « a des traits éminemment singuliers » (*ibid.*) trouvant sa source dans l'initial.

Une relation est le rapport, la corrélation, le lien qui existe entre des choses ou des personnes. Au niveau psychanalytique, il faut y comprendre ce qui relève des notions de « choix d'objet » ou « amour d'objet ». Le terme d'objet qui qualifie la personne visée par la pulsion n'enlève en rien sa qualité de sujet.

La relation d'objet correspond au rapport qu'entretient le sujet avec son monde, dans une interrelation. Nous dépassons donc la vision centrée seulement sur le sujet pour l'inscrire dans un échange dynamique et bi-directionnel. Cela va donc englober le rapport à l'autre dans une dynamique psychique développementale et en constant remaniement quel que soit l'âge, d'un point de vue libidinal, fantasmatique et pulsionnel, d'identification et d'investissement, de distance à l'autre, mais également autour de la notion de transfert.

La toute première relation d'objet voit le jour avec la relation à la mère, à l'objet primaire (que j'explicitierai au second chapitre).

Leroi-Gourhan (anthropologue) avait remarqué que « l'être humain avait tendance à projeter hors de lui-même sa vie psychique et sociale, à la "périphériser", à l'inscrire dans des objets » (Baillé, Duval, & Blandin, 2009, p. 118). Chaque sujet met de lui dans ce qu'il projette sur les objets. Il est vrai que l'Homme inscrit « dans des formes matérielles ses pensées, ses modes opératoires, ses rituels » (*Ibid.*), notamment dans les objets culturels vus précédemment. Il en est de même pour la relation qu'un sujet entretient avec les autres, et cela est d'autant plus vrai avec la notion de transfert.

Pour finir, il ne faut pas confondre cette relation d'objet, qui reste une relation fantasmatique, avec toutes les relations réelles avec l'entourage du sujet, même si « les fantasmes peuvent venir modifier l'appréhension du réel et les actions qui s'y rapportent » (*ibid.*, p. 407).

## Résumé de cette Partie I

### *De quel objet parle-t-on ?*

Le seul mot *objet* peut être interprété par chacun d'une manière différente. Il a donc été nécessaire de le définir en l'associant à un adjectif, pour permettre une compréhension plus claire tout au long du mémoire. La *chose* représente donc ce qui n'est pas intégré au champ de conscience et de perception directe pour le sujet. Cette *chose* acquiert le statut d'*objet* dans sa prise de conscience par le sujet, à partir du moment où il est possible de sentir et penser cet objet. L'*objet culturel* correspond à un objet matérialisé sous une forme identifiable par un groupe donné partageant une culture identifiée. La famille est le premier groupe introduisant le bébé aux objets culturels. La notion d'*objet inanimé* rassemble toute forme matérielle (naturelle ou transformée par l'Homme) n'étant pas animé d'une vie propre. Certains objets culturels sont donc des objets inanimés. La *corporalité* renvoie à la notion d'haptonomie d'une disponibilité et d'une sensibilité à soi et au monde. L'*objet* psychanalytique est ce qui est visé par les différents mouvements psychiques du sujet, pour ses qualités à contenir ses projections. La relation d'objet correspond donc à l'échange dynamique entre le sujet et l'objet choisi.

Le thème de cette partie était avant tout la considération de l'objet seul à définir. Ces considérations lexicales font partie du savoir de l'Homme.

Mais qu'en est-il donc du lien développemental entre l'Homme et l'objet ?

## Partie II

# *Quelle est le rapport entre le sujet et l'objet au cours de son développement ?*

### A. Les premiers rapports à l'objet : relation fusionnelle et unicité

#### 1) L'expérience sensori-affective et l'intersubjectivité naissante

- **L'attachement**

Dès sa naissance, le nouveau-né possède des compétences d'interaction innées et d'orientation vers l'Homme. H. Wallon, en 1925, explique que le nouveau-né est "d'emblée social par essence et nécessité", et qu'il se développe en prenant appui sur ses interactions. Et pour cause, il est dépendant d'un environnement humain répondant à ses besoins primaires physiologiques et corporels par le soin, mais également à ses besoins psychiques. Cette relation de dépendance est également vraie pour les contacts physiques et de proximité comme base de l'attachement selon la théorie de J. Bowlby.

La relation soignante, affective et interactive s'installant entre le nouveau-né et la personne remplissant de manière adaptée et continue les fonctions maternantes, est une base primordiale sur laquelle vont s'étayer d'autres capacités pour participer au développement global de cet enfant. L'autre est donc co-formateur des intégrations de l'enfant.

La construction de liens d'attachement « constitue un lien affectif stable qui tend à s'intérioriser et à servir de modèle comportemental dans les relations sociales de l'enfant » (Lehalle & Mellier, 2013, p. 53), dans un rapport primaire intime, intense et interpersonnel. Cette co-construction affective entre le bébé et les personnes prodiguant soin et attention s'appuie sur les compétences innées d'interaction et d'orientation de l'enfant : la mère n'est pas seule actrice dans ce processus d'échange. Le bébé fait partie intégrante de ces échanges précoces en tant qu'interlocuteur actif et attentif, en communiquant d'abord par le versant non verbal. J. Bowlby décrit cinq comportements innés du bébé pour « entretenir la proximité à la

mère » : le sourire, le contact et le suivi visuel, les pleurs et les cris, l'étreinte et la succion (*ibid.*, p. 54). Ces signes sont reconnus socialement et garantissent à l'adulte l'attention et l'engagement du bébé dans l'échange qu'ils peuvent chercher à maintenir.

J. Bowlby (2002, p. 247) décrit les besoins de l'enfant préexistants à la relation en termes de *tendances secondaires* (ou relation d'amour de l'objet nourricier et chaleureux), de *succion primaire de l'objet* (besoin inné de posséder oralement le sein engageant la relation à la mère), *d'agrippement primaire à l'objet* (besoin de contact et d'accrochage à un autre être humain), et de *désir primaire de retourner au ventre maternel*. Le processus d'attachement se développe grâce aux comportements innés et *évolutionnistes* présents face à la figure d'attachement principale pour favoriser sa proximité (notamment grâce aux comportements précédemment cités), en répondant à des besoins fondamentaux où manger n'a qu'un moindre rôle.

La figure maternelle, définie comme « la personne qui donne les soins maternels à l'enfant et à laquelle il s'attache, plutôt qu'à la mère naturelle » (Bowlby, 2002, p. 246), devient donc un point d'attache central pour l'enfant. Durant la première période de vie, « mère et enfants se mettent dès la naissance en contact très intime pour partager des émotions à un niveau non verbal ; avec une intensité qui ne se retrouve que durant cette période » (Ciccone, Gauthier, Golse, & Stern, 1997, p. 57). Cette situation de grande proximité corporelle et émotionnelle participe donc à la création d'un lien d'attachement, favorisée par le concept de Daniel Stern de « constellation maternelle ». La vie affective de la mère tourne autour du fait de « donner la vie et la conserver, établir sa relation avec l'enfant, créer un réseau de support adéquat et réorganiser son identité propre » (*ibid.*, p. 61). La dynamique psychique de la mère se dote de nouveaux buts et de nouveaux processus avec un réaménagement important des structures internes.

Son identité s'enrichit du statut de mère, où l'enfant représente une part très importante de son fonctionnement psychique tourné d'abord quasi exclusivement vers lui dans un premier temps avec la *préoccupation maternelle primaire*. Ce concept est décrit par D. W. Winnicott, en 1969, pour qualifier l'hypersensibilité maternelle à son enfant durant les premières semaines de vie de ce dernier, et permettant à la fois la rencontre et l'adaptation aux besoins spécifiques du bébé. Cela est propice à la mise en place d'une interaction de qualité où se mêlent « empathie, disponibilité émotionnelle, régularité, continuité et prévisibilité des contacts » (*ibid.*, p. 65), pour créer une relation de confiance.

Il est donc possible de parler de genèse de l'attachement en termes d'appariement des prédispositions de l'enfant à la sensibilité et la disponibilité maternelle.

Les capacités interactionnelles évoluent chez l'enfant et les liens d'attachement ne sont pas exclusivement réservés à l'objet maternel. Ils sont susceptibles de se développer à toute personne remplissant un rôle de soin, d'attention et d'échanges adaptés. Cela peut être le cas de la famille (fratrie, grands-parents ...) ou des professionnels d'accueil de l'enfant (crèche, assistante maternelle ...).

Une des finalités de l'attachement est la conception des premiers liens sociaux. Selon les situations expérimentales de M. Ainsworth et al. en 1978 (Lehalle & Mellier, 2013), nous pouvons retrouver plusieurs types d'attachements comme modèle relationnel de base de l'enfant (évitant, sécurisé, ambivalent, désorganisé).

- **Le tonus**

Outre les cinq comportements innés décrits par J. Bowlby pour maintenir le contact avec son partenaire, le tonus est à la fois vecteur de communication et expression, mais également base de la motricité, de la posture et de la vigilance. Le vécu tonique participe aussi à la structuration de la personnalité. L'organisation tonique est dépendante de la maturation progressive du système nerveux central et périphérique. « L'état tonique est un mode de relation, hypertonie d'appel, hypotonie de soulagement, de détente ou de satisfaction », dans des « réactions massives, diffuses, indifférenciées » (De Ajuriaguerra & Cahen, 1960, p. 117).

Pour toute personne s'occupant de l'enfant, son accompagnement va se faire de manière tant psychique que corporel. Les affects d'autrui sont vécus corporellement dans le dialogue tonique : « Ces attitudes font vivre dans le corps propre la vie développée d'autrui et l'enrichissent » (*ibid.*, p. 117). Cette attitude tonique est une communication non verbale précoce qui perdure tout au long de la vie, d'abord dans la période préverbale puis en accompagnement du langage, en termes d'action et de réaction à la situation, pour qualifier l'engagement global lors de l'échange. Cette situation tonico-émotionnelle introduite par H. Wallon puis développée par J. de Ajuriaguerra enrichie l'expérience d'échange.

Ces premières « expériences perceptives sensorielles (...) constituent notre self » (Altmann de Litvan, 2008, p. 25). Le self correspond à l'ensemble des mouvements psychiques « de la personnalité toute entière, par différence avec le moi, qui se réfère à la structure de la personnalité » (Chemama & Vandermerch, 2009, p. 536). Ces vécus corporels sont porteurs



d'une histoire et d'une résonance affective : il existe donc une co-construction entre ces vécus et la façon subjective de vivre la situation (et de ce fait, engendrant des modes de réaction au contact). Ils sont donc des facteurs de structuration de la personnalité, qui permettent, dans une boucle rétroactive, de modeler le vécu du moment, dans sa réponse tant émotionnelle que corporelle, grâce à la résonance biographique à laquelle cela fait appel. « Nous croyons donc qu'aussi bien ce fond tonique que les réactions toniques ont une histoire, tout comme la formation de la personnalité avec laquelle ils correspondent » (De Ajuriaguerra & Cahen, *Tonus corporel et relation avec autrui : l'expérience tonique au cours de la relaxation*, 1960, p. 118). Nous pouvons comprendre combien, en psychomotricité, l'examen du tonus puis sa prise en compte en séance devient une étape primordiale pour la compréhension du sujet, de la façon de se vivre en fonction de son histoire et de la situation.

Dans les cas d'hypertonie, De Ajuriaguerra parle d'une rigidité corporelle homogène, « une défense urgente, un "rassemblement" de dernière minute, seul susceptible d'assurer la cohésion subjective » (1960, p. 120). Il s'agirait d'une défense tonique contre la peur d'être submergé par l'angoisse ; mettant à l'épreuve la relation, l'échange, le dialogue tonico-émotionnel avec autrui (en terme de *réponses toniques*).

- **L'intersubjectivité**

D'après S. Freud, le début de vie est caractérisé par une « phase de narcissisme primaire liée à la satisfaction de besoins physiques primitifs qu'on identifie à la phase d'auto-érotisme » (*ibid.*, p. 169). La libido<sup>10</sup>, en tant qu'énergie pulsionnelle, est à ce moment-là signifiée par l'auto-érotisme, tournée vers la satisfaction narcissique par le biais de zones corporelles précises. Le but étant de répondre aux besoins physiologique et psychique de l'unité psyché-soma que représente l'enfant dans son environnement. La découverte corporelle se constitue donc d'abord par fragments, « lui-même découvert comme objet » (*ibid.*, p. 169), avant que l'enfant ne s'investisse comme un tout corporel unifié contrôlé par ce « tout psychique qu'est le moi » (*ibid.*). La libido narcissique diminuant, la libido d'objet (extérieur) augmente, mais surtout, devient possible. La libido change de point d'arrivée : après un « investissement libidinal originaire du moi<sup>11</sup> ; plus tard une partie en est cédée aux objets, mais

---

<sup>10</sup> La libido désigne pour Jung le sens large d'énergie psychique. Pour S. Freud, elle désigne « l'énergie (...) comme substrat des transformations de la pulsion sexuelle quant à l'objet (déplacement des investissements), quant au but (sublimation par exemple), quant à la source de l'excitation sexuelle (diversité des zones érogènes) » (Laplanche, Pontalis, & Lagache (dir.), 1988, p. 224).

<sup>11</sup> Le moi est une notion psychanalytique. Dans sa seconde topique, S. Freud qualifie le moi de « siège de la conscience et aussi lieu de manifestations inconscientes ; (...) il est l'instance du registre imaginaire par excellence, donc des identifications et du narcissisme », ainsi que des instances défensives (Chemama & Vanderersch, 2009, p. 354)

fondamentalement l'investissement du moi persiste » (Laplanche, Pontalis, & Lagache (dir.), 1988, p. 226), comme base d'un narcissisme persistant. Selon S. Freud, le moi est qualifié de *grand réservoir de la libido*, qui « stocke cette énergie libidinale dont il est le premier objet ». C'est de ce moi que proviennent les investissements des objets : en tant que premier objet interne investit, il peut devenir une source d'investissement de l'extérieur.

Les parents investissent aussi leur enfant tant d'un point de vu psychique et corporelle, ce qui participe à la constitution pour lui d'un moi psychique et corporelle unifié, bon à investir.

Pour que l'enfant considère l'objet comme distinct de lui, il faut que se construise chez lui cette certitude d'une différence entre soi et non-soi. L'intersubjectivité est désignée comme « le vécu profond qui nous fait ressentir que soi et l'autre cela fait deux » (Golse & Roussillon, 2010, p. 12). Les points de vue concernant son émergence sont divergents, mais *in fine* se rejoignent. D. N. Stern envisage l'indifférenciation psychique initiale comme étant inexistante : le bébé se sent d'emblés « l'agent de ses propres actions » (*ibid.*, p. 13), de part des processus innés de perception, de mémorisation et de représentation. Il est donc différencié de manière innée et persistante.

Cela n'est pas l'avis des psychanalystes qui soutiennent l'idée d'un « double gradient de différenciation » extra et intrapsychique, au développement lent.

M. Pinol-Douriez utilise le terme de « protoreprésentation », où prédomine la fusion, dans une « indissociabilité mère-environnement/nourrisson (Despinoy & Pinol-Douriez, 2012). Cette relation objet maternant – bébé s'organise donc autour de la sensorialité, dans une « indissociation éprouvant-éprouvé » selon P. Aulagnier. Cela est notamment le cas dans la situation de nourrissage avec l'indifférenciation sein-bouche, ou, l'indifférenciation zone corporelle érogène - objet de plaisir et d'excitation. Elle introduit la notion de *pictogramme* « pour décrire une forme originaire de la représentation. Elle concerne les mouvements de représentation chez le nourrisson, issus de ses premiers ressentis, alors qu'il est dans la symbiose avec sa mère » (Barthélémy, 2012). Dans cet éprouvé d'indifférenciation, la pensée peut advenir en « métabolisant l'expérience en une représentation » (*ibid.*) à partir de ce pictogramme qui prend sa source dans le sensoriel. Il s'agirait là d'un *fond représentatif*, à l'origine de la sécurité interne et narcissique.

Ces représentations primitives condensent le vécu corporel de la relation fusionnelle mère-bébé (affects, mouvement, sensorialité etc.) en un noyau originaire protoreprésentatif, avec tout de même des mouvements de défusion où « se manifestent les compétences

discriminatives du nourrisson » (Despinoy & Pinol-Douriez, 2012, p. 31). La création de ce noyau est la première esquisse des représentations à venir. Ces protoreprésentations, avec un aspect brut et non symbolisable, ne sont pas directement remémorables mais contiennent l'histoire corporelle et affective du sujet dans ses tous premiers contacts avec son environnement.

Une troisième explication concernant l'émergence de l'intersubjectivité étant que le bébé alterne des moments d'indifférenciation avec des instants plus brefs d'intersubjectivité primaire. Ces derniers tendent à se stabiliser pour « prendre le pas, de manière plus stable et plus continue, sur les temps d'indifférenciation primitive » (*ibid.*, p. 14), notamment à travers les moments d'interaction avec son entourage. Ces temps d'échange, et de corps à corps avec la mère sont autant d'informations sensitivo-sensorielles qui font ressentir au bébé, pour un bref instant, qu'un autre extérieur est à ses côtés, dans une cristallisation de son vécu psychocorporelle autour de cet échange. Il s'agirait là de l'ascension de l'existence d'un pré-objet au cours de cette intersubjectivité primaire ponctuelle. Cela s'efface dans l'entre-temps de l'interaction, pour retrouver un *démantèlement prédominant*. Le travail du bébé va se situer autour de la stabilisation des moments d'intersubjectivité citée précédemment, avec un processus de généralisation à tous les moments de la vie, sans pour autant arriver à une forme définitive continuellement stable.

La figure maternelle représente donc le pré-objet faisant émerger l'intersubjectivité primaire dans l'échange relationnel. R. Roussillon dit que ce premier autre serait un autre spéculaire<sup>12</sup> (« suffisamment pareil et un petit peu pas-pareil que le soi », *ibid.*, p. 15) permettant l'accès lent mais progressif à ces moments de différenciation.

Que le bébé se sente constamment et de manière innée différencié de sa mère, qu'il passe d'abord par une phase d'indifférenciation, ou que ses vécus s'alternent, la finalité est toujours celle de l'intersubjectivité, dans un vécu de soi différent d'un autre extérieur. La relation à sa mère se fait d'abord sur un mode pré-objectal car ponctuellement vécu comme différencié du soi. L'objet étant par définition, comme vu précédemment dans la partie 1, distinct de l'individu ; il oppose le soi et le non-soi dans une altérité absolue. L'objet est donc distingué du sujet, par le sujet. Ici, dans la phase de pré-objet où la tension physiologique prédomine, ces pré-objets « manquent des attributs objectaux, ils n'ont pas de figure mais uniquement une fonction » (De Ajuriaguerra, *Le corps comme relation*, 1962), celle de

---

<sup>12</sup> Spéculaire : image en miroir, reflet

satisfaction indifférenciée et de résolution des tensions, dans cette phase d'auto-érotisme freudien.

Dans la relation primaire à la mère, les besoins de l'enfant sont satisfaits par celle-ci. Le libido de l'enfant étant d'abord narcissique (tourné vers lui), cette expérience de satisfaction apportée par un élément extérieur va l'amener à réguler cette tension interne créée par le besoin, et par ce fait, « l'image de l'objet prend alors la valeur élective dans la constitution du désir du sujet » (Laplanche, Pontalis, & Lagache (dir.), 1988, p. 150). Le sujet en construction va associer à la satisfaction et à la conduite motrice, réflexe ou volontaire, l'image de l'objet. Cela constitue les fondements du désir de l'objet.

- **Les premiers objets culturels**

*« Dès le commencement de la vie, lorsque, pour diverses raisons, les bébés pleurent, les mères se mettent à les bercer, à fredonner des chansons ou des berceuses, connues ou inventées par elles. Ce phénomène se répète, les bébés se calment et les mères sont rassurées. »*

Marina Altmann de Litvan

La relation à la figure maternelle n'amène pas seulement l'unification du moi psychique, il en va de même pour l'unité corporelle, où elle s'appuie sur les échanges tonico-moteurs avec l'enfant grâce aux objets culturels qui enrichissent les moments d'interaction. Ce corps-à-corps libidineuse l'enfant, le narcissise, dans cette relation de sécurité affective et corporelle créée grâce aux liens d'attachement et de sollicitude. Ce lien mêlant intimité et échanges, à la fois affectif et corporel, participe notamment à la genèse de la sécurité interne du sujet. L'enfant participe activement à la synchronie<sup>13</sup> affective qu'il recherche.

C'est parce que ces premiers moments de réassurance, de contenance, où les enveloppes sensorielles contiennent le vécu de l'enfant, qu'ils deviennent des points d'ancrage importants qui perdurent à travers des traces mnésiques essentiellement corporelles. Le dialogue tonique est d'ailleurs, selon De Ajuriaguerra, le « prélude du dialogue verbal ultérieur » (Le corps comme relation, 1962).

---

<sup>13</sup> La synchronie est la coïncidence, la convergence des rythmes de la mère et de l'enfant par la synchronisation gestuelle, mimique, de projection du regard, de vocalises.

Selon Bedó (dans Altmann de Litvan, 2008), en parlant de la musique, dans « l'émotion esthétique (...) Le contenu émotionnel est toujours plus profond que n'importe quelle expérience intellectuelle. Il appartient aux rythmes du corps et de la vie, il est prérationnel. L'expérience esthétique rapporte un *insight*<sup>14</sup> massif que les paroles seulement déformeraient ». C'est entre autre par la berceuse, par exemple, que la mère introduit l'enfant à un monde culturel et social où la relation est médiatisée par divers objets (culturels). Ce peut être ici la voix, mais cela est aussi matérialisé par le livre et les contes traditionnels, les comptines, les mobiles colorés, les jeux relationnels.

La berceuse soutient la communication non verbale, de par la prosodie de la voix, le bercement et le dialogue tonico-émotionnel, le rythme général, l'échange émotionnel. Cette mélodie est donc habitée et incarnée, par la mère, et donc à travers sa corporalité, « dans la vitalité de sa manière d'être », (Veldman, 2007, p. 174). L'enfant se confronte à la manière dont la mère *est* et *se vit*, dans cette relation affective, dans l'expression de son identité intime, où elle-même fait référence à sa propre situation antérieure, avec sa propre mère. Se rejoue une situation à la fois subjective régressive, intime mais également culturelle et teintée d'une mémoire familiale, mise à jour et réinventée par la jeune mère grâce à son histoire propre.

## 2. Vers l'unicité et l'identification

Après l'attachement aux figures familières, l'enfant va s'inscrire progressivement dans un processus de détachement (selon J. Bowlby), vers l'indépendance et l'exploration de nouvelles figures étrangères.

Les premiers temps de la vie ont permis l'apparition de la *matière première psychique*, comme peut la définir S. Freud. Il s'agirait d'un « amalgame d'éléments sensori-perceptivo-moteurs, investis de différentes motions pulsionnelles, et mêlent inévitablement le moi et l'objet » (Golse & Roussillon, 2010). Et pour cause, elle se compose de multi-facteurs (affectifs, perceptifs etc.), en étant même « multi-subjective », car possédant des aspects intériorisés de l'objet maternel primaire, et de l'objet extérieur ne serait-ce que par le lait. Mais ce vécu doit être décondensé pour être représentable et appropriable en tant qu'expérience subjective vécue. Pour que la subjectivité advienne, l'enfant doit avoir accès à des moments suffisants de

---

<sup>14</sup> L'*insight* correspond à l'instinct, l'intuition, avec l'apparition soudaine d'une solution face à un problème. L'expérience antérieure joue un rôle important pour la généralisation d'une solution face à la survenue d'un problème similaire.

différenciation où il expérimente une séparation supportable de la mère. Cela est progressivement possible, par différents processus.

- **Le miroir à son image**

Que l'enfant soit d'emblés dans une relation d'intersubjectivité totale, partielle ou non, il se vit au travers de ses sensations, et ce de manière fragmentée, morcelée, car « les données des sens ne nous fournissent qu'un matériel vague et confus » (De Ajuriaguerra, *Le corps comme relation*, 1962, p. 172). La mise en forme est aux mains de la libido, d'abord narcissique : il se ressent corporellement selon les différentes zones stimulées dans les expériences sensori-tonico-motrices, lors d'échanges plus ou moins satisfaisants ou frustrants avec l'objet maternel, participant à un redoublement psycho-affectifs du vécu et des compétences acquises. Le vécu corporel est donc fragmenté. Ces zones constituent des points de repère où son monde peut partiellement s'organiser. C'est dans ces moments de partage qu'il peut se vivre ponctuellement comme rassemblé dans des moments de corps-à-corps enveloppants et contenant, à la suite d'événements ou de besoins somatiques désagréables et désorganisant comme la faim ou la douleur.

Une des périodes importantes où vont se rejoindre les perceptions qu'il avait de lui et sa propre image, va naître lors du stade du miroir. Apparaît l'assomption triomphante et jubilatoire de l'image, « où il se perçoit comme forme humaine dans laquelle il reconnaît tout ensemble lui-même et l'autre » (De Ajuriaguerra, *Le corps comme relation*, 1962, p. 173).

Ce stade du miroir théorisé par J. Lacan, entre 6 et 18 mois, va permettre au bébé une reconnaissance progressive de lui qui va s'unifier progressivement comme un tout, par la « constitution d'un moi unifié » (Chemama & Vandermersch, 2009, p. 351). Le bébé prend conscience de lui, au côté d'un autre (le parent), qui va le reconnaître en le faisant devenir « objet du regard » (*ibid.*, p. 352) puis le mettant en mot, dans une analogie bébé-reflet comme « trait unaire<sup>15</sup> » (*ibid.*) à la fois aliénant et subjectivant.

L'organisation corporelle va agir comme base pour permettre l'accès plus tardif au "je" participant à la construction d'un moi clairement différencié et de l'identité. Cela va venir unifier les perceptions qu'il avait de lui en une image réelle à laquelle vont s'ajouter les aspects inconscients, affectifs etc.

---

<sup>15</sup> Selon le Larousse : « Se dit d'un élément logique qui ne dispose que d'une place possible, qui ne peut avoir qu'un seul argument ». Dans ce stade du miroir, le seul argument possible est que c'est lui, cela ne peut être que son image.

En résumé, le stade du miroir amène l'enfant à avoir une image unifiée de lui : sa pensée est donc bien *incarnée* dans cette image organisatrice sur laquelle va se greffer une identité corporelle. Il s'agit donc d'une unification à la fois corporelle mais aussi des aspects psychiques de sa personne. Ces étapes sont primordiales pour l'apparition d'une image corporelle riche. Il s'agit d'une représentation de soi dans ses aspects identitaires (lié au mouvement, à la posture, l'esthétique, la morphologie, les caractéristiques physiques etc.). Cette image va donc traduire l'investissement affectif qu'une personne construit sans cesse tout au long de sa vie. Elle est aussi en lien étroit avec la conscience de soi et à la symbolique corporelle. L'identité va donc pouvoir d'autant plus se développer quand l'enfant pourra *se penser* et exprimer le "je" grâce au langage, avec l'accès au symbolisme. Il pourra ensuite *se parler*. Le stade du miroir agit donc aussi comme base des identifications à la fois à soi et à l'autre. Naissent donc des mouvements ambivalents et simultanés de repoussée (désir de liberté) et de rapprochement, d'accrochage à la mère. Cela induit une menace de perte de l'objet maternel, source vive d'angoisse.

- **L'objet clivé**

Un des tenants de l'accès progressif à l'individuation concerne les théories de M. Klein, avec la théorisation des premiers objets pulsionnels dans les positions schizo-paranoïdes et dépressives, où l'ambivalence de l'objet maternel prône. Face à ces caractéristiques objectales à la fois « bienfaisant et foncièrement destructeurs » source d'angoisse (Laplanche, Pontalis, & Lagache (dir.), 1988, p. 20), l'enfant lutte grâce aux premiers mécanismes de défense archaïque qu'est le clivage fantasmatique de l'objet pulsionnel en « bon » et en « mauvais » objet. Ils sont à la fois induits par le vécu de l'objet (frustrant ou gratifiant), mais surtout « du fait de la projection sur eux des pulsions libidinales ou destructrices » naissantes (*ibid.*, p. 51).

Cela donne accès à l'enfant à des processus sublimatoires comme « l'introjection en soi, la projection hors de soi et l'identification à ce qui est introjecté ou projeté » (Chemama & Vandermerch, 2009). La possibilité d'utiliser des circuits pulsionnels complexes donne à l'enfant la possibilité d'une confrontation dynamique avec ses pulsions, affects et angoisses par une manipulation psychique plus élaborée n'étant plus seulement sur le pôle de la menace de perte, car médiatisée par ces mécanismes défensifs. Il s'agit là, par « sublimation, défenses, enjeux attributifs, existentiels ou identificatoires, maîtrise des pulsions et des angoisses, refoulement », de « fonctions traditionnellement attribuées au moi en psychanalyse » (*ibid.*, p. 308). Face à l'objet maternel réel, le vécu est doublé psychiquement pour donner accès à des processus dynamiques de défenses et de sublimation. L'objet clivé, et donc partiel, se voit

renouvelé par l'enfant en objet total, donnant à la mère « une image intérieure stable et fiable » (Boubli, 1999, p. 70). L'enfant aura ensuite construit au niveau fantasmatique des objets secourables et gratifiants, ou persécuteurs, prototype du « bon » et « mauvais » objet.

- **Le développement psycho-sexuel infantile**

S. Freud a apporté la pierre angulaire aux théories de la période de développement psycho-affectif. Dans le concept de développement psycho-sexuel infantile, S. Freud expose le fait que l'enfant met en jeu des zones corporelles érogènes diverses, dans une recherche de plaisir, par la succion du pouce par exemple, « indépendamment de l'exercice d'une fonction biologique » comme la nutrition (Laplanche, Pontalis, & Lagache (dir.), 1988, p. 444). En se basant sur ces réflexes et compétences biophysiologicals, l'enfant ancre des enjeux psycho-affectifs en érotisant ses fonctions corporelles, en les investissant, permettant son développement psychique, instrumental et les nouvelles acquisitions (selon A-M Latour).

La première phase est qualifiée d'auto-érotique, car le sujet n'a besoin d'aucun intermédiaire, seulement de lui-même, au travers des zones érogènes, dans un plaisir de fonctionnement et de stimulation. Le choix de l'objet se tourne vers la figure maternelle, où cette personne « devient l'essentiel » (Freud, 1984). Puis, plus tard, lors de la phase œdipienne - organisatrice de la vie psychique et de l'acquisition de la différence des sexes et des générations - arrive la triangulation œdipienne où l'enfant va se détourner de l'objet primaire, soit la mère, vers l'autre parent. « L'enfant devient plus attentif aux liens existants entre ses parents, et la relation se triangularise », apportant du tiers à la relation maternelle.

La tierceté est la « relation triadique » existant entre deux éléments, dans une potentialité, une *perspective* de développement humain, en termes freudien. « Le père, de ce point de vue, est une réalité potentielle (l'autre de l'objet) nécessaire si on veut rester dans cette perspective » (Canestri, 2013). C'est-à-dire que la relation est irréductiblement triadique pour qu'il y ait un potentiel développement psycho-affectif. Le père apparaît donc comme tiers potentiel. F. Dolto signale que la triade composée de trois personnes, « dès le début de l'éducation est indispensable » (1994, p. 62), que la présence du parent soit effective ou non, car chacun est porteur de l'image du père ou de la mère même s'il ne l'a pas connu. Selon elle, le père représente pour l'enfant « l'introduction à la loi des échanges en société, échanges de comportement et échanges de puissance symbolisés par l'argent », il donne également ou non son nom à l'enfant, et l'inscrit potentiellement dans la filiation. Le père peut prendre la forme



d'une instance paternante dans les rôles structurants cités précédemment. L'image maternelle est une mère nourricière, consolatrice et à l'image du soin, du contact corporel (*ibid.*, p. 63).

- **Les identifications**

D'abord, l'enfant va se situer dans l'identification primaire à la figure maternelle soignante, « qui n'est pas secondaire à une relation préalablement établie où l'objet serait d'abord posé comme indépendant » (Carric & Soufir, 2014, p. 115). Celle-ci serait en lien étroit avec la « relation dite d'incorporation orale », relatif aux théories de M. Klein.

L'enfant va ensuite rapidement s'identifier à ses parents : il veut « grandir à l'identification de toute personne qui, à ses yeux, détient valeur de modèle, les grands de son sexe, des adultes de son sexe », que cela soit son cercle familial, ou son entourage proche (*ibid.*, p. 292). C'est en prenant exemple que l'enfant peut s'identifier et se construire en tant que sujet, à la fois identique mais différent, en construisant sa propre identité introduite par les parents et par tout adulte possédant ou fonctionnant comme il ne peut pas encore le faire.

L'identification est un « processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications » (Laplanche, Pontalis, & Lagache (dir.), 1988, p. 187). L'identification se fait d'abord à l'objet d'amour, l'objet primaire et maternel, puis se fera aux individus du même sexe que lui, au parent du même sexe, puis sur autrui de manière indifférenciée. Les relations d'objets s'inscrivent chez le sujet comme des reliquats permettant l'élaboration des identifications et de l'identité à des objets totaux (une personne) ou partiels (traits de personnalité) (*ibid.*, p. 190). L'enfant s'identifie à ses parents, et entre autre à leurs comportements gestuels (Dolto, Les chemins de l'éducation, 1994, p. 431), de manière plus ou moins consciente, en s'identifiant à « l'enfant qu'il est "allant devenant" un homme (...) ou une femme » (*ibid.*, p. 432), au sens apporté qu'être adulte à travers les exemples qu'il reçoit, en s'accrochant à ce que signifie *devenir grand*. L'enfant s'inscrit également dans l'identité de la famille en s'appropriant les éléments qui donnent de la cohésion à ce groupe, à leur valeur, leur habitude, ou même leur posture si l'on dépasse le seul facteur génétique.

- **Les intégrations psychomotrices**

Si l'on combine différentes définitions selon le Centre Nationale de Ressources Textuelles et Lexicales, il est possible de définir une intégration comme :

Une action d'incorporer ou d'assembler des éléments en un tout harmonieux, pour accéder à une unification par le système nerveux des différents modes d'expression de l'activité de l'individu et donc à un équilibre psychocorporel constant, construit à partir de l'expérience du sujet.

Avec l'apparition d'un tout-corporel unifié de soi et de l'autre, le vécu n'étant progressivement plus morcelé, l'enfant peut s'inscrire dans le monde matériel, spatial et temporel pour construire une base d'invariant commun d'expérience corporelle dans le monde différencié de l'autre et des objets inanimés.

Le nourrisson naît avec une motricité réflexe, mais également avec des comportements orientés comme nous l'avons vu précédemment. Le processus de corticalisation va lui donner un accès progressif à une motricité qu'il va apprendre à maîtriser, et qu'il va donc pouvoir orienter vers un but.

R. Duval explique que la corporéité d'un sujet « et le geste de la main qui assure sa prise sur les objets qui sont à sa portée, constituent la relation première du sujet au monde, celle par laquelle il l'explore et s'y adapte » (2009, p. 85). Par cette citation, nous pouvons voir combien l'orientation du bébé vers un objet inanimé (n'importe lequel) – qui sera en premier lieu une chose - va lui permettre de développer des capacités exploratoires, de découverte du monde environnant. Cette chose va être intégrée progressivement au champ de connaissance de l'enfant, et parallèlement à ça il va pouvoir mettre en place une adaptation à son environnement dans un dialogue (moteur, tonique, verbal) avec celui-ci. Cet échange avec cette chose devenue objet par sa prise de conscience et sa découverte, va s'enrichir au fur et à mesure que l'enfant sera face à lui, lorsqu'il aura construit des représentations et associé des schèmes moteurs, rendant possible un processus d'apprentissage que nous verrons plus tard. « Cette construction des relations aux objets est l'archétype de tout processus d'apprentissage » (Baillé, Duval, & Blandin, 2009, p. 117). C'est ainsi que l'enfant va « aller-vers » et peut, de manière progressive, acquérir différentes fonctions sensori-tonico-motrices grâce à l'expérience, qui se redoubleront psychiquement pour la formation d'un moi stable, délimité, organisé et différencié, capable de faire le tri entre ce qui lui semble bon ou mauvais (selon A.M Latour).

Dans l'état archaïque d'unité psyché-soma (de D.W Winnicott), la « Mère Univers » remplit une fonction soignante et de sollicitude, dans des fonctions de holding et de handling, mais également d'object-presenting en présentant à l'enfant l'objet de son besoin au bon

moment, l'amenant à une illusion de toute-puissance, d'omnipotence infantile, et à croire qu'il a créé l'objet trouvé.

Le bébé va s'investir progressivement pour acquérir vers 3 mois la tenue de sa tête, puis développer ses coordinations bimanuelles et oromanuelles notamment grâce aux préhensions et manipulations d'objets inanimés sollicitées par la curiosité de l'enfant ou le hasard de la rencontre. Il se tiendra ensuite assis vers 7 – 9 mois, libérant ses membres pour découvrir encore davantage le monde. Cette période de 0 à 9 mois est celle de l'attachement à l'objet maternel, et donc à la possibilité de sa perte, d'où l'émergence de l'angoisse de l'étranger vers 8 mois, où le moi de l'enfant s'affirme et se différencie de l'autre, en parallèle de l'évolution du stade du miroir. Après cette période, l'enfant rentre d'autant plus dans des processus d'individuation avec l'acquisition des coordinations corporelles entre le haut et le bas, et donc avec la marche en tant « qu'autoportage » très significatif dans les enjeux de séparation. Il peut prendre appuis sur des objets inanimés support pour se lever (chaise), se déplacer (table basse), ou encore pour théâtraliser ses enjeux psycho-corporels développementaux : ce sera le cas du lancer d'objet au sol, jouant à la fois le For-Da de S. Freud, où il joue la séparation d'avec sa mère, mais c'est également en projetant cet objet qu'il appréhende la hauteur et la distance entre lui et le sol, avant de pouvoir lui-même si lancer. Nous pouvons voir par exemple certains enfants monter d'abord un petit toboggan à l'envers ou y jeter un ballon, avant d'eux-mêmes y descendre. Est donc rejoué ici l'investissement d'un espace à la fois moteur, affectif, relationnel. L'objet inanimé a donc un rôle primordial dans l'acquisition de premières coordinations et schèmes moteurs, ainsi que comme support des enjeux affectifs.

Le bébé né avec des compétences neuro-cognitives et sociales mises à profit dans un environnement facilitant permettant l'érotisation des fonctions psychomotrices, vers un plaisir de fonctionnement à l'origine des nouvelles intégrations sensori-tonico-motrices. Dans l'expérience du réel, la corporéité potentielle devient subjective, devient corporalité à travers la relation à l'autre et à soi grâce à l'autre, qui l'investit psychiquement et corporellement lui permettant de s'investir lui-même. C'est lorsque le vécu fait expérience que cela est intégré, et que les acquisitions psychomotrices au service du développement sont possibles.

### **Résumé sur les premiers rapports du sujet aux objets**

Le début de vie du sujet est sous le thème du sensoriel, de l'échange tonico-émotionnel avec les figures parentales, avec qui se développent des liens d'attachements plus ou moins

sécurés. Cette relation primaire repose autant sur les compétences innées d'interaction du nourrisson que sur celle du parent à maintenir un échange tonico-émotionnel et moteur, en réponse aux besoins physiologiques, affectifs et corporels du bébé. L'adulte s'occupant de l'enfant prend appui sur les objets culturels pour transmettre des valeurs culturelles communes, comme soutien à la communication infra-verbale.

L'interaction dans le contact corporel induit un dialogue tonique (De Ajuriaguerra), où s'échange de manière bidirectionnelle une vie psychique incarnée. Cette influence réciproque bébé/parents participe à la construction et à la structuration de la personnalité, des temps et espaces d'interaction, de la cohésion corporelle, de la sécurité et de l'engagement dans les échanges perdurant durant toute la vie.

Le bébé parvient à une intersubjectivité par l'intégration de deux espaces différenciés : l'espace interne et l'espace externe, où des échanges sont possibles. La différenciation moi-objet est présente par la relation aux objets primaires parentaux, passant d'un statut de pré-objet à objet.

Le vécu psychocorporel fragmenté du bébé influence son vécu de l'autre. Pour qu'advienne le sentiment d'un soi unifié, et le vécu de l'autre comme total, différencié support d'identification, il va passer par différents processus se développant parallèlement :

- le stade du miroir (base des identifications à soi et à l'autre),
- le passage de l'objet maternel clivé (dans un dualisme bon/gratifiant et mauvais/frustrant et persécuteur) à un objet total stable et fiable,
- l'érotisation de ses fonctions corporelles au service de l'auto-investissement et des intégrations psychomotrices,
- la triangulation œdipienne (père différenciateur dans la relation mère-enfant et organisateur, dans la différenciation des sexes et des générations).

Tous ces processus psychiques se développent de manière simultanée aux acquisitions psychomotrices comme prérequis à l'intégration du sujet à soi (appropriation progressive de l'efficacité des différentes fonctions potentielles) et au monde (sur lequel il peut avoir une action orientée et motivée).

L'enfant pourra donc s'investir comme acteur de lui-même dès le début de sa vie, et intérioriser des fonctions parentales permettant une structuration interne : moi fiable, limites et création des espaces internes et externes, sécurité et continuité d'être, objet bon et mauvais intégrés en objets internes secourables ou persécuteurs, etc. Ces premières relations participent à la configuration des futures relations d'objet du sujet et à la configuration interne de ressources basées sur le modèle des relations aux objets primaires.

## B. Le devenir de l'objet

### 1) Processus d'apprentissage et développement intellectuel ou « cognitif »

Le bébé naît avec des compétences sensorielles et relationnelles démontrées expérimentalement. Pour autant, l'enfant en développement doit apprendre à utiliser cette capacité potentielle pour qu'elle se transforme en compétence fonctionnelle. Par exemple, même si le très jeune enfant peut distinguer la voix humaine expérimentalement, cette capacité se développera progressivement en situation quotidienne où le contexte change constamment (bruit de fond etc.), et auquel il devra s'adapter.

L'objet maternel en premier lieu est appréhendé par les sens. « L'image de l'objet satisfaisant prend alors une valeur élective dans la constitution du désir du sujet. Elle pourra être réinvestie en l'absence de l'objet réel (satisfaction hallucinatoire du désir) » (Laplanche, Pontalis, & Lagache (dir.), 1988, p. 150). Lorsque la tension ressurgit, le bébé convoque cette image perceptive de type hallucinatoire pour apporter la résolution de la tension, et sa satisfaction. Mais pour lui, à ce stade archaïque, l'objet est là, car « l'image produit le même "indice de réalité" qu'une perception » (ibid.). La formation du moi viendra contrer un investissement trop intense de ces images perceptives. Nous pouvons mettre en parallèle les images décrites ici, avec la notion de protoreprésentations sous forme de pictogrammes décrites par P. Aulagnier. Ces images mentales plus perceptives et corporelles que les représentations sémiotiques plus tardives sont les prémices de ce qu'il adviendra avec l'accès progressif à la fonction sémiotique, relevant de la maturation cognitive et impliquant les « aspects imaginatifs, affectifs et sociaux » (Lehalle & Mellier, 2013, p. 119).

- **Le stade sensorimoteur**

Cette période qui s'étend de la naissance à 24 mois est décrite par J. Piaget où « les traitements des signaux sensoriels et moteurs, sont d'abord des objets de connaissance pour le bébé puis deviennent des moyens d'actions » (Lehalle & Mellier, 2013, p. 69). C'est durant ce développement de *l'intelligence sensori-motrice* chez l'enfant qu'advient la construction de la notion d'objet ; c'est-à-dire l'acquisition progressive de la certitude que les objets, extérieurs à lui, existent en tant qu'objets permanents même lorsqu'il ne peut pas avoir d'action directe dessus, ni les avoir dans son champ perceptif. Cette période est découpée en 6 stades, qui précèdent la période de préparation et d'organisation des opérations concrètes (de classes, de

relations, et de nombres) de 2 à 11-12 ans environ, et la période des opérations formelles ensuite (Carric & Soufir, 2014, p. 238).

Selon H. Wallon, après sa naissance l'enfant subit une « satisfaction non automatique des besoins » (contrairement à la vie intra-utérine), pour se situer dans un *stade émotionnel* jusqu'à 1 an, puis *l'éveil du comportement d'investigation* de 1 à 2 ans (Carric & Soufir, 2014, p. 238).

Cette période sensori-motrice de la naissance à 24 mois est caractérisée par une intelligence pratique naissante de l'action, permettant parallèlement une construction progressive du réel sur lequel il peut agir. Tout d'abord, l'enfant passe par *l'intelligence des situations* où un signal est une composante de l'objet, et non une représentation de celui-ci, comme le bruit d'un jouet est lié à une expérience sensorielle antérieure de cette situation directement présente. Selon J. Piaget, cela inclue donc que l'enfant passe d'un égoïsme où il est centré sur ses propres actions et perceptions, à un état de différenciation avec une prise en compte du réel dans une progressive décentration, vers un accès progressif à la fonction sémiotique.

L'enfant passe d'une activité motrice réflexe jusqu'à un mois, au développement d'activités volontaires puis à l'acquisition des premières habitudes. Puis par l'exploration et l'expérimentation active de moyens d'action, l'enfant parvient à 24 mois à pouvoir combiner mentalement les schèmes acquis par un phénomène d'intériorisation.

L'accès est progressif concernant le premier des *principes de conservation* (*ibid.*) qu'est la permanence de l'objet, en passant tout d'abord d'une existence perceptive à une non-existence dans l'absence, puis à une semi-permanence où l'enfant s'appuie avant tout sur la localisation antérieure de l'objet plutôt qu'à son déplacement dans l'espace. Cette notion n'est possible que si l'enfant passe par une organisation spatio-temporelle du réel effective seulement vers 11-12 mois, où son mouvement et celui des objets extérieurs sont saisis et organisés dans son référentiel interne. Une autre notion est indispensable à la structuration du réel : il s'agit de la *causalité*, où l'enfant intègre (vers 11-12 mois également) qu'il existe des liens de cause à effet d'abord entre ses actions et son environnement, puis « entre les objets eux-mêmes » (*ibid.*, p. 20). Il s'agira là d'une acquisition fondamentale en lien avec le développement des combinaisons de schèmes moteurs, puis de la recherche de nouveaux moyens d'action.

Grâce à l'acquisition de la permanence des objets, de l'organisation spatio-temporelle et de la causalité ; la structuration du réel apparaît, rendant possible par l'intériorisation des actions, une construction de leurs représentations mentales par rapport à ses expérimentations pratiques, vers les stades de pensée opératoire concrète (de 2 à 12 ans). Ce stade se divise en trois avec « la pensée symbolique (2 à 4 ans), la pensée préopératoire ou intuitive (4 à 7-8 ans) et la pensée opératoire (7-8 à 11-12 ans) » (*ibid.*, p. 21).

Dans ces deux premiers sous-stades dominant la pensée symbolique égocentrique, l'animisme (où l'enfant prête une intentionnalité aux objets normalement inanimés), l'artificialisme (où l'enfant croit que les « objets ou phénomènes naturels sont l'œuvre de l'homme »<sup>16</sup>), le finalisme (désignant la tendance à expliquer par un lien de causalité un phénomène et une idée, un plan, un projet d'un être extérieur<sup>17</sup>) et la pensée intuitive (prélogique, amorce d'une décentration et d'une adaptation progressive au réel tout en restant sous le « primat de la perception »).

L'enfant acquiert ensuite une pensée opératoire, logique, avec la capacité de manipuler mentalement les opérations définies « comme un ensemble d'actions intériorisées, réversibles, et qui se coordonnent les unes aux autres en des systèmes d'ensemble » (*ibid.*). Les objets inanimés sont les supports de leur raisonnement, avec l'arrivée de la notion de conservation : « La conservation est une caractéristique attribuée à une certaine réalité (...) ou à une propriété d'une certaine réalité (...), celle de ne pas varier en dépit des transformations subies par cette réalité »<sup>18</sup>. La réalité concrète de l'objet, ou de sa quantité par exemple, est représentable et manipulable mentalement, par des actions internes réversibles, sans passer obligatoirement par l'expérience pour comprendre le phénomène.

- **La fonction sémiotique**

C'est vers 18-24 mois que l'enfant peut commencer à « utiliser des signes, c'est-à-dire d'évoquer des objets, des événements ou des personnes qui ne sont pas immédiatement présents dans la situation actuelle » (Lehalle & Mellier , 2013, p. 119). La *représentation sémiotique* fait donc référence à quelque chose, sur le plan du *signifié* (le réel ; objet, événement, etc.) et du *signifiant* (le moyen utilisé, langage, images, etc.), dans une relation arbitraire (signes, fonction sémiotique), et non pas seulement dans une relation analogique (ou

---

<sup>16</sup> Selon le Larousse

<sup>17</sup> Selon le site de la Fondation Jean Piaget

<sup>18</sup> *Ibid.*

symbolique au sens traditionnel du terme<sup>19</sup>). Par exemple, pour la quantité trois en tant qu'objet conceptuel, de savoir : le *code arbitraire* serait le mot ou le chiffre, « trois » ou « 3 » qui en est sa représentation abstraite possible ; et le *code analogique* serait d'utiliser trois doigts de la main ou des cailloux (*ibid.*), qui en est sa représentation plus concrète où la notion de quantité est directement saisissable. Ainsi, la fonction sémiotique est en cours d'acquisition lorsque l'enfant différencie l'objet représentée (le signifié) et sa représentation (le signifiant).

Pour K.W. Fisher (dans Lehalle & Mellier , 2013), une représentation est un *système de systèmes* sensori-moteurs : au-delà de l'utilisation d'un mot il s'agit de la correspondance avec le phénomène concerné. Ainsi, le mot « rouler » pourra être utilisé à la fois pour un ballon et pour une voiture, tout comme le mot « vert » pour un fruit qui n'est pas assez mûr ou lorsque l'on est « vert », abattu. Parfois un mot identique n'a pas le même sous-entendu, le même sens. C'est par une première expérience sensori-tonique que l'enfant comprend le système de concordance des événements sur les objets, et qu'il peut maintenant les saisir mentalement et les transposer verbalement.

C'est à travers l'imitation différée, le jeu symbolique (où l'enfant « transforme la réalité par rapport à ses propres désirs » dans les jeux de dînette par exemple), le dessin, et l'image mentale que s'exprime cette fonction sémiotique (Laval, 2002, p. 21). L'imitation représente la transition entre le stade sensori-moteur et l'acquisition de la fonction sémiotique, car elle porte en elle un référent dans le geste concret, un signifié représenté par le geste signifiant.

C'est par l'acquisition de la fonction sémiotique, et par le jeu symbolique, que l'on peut observer chez les enfants l'utilisation de substituts d'objets qui conservent ou non des propriétés de l'objet référé. Par exemple, il s'agira pour l'enfant d'utiliser un caillou pour simuler une petite voiture roulant sur un chemin. Les études de Cople, Cocking et Matthews en 1984, sur des enfants de 3 à 5 ans, parlent de la distance (en termes de similarité ou dissimilitude) entre ces deux types d'objets inanimés (référés et substituts). Leur conclusion est que « la facilité du jeu dépend du caractère prototypique de l'objet substitut » (Lehalle & Mellier , 2013, p. 132). C'est-à-dire que plus l'enfant est jeune, plus il lui est commode de faire semblant si l'objet substitut est similaire à l'objet référé, que ce soit dans sa forme (ressemblance) et dans sa fonction (usage). Ainsi, le jeune enfant se tournera plutôt vers un

---

<sup>19</sup> « Autrement dit, les symboles sont une catégorie particulière de signes. Hélas, sous l'influence de la langue anglaise, le lexique a récemment évolué. Bon nombre d'auteurs français utilisent désormais le terme « symbolique » pour l'opposer à « analogique ». Dans ce cas, « symbolique » caractérise, comme en anglais, les codes arbitraires pour les opposer aux codes « analogiques » non arbitraires. (...) Les codes arbitraires sont qualifiés en anglais de « symboliques ». De ce fait, le terme « symbolique » finit par avoir un sens complètement opposé au sens traditionnel. Il est donc essentiel de vérifier à chaque occurrence de ce terme quel en est le sens exact pour l'auteur. » (Lehalle & Mellier , 2013, p. 120)



autre contenant pour signifier un bol auquel il veut se référer. Plus l'enfant grandit plus il est capable de tolérer une différence de forme ou de fonction, pour ensuite ne pas être dérangé s'il existe une dissimilitude totale de l'objet (dans sa forme et sa fonction), pour enrichir son jeu symbolique. L'évolution du choix d'objet substitut se fait de la recherche de propriétés similaires au référé (« représentation littérale »), vers une « centration de l'action à mener » (*ibid.*) pour vraiment pouvoir « faire comme si ... » (« représentation symbolique »), au final sans le support d'objet.

Lors de l'apparition du langage, le fait de signifier phonétiquement (« da ») ou nommer un objet (« doudou ») amène déjà une décentration de l'objet réel, de sa perception directe, et donc la « possibilité de figurer l'absence » (*ibid.*, p. 122). Il s'agit là à la fois d'une « opposition entre la représentation et l'objet lui-même » (Baillé, Duval, & Blandin, 2009, p. 90), mais également d'une corrélation entre ces deux aspects. R. Duval soutient d'ailleurs, qu'il n'y a pas qu'une seule représentation liée à un objet, au même titre qu'il n'y a pas qu'une seule possibilité de production (pour représenter l'idée de l'objet), en fonction des divers « supports physiques mobilisés » par des systèmes de transformation variés (langage, geste, etc.).

Il en est de même pour la perception, et donc la représentation que chacun se fait d'un objet, qui est à la fois support de perception et de projection personnelle, et donc support de subjectivité.

## **2) S'éprouver soi à travers l'utilisation de l'objet**

- **L'objet entre la sensation, la perception et la gestualité**

Une sensation est l'information particulière que vont transmettre de manière réflexe les récepteurs sensoriels, via les nerfs, à un centre nerveux. Il s'agit d'une « donnée subjective passive » ne donnant pas lieu à une connaissance (Capric & Soufir, 2014, p. 231), car la sensation en tant que telle précède la perception ou tout acte de pensée et de représentation.

La perception succède à la sensation, « elle est construction » (*ibid.*, p. 170). Cette *collection de sensations disparates* est reçue comme « des informations que l'on pourrait dire analytiques sur l'origine de l'objet à percevoir » (*ibid.*). La perception et l'identification de l'objet arrivent donc après sélection et analyse des sensations, pour être « intégrées dans des formes déjà connues qui sont le résultat d'expériences sensitivo-sensorielles antérieures » (*ibid.*). Ces expériences brutes sont construites dès le début de la vie, y compris lors de la vie

intra-utérine. Les perceptions, selon S. Romain sont une « synthèse de sensations, attentions, appréciations et interprétations ».

Quel que soit l'objet matériel<sup>20</sup> ou l'interlocuteur du sujet dont nous parlons, il est palpable par les sens, son « accès est multisensoriel » (Baillé, Duval, & Blandin, 2009, p. 86). La rencontre avec l'objet peut provoquer un changement « dans l'organisme par l'objet qui se trouve dans cette relation » (Damasio, 1999, p. 139). L'objet inanimé est d'ailleurs accessible par l'extéroception (vue, tact, odorat, ouïe, goût), et il est « inséparable de la possibilité d'une action gestuelle du sujet » (*Ibid.*). « L'organisme se régule pour assurer un traitement satisfaisant de l'objet » (Damasio, 1999, p. 153), en vue de saisir sa réalité matérielle pour mener une action gestuelle ou mentale sur celui-ci.

La corporéité d'un sujet possède un double statut ; dans le mouvement ou l'immobilité il y a à la fois une production et une émission de sensations provenant du monde interne et externe. Nous pouvons rajouter à l'extéroception, la proprioception et l'intéroception. La proprioception correspond aux sensations internes provenant de la peau, des capsules articulaires et des muscles, conditionnant les activités musculaires toniques réflexes (Capric & Soufir, 2014, p. 184) ; mais également de l'oreille interne. Cela permet de recevoir de manière plus ou moins consciente des informations sur la position corporelle, le mouvement engagé et sa vitesse, la contrainte de la gravité, le tonus et ses modulations. L'intéroception, ou somesthésie végétative, est la sensibilité interne plus viscérale correspondant aux sensations de douleur, de pressions vasculaires (Capric & Soufir, 2014, p. 122), ainsi qu'aux sensations thermiques et mécaniques.

Lorsqu'un sujet est engagé dans un échange avec l'autre, dans une relation corporelle à distance ou à proximité, un lien se crée. Le dialogue tonique de H. Wallon a été enrichi par J. de Ajuriaguerra par sa notion de dialogue tonico-émotionnel en 1970, que j'ai pu citer plus tôt dans ce mémoire. Ce dialogue reflète la transmission qui peut avoir lieu entre deux partenaires et leurs états tonico-émotionnels. C'est peut-être en cela que la corporalité s'exprime et que celle de l'autre se ressent corporellement pour être perçue sur un mode qui, dans l'échange, se passe de langage et d'interprétation consciente.

L'objet culturel extérieur (déjà produit par un autre) est également accessible par les sens, quel que soit son état. S'il s'agit de musique, de chant, il sera perceptible par l'audition. Il

---

<sup>20</sup> J'entends par objet matériel ce qui rassemble les objets inanimés et/ou corporels

peut s'agir de peinture, de livre ou tout autre œuvre à observer. Les jeux comme objets ludiques sont manipulables, et chacun peut mener une action avec le support de cet objet culturel ludique.

Cet objet culturel, lorsqu'il est produit par le sujet va être le vecteur de sensations intéroceptives et extéroceptives comme vu précédemment. En effet, quand une personne utilise de l'argile pour sculpter par exemple, cela va faire appel au tact (toucher la matière) ; à l'ouïe (bruit de l'argile qu'il manipule), à l'odorat (senteur de la terre humide), tout en stimulant également la sensation thermique (température de l'argile), du mouvement (effectué pour transformer l'œuvre), et toutes les autres sensations internes relatives à la posture et au mouvement, pour ne citer que ces caractéristiques.

De la rencontre avec l'objet matériel ou autrui vont se construire des images, des représentations de celui-ci. Il s'agira d'une association d'informations mnésiques sensorielles et perceptives, de l'analyse de l'objet antérieurement perçu. Mais s'ajoute également à cela les « signaux d'ajustement » corporel lors de la rencontre, indispensable à la perception selon A.R. Damasio. Il s'agit à la fois des gestes, de la posture, des contractions musculaires, etc., comme des manifestations plus de l'ordre de l'émotion avec des mouvements viscéraux, toniques, psychiques. Toutes ces modifications témoignent de l'engagement global du sujet dans la perception, et ce sont ces informations corporelles teintées d'émotions et de motivation qui restent ancrées d'un point de vue mnésique, rappelant sans cesse à la mémoire ce *vécu corporel affecté*.

- **L'action**

Au-delà de la sensation, de la perception, et des représentations associées, comme signalé plus haut, l'objet est « inséparable de la possibilité d'une action gestuelle du sujet » (Damasio, 1999). Ces gestes sont une série de mouvements porteurs d'une certaine intentionnalité : ils sont *adressés*, car imprégnés de « valeurs symboliques, relationnelles et linguistiques » (Potel & Saint-Cast, 2013, p. 20).

L'enfant passe d'une motricité réflexe et non différenciée de 0 à 2 mois, grâce à une corticalisation progressive, à une diminution de certaines réponses motrices réflexes et des réactions moins diffuses. Apparaît le réflexe d'équilibration ainsi que les premières préhensions, « d'abord manuelles puis oculo-manuelles », en se fondant sur « un mode perceptivo-objectal du type aimantation » (De Ajuriaguerra, Intégration de la motilité, 1956, p. 50), au sens où l'enfant se trouve attiré à l'objet source de perception. Entre 6 mois et 1 an, le

tonus est suffisamment réparti pour permettre à l'enfant la station debout et une libération des membres supérieurs permettant un accès plus libre à son champ de préhension<sup>21</sup> et d'expérience qui s'élargit progressivement. Cela permet une « exploration plus approfondie du monde des objets » grâce à la préhension qui est maintenant « vraie, au contact » (*ibid.*). La relation objectale est maintenant sur un mode de réactions différenciées, c'est-à-dire que l'enfant « identifie maintenant et isole bientôt de l'ensemble pour limiter son champ d'activité à l'objet de ses préoccupations » (*ibid.*). Il peut aller vers l'objet de son intérêt, et en faire le sujet de son exploration, d'assouvissement de sa curiosité, de ses expérimentations. De ces trois coupes de la première année vont naître des nouveaux schèmes moteurs, qui par l'expérimentation de l'enfant, va les faire évoluer et va les combiner. Par ce biais, l'enfant acquiert de nouvelles compétences, notamment en élaborant et enrichissant son répertoire pratique. Les praxies correspondent à des habiletés motrices et désignent « des systèmes de mouvements coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention » (Carric & Soufir, 2014, p. 182).

Par ces explorations progressives, l'enfant construit un monde spatial, un champ d'expérience possible qui s'étend de plus en plus. Il se construit également un espace corporel, qui dans ses mouvements amène sensation, perception, rythmicité dans la *mélodie kinétique* (De Ajuriaguerra, 1956), et donc temporalité du mouvement qui s'intègre spatialement dans ce champ d'expérience, dans un geste orienté, « premiers linéaments du schéma corporel » (*ibid.*). Avec l'objet inanimé, un récit d'acte et de pensée s'édifie avec autrui ou avec lui-même à travers sa corporalité, en se teintant d'affects et d'émotions, donnant davantage de subjectivité et de profondeur à l'expérience.

- **L'objet à l'image de soi**

Selon M. Merleau-Ponty, philosophe s'inspirant de la phénoménologie, le vécu ne peut s'extraire ni de l'objectivité du phénomène ni de la subjectivité. Chaque perception est donc personnelle et ambiguë, amenant donc une certaine complexité dans la situation qui nous intéresse ici : la rencontre entre le sujet et l'objet.

D.W. Winnicott introduit en 1951 les notions d'objets et de phénomènes transitionnels. Il s'agit là d'une *première possession non-moi* avec laquelle l'enfant instaure une « relation d'objet de type affectueux » (Winnicott, 1971, p. 27), dépassant l'auto-érotisme primaire et la satisfaction orale grâce à son pouce ou son poing par exemple. Le passage du pouce à la

---

<sup>21</sup> Préhension : « Action de saisir, de prendre » (Carric & Soufir, 2014, p. 182)

peluche ouvre une nouvelle *aire intermédiaire d'expérience*, entre le moi et le non-moi, entre la réalité subjective et la réalité objective perçue, où peuvent se déployer les phénomènes transitionnels. C'est-à-dire que cette étape « témoigne d'un mouvement qui de la relation d'objet conduit à l'utilisation de l'objet ». « L'objet transitionnel apparaît comme le "signifiant" de certains processus psychiques, les processus transitionnels, dont il représente la forme "matérialisée" » (Roussillon, 2001, p. 241). L'enfant entre 4 à 12 mois peut choisir cet objet transitionnel parmi les objets (bout de tissus), ou les phénomènes (mélodie, geste), qui prendra une valeur vitale aux yeux de l'enfant, et que sa famille ne saurait ignorer. Il existe comme défense contre l'angoisse, et peut réapparaître plus tard lors d'un sentiment de « menace de déprivation ». « En général, l'objet transitionnel est progressivement désinvesti, surtout au moment où se développent les intérêts culturels de l'enfant » (Winnicott, 1971, p. 49). C'est-à-dire que les phénomènes transitionnels deviennent *diffus*, et que la zone intermédiaire se déplace vers un entre-deux, celui d'une « réalité psychique interne et le monde externe tel qu'il est perçu par deux personnes en commun » (*ibid.*). Ceci marque l'ouverture de l'enfant à la culture et à ses objets : le jeu, l'art, la religion, la création, les rituels, la littérature etc. En symbolisant l'objet de première relation maternelle, l'objet transitionnel marque l'entrée progressive de l'enfant dans le symbolisme, de l'expérience entièrement subjective, à l'introduction d'éléments d'objectivité, à travers l'épreuve de réalité : de *l'omnipotence subjective à la réalité objective*.

L'objet peut donc être un support d'investissement et de projection du sujet. La projection est l'opération « par laquelle un fait neurologique ou psychologique est déplacé et localisé à l'extérieur (...) du sujet à l'objet » ou lorsque « le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des "objets", qu'il méconnaît ou refuse en lui » (Laplanche, Pontalis, & Lagache (dir.), 1988, pp. 343-344). Les objets peuvent donc être porteurs de phénomènes de projection de leur personnalité sur leur environnement, ce que les psychologues peuvent observer notamment avec le test du Rorschach. Il en est de même en psychomotricité, si l'on demande à un sujet de décrire une photo : émerge souvent des éléments affectifs avec par exemple une attribution de sentiments qui lui sont propre à un personnage, parfois même d'une histoire qu'il construit. Le sujet peut également créer un objet par un acte de sublimation. Concernant la psychomotricité, C. Potel en parle comme d'un dispositif centré sur des *médiations transitionnelles* qui permettrait au sujet de *communiquer ce qui est encore non communicable*.

## Résumé du devenir de l'objet du point de vue des apprentissages précoces

Les objets inanimés ou maternants seront avant tout appréhendés par leurs caractéristiques physiques, et par le feedback sensoriel reçu, durant le stade sensori-moteur. Le rapport à l'objet est donc avant tout réel, concret et perceptif, induisant une possible réponse motrice réflexe à intelligence de l'action. De par ses acquisitions psycho-affectives, et ses intégrations sensitivo-tonico-motrices, l'enfant découvre progressivement qu'il peut mener une action sur le réel. C'est par ses capacités d'exploration d'abord relationnelles, puis sur le monde environnant qu'il va s'appuyer pour découvrir les différents espaces. La notion de permanence de l'objet se construit progressivement en passant par plusieurs considérations d'existence avec une organisation spatio-temporelle du réel et la causalité (vers 11-12 mois).

Le développement de l'intelligence se situerait davantage dans un processus dynamique allant des actions aux opérations mentales, d'une intelligence sensori-motrice à une pensée opératoire. L'enfant acquiert la fonction sémiotique où il peut faire référence à un objet par le biais du signifié et du signifiant, notamment dans le jeu et l'imitation.

Même lorsque l'enfant grandit et n'est plus dans le stade sensori-moteur, il est possible de s'éprouver soi, seul ou avec l'autre, et à travers l'utilisation de l'objet. C'est ce que nous pouvons voir dans les ateliers sensoriels proposés par les psychomotriciens. Une sensation traitée et analysée devient perception, incluant possiblement cela au champ des représentations et de l'expérience du sujet. Un geste en réponse à la perception peut advenir permettant de construire une spatialité dans le champ d'expérience et d'action de l'environnement, mais également un espace corporel organisé support de rythmicité.

Les objets dans le champ de perception du sujet sont sans cesse subjectivés, comme support d'investissement ou de projection. C'est d'ailleurs ce que nous pouvons voir avec l'objet transitionnel (de D.W. Winnicott).

A. R. Damasio (1999, p. 165) explique que c'est par la mémorisation de la rencontre corporelle affectée avec l'objet (matériel ou humain) que se créent des représentations de celui-ci. Il existe pourtant une distinction entre « objet réel et objet mémorisé », et c'est par cet état de conscience de l'objet réel mais également de l'acte de se souvenir, que peut se créer le *Soi-autobiographique*.

A.R. Damasio décrit d'ailleurs la rencontre avec l'objet à travers l'acte de conscience, rejoignant l'idée de R. Duval qui parle d'*objet intentionnel*.

## Partie III

# *Sous quelle forme l'objet est-il utilisé en psychomotricité ?*

Nous avons pu voir dans les deux premières parties combien l'objet est un point important dans le développement de l'enfant, qui influence son rapport à lui, aux autres et au monde. L'objet garde une place importante dans la vie du sujet grandissant, du bébé à la personne âgée. Les relations d'objet au sens psychanalytique sont toujours présentes. L'objet inanimé est également d'actualité : il est le support d'apprentissage, de culture, il peut être utile au quotidien dans ses aspects fonctionnels et moteurs par exemple.

« On peut avoir recours à la psychomotricité à chaque étape de la maturation, à chaque fois que les conduites d'adaptation ne sont pas fructueuses, que les apprentissages sont freinés, que le développement n'est pas harmonieux, que l'activité corporelle est en jachère » (Potel & Saint-Cast, 2013, p. 26), et cela à n'importe quel âge de la vie, quand l'épanouissement et la maturation deviennent difficiles.

Nous pouvons nous demander, en prise en soin psychomotrice, qu'elle va être la relation aux objets mise en jeu ? De même, sous quelle forme l'objet existe-t-il en prise en soin psychomotrice ?

Je fais l'hypothèse que l'objet est une constante en psychomotricité.

### ***Mais tout d'abord, qu'est-ce qu'une prise en soin en psychomotricité ?***

La psychomotricité vise la compréhension et la prise en soin du sujet dans ses aspects psychomoteurs. D'un point de vue développemental, la psychomotricité s'intéresse à comment, à partir de l'existence neuro-anatomique (dès la vie fœtale) le sujet devient support de sensations, et de perceptions à partir desquelles vont se développer la psyché, les affects, la cognition et les fonctions instrumentales. Le sujet, à travers sa façon d'être corporellement au monde dans les temps de la rencontre, communique des affects, notamment au travers du mouvement, de la posture, des modes de communication, en réponse à son environnement et à ses états internes. Le psychomotricien se montre donc sensible à l'expression du sujet.

Il s'intéresse à la corporéité et à la corporalité du sujet, dans des composantes développementales identitaires, psychiques, affectives, motrices et gestuelles, sensorielles,

cognitives, et par conséquent à ses intégrations sensitivo-tonico-motrices. Le psychomotricien rencontre le sujet grâce à un savoir-être et un savoir-exister, et s'adapte à la façon d'être au monde de la personne, qui, au-delà de sa pathologie est un sujet à part entière. Cette considération est à l'opposé d'une prise en compte unique du patient comme « corps-objet » désubjectivé. Les composantes relationnelles (verbales, toniques, et non verbales) sont à la base du métier.

Le psychomotricien possède divers champs de compétence légiféré par décret : rééducation, éducation psychomotrice, thérapie à médiation corporelle, prévention. La prise en soin du patient va se diviser en trois temps, après prescription médicale : rencontre lors du premier entretien, bilan psychomoteur, élaboration du projet de prise en soin, restitution au sujet et sa famille, séances, révision et adaptation des objectifs et des séances. « Le symptôme est étudié (...) et son émergence est resituée dans la globalité de la personne, en regard de ses autres caractéristiques psychomotrices, en lien avec sa constitution et son histoire, dans la situation relationnelle présente » (Boscaini & Saint-Cast, 2012). Les prises en soin se construisent généralement en fonction de ce qu'amène le patient dans le temps de la rencontre et de la séance, à partir de divers objets et médiations. Le panel de médiations et de formations en psychomotricité est large, permettant au professionnel d'augmenter les possibilités d'adaptation au patient, dans une séance qui leur ressemble, favorisant d'autant plus la rencontre, le plaisir du moment partagé, et parallèlement l'avancement de la prise en soin en fonction des objectifs définis.

La psychomotricité se situerait dans une finalité d'autonomie psychique et physique du patient, et de facilitation de l'expression psychocorporelle de soi et de son vécu. Au final, le but en l'amenant vers un vécu de soi plus apaisé et mieux compris, avec ses points forts et ses difficultés ; la psychomotricité « vise, dans un but psychophysiologique et psychique, à maintenir ou rétablir les mécanismes des fonctions perceptivo-motrices, mentales et comportementales en fonction de l'évolution de l'individu dans son environnement » (Carric & Soufir, 2014, p. 194). Ces objectifs peuvent être atteints lors d'une étroite collaboration avec les autres professionnels médicaux et paramédicaux entourant le sujet.



## A. Le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur est le premier acte du psychomotricien. Il suit la première rencontre avec le patient et sa famille où la demande est clairement explicité ou commence à émerger. Une explication de ce qu'est la psychomotricité et des actes posés leur est fournie.

La plupart du temps, le bilan s'étale sur plusieurs séances pour pouvoir explorer suffisamment de domaines chez le sujet selon l'indication du médecin et la demande du patient. Il « ouvre la possibilité de saisir l'expérience du corps engagé dans une action, mais aussi celle du corps engagé dans une relation » (Carric & Soufir, 2014, p. 192). Cette exploration de la construction du sujet va être appréhendée par des items de bilans psychomoteurs étalonnés, et par une observation clinique, mais il est également possible de proposer un questionnaire à l'entourage.

L'examen explore deux aspects étroitement liés de la construction du sujet. Il s'agit de l'appréhension développementale, et donc évolutive, de l'état et de la structuration de l'équipement neurobiologique qui sous-tendent les fonctions sensorielles, toniques et motrices. Il s'agit également de se rendre compte de la mise en jeu de ces fonctions « en ce que celles-ci sont engagées dans une relation au monde extérieur et aux autres ». C'est-à-dire que seront appréhendés la réalisation, le but, la relation et l'adaptation à l'environnement matériel et humain.

Sont proposés des tests évaluant les fonctions exécutives (planification du mouvement, etc.) et les compétences attentionnelles (attention sélective ou soutenue, inhibition, distractibilité, etc.). Les tests perceptivo-moteurs permettent d'appréhender l'efficacité et la qualité des habiletés motrices globales et les qualités qui les sous-tendent (tonus, intégration de l'axe corporel, équilibre, coordinations, etc.). L'aspect relationnel et la communication est au centre de la rencontre par des observations cliniques, et de la motricité du sujet. Le tonus étant central dans le fonctionnement du sujet (support de la motricité, composante relationnel et communicationnelle), il est indispensable d'inclure cet élément au bilan.

L'utilisation de l'objet inanimé est souvent incontournable dans le bilan psychomoteur, et pour l'exploration de certaines compétences spécifiques. Par exemple, dans l'Examen Géronto-Psychomoteur, pour l'évaluation de la motricité fine des membres supérieurs, il faut utiliser une pièce et un gilet à boutons. Le statut de l'objet n'est ici pas thérapeutique, il est utilisé pour un but d'évaluation. Cela permet de se rendre compte de la prise en compte de l'objet par le sujet : ses capacités perceptives, gnosiques (connaissances et reconnaissance), attentionnelles (se concentrer sur l'objet et la tâche demandée), praxiques, exécutives et affectives (par

exemple si un enfant exprime un sentiment de joie dans les échanges de ballon, et qu'il nous explique ensuite pourquoi en fonction de ses éléments de vie : y joue souvent avec son père).

Le bilan psychomoteur permet de distinguer les points forts du sujet, et ses difficultés, que le psychomotricien rédigera dans un compte-rendu de bilan. Cela peut donc donner lieu à une décision de prise en charge ou de non prise en charge. Si le psychomotricien pense qu'il est important pour le sujet de poursuivre par des séances, le but de l'intervention est clairement défini avec l'élaboration d'objectifs, dans une certaine rythmicité de séance, ainsi qu'une éventuelle proposition de médiation réfléchie en amont (par exemple : il peut être plus intéressant pour un patient et son projet de soin de lui proposer des séances de psychomotricité en balnéothérapie, selon les moyens du lieu d'exercice de la profession).

## **B. Autour du temps de la séance**

- **Le cadre thérapeutique**

« Par cadre thérapeutique on entend tous les éléments matériels qui entrent dans la composition de l'organisation de l'espace et du temps d'une séance de psychomotricité, ainsi que la nature de la relation engagée par le psychomotricien et le type de dynamique enclenchée lors des activités » (Boscaini & Saint-Cast, 2012, p. 41). Ces éléments sont les tuteurs du cadre énoncé et réfléchi par le psychomotricien, dont l'organisation est pensée en amont, et qui dépend du cadre institutionnel et social. La fonction phorique, théorisée par R. Kaës, permet la maintenance du cadre dans sa prévisibilité, pour qu'il soit assimilable par le sujet quel que soit son vécu. Il est une dimension de la pensée du professionnel : il devient donc transposable à n'importe quel contexte ; même si toutefois les changements répétés sont peu souhaitables pour la prise en soin. L'organisation spatiale de la salle et le choix des objets présents n'est pas fortuite, mais doit répondre au besoin du psychomotricien et du public reçu, en réponse au cadre des séances. Cet espace « délimite le champ d'expérience et de rencontre » (*ibid.*, p. 32), entre les objets, l'espace relationnel et corporel du patient et du psychomotricien. « Les règles sociales et les limites relationnelles et expressionnelles, la durée et le rythme des séances » (*ibid.*) et leur dynamique, sont également des clés à expliciter au patient pour maintenir un cadre sécurisant et cohérent.

Le cadre thérapeutique est une interface dynamique et créative entre l'extérieur et l'intérieur des séances, où peut se déployer de manière sécurisée l'expression du patient à travers les différentes propositions, et sans que cela ne mette en danger la réalité. C'est en percevant

cet espace potentiel, cet espace de création et de liberté pensé pour lui et mis à sa disposition, que le sujet va s'exprimer et s'engager. Il contient donc l'expression, la clinique du sujet, pour lesquels le psychomotricien va émettre des hypothèses théorico-cliniques. Les événements de la séance dépendent en partie de ce que va fournir le patient à partir du support que nous lui proposons. Il s'agit donc d'une co-construction entre le patient et le psychomotricien.

Au final, le cadre est trouvé par le patient comme espace d'expérimentation, qu'il peut ensuite créer, modeler grâce à sa façon d'être au monde et à l'autre (sur lequel il peut s'appuyer), dans la relation et le temps de la séance qui lui est dédié. Cela fait référence aux fonctions d'objet-presenting de la mère selon D.W. Winnicott : elle fournit à l'enfant l'objet désiré au moment où le besoin se fait sentir. Cet objet *trouvé-crée*, donne l'impression à l'enfant de « créer le monde en même temps qu'il le découvre » (Saphore, 2015), dans une illusion d'omnipotence. Au même titre que cet objet, le cadre est trouvé-crée par le sujet pour répondre à son besoin au moment où il apparaît. Cela sera notamment le cas d'un enfant agité qui testera la solidité du cadre en le heurtant au sens stricte comme au figuré, et qui trouvera comme réponse un cadre contenant et sécurisant incarné par le psychomotricien.

- **L'espace transitionnel**

Comme expliqué dans la première partie, l'espace transitionnel se situe entre le soi et le non-moi, entre la réalité subjective et la réalité objective perçue, où peuvent se déployer les phénomènes transitionnels. Selon A. Rey (Quélin-Soulignoux, 2003), l'origine du mot médiation signifie *être au milieu*, désignant aussi l'intermédiaire. Il s'agit d'une zone intermédiaire entre la « réalité psychique interne et le monde externe tel qu'il est perçu par deux personnes en commun » (Winnicott, 1971, p. 49), au service de la construction de soi. La rencontre est indispensable à l'apparition de ces processus transitionnels, propice à la créativité, à la transformation dynamique, progressive des potentiels du sujet. Cela se fera au moyen « de jeux, d'exercices, de médiations, de relaxation (...) pour favoriser le changement d'expérience pour pouvoir abandonner l'expression par le symptôme au profit d'un langage audible et compréhensible par autrui » (Potel & Saint-Cast, 2013, p. 25). Par le biais de ces médiations corporelles, une évolution de l'expérience peut advenir, avec une certaine souplesse d'adaptation.

Les objets médiateurs ou de relation matérialisent physiquement un objet de partage, d'attention conjointe, dans une réalité commune, « permettant l'articulation entre deux systèmes » (Gimenez, 2006, p. 82). L'espace transitionnel est caractérisé par la rencontre entre

le sujet et l'objet, dans une jonction dynamique où s'articulent « son espace interne, corporel, et son espace externe, l'environnement » (Boscaini & Saint-Cast, 2012, p. 31).

Selon Chouvier (2010), « l'objet médiateur, qu'il soit trouvé tel quel ou créé de toute pièce, au sein d'une relation thérapeutique duelle ou groupale, ouvre l'aire potentielle du jeu, telle que l'a défini Winnicott ». Cet auteur explique également que l'activité ludique implique une régression permettant la mise en place de cet espace spécifique à l'émergence et l'expression spontanée de soi. Dans ce type de prise en soin, l'expression spontanée passera par l'acte psychomoteur que C. Potel définit comme un engagement corporel « créatif, qui engage la personne dans ses sensations, ses perceptions, dans toute sa globalité » (2013, p. 20), en étant à la racine de la relation selon De Ajuriaguerra. Un des rôles du psychomotricien est de mettre du sens derrière ces mises en acte.

- **Le médium malléable**

M. Milner décrit une classe spécifique d'objets inanimés lorsqu'elle commence ses travaux en 1979 : les objets « médium malléables » ayant une fonction de *formation du symbole* en introduisant le sujet à la *signifiante psychique* (Roussillon, 2001, p. 241).

R. Roussillon reprend cette même notion en l'enrichissant et en définissant l'objet médium malléable comme un *objet qui soigne*.

La fonction symbolisante de l'entourage du bébé participe d'abord à la rencontre de l'enfant avec son activité représentative (la « "chose" représentation »), avec l'échange signifiant de symboles et de représentations primaires dans la communication et dans une mise en acte corporelle de celles-ci. Parallèlement se construit grâce à cela l'identité et la subjectivité de l'enfant, déterminant en partie ce qu'il est et ce qu'il sera. Il souligne également, en s'appuyant sur les travaux d'E. Pickler, qu'il est indispensable au bébé d'avoir des « expériences libre auto-subjectives » en présence non-interventionniste de l'adulte sécurisant, dans une rencontre avec les petits objets inanimés, pour sa santé psychique.

L'objet transitionnel que l'enfant perçoit, et sur lequel il peut agir, signifiant « l'existence, la présence et la délimitation du sujet pour représenter », et par cela, le sujet se construit en même temps qu'il a élu et construit l'objet à valeur symbolique. « Le sujet a conscience de lui dans et par cette représentation », s'il a conscience de son activité de représentation ou si « l'objet "représente" pour lui » (*ibid.*, p. 247). L'objet est un représentant de l'activité de représentation et donc de la subjectivité en construction. La qualité de l'objet à remplir ces fonctions symboliques est accentuée lorsque lui-même représente peu de chose, avec une faible qualité d'usage, auquel le sujet peut donner une grande valeur subjective de continuité

d'être. Il est donc une « condition de possibilité de l'activité du sujet comme "cadre" » (*ibid.*, p. 248) de cette continuité, en tant que *contexte favorable* à l'appropriation subjective de son vécu. La subjectivation arrive lorsqu'un jeu est possible autour de cet objet, dans un processus de transformation, amenant la représentation. L'objet médium malléable doit supporter l'expérience subjective, en tant que « matière première psychique » (*ibid.*, p. 249), de par son état de *disponibilité, d'informité, d'indétermination, d'indestructibilité, de potentielle transformation* et donc de la liberté d'usage et de création de sens. Pour autant, une fois transformé, l'objet garde la trace de cette modification, de par sa valeur de *fiabilité, fidélité et conservation*. Dès lors qu'il entre en contact avec le sujet, et par une tiédeur liée à la manipulation par exemple, il « se prête à l'animisme [à une vie propre], à la projection du caractère chaud des objets animés et vivants » (*ibid.*). R. Roussillon donne l'exemple de la pâte à modeler, et l'on pourrait rajouter comme exemple l'argile, l'eau. Ces propriétés expérimentés corporellement et doublées psychiquement, seront intériorisées donnant accès à la représentation-chose puis à la représentation-mot<sup>22</sup> permettant de mettre en récit cette expérience. L'activité ludique se voit devenir « l'objet du jeu et de la symbolisation » (ou *objeu*), en passant ainsi « de l'objet au processus lui-même, à l'utilisation de l'objet, grâce à la représentation avec l'objet de l'activité représentative » (*ibid.*, p. 250).

Pour résumer, le médium malléable possède une fonction auto-subjectivante et de "représentation de la représentation" comme *processus de subjectivation*. Il participe à la différenciation Moi-Non Moi. Par exemple la pâte à modeler en tant qu'objet matériel extérieur, est manipulable par l'enfant. Il en advient, par ce processus de transformation une production, un symbole, externe et matériel de l'advenue d'une représentation externe de la différenciation, et donc de la subjectivité.

L'objet inanimé et le psychomotricien peuvent avoir valeur de médium malléable.

- **Le psychomotricien narrateur de la relation patient-objet**

La relation thérapeutique en psychomotricité est spécifique par son engagement corporel, et par le biais de la valorisation des capacités exprimées, l'intégration de la sécurité dans l'échange, la favorisation des prises d'initiative, et par conséquent la remise en route de l'épanouissement (Boscaini & Saint-Cast, 2012). De par l'empathie en tant que qualité de compréhension et de représentation du vécu émotionnel du sujet, le psychomotricien essaie de saisir ce qu'exprime le patient. Il remplit d'ailleurs plusieurs fonctions soignantes visant à la

---

<sup>22</sup> Ces deux formes de représentations étant selon lui, les deux formes des *représentations de représentations*

compréhension et la mise en sens du vécu du sujet en contact avec lui et avec les objets médiateurs.

*« La psychomotricienne que je suis écoute aussi, mais utilise son propre langage corporel, son propre appareil psychosensoriel comme résonateur d'émotions et terre d'accueil de toute une sensorialité projetée, expulsée, de ces enfants trop immatures ou insuffisamment construits pour pouvoir transformer leurs affects en pensée » (Potel Baranes, 2010, p. 54)*

Dans certaines pathologies du développement ou dans les dégénérescences neurologiques (de type démentiel), le sujet projette dans la relation à l'objet ses affects bruts et ses préoccupations corporelles qu'ils ont du mal à symboliser, à mettre en mot. L'objet médiateur devient le support de cette mise en acte indispensable à l'expression de soi. Comme le dit si bien C. Potel dans la citation précédente, le psychomotricien se retrouve à la fois le réceptacle qui contient ce qui est projeté, comme le miroir qui va pouvoir mettre en sens. Le professionnel doit donc être à l'écoute de lui, de ce qui l'anime dans la rencontre, pour comprendre ce qui survient pour le patient. Il met cela en relation avec ce qu'il observe et ressent de ce dernier. C'est en cela que le psychomotricien possède une fonction sémaphorique, d'après les travaux de R. Kaës.

« L'acte corporel est avant le langage, et dans le développement, son devenir est d'être régulé et inhibé positivement pour servir l'épanouissement du sujet » (Potel & Saint-Cast, 2013, p. 26). Par la lecture des actes du sujet, d'abord d'une manière formelle et non interprétative, en tant qu'expression de ses états internes, le thérapeute verbalise ce qui lui semble important de mettre en sens d'une façon alternative, par le langage par exemple, à l'inverse de ce vécu non-racontable, non-représentable. Plusieurs concepts théoriques reprennent cette fonction. W. Bion expose le terme de fonction alpha, pour faire le lien entre la thérapie et la fonction maternelle de métabolisation des éléments bruts de l'enfant, en éléments assimilable pour lui, dans un travail externe de mise en lien et en représentation. P. Delion propose la fonction métaphorique comme une possibilité de facilitation pour la mise en sens des *éléments bêta* des patients, sur le versant institutionnel. S. et C. Botella fournissent le concept de fonction en double animique, où le thérapeute porte le rôle de double, d'objet identificatoire, où « représentation, perception et motricité sont équivalentes et indistinctes » (comme le définit Lin Grimaud), facilitant le travail de compréhension. Ces fonctions de mise en sens ont un impact certain sur le soutien à l'intégration du patient.

*Matéo, 2 ans, est suivi en cabinet libéral pour une suspicion de trouble du spectre de l'autisme (TSA). Il exprime un vif intérêt pour le bouchon du gros ballon, pour lequel il semble se questionner qu'il regardera, puis arrivera à toucher. La psychomotricienne verbalisera en l'accompagnant « Le ballon est bien fermé, délimité, comme ton corps, tout va bien ». Il arrivera à s'en détourner après ces interventions et avoir expérimenté cette fermeture.*

Il apparaît également indispensable que le psychomotricien écrive ou verbalise à lui-même par l'écrit, ou en équipe, ce qui a pu se passer en séance pour différentes raisons. À la fois pour mettre en mot la séance, et ce qui a pu s'y jouer, dans un mouvement de mise à distance nécessaire à la compréhension, mais également dans une mise en lien théorico-clinique utile à l'avancée de la prise en soin dans une dynamique évolutive. L'utilité des supervisions possède les mêmes fonctions car « l'instance régulatrice des groupes à médiation est la supervision » (Chouvier, 2010), pour faire avancer les professionnels dans leur compréhension des patients et donner du sens à cet accompagnement.

« La médiation thérapeutique, c'est un cadre qui contient le faire, un cadre matériel autant qu'un cadre de réflexion du thérapeute, ses postulats théorico cliniques » (Potel & Saint-Cast, 2013, p. 28).

### **C. De l'objet à la thérapie psychomotrice**

- **La médiation**

Selon C. Potel, la médiation est un liant, mettant en relation les différents protagonistes de la prise en soin, dans une altérité animée, réceptive et dynamique. Le psychomotricien et le patient se retrouvent réunis autour de cette proposition à traiter ensemble (que cela soit centré sur un thème ou que cela soit libre) où la mise en jeu corporelle est omniprésente. Avec des enfants peu structurés, le psychomotricien a « le choix entre suivre et accompagner – donc, structurer par sa présence et son désir d'entrer en relation – les jeux qui émanent des enfants, même à très pauvre valeur figurative, et/ou proposer des "modèles de construction", qui vont donner matière à figuration et à représentation » (Potel Baranes, 2010, p. 112).

Dans ce genre de médiation psychomotrice, l'expression corporelle et l'acte moteur, en lien étroit avec les sensations, « participent aux symbolisations et sont nécessaires à la construction psychique » (*ibid.*). C'est cette construction que va soutenir le psychomotricien grâce à la

médiation comme levier thérapeutique, soutenue par un cadre cohérent et adapté spécifiquement au sujet. La médiation ouvre une aire transitionnelle propice à un processus de transformation et de cheminement dans l'échange.

Les objets médiateurs sont concrets et physiques, inanimés ou non, et matérialisent la médiation, le thème de prise en soin choisi. C'est-à-dire que pour une médiation danse, les objets médiateurs seront potentiellement les foulards ou autres pouvant être utilisés, ainsi que la proposition, la consigne du psychomotricien. Ainsi, si une phrase dansée est créée par le sujet, il s'agira de cette phrase corporelle enregistrée qui deviendra un des objets médiateurs matérialisés corporellement. Dans le jeu libre, le choix de l'objet par le sujet deviendra médiateur : un ballon, des instruments de musiques, etc. La médiation définira également ce qu'il sera fait de cet objet spécifique.

- **Choix réfléchi de l'objet médiateur**

En psychomotricité, l'objet médiateur sera toujours à composante corporelle, et selon C. Potel, le premier enjeu des médiations corporelles est « d'ouvrir un chemin de créativité et de jeu, qui permettent au patient de se sentir exister, se sentir présent, d'habiter le temps et l'espace » (2013, p. 29), pour que le geste devienne expression et non plus décharge motrice par exemple.

Il pourra s'agir entre autres d'une médiation artistique (danse, argile, rythme, etc.) ou sportive, d'activités ludiques spontanées ou proposées par le thérapeute, d'exercices, de relaxation. La médiation sera choisie en fonction du panel disponible par le psychomotricien, pour que la prise en soin soit la plus adaptée possible au patient et à la situation. Ce sera notamment à travers les observations du bilan psychomoteur que le choix va pouvoir s'axer.

En premier lieu, « la médiation demande à être investie par le soignant. » (Chouvier, 2010). Comme je le disais précédemment, les formations personnelles et professionnelles façonnent la pratique, permettant de la faire correspondre à ce qu'est le professionnel et ce qu'il veut partager. Comme l'ajoutait B. Chouvier, dans les médiations, ce qui compte est la conviction et le plaisir à partager la pratique avec le patient. Si l'investissement vient d'abord du professionnel, alors il n'en sera que plus facile pour le patient à qui il peut s'identifier, et de l'investir à son tour. Le professionnel est donc sensible à certaines médiations : le patient rencontre donc un professionnel affecté, porteur de sentiments propres, avec le plaisir de partager. Le psychomotricien doit être convaincu de ce qu'il propose au patient (favorisant l'alliance thérapeutique, et la confiance). C. Potel ajoute la notion de transmission du *plaisir du*



*jeu* ; avec, parallèlement un *renoncement à un idéal du jeu* (2013, p. 29). La médiation n'est pas basée sur une technique à acquérir, mais sur l'expression du sujet capable d'investir la médiation.

Mme K., résidente dans un EHPAD, passe ses journées au Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA). Elle est agitée et réclame très fréquemment ma présence. J'arrive un jour en ayant acheté de l'huile essentielle de pamplemousse blanc aux propriétés calmantes, désireuse de pouvoir partager cela avec elle, ce qui je pense, allait lui être bénéfique. C'est avec plaisir que je l'accompagne dans des exercices de respiration centrés sur l'odeur de l'huile. Mme K. a naturellement continué cela seule cette journée-là, en ne manquant pas de me sourire en me montrant le carton qu'elle respirait de temps en temps. Elle était plus apaisée.

Il est également intéressant de noter le choix spontané d'un objet inanimé d'un enfant lors d'une séance. Cela peut permettre de localiser ses besoins, car le *désir naît de l'absence*, dans la liberté d'expérience fournie par le cadre en psychomotricité. Même si le sujet peut aller vers des objets qu'il connaît et qu'il apprécie, il est aussi probable que le sujet se tourne vers un objet qu'il ne connaît pas, pour lequel il n'a pas de représentation symbolique dû à une absence d'expérience antérieure. La fonction symboligène de cet objet trouvé sera d'autant plus importante dans ce contexte.

- **Fonction symbolisante de l'objet**

Selon R. Roussillon (2013), « symboliser c'est mettre ensemble les données externes de la psyché qui les inscrit sous forme d'expérience et avoir une certaine conscience de ce travail, du fait que ce sont les données "pour soi" ». Le processus de symbolisation est dynamique, dans un mouvement de la sensation à la conscience et la construction de soi.

« Pour moi la représentation symbolique porte la trace du travail d'un mouvement réflexif qui la présente et la reconnaît comme "représentation psychique" » (Roussillon, Symbolisation primaires et secondaires, 2013). Cette représentation symbolique arrive, selon lui, après remaniement de cette première représentation. En psychomotricité, proposer une médiation offre une possibilité d'agir et de créer, à partir des représentations présentes, plus ou moins brutes, plus ou moins satisfaisantes pour le sujet.

L'objet médiateur devient thérapeutique lorsqu'il s'inscrit dans un processus de symbolisation « au cœur d'une relation avec autrui comme objet transférentiel. » (Chouvier,

2010). Cet objet transférentiel est prêt à recevoir, soutenu par le cadre, les différents mouvements psychiques mis en acte vers lui. Qu'importent la médiation et ses objets : le sujet sera toujours dans un mouvement, plus ou moins dynamique, d'expressivité, de création vers l'objet : transférentiel, inanimé, et au niveau corporel. Le psychomotricien se saisira de ce qui émerge, et l'objet subjectif créé sera inscrit dans un « processus interne de transitionnalisation » (*ibid.*). Ce nouvel objet, dans cette aire de rencontre, prendra un sens nouveau et les représentations qui lui sont associées deviendront symboliques, grâce à la plasticité de ces dernières lors du travail psychique de métaphorisation introduit par le psychomotricien. « Jouer sur le déplacement, remplacer une image par une autre renforce cette plasticité » (*ibid.*).

Selon Chouvier (2010), la mise en acte corporelle permet « de déployer spatialement d'abord ce qui va par la suite se temporaliser » pour pouvoir être introduit psychiquement comme « acte de penser », notamment par la répétition dans les séances. « La séparation, mise en sens dans les actes symboliques autour de l'objet médiateur et dans leur verbalisation, s'internalise, peu à peu, comme structurante », et en soutient pour les intégrations du sujet.

Le choix va donc être effectué après mise en exergue des besoins du sujet après le bilan, dans le panel de possibilités du psychomotricien. Cet objet médiateur sera admis pour ses caractéristiques particulières facilitant la mise au travail de l'expressivité du sujet, et donc sa capacité à être assez maniable et subjectivable par le patient dans son travail de créativité psychomotrice.

- **Rétablir et enrichir le dialogue du sujet**

Selon le Larousse, un dialogue est une « conversation entre deux ou plusieurs personnes sur un sujet défini ; et correspond aussi au contenu de cette conversation ». Il s'agira en psychomotricité du contenu de la mise en place des échanges patient/objets et patient/psychomotricien.

L'objet peut être utilisé en psychomotricité pour initier le sujet à ses ressentis et par ce biais enrichir le référentiel psychocorporel (perceptions, représentations, enrichissement du schéma corporel, connaissances de soi, coordinations, etc.). Cela sera notamment le cas des ateliers sensoriels par exemple. Le sujet en contact avec l'objet inanimé ou le psychomotricien l'ancre dans un vécu corporel *touchant-touché* ; où se construit en un continuel remaniement expérimenté, la représentation que se fait le sujet de lui-même » et d'un sentiment de soi, explique A. Saint-Cast (2013) en s'appuyant sur les travaux de F. Dastur et M. Merleau-Ponty. Dans l'acte et le vécu sensori-moteur, et à travers le cadre spatio-temporel instauré, la situation

« permet à l'enfant de se sentir lui-même, en échangeant avec autrui ». (Potel & Saint-Cast, 2013, p. 23). Par ses mouvements le sujet habite l'espace et s'inscrit dans une temporalité, lui permettant d'investir la séance comme un intervalle de liberté et d'investissement actif de son existence, laissant une porte ouverte à l'expressivité, la créativité, le jeu et le plaisir. Le but des médiations n'est pas l'apprentissage unique d'une technique, mais de rendre possible l'expérience d'un vécu subjectif et partagé.

Cela est autant vrai dans l'action que dans les temps d'immobilité, affirmation difficile pour les sujets en proie à une agitation psychomotrice. L'expérience d'un soi en mouvement est aussi importante que la constatation par le vécu qu'il est possible d'être calme, sans que cela ne « crée d'inquiétude ou de débordement » (Potel & Saint-Cast, 2013, p. 29). La fonction de contenance du psychomotricien va être utile au sujet et « va permettre d'élaborer les bases psychocorporelles d'un ressenti personnel rassurant » (*ibid.*).

Le dialogue en psychomotricité se veut dynamique et vivant, non pas figé : « Les thérapeutes ne pensent pas à tout et ne maîtrisent pas tout. Ils peuvent et doivent même se laisser surprendre par ce qui advient » pour que l'échange puisse se constituer « dans une dynamique féconde » (Chouvier, 2010). Au travers du cadre, étayant la rencontre sujet/objet, et le choix adapté de la médiation, l'aire transitionnelle devient un lieu propice à l'émergence de la créativité chez le sujet.

*« Le besoin d'expression est universel et il est redynamisé avec l'usage des médiations. Dire le soi, à travers des objets, des créations, des œuvres, représente le fond de l'expressivité. Il s'agit du mouvement par lequel le sujet se révèle à lui-même dans la mise au dehors, sous le regard de tous, de ce qui constitue sa propre substance. Un tel mouvement correspond à un processus fondamental de projection, c'est-à-dire à une externalisation des parts psychiques les plus cachées à travers lesquelles le sujet se découvre lui-même et prend conscience de son être profond. »* (Chouvier, 2010)

Par l'expressivité le sujet peut projeter à l'extérieur de lui ses problématiques et conflits internes, l'amenant à se connaître par un feedback de ce qu'il a produit. La créativité advient lorsque le sujet est capable de découvrir une manière inédite de s'exprimer, dans un *mécanisme de transformation interne (ibid.)*, de faire, de communiquer, de se mouvoir, lui permettant de découvrir son *être profond*, mais surtout ses potentialités à mettre en forme, en acte, en pensée et en mot ses propres mouvements psychiques internes. L'objet thérapeutique, dans la situation propice où il est proposé au patient, sera suffisamment neutre

et mis à profit par le psychomotricien (qui le met en avant et qui soutient l'interaction), pour que le sujet l'investisse comme support potentiel d'intégration et de représentations.

Lorsque ces processus de créativité sont en marche, il est possible de faire l'hypothèse que le sujet peut mettre à distance son symptôme pour investir une *expression identitaire de soi* différente, dans une redynamisation du patient avec son monde interne et externe. Le dialogue avec le psychomotricien est maintenu par les capacités intrinsèques à chacun à maintenir l'échange, grâce à l'objet thérapeutique qui le médiatise. Le dialogue patient/objet est possible grâce aux capacités du sujet à interagir avec son environnement, qu'il aura construit antérieurement à sa venue en prise en soin, et qu'il construira avec le psychomotricien lors des séances par la mise en valeur des initiatives du sujet.

*Comme vu précédemment, Matéo, 2 ans, est suivi en cabinet libéral pour une suspicion de TSA. Les échanges entre lui, la psychomotricienne et moi sont compliqués : son regard est fuyant, il ne réagit pas à nos sollicitations. L'introduction d'un ballon, auquel il est effectivement sensible, a permis quelques échanges, dans des mouvements de projection orientés. Cela a été rendu possible par la médiatisation et la matérialisation du contact par la psychomotricienne et moi, par des encouragements et des accompagnements gestuels.*

« Le langage que beaucoup circonscrivent au verbal peut-il entrer en résonance avec les langages non verbaux plastiques, musicaux, théâtraux, littéraires, corporel » (Klein, 1997, p. 124). Les médiations corporelles, en majeure partie artistiques ou ludiques, induisent un langage, un échange avec l'objet médiateur. Le dialogue interne se trouve donc également mis au travail dans ces nouvelles expérimentations.

- **L'objet transférentiel**

- L'objet transférentiel interne*

Selon J. Hochmann, « la narration n'est pas un processus isolé. Il n'y a de récit que pour un tiers potentiel » (Hochmann, La causalité narrative, 2011, p. 161). C'est ainsi qu'il introduit la notion de causalité narrative et de dialogue interne, vers ce tiers potentiel, cet interlocuteur interne « à l'intention duquel nous transformons continuellement notre expérience en récit », qu'elle soit physique ou social, relationnelle. Le sujet se raconte son vécu en faisant des mises en lien entre les éléments de son passé, pour donner cohérence et sens aux *causes du présent*, comme il pourrait le raconter à un autre, externe. Par ce biais, ces « éléments d'histoire personnelle concrète » deviennent ce que Politzer appelle des « gestes éclairés par un récit »

(*ibid.*, p. 159). Les évènements acquièrent une *configuration* subjectivée, car reconstruite, racontée à nouveau lors de la remémoration. Le lien peut être fait avec la fonction alpha introduite par W. Bion : il s'agit de l'union des représentations de choses et des représentations de mots. La rêverie maternelle en tant que « contenant primitif » remplit cette fonction de mise en lien qui est intériorisée comme prototype au travail de transformation intériorisé (Hochmann, Wilfried Bion, Philosophe des sciences, 2011, p. 886). Cela sera un lieu d'accueil des éléments projetés qui y sont stockés et transformés, pour au final donner lieu à un « réseau de pensées articulées », et « d'hypothèses sur le réel » (*ibid.*) soumis à la narrativisation interne indispensable par mise à distance du vécu. Pour résumer, « ce n'est que par le passage dans la psyché de la mère et sa transformation grâce à la rêverie maternelle qu'elle peut devenir secondairement une hypothèse narrative sur le monde, un récit de l'expérience » (*ibid.*).

Dans le développement de ses travaux, J. Hochmann fait le parallèle entre la notion de causalité narrative (interne) et la fonction soignante. Dans le soin, le récit interne du sujet peut s'adresser à un tiers, l'objet transférentiel, intériorisé comme pôle organisateur du récit. Le récit pourra potentiellement être raconté intérieurement à cet *objet transférentiel interne*, et la lecture du vécu se fera en fonction de l'interlocuteur visé.

En psychomotricité, j'ai surtout pu observer cela avec les parents d'enfants suivis en cabinet libéral. Face à une certaine situation avec leur enfant, ils pensent à ce que la psychomotricienne dirait ou ferait. Par ce biais, ils organisent intérieurement le récit, en trouvant une ressource interne pour mettre du sens sur leur expérience. Ils pouvaient parfois raconter à la psychomotricienne par quel processus ils avaient eux-mêmes trouvé ou pas une solution. Du côté du patient, il est possible de faire l'hypothèse que si ce travail interne de narration est difficile, voire, impossible à l'image d'un bébé, la mise en acte est d'autant plus grande que le sujet est en quête de sens dans son vécu et par son vécu. Ce que va faire le sujet, cela le raconte, comme une théâtralisation de ses difficultés de mise à distance avec son vécu et de symbolisation. Le langage interne n'étant pas satisfaisant, le sujet revient au premier langage : le mouvement, la corporalité, la mise en acte, pour chercher par l'extérieur un sens interne absent.

#### *L'objet transférentiel externe*

Le transfert est une notion psychanalytique, qui est définie comme « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets (...) par une répétition de prototypes infantiles vécu avec un sentiment d'actualité marqué ». « Freud découvre comment c'est la relation du sujet aux figures parentales qui est revécue dans le transfert avec

notamment l'ambivalence pulsionnelle qui la caractérise » (Laplanche, Pontalis, & Lagache (dir.), 1988, p. 494). Pour ainsi dire, le sujet peut projeter dans cette thérapie à médiation corporelle, des affects archaïques ambivalents qui se réactualisent dans la relation au psychomotricien. C'est notamment ce que nous pourrions observer dans une des études de cas.

Freud explique que le transfert arrive lorsque du contenu refoulé est sur le point de faire surface. En psychomotricité, lors d'une prise en soin basée sur de la relaxation par exemple, il est possible qu'un vécu psychocorporel archaïque émerge, ce qui peut facilement être le cas de par l'appel à la régression qu'induit cette pratique. La qualité de contenance, de sécurité du cadre et donc, du psychomotricien, sont indispensables au bon déroulé de la médiation.

« Ce qui soigne, c'est d'abord et avant tout, la rencontre avec un soignant et la mise en jeu d'un champ transférentiel. L'autre devient le mentor, l'objet d'identification, l'objet d'amour ou l'initiateur » (Chouvier, 2010). Dans la médiation, le sujet va trouver chez le psychomotricien un support transférentiel propice à l'avènement des différents objets cités, et aux affects dont ils dépendent. Ainsi, « c'est en déclinant toutes ces figures de l'intersubjectivité à partir de l'investissement dans un objet à créer que s'amorce et se développe le travail thérapeutique avec les médiations » (*ibid.*). Le thérapeute s'inscrit donc dans une relation d'objet transférentiel avec le patient qui le reconnaît comme support d'investissement spécifique et subjectivé. Le professionnel n'est pas exempt de cette projection : il est également soumis au contre-transfert en réponse au transfert du patient, facilitant de cette manière le travail de compréhension du sujet.

La prise en soin en psychomotricité est soumise au même processus psychique. Selon S. Robert-Ouvray, « le psychomotricien, en appui sur ses propres ressentis, entre en contact avec les mémoires sensorielles du patient qui ne peuvent se dire, avec des blocages parfois transgénérationnels, avec des inhibitions en quête d'actualisation »<sup>23</sup>. Pour autant, le travail actif du transfert, son interprétation et sa reformulation, sera laissé aux mains des psychologues. Le psychomotricien, lui, travaille sur les ressentis corporels du patient, sur cette mise en tension du désir, dans ses réactions face à la perception du tonus dur, du mou, du portage et de l'auto-portage, les enroulements, la détente, etc. C'est à cela qu'il sera sensible ; dans ce « dialogue tonique », auquel il va répondre par un « ajustement corporel » (*ibid.*). Son « niveau de compréhension est le niveau de son ressenti émotionnel. Son contre-transfert

---

<sup>23</sup> Source : site internet personnel de Suzanne Robert-Ouvray

tonique et sensoriel est un contre-transfert émotionnel » (*ibid.*), car le premier des langages est une communication non-verbale, corporelle.

Pour autant, l'alliance thérapeutique peut être comprise « plus en référence aux schémas d'attachement (sécure ou insécure) qu'en référence à la dynamique transférentielle proprement dite, laquelle demande un certain temps avant de se déployer véritablement » dans la relation psychomotrice (Golse & Roussillon, 2010, p. 11).

#### **D. Le psychomotricien dans la relation thérapeutique triadique**

Il est possible de modéliser la relation en psychomotricité comme un triangle qui, à chaque extrémité représente un acteur matériel de cette triangulation : le patient, le psychomotricien et l'objet médiateur. Une triangulation est un « phénomène par lequel deux personnes membres d'un système introduisent et/ou laissent pénétrer une troisième personne [ou tiers] dans leur relation (Ancelin Sc. hum. 1982) »<sup>24</sup>.

Le but de cette rencontre triadique est la mise au travail du sujet par rapport aux difficultés observées en bilan. « Le sujet souffrant n'est pas laissé à lui-même au cours de ce travail. Il est conduit, guidé, porté et soutenu par un accompagnement thérapeutique sans lequel aucun changement réel ne serait possible » (Chouvier, 2010). Le psychomotricien remplit ces fonctions grâce à son savoir-être, son savoir-faire, impliquant son langage corporel, l'instauration d'une relation et d'une alliance thérapeutique de confiance. Il est à la fois investi mais non-inquisiteur, animé et respectueux, sensible aux vécus et aux échanges du sujet. Le psychomotricien prendra appui sur le cadre interne et intériorisable par le sujet pour que se construise un monde partagé et des limites rassurantes.

Le psychomotricien « va accompagner l'autre dans son cheminement, l'étayer narcissiquement et le faire évoluer dans sa structuration psychique, au fur et à mesure de la confrontation concrète » avec l'objet (Chouvier, 2010). Le psychomotricien va donc avoir un rôle d'étayage du sujet dans sa rencontre avec l'objet médiateur, en soutenant la relation. Au-delà de la structuration psychique que cite B. Chouvier, la psychomotricité va permettre au sujet de faire également évoluer sa structuration psychocorporelle par l'intégration sensitivo-tonico-motrice.

La triangulation permet au sujet d'être toujours face à du tiers, réduisant la « menace » du contact direct trop frontal et potentiellement menaçant. La rencontre est à chaque fois

---

<sup>24</sup> Selon le site du Centre Nationale de Ressource Textuelle et Lexicale

médiatisée, y compris par le cadre, et donc entre le psychomotricien et l'objet. La relation patient/objet est médiatisée par le psychomotricien, et la relation patient/psychomotricien est médiatisée à la fois par l'objet médiateur qui devient support de partage, ainsi que par le cadre. Le tiers devient ici coordinateur et médiateur dans la rencontre sujet/objet, et séparateur pour le sujet lorsqu'il est face à une relation à l'objet trop menaçante ou fusionnelle.

Mme C. est résidente en EHPAD, dans une unité protégée. Lui sont proposées lors du bilan les rencontres avec divers objets inanimés, comme un stylo ou des images. Sa réponse a été instantanée : « Non ! Je veux pas ! J'aime pas ! », en s'accompagnant d'un mouvement de fuite empêché par ses difficultés de changement de position. Mon rôle a ici été de mettre à distance l'objet en question et de la soutenir dans ce moment en la rassurant, et en l'accompagnant dans son mouvement.

Grâce au transfert sur lui des états toniques et émotionnels du patient, le psychomotricien peut comprendre la relation entre le sujet et l'objet qui se joue et répondre de manière adaptée en tant que tiers protecteur. Cette écoute et cette disponibilité psychocorporelle est indispensable : la prise en soin en psychomotricité se veut être un lieu propice à l'apparition d'un processus d'échanges dynamique triadique. Le psychomotricien devient également un objet possible d'identification structurante pour le sujet. « L'alchimie que représente l'union entre la matérialité d'une substance externe et la subjectivité des personnes impliquées dans le processus désigne la combinatoire complexe qui aboutit chez le patient à l'activation d'une dynamique de création de soi et d'autonomie » (Chouvier, 2010). Cette union est favorisée également par le rôle de tiers unificateur du psychomotricien, permettant la mise en lien et le rapprochement en toute sécurité de ses deux acteurs dans ce processus thérapeutique.

Je citerai une nouvelle fois B. Chouvier, qui illustre et résume parfaitement le rôle de médiateur et de tiers du psychomotricien :

« Ce qui est thérapeutique, c'est la rencontre entre deux niveaux de sens : un dispositif pensé, construit et encadré par des thérapeutes, et une matière capable de susciter envie et désir qui servent de médiateur. Le point de contact entre les deux niveaux n'est rien d'autre que le relationnel. La matière, l'objet concret présenté, médiatisent la relation entre le soignant et le patient, relation qui risquerait sinon d'être persécutrice ou intrusive si elle était trop frontale. »



## **E. Mise en lien théorico-clinique**

### *Léni, 3.5 ans : Un rapport mouvementé aux objets environnants*

Lorsque je rencontre Léni, je suis en stage en cabinet libéral pour 5 semaines continues à temps partiel. Il s'agit d'une prise en soin où je me positionnais en tant qu'observatrice durant les séances que faisait la psychomotricienne avec Léni.

Je trouve ici plus cohérent de dérouler cette étude de cas dans un ordre chronologique. Je décide donc de la structurer en plusieurs temps : les temps de la première rencontre et des deux séances qui ont suivies, où je vais décrire mes observations. Suivra ensuite une partie de réflexion sur ces trois premiers temps.

Léni a été orienté en psychomotricité sur le conseil d'une psychologue, après un appel urgent de sa mère (en phase d'épuisement), pour une suspicion de Trouble Déficitaire de l'Attention, avec ou sans Hyperactivité (TDA/H). S'ensuit donc le premier entretien avec la psychomotricienne, Sylvie.

#### **Première rencontre**

Léni se présente comme un jeune garçon au développement staturo-pondéral normal. Il est scolarisé en petite section.

Je n'aurais pas l'occasion de rencontrer le père de Léni durant ma période de stage, mais la mère de Léni nous le décrit comme un « papa à 150 à l'heure, très investi dans son travail et dans sa vie associative », tout comme elle. Léni a une grande sœur de 15 ans, ainsi qu'un frère de 17 ans lui aussi épuisé, (né d'un père différent). La famille a une chienne. Ses parents sont en phase de séparation, ce qui représente une période difficile pour toute la famille, mais surtout pour Léni qui voit peu son père. La situation est compliquée entre les deux parents qui se disputent beaucoup, et cela depuis plusieurs mois. La mère de Léni nous signale qu'il s'est déjà interposé entre ses parents pour la protéger face au père, et qu'il s'impose parfois comme médiateur en réponse à la tension.

La grossesse s'est bien déroulée, néanmoins, la mère de Léni était elle-même agitée en raison d'un événement de vie très difficile à 8 mois de grossesse (dont elle ne souhaite pas nous parler). Léni est déjà décrit comme un bébé agité dès sa vie intra-utérine. Il est né à terme par voie basse sans problème particulier.

Léni est propre le jour comme la nuit, même si cela a apparemment été compliqué. Il parle bien selon sa mère même si nous ne pouvons l'entendre parler distinctement aujourd'hui.

Le langage s'est mis en place rapidement. La relation précoce entre Léni et sa mère est décrite comme évoluant dans une grande complicité avec des regards, des câlins, des baisers et des rires à deux. Sa mère nous parle de leur relation en terme « d'amour vache ».

Il est décrit comme « très tonique » assez tôt, au sens d'un caractère énergique. Il a rampé, et il a acquis la marche à 12 mois sans que sa mère soit certaine qu'il soit passé par le quatre pattes. Il grimpait, escaladait et s'entravait beaucoup.

Il peut aujourd'hui escalader en étant très à l'aise. Il se maîtrise bien selon sa mère. Il fait du vélo à roulettes et de la draisienne.

Léni a un sommeil récupérateur. Le coucher se fait de manière ritualisé (qu'il a bien investi) avec un massage de sa mère sur le dos et la lecture d'une histoire. S'extrait ici les fonctions de holding et de handling remplis par la mère. Il dort dans un lit à barreaux qui le contient et dont il sort facilement. Il peut se relever le soir, notamment pour aller voir si tout va bien pour sa mère qui lit dans sa chambre tranquillement, puis il finit par dormir, rassuré par elle.

Même s'il est une fois tombé dans la piscine, il aime beaucoup l'eau et les bains. L'eau l'amène néanmoins vers de l'agitation et un comportement explosif. Léni retrouve un apaisement lorsqu'il est devant un écran, mais sa mère n'apprécie pas cela.

Durant les repas il met les doigts mais peut néanmoins utiliser des couverts. Pour l'habillage, il a besoin d'aide même s'il sait faire. Il a du mal à orienter son geste pour cet acte. Il met seul ses chaussons mais pas ses chaussures.

Léni est sage avec sa grand-mère (qui vient le chercher tous les soirs à l'école) et avec son père avec qui « cela file droit » selon sa mère. Il est agité avec elle, même si cela est moins important aujourd'hui où Léni teste ce nouvel environnement. À la maison, il arrive que Léni morde sa mère et son arrière-grand-mère.

À l'école, Léni est très agité, et a des difficultés de concentration et d'échanges avec les autres élèves qu'il bouscule et qui se plaignent. Son enseignant n'en peut plus. Lorsqu'il dessine, Léni déborde. Sa mère l'a inscrit dans une école Montessori pour la rentrée prochaine.

La mère de Léni est aujourd'hui très épuisée par l'agitation et les crises de Léni qui la dépassent. Un jour, il a cassé la télé face à une frustration insupportable pour lui.

Durant cet entretien, Léni ne semble pas faire cas de notre présence même si quelques signes semblent montrer qu'il tend l'oreille à ce qui se dit. Il s'intéresse davantage à la salle et son matériel qu'à la rencontre, même de manière courte. Il a mis la salle sens dessus-dessous, passant d'une activité à une autre sans approfondir sa découverte, et sortant les objets les uns

après les autres dans une agitation sans fin. Il risque à de nombreuses reprises de se blesser, notamment avec des longues barres en plastiques, que Sylvie est obligé de mettre de côté. Étant aujourd'hui en entretien avec la mère, elle ne peut l'accompagner dans ses activités avec les barres pour que cela se fasse en toute sécurité. Sa mère le décrit comme un enfant dur au mal avec des chutes qui ne le marquent pas particulièrement. Il est également très souple, et sa mère n'a pas remarqué de réflexe pare-chute lorsqu'il tombe. Lorsque Sylvie pose le cadre à Léni, il ne la regarde pas dans les yeux et la provoque souvent en tapant partout sur les objets. La contenance physique (les deux mains tenant ses bras le long du buste, en face à face) pour le recentrer le temps d'une discussion *entre quatre yeux* semble l'apaiser pour un court moment. Sylvie revient ensuite à l'entretien avec la mère de Léni à l'espace bureau. Sa mère réprimande Léni de temps en temps, mais laisse la psychomotricienne poser son cadre.

### Séance 1 :

La psychomotricienne Sylvie décide de faire des observations cliniques basées sur le jeu, et de ne pas débiter par un test psychomoteur classique. L'état actuel de Léni, de son agitation, ne lui permet pas, *a priori*, de passer des items de bilans. Une relation de confiance doit s'installer avant de le mettre dans une situation d'évaluation. Pour le moment, l'activité ludique libre est choisie comme mode de rencontre pour apprendre à connaître Léni, dans sa spontanéité, sa capacité à jouer et organiser ce temps.

Pour enlever ses chaussures, Léni doit s'asseoir. Ayant des difficultés à s'asseoir, il finit par s'allonger pour que Sylvie puisse les lui enlever. Il jargonne, puis arrive à demander : « Pourquoi maman elle est pas venue ? », ou « Qu'est-ce que c'est ? ». Il pousse des cris aigus quand il se lance dans le jeu. Il court, regarde partout, voit tout le matériel potentiellement à sa disposition.

Une relation semble se mettre en place dans le jeu avec Sylvie. Le jeu du coucou-caché dans le tunnel le fait rire aux éclats. Ses activités se succèdent et se superposent. Il fait facilement un puzzle illustrant des animaux dont il connaît les bruits. Une moto passe dans la rue, ce qui l'interpelle. Bien qu'il pose une question sur ce bruit inconnu, il n'attend pas la réponse, et repart dans ses activités frénétiques. Elles ne semblent pas orientées vers une exploration efficiente de la salle et de son matériel. Ses découvertes semblent difficilement faire expérience pour lui et s'intégrer à son vécu, et orienté vers l'échange que recherche et soutient Sylvie.

Il retourne vers le tunnel dans lequel il veut se cacher lui-même, mais il ne le fait pas. Puis il veut que ce soit Sylvie qui s'y cache. Quand il court et cherche partout, il s'accompagne

de monosyllabes, à base de lallations répétitives, identiques, à un rythme soutenu. Il se demande souvent pourquoi sa mère n'est pas là, sans toutefois stopper un moment son jeu pour attendre la réponse de Sylvie.

Sylvie qui est caché dans le tunnel sort et lui fait coucou. Il court ensuite vers moi, et me dit : « Elle veut me faire peur ». Puis il repart immédiatement chercher un charriot en bois avec des formes qu'il encastre très facilement. Il est capable de soutenir de manière courte son attention et de verbaliser s'il a une difficulté. Si le rythme avec Sylvie ralentit, il part vers une autre activité et ne revient que quand Sylvie a fini de sortir quelque chose d'autre.

Il demande à nouveau à ce qu'elle se cache dans le tunnel (souple qui se déplie); ce qu'elle fait debout en « l'enfilant » en partant du sol, les pieds à l'intérieur, puis en le remontant progressivement jusqu'à la cacher entièrement. Il lui demande si elle peut l'attraper. Il s'assoit sur le marchepied non loin de moi, et la regarde. Une fois Sylvie cachée, il dit qu'il a peur. Tout à coup, il fonce vers elle et la frappe à travers le tunnel avant de revenir s'asseoir. Elle lui verbalise qu'elle est là, à l'intérieur, et que cela fait mal. Il ne me semble pas que cela le fasse réagir. Il repart.

Il sort le trampoline, saute une fois, puis ne veut plus resauter dessus. Il verbalise qu'il a peur. Ils reviennent au tunnel où ils font passer un ballon à l'intérieur. L'objet est ici utilisé comme projection de soi dans cet espace anxiogène. Il s'agit de la même manifestation que les enfants jetant un ballon sur le toboggan pour qu'ils appréhendent la hauteur et la distance entre eux et le sol (ici, entre Léni et Sylvie, le contact direct étant compliqué), avant de pouvoir eux-mêmes si lancer. Sa peur est médiatisée par le ballon, à son image, et lui permet de faire l'expérience du passage dans ce tunnel sans que cela ne soit directement dangereux pour lui.

A la première rencontre, il n'avait pas eu le droit de prendre seul les barres en plastique qui le mettait en danger par l'utilisation qu'il en avait : il voulait taper les objets et les gens qui l'entouraient, dans de grands mouvements amples, ou s'en servir d'une autre manière inadéquate. Cette fois, il les touche, les tapote sans les prendre. Puis il vient s'asseoir à côté de moi pour regarder Sylvie les sortir.

Elle lui demande de faire un carré au sol, ce qui lui est difficile : il les met d'abord parallèles. Une fois qu'il parvient à faire le carré avec l'aide de Sylvie, il dit que ce carré c'est sa maison. Il prend d'autres barres et dédouble les murs. Son activité est ponctuée de nombreuses onomatopées. Il veut parfois taper dans le vide avec les barres, les tenir droites et courir avec, mais Sylvie l'accompagne à les mettre à plat sur le sol pour ne rien casser ou que personne ne se blesse. Il est sensible aux bruits de camions dehors, et veut savoir de quoi il s'agit. Il teste Sylvie, et remet les barres en l'air à de nombreuses reprises : il l'écoute à chaque fois, et les

remet au sol. Lorsqu'il brandit une barre à deux mains, à l'image d'une épée, il se regarde beaucoup dans le miroir. La barre est l'objet substitut permettant de rappeler à sa mémoire, et dans l'action, l'objet référé. Il lance des répliques faisant penser à ce que l'on pourrait entendre à la télévision : « Rien ne pourra m'arrêter ! », « Pan ! », « Prends ça ! ». Son regard est fixé sur son image dans le miroir, le représentant comme puissant avec sa barre-épée, dans des mouvements de combat. Il se situe dans ces moments, dans la maison matérialisée par les barres au sol. Il s'allonge dedans. Il refuse que Sylvie rentre dans sa maison, et il lui dit de rentrer dans sa propre maison construite à côté. Il reprend une barre et la lève : Sylvie lui dit de la mettre au sol en chuchotant, ce qu'il fait immédiatement, avant de se mettre lui aussi à chuchoter. Cela semble devenir un jeu entre eux : il brandit la barre et la rabaisse ensuite sur recommandation de Sylvie. L'échange s'enrichit, il tient compte de ce qu'elle dit. Dans un jeu de somatognosies, nous comprenons qu'il ne connaît pas son dos.

Il chante seul et de lui-même la chanson de Jean Petit qu'il a appris à l'école, et danse doucement dans de petits mouvements. Il reprend une barre qu'il lève : il demande pourquoi il doit poser le bâton. Elle lui explique calmement. Puis il repart dans son « combat » : « Rien ne pourra m'arrêter ! Je t'entends pas ! ». Je remarque qu'il s'agit toujours du même bâton orange qu'il garde.

Dans cette séance, le contact physique avec Sylvie est très difficile pour lui. Il se sent très vite intrusé. Cela le dépasse et il déborde, s'échappant du contact le plus rapidement possible. Il ne peut rester allongé pour un massage avec un ballon.

La séance touche à sa fin mais il veut rester dans sa maison en barres, il refuse de partir. Malgré tout, après une explication sur le fait qu'il va revenir la semaine d'après, au même endroit, avec les mêmes personnes, il accepte de partir avec sa mère.

Sylvie conseillera à la mère de Léni de lui acheter des costumes de super-héros par exemple pour qu'il puisse expérimenter une force intérieure, pour qu'il ressente de nouvelles qualités de personnalité sur lui-même et qu'il puisse potentiellement s'en approprier certaines.

## Séance 2 (une semaine après) :

Léni arrive et veut directement prendre les barres, qu'il fait tourner devant le miroir où il se regarde, obnubilé par son image. Il construit de lui-même une maison à Sylvie, de la même façon que la semaine dernière, il semble donc s'être approprié la séance précédente.

Au tableau, il dessine des gribouillis. Le mouvement part de l'épaule. Aucune forme géométrique n'apparaît. Ses formes arrondies ne sont pas fermées. Sylvie commence à

dessiner un bonhomme qu'il doit finir. Il lui dessine des jambes et des bras. Il a acquis les notions topologiques de dessus et dessous dans le mouvement. Quand il passe au-dessus d'une haie, il s'entrave beaucoup car son deuxième pied ne passe pas ou touche la barre.

Avec Sylvie, Léni monte une tour qu'il veut détruire, ce qu'il fait en s'engageant entièrement dans son mouvement. À la fin, il chute et a l'air de s'être fait un peu mal. Il se réfugie sur la grosse peluche présente dans la salle, puis il repart comme si de rien n'était. Cette peluche, de la taille d'un enfant, est un élément important de la salle de psychomotricité. Elle est investie par les enfants comme un objet réconfortant, accueillant, et c'est de cette façon qu'elle est utilisée par la psychomotricienne. Elle est parfois dotée d'une vie indépendante, dans l'animisme, avec les plus jeunes.

Sylvie lui présente le gros ballon, qu'il tape avec une barre orange, dans un mouvement de défoulement, qu'il accepte ensuite de poser. Léni a peur de s'asseoir dessus, et retourne se réfugier sous la grosse peluche, pour ensuite revenir aussi vite qu'il était parti. À l'âge de l'animisme, Léni a-t-il peur des potentielles représailles de cet objet persécuté ? Il arrive à s'asseoir sur le gros ballon lorsqu'il tient la barre orange dans les mains malgré que cela ne soit pas facilitant pour l'équilibre. Sinon il ne s'en sent pas capable et il chute. Il ne sait pas où est l'arrière. Il finit par montrer qu'il a apprécié le ballon.

La semaine dernière, il avait peur du tunnel. Ce jour-là, il finit par l'adorer, même si cela l'inquiète en premier lieu. Il roule dedans et joue au coucou-caché avec Sylvie. Un processus de transformation du jeu avec ce tunnel est advenu. Le tunnel n'est plus une « chose » inconnue inquiétante et étrangère (en lien avec l'inquiétante étrangeté de S. Freud), mais un « objet » converti par le jeu et l'échange ludique et corporel avec Sylvie, qui a modifié l'appréhension de sa réalité pour Léni, et donc sa représentation. Ce jeu, pour lequel la valeur émotion a été atténuée par l'expérience, peut être effectué pour *le seul plaisir qu'il procure* (D.W. Winnicott).

Durant toute la séance, il manifeste une inquiétude sur la présence ou non de sa mère dans la salle d'attente, qu'ils ont vérifié ensemble, ce qui l'a rassuré.

### Réflexion :

Léni a acquis un langage organisé et des potentielles capacités d'apprentissage, s'appuyant notamment sur le rapport à l'objet inanimé au niveau développemental. Comme nous pouvons le voir dans ses jeux, il est capable d'une courte attention et de la résolution d'un problème : puzzle, encastremements, etc. Malgré tout, il est facilement distractable. Selon J. de Ajuriaguerra, « l'instable psychomoteur est happé par tous les stimuli extérieurs et il est incapable d'inhiber son besoin d'éparpillement » (De Ajuriaguerra, 1973). Nous pouvons

notamment nous en rendre compte lorsqu'un véhicule passe dans la rue. Ces activités sont concrètes, encore sous le primat de la perception. Léni se situe dans le stade de la pensée symbolique égocentrique et intuitive (J. Piaget), ce qui est normal pour son âge. Il est également adroit dans ses échanges de balles. Il a intégré une chanson apprise à l'école et peut l'interpréter corporellement dans une esquisse de mouvement dansé. Son équilibre est possible mais parfois tantôt efficient, tantôt précaire. Son mouvement semble se projeter de manière indéfinie dans la pièce ; donnant l'indice d'un schéma corporel déstructuré : ses actes ne s'intègrent ni dans un début, ni dans une fin, et dans un cadre spatial éclaté, sans mise en lien entre les différents temps des séquences motrices.

Ses capacités psychomotrices et d'apprentissage semblent tout de même pouvoir être efficaces lorsque Léni inclue un temps de pause fugace à son rythme interne et gestuel effréné. Sa motricité et son intolérance à la frustration (à l'école et d'après sa mère) représentent un frein à l'utilisation optimale de ses capacités présentes.

#### La fonction de pare-excitation de la psychomotricienne

C. Potel (2010, p. 112) explique que « l'expression est un mouvement (gestuel, verbal), qui part de l'intérieur pour aller vers l'extérieur, avec une intention de communication. Pour que ce mouvement se produise, il faut que deux espaces co-existent et soient (au moins un peu) différenciés : un espace dedans, un espace dehors. » Ces acquisitions sont le fruit de l'histoire relationnelle et des expériences du sujet pour que cette spatialisation de soi et de ses espaces potentiels d'action et d'expression s'organisent pour devenir efficaces et cohérents. Pour que l'expression arrive, il faut « un travail de pré-digestion psychique par un autre qui en a entendu le sens profond » (*ibid.*). Chez Léni, le mouvement est difficilement mis à profit pour s'exprimer dans une intention de communication directe. Peut-être ne se rend-il pas compte que l'autre qui ne demande qu'à être en relation, entend sa demande, la comprend, et souhaite à la suite de cela lui répondre.

Au niveau transférentiel, le psychomotricien face à ce type d'enfant ressent cette agitation, cette quête effrénée. Son ressenti psychocorporel fait écho à celui de l'enfant (en terme d'impressions, sans que cela ne le submerge), et permet de le rencontrer là où il est dans l'état où il est : ici, Léni s'éparpille. Le travail de détoxification psychique (en lien avec les travaux de W. Bion) sont mis à l'épreuve. En miroir à cet enfant en quête de sens, le psychomotricien se doit d'établir un travail interne rapide et de le projeter dans cet espace de rencontre.

Lorsque cela est le cas, l'enfant l'a souvent déjà quitté. Lorsque Léni émet une question, lorsque son langage corporel commence à parler, lorsque son action demande à être soutenue, une aire d'échange s'ouvre momentanément, comme le moment où il se questionne au sujet du bruit dehors. N'attendant pas la réponse (qui peut être de toute sorte), nous pouvons faire l'hypothèse que sa question (en rapport avec sa peur) qui est projetée vers l'extérieur ne trouvera pas selon lui de contenant ni externe ni interne, où normalement la symbolisation corporelle et verbale est possible. Chez Léni, les mots du psychomotricien ont un aspect très secondarisé, « non digérable » pour lui où la non-intégration symbolique est prégnante, mais pas impossible. Il n'attend pas la manifestation de la réponse, qui devra donc se faire sur un mode plus régressif que le langage : il apparaît seul avec lui-même. Cela s'est vu dans la première rencontre lorsque Sylvie le recentre corporellement : ses mots trouvent un écho tonico-émotionnel et moteur, s'adaptant à son mode de fonctionnement ; la situation a du sens. L'effet est visible, Léni est plus calme sur une courte durée, en réponse à ce cadre et aux règles comportementales et sociales, comme « préalables symboliques nécessaires à une psyché en jachères » (Potel Baranes, 2010), exprimé tant d'un point de vue langagier que corporel, permettant à Léni de pouvoir l'intégrer.

Trouvant difficilement un réceptacle interne ou externe, les mouvements psychiques de Léni le dépassent, et se matérialisent corporellement dans toute leur puissance sous forme de « décharge motrice là pour suppléer à la carence de symbolisation (...) pour ne pas "exploser à l'intérieur" » (Potel Baranes, 2010, p. 113).

Je me questionne donc sur l'intériorisation de Léni concernant la fonction alpha maternelle mettant du sens au vécu brut, lui permettant ce discours interne organisateur du récit, permettant l'avènement de cette causalité narrative de Hochmann. L'objet primaire, symbole de sécurité, de contenance et de continuité d'existence d'un espace interne et externe, d'enveloppement et de limites, de vie psychique active et sensée, d'intersubjectivité et de communication a-t-elle été intériorisée par Léni ?

Un parallèle peut être fait entre la fonction maternelle primaire et la fonction soignante de la psychomotricienne et de la médiation thérapeutique : " L'immaturation du moi est compensée de façon naturelle par le support du moi offert par la mère. Puis vient le temps où l'individu intériorise cette mère, support du moi, et devient ainsi capable d'être seul sans recourir à tout moment à la mère ou au symbole maternel " (Winnicott, en 1958). Il en est sûrement de même pour les processus d'intégration lors d'une prise en soin psychomotrice.



Une réponse thérapeutique contenant face à la mise en évidence par l'utilisation de l'objet d'un défaut d'enveloppe et d'espace personnel

La première rencontre avec Sylvie, et le cadre de la psychomotricité, a été mis à l'épreuve. Un questionnement du cadre a été présenté par Léni, en obligeant la psychomotricienne à prouver ses capacités à contenir à l'intérieur du cadre de la prise en soin ses débordements (qui doit éviter lui-aussi de se laisser déborder). Cela était entrepris par Léni par le biais de l'objet médiateur, entre lui et cette enveloppe contenant solide créée pour lui, à l'image de ses besoins. L'utilisation de l'objet a permis une attaque indirecte, non frontale, qu'il a acté dans son propre mouvement et manière d'être au monde. La rencontre a été réussie, et la médiation ludique engagée : il trouve en lui et par le biais des objets thérapeutiques (barres, miroir fournit indirectement par Sylvie) une ressource pour matérialiser une enveloppe pare-excitante le protégeant des excitations de l'extérieur qu'il ne peut pas encore traiter de manière interne et autonome, dû à ses difficultés et à son jeune âge.

Dire que les mouvements et conflits psychiques internes, ne trouvant de sens et de symbolisation interne, sont projetés par l'extérieur sous forme de « débordement » ne serait pas un euphémisme. Et pour cause, les limites corporelles de Léni semblent ne pas remplir leur fonction de pare-excitation. Sa fuite du contact corporel, l'indifférence face à la douleur, sont autant d'indices de la fragilité de ses enveloppes mise en acte dans le jeu. Léni construit une maison à « double murs » et refuse d'y être en compagnie de Sylvie. Cette rencontre dans son espace est certainement intrusive, et donc potentiellement dangereuse, son intégrité et sa structuration étant déjà mises à mal. Cette « distance de sécurité » est d'ailleurs maintenue par le geste avec les barres investies spontanément par Léni, (malgré une première rencontre avec celles-ci mise à distance de manière justifiée par Sylvie). Les mouvements sont amples avec la barre (solide, rigide et longue) qu'il brandie, lorsqu'il se situe dans sa maison, ou même lorsqu'il en sort. Cela augmente son champ d'action par prolongation de ses membres supérieurs, diminuant par la même occasion la possibilité pour autrui de l'approcher. Se crée dans ces mouvements une enveloppe protectrice et défensive par le biais de l'objet. Il s'agit d'une enveloppe en mouvement, redoublée davantage par les doubles parois de sa maison.

Je peux voir déjà un processus de transformation et de saisie du cadre par Léni dans la rencontre distancée avec Sylvie. L'amener à abaisser les barres de manière répétitive et cohérente, fait naître entre eux un échange, une évolution : ils chuchotent, se répondent en

miroir. Léni peut donc abaisser temporairement ses barrières défensives matérialisées par les barres qu'il brandit pour créer cet espace personnel protecteur (projeté vers l'extérieur) où il peut intégrer la demande de l'autre. Nous pouvons comprendre ce travail thérapeutique, « non pas en termes de « sens à donner », mais plutôt en termes de processus de construction d'un espace interne psychique » (Potel Baranes, 2010), d'abord fourni par la psychomotricienne (l'extérieur), que Léni peut investir, à l'image de l'objet trouvé-créé de D.W. Winnicott. Léni crée, met en jeu, ce qu'il a pu trouver dans le temps de la séance. Advient une transition intérieur-extérieur progressive, et par conséquent entre le moi et le non-moi. Au-delà d'une illusion créatrice, c'est une véritable création qui pourra advenir avec l'aide et le soutien de la psychomotricienne, et donc avec l'expérience d'une réalité partagée.

### Le besoin d'un tiers

À certains moments où Léni a peur, il peut venir vers moi, s'asseoir à mes côtés, marquer un temps d'arrêt, sans que je puisse avoir une réaction particulière. Il semble que ma seule présence et mon seul regard attentif de leur mise en scène ait pu être prise en compte par Léni. Cela m'amène à penser que Léni est en recherche active de tiers à la relation actuelle avec Sylvie. Cela serait un tiers séparateur et protecteur à ce jeu qui l'angoisse : Sylvie *disparaît* dans le tunnel, et Léni pourrait se demander, s'il n'est pas convaincu de l'existence permanente des objets, s'il ne devient pas réellement seul. Même si elle réapparaît en lui faisant *coucou*, Léni garde l'empreinte de cet événement et a pu verbaliser : « Elle veut me faire peur ». Ici, il est important de remarquer ce point positif d'avoir pu mettre en mot son vécu angoissant de la situation, face à cette action se déroulant dans un objet inconnu, qui l'angoisse mais qui l'attire dès le début. L'utilisation du verbe vouloir n'est probablement pas anodine. Il affecte à Sylvie un réel désir de lui faire peur, de le persécuter. « C'est ce que les cognitivistes aujourd'hui appellent les cognitions sociales ou « la théorie de l'esprit », c'est-à-dire l'attribution à autrui de croyances, de désirs ou d'intentions » (Hochmann, La causalité narrative, 2011).

Je propose une hypothèse sur cette situation. Léni a apparemment été médiateur dans les conflits de ses parents, où il a pu percevoir un danger pour sa mère. Si danger il y a, et que l'acquisition de la permanence de l'objet est compliquée, pourquoi cette mère ne pourrait-elle pas disparaître ? Ses mots seraient alors « J'ai peur qu'elle me laisse seul, qu'elle disparaisse ». Le fait de venir frapper à travers le tunnel pourrait avoir plusieurs fonctions : dans cet acte, il s'assure concrètement de la présence de Sylvie, et il ancre dans le mouvement son agressivité, et peut-être sa vengeance au tunnel et à la mère symbolique qui lui font subir une situation

angoissante. Sa mère raconte également qu'il se lève le soir pour venir voir si tout va bien pour elle : dans ce silence, sa mère loin de son champ perceptif est-elle toujours là ? Il doit donc s'en assurer : il ne manquera pas de vérifier également que sa mère est bien dans la salle d'attente.

C. Potel souligne dans ses écrits que la vie des enfants agités et dans un état de tension intense, est souvent marquée par l'absence du père, et d'une mère qui ont pu connaître dans leur vie des difficultés particulières. La mère de Léni a effectivement eu une période difficile durant sa grossesse, et actuellement, la situation de séparation est également compliquée à gérer pour elle, et toute la famille. Le père est présent de manière temporaire et discontinue, ne prévenant pas la famille de ses visites. Léni, qui ne comprend pas la situation, se retrouve décontenancé et surpris de sa présence d'après sa mère. Les échanges sont donc discontinus, Léni ne peut se représenter quand et où il reverra son père, ce qui peut être très anxiogène. Étant toutefois présent, Léni a pu l'investir comme tiers paternel, qui se retrouve néanmoins peu accessible. Je peux faire également l'hypothèse qu'une part importante de son agitation se dessine dans l'identification à ses objets parentaux primaires, qualifiés d'aller à « 150 à l'heure par sa mère ». C. Potel explique que cette discontinuité des liens parentaux engendre une « insécurité fondamentale et dans une confusion des places symboliques de chacun dans la constellation familiale » (*ibid.*, p. 116).

Rappelons que la tierceté est la « relation triadique » existant entre deux éléments, dans une potentialité, une perspective de développement humain, en termes freudien. « Le père, de ce point de vue, est une réalité potentielle (l'autre de l'objet) nécessaire si on veut rester dans cette perspective » (Canestri, 2013). C'est-à-dire que la relation est irréductiblement triadique pour qu'il y ait un potentiel développement psycho-affectif. Le père apparaît donc comme tiers potentiel. F. Dolto signale que le père représente pour l'enfant « l'introduction à la loi des échanges en société, échanges de comportement et échanges de puissance symbolisés notamment par l'argent ». Le père peut prendre la forme d'une instance paternante dans des rôles structurants. En plus de la fonction maternelle devant être représentée dans les séances, en termes « d'enveloppement et d'acceptation de la régression inhérents à notre pratique corporelle », « l'appel à une triangulation nécessaire faisant référence à un tiers paternel » (Potel Baranes, 2010, p. 110) est indispensable pour garantir des fonctions parentales équilibrées permettant de garantir un cadre et un espace de parole corporelle suffisamment sécurisée. La barre devient donc l'objet médiateur entre lui et la réalité extérieure de son champ d'action.

Elle explique également que des enfants n'étant que dans l'acting, comme cela semble à première vue être le cas avec Léni, ne se situent pas (ou très difficilement) dans un travail d'élaboration et d'intégration secondarisées. Or, je peux remarquer dans les jeux de Léni que se dessine un travail de symbolisation, notamment par la construction des maisons. S'alternent successivement des états émotionnels ambivalents de plaisir et d'angoisse dans la rencontre avec autrui ou avec l'objet. Il existe également une co-construction dans les jeux mis en place : un échange avec Sylvie, aussi fugace soit-il, permet de faire avancer la prise en charge.

### La fonction symbolisante de l'objet

Cette barre orange symbolise pour lui une force intérieure, une puissance qui le sécurise. Il se sent protégé dans cet espace de combat, dont il a sûrement dû s'inspirer dans un dessin animé. Dans ces moments, l'utilisation du miroir par Léni est intéressante. Il se regarde et jubile. Cette image de lui fort et conquérant, capable de défendre son « territoire », son « chez lui » (enveloppe primaire affective rassurante et contenante), renforce d'autant plus son jeu de toute-puissance. Son action est appuyée par le langage qui a du sens car illustrant sa mise en mouvement : les mots partent de son expérience corporelle. Pour « faire comme » ce personnage puissant, Léni doit faire appel à des ressources internes et trouver en lui ces qualités manifestement convocables.

Le stade du miroir permet au bébé de se voir comme un tout unifié et intègre, aux côtés d'un autre différencié. Il peut donc s'identifier à son image, et à la personne l'accompagnant étant à la fois ressemblante et différente. Ce jeu où Léni utilise le miroir et le matériel à disposition lui permet de s'identifier à ces qualités incarnées dans sa mise en scène. Il se saisit de cette espace d'expérience où, au fur et à mesure, cette séance pourra-t-elle être partagée et intégrée, au service de la construction de Léni. Naitra peut-être la conviction et la sensation profondes qu'il peut lui-même contenir ses états et ses qualités dans un Moi corporel stable, que ses propres limites sont suffisamment fiables pour que cet espace de défense, matérialisé auparavant par ses jeux, soit incarné par ses propres frontières, clôturant son espace de sécurité interne, et garantissant des échanges avec l'extérieur.

### Pour conclure :

Le TDA/H est une pathologie d'étiologie multifactorielle : en lien étroit entre les facteurs génétiques, environnementaux, et les interactions du sujet aux autres et donc à lui-même. Certaines caractéristiques du sujet inclus dans un système peuvent donc représenter une

fragilité face à différentes pathologies. En psychomotricité, ce sont ces interactions entre le sujet et le monde permettant au sujet de se construire d'un point de vue psychomoteur qui nous intéressent, et qui participent à notre compréhension de lui d'un point de vue développemental. Cette compréhension est possible à partir de ce que donne à voir le sujet.

Je donnerai deux citations illustrant parfaitement la situation de Léni :

« L'assimilation des repères et des relations dans l'espace et de ses différentes dimensions est une connaissance en actes, pratique et incorporée. L'expérience de la sécurité se construit à partir de l'investissement corporel et du plaisir d'agir. Ils sont rendus possibles par la capacité des parents à faire que ce plaisir d'agir ne soit pas envahissant et ne déborde pas dans les affres de l'excitation excessive qui peuvent mener sur un autre versant symptomatique, celui de l'hyperactivité. Il est probable que, chez les enfants trop actifs, cette expérience de la sécurité de l'activité corporelle ne se soit pas construite ». (Potel & Saint-Cast, 2013, p. 22).

« Or, tous les enfants n'ont pas accès à cette organisation psychique déjà un tant soit peu élaborée et certains mettent toute leur énergie à vérifier que les murs tiennent solidement et ne vont pas s'écrouler. En d'autres termes, que les liens ne vont pas se défaire malgré leur destructivité » (Potel Baranes, 2010, p. 120).

Léni, par sa motricité sans fin, tente d'organiser des espaces internes et externes indistincts. Son mouvement n'est pas utilisé pour rencontrer le monde des objets ou autrui, mais en partie pour lutter contre l'angoisse. L'autostimulation par le mouvement semble donc agir comme un tuteur, un lien, entre ses espaces internes et externes non-délimités. La non-construction d'une conscience d'un soi intégré et incarné dans un espace et un temps étroitement liés, maintient par les sens une *présence à lui*. Il s'agrippe à cette motricité pour ne pas *lâcher-prise*, et être submergé par l'angoisse, qui tend dans la prise en soin à être orientée et à se déverser vers la capacité de contenance de la psychomotricienne, qui elle, tient bon grâce à son cadre intègre. Aucune pensée signifiante et symbolisante ne semble prendre le relais interne de son agitation. Ses propres limites ne semblent pas être intégrées pour lui, les enveloppes ne remplissent pas leur rôle de pare-excitation, de filtre face à l'extérieur.

Il semble investir doucement la psychomotricité comme ce réceptacle potentiel qui pourra l'aider à transformer et symboliser cet état d'agitation.

## Mme C. 83 ans :

### *Entre mouvement et menace d'effondrement, entre vie et angoisse de mort*

Je rencontre Madame C. durant mon stage à l'année, au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un jour par semaine. Durant ce dernier, j'ai fait émerger la problématique de Mme C. et proposé une prise en soin lors de mes temps de présence. Malgré son apparente autonomie, je cerne chez Mme C. une certaine détresse qu'elle semble chercher tant bien que mal à réguler par elle-même, sans solliciter son environnement humain. Lorsque l'équipe parle, ils font ressortir le caractère énigmatique, solitaire de Mme C., qu'ils ne comprennent pas toujours. Ils expriment qu'il est difficile pour eux d'instaurer une véritable relation avec Mme C. Après l'accord du médecin coordinateur, j'ai effectué mon bilan. J'ai ensuite pu exposer à l'équipe le projet de prise en soin pensé pour Mme C. Il s'agit d'une prise en soin où je me positionne comme seule thérapeute présente lors des séances. Les séances se déroulent soit dans sa chambre, soit dans les parties communes de l'Unité Protégée (UP) si Mme C. a besoin de déambuler, car l'UP ne possède pas de salle thérapeutique (ni l'EHPAD). Un essai a été fait dans la salle de réunion, mais Mme C. n'a pas supporté d'être dans cette pièce.

### Présentation générale

Mme C. a aujourd'hui 83 ans. Elle est originaire de la région. Jusqu'à son arrivée à l'EHPAD, elle a vécu seule avec sa fille enseignante avec qui elle est très proche, voire fusionnelle d'après la psychologue. Elle a eu la même relation avec sa mère. Peu de détails de leur vie passée ont été donnés à la psychologue lors de l'accueil car cela relevait de leur intimité selon elles. Mme C. avait un père instituteur et une mère dite très créative. Elle avait également un frère. Mme C. s'est décrite comme féministe et elle aimait beaucoup l'art. Elle a suivi sa scolarité avec facilité et a fait des études. Elle a ensuite eu plusieurs emplois, dont un dans l'immobilier avec un poste important où elle gérait une équipe.

Mme C. vit maintenant à l'EHPAD du fait que son maintien à domicile soit devenu compliqué compte-tenu de sa fragilité et de ses troubles cognitifs. Ce changement d'hébergement a été précipité par une chute avec fracture du col fémoral droit. Le diagnostic posé a révélé une démence mixte évoluée (démence dégénérative de type Alzheimer et

démence vasculaire). Le Mini Mental State Examination<sup>25</sup> était de 10 sur 30 à son arrivée il y a bientôt deux ans, en avril 2015 (avec un syndrome anxieux) puis de 8 sur 30 peu après. Sa démence évolue rapidement depuis un an. Mme C. est sous tutelle. Sa fille est sa personne de confiance (elle vient quelquefois la voir). Elle est suivie par un kinésithérapeute à son arrivée.

Mme C. se présente comme une femme soignée, d'environ 1m60 pour 47 kg. A son arrivée, les équipes décrivent des transferts adéquats, des déplacements intérieurs corrects et une motricité adaptée pour les repas. En revanche, des difficultés sont mises en exergue concernant la toilette, l'élimination, l'habillage, le service à table, l'orientation, l'alerte et la cohérence au quotidien. Sont également mis en évidence par le dernier et ancien NPI-ES<sup>26</sup> de la psychologue et l'équipe soignante : des hallucinations, de l'agitation, de l'agressivité, de l'anxiété, de la déambulation, des idées délirantes, un état dépressif, de l'apathie, une désinhibition, de l'irritabilité, et des comportements moteurs aberrants. Son sommeil est conservé et de bonne qualité.

Après avis médical, Mme C. a emménagé à l'UP très peu de temps après son arrivée car elle déambulait énormément. Ce type de déplacement fait partie des troubles du comportement, ce qui était difficile pour les équipes, et a justifié ce changement. Je n'ai pu trouver aucun projet de vie ou de soin dans son dossier ni auprès des équipes. Son quotidien à l'UP se déroule avec le levé, la toilette à la douche accompagnée par une aide-soignante, les repas en salle à manger qu'elle prend de manière autonome. Puis elle se déplace frénétiquement en rond au sein de l'enceinte circulaire de l'UP. Elle participe très peu aux activités proposées par les aides-soignantes.

Elle est à son arrivée sous Doliprane<sup>®</sup> (antalgique), Alprazolam<sup>®</sup> (anxiolytique), Zyprexa<sup>®</sup> (antipsychotique - antimaniaque), Uvedose<sup>®</sup> (Traitement et/ou prophylaxie de la carence en vitamine D), Seroplex<sup>®</sup> (antidépresseur), et Lactulose<sup>®</sup> (contre la constipation).

---

<sup>25</sup> Le MMSE sert à l'évaluation des troubles cognitifs des patients, et dépistage des déficits cognitifs

<sup>26</sup> D'après le site CMRR de Nice « Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique(NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution.

## Bilan psychomoteur

Un bilan psychomoteur traditionnel n'a pas pu être effectué auprès de Mme C., même si j'ai d'abord proposé quelques items de l'Examen Géronto-Psychomoteur (EGP). Je mène donc une observation clinique sur plusieurs séances en octobre et novembre. Mme C. se présente à moi comme une femme assez grande, très mince, qui déambule à chaque fois que je la croise, ce qui la fait énormément transpirer. Cette résidente m'apparaît comme une femme indépendante. Sa posture apparaît voutée ; avec une cyphose accentuée au niveau thoracique, les genoux en légère flexion et le bassin en rétroversion. Elle tient à être toujours soignée : elle est coiffée, habillée d'une jupe longue et d'un chemisier, et ses ongles sont vernis. Selon les équipes, Mme C. dort bien la nuit, et fait une sieste chaque après-midi.

Du point de vue de sa motricité générale, Mme C. peut toujours faire preuve d'une relative autonomie, même si elle a besoin d'être guidée verbalement et physiquement dans la plupart de ses actions. Elle peut se déplacer seule avec un support matériel. Elle s'accompagne toujours d'une chaise en plastique qu'elle agrippe et pousse devant elle dans ses déambulations, ce qui semble lui apporter des appuis suffisant pour se déplacer seule. Cette chaise qui glisse sur le sol en vinyle produit des vibrations et un bruit régulier qu'elle doit ressentir sensoriellement de manière intense. Les quatre pieds lui apportent une stabilité pour pouvoir s'appuyer sur le dossier en toute sécurité.

Sa marche démarre difficilement par un piétinement sur place, pour s'enclencher ensuite avec une marche à petits pas. Ses pieds glissent sur le sol. Elle accepte de marcher en face à face lorsqu'on lui tient les mains. Elle soutient le regard intensément si on est à sa hauteur. Je remarque que sa marche est rythmée et régulière : 8 petits pas puis 2 presque sur place pour marquer un temps d'arrêt. Elle fait une pause avant les barres de sol, ou les changements de position. Après réflexion avec le médecin coordinateur, ce comportement moteur peut être causé par un des médicaments pris par Mme C. Ces symptômes parkinsoniens seraient donc un effet secondaire.

Au niveau de son schéma corporel, la mobilisation active sur consigne verbale ou sur imitation est impossible lorsqu'il s'agit de gestes décontextualisés. En revanche, s'il s'agit de gestes automatisés, pour les transferts par exemple, Mme C. peut être guidée verbalement. Son geste sera adapté au but à atteindre, mais quelques fois moins à son environnement : son mouvement sera bien organisé dans le but de s'asseoir, mais nous devons la guider dans le



positionnement de la chaise derrière elle. Mis à part à certains moments, son mouvement est la plupart du temps efficient, adapté et bien orienté dans l'espace.

Au niveau des praxies, Mme C. ne semble pas a priori avoir de difficultés particulières au quotidien. Elle mange seule, peut plier une serviette, tenir un crayon, effectuer les actes d'hygiène sur elle, mais également nettoyer une table. Elle ne semble plus savoir écrire. Les praxies constructives sur demande semblent altérées. Une pyramide à 6 cubes lui a été proposée avec beaucoup d'encouragement et elle a su en aligner 3, un autre sur le dessus. Sa motricité fine est lente mais efficiente, malgré un annulaire et un auriculaire droits bloqués en extension dans ces gestes précis, ce qui ne semble pas la déranger. Je note que Mme C. utilise de manière indifférenciée sa main droite et sa main gauche.

Mme C. présente une désorientation spatio-temporelle. Elle ne peut m'indiquer l'heure, la date, le lieu où nous nous trouvons. Pour autant, elle a repéré sa chambre vers laquelle elle va spontanément, même si elle se retrouve de temps en temps dans une autre pièce. Son attention est labile : Mme C. ne peut se concentrer sur une chose qu'on lui présente, et peu de temps sur nous. Le suivi visuel est compliqué. L'attention conjointe est donc rare.

Au niveau du tonus, un examen classique du tonus n'est pas possible car Mme C. est mal à l'aise avec le contact physique. Elle « semble s'armer d'une précaution supplémentaire, cristallisée d'ailleurs autour d'une extrême difficulté structurale à sentir son corps comme un objet ou à assumer cette objectivation. *Dans ces deux éventualités, le thérapeute perçoit combien le sujet redoute une rencontre directe avec lui sur le thème de son corps, rencontre qu'il est prêt à ressentir comme une intrusion menaçante* » (De Ajuriaguerra & Cahen, 1960, p. 121).

Durant des moments de contact pour l'accompagnement des mouvements (qu'elle supporte et dont elle a besoin), ou par l'observation, je remarque une hypertonie chez Mme C., notamment au niveau du bras gauche où cela est accentué. Mme C. garde une certaine souplesse et arrive à mettre seule ses chaussures.

La régulation tonique de Mme C. est d'une grande amplitude mais s'effectue majoritairement sur deux niveaux : lorsqu'elle se détend, le tonus s'abaisse rapidement, mais il remonte brusquement peu de temps après dans le pôle hypertonique. Je fais le lien avec le vécu émotionnel de Mme C.

Effectivement, Mme C. verbalise à plusieurs reprises ne pas se sentir bien à l'UP : elle me dit avoir peur, y compris "du corps des autres" résidents pour lesquels elle manifeste à plusieurs reprises du dégoût (surtout pour les hommes). Elle témoigne d'une anxiété récurrente. Son regard est fuyant et a du mal à se stabiliser à un endroit précis. Dans nos discussions, le champ lexical de la fuite est beaucoup utilisé. Ses réponses à mes questions sont binaires, soit oui, soit non. Ses phrases sont très courtes et composées surtout de mots clés. Ses affects sont toujours mis au premier plan : quand elle voit quelque chose, soit elle l'apprécie beaucoup, soit elle n'aime pas et peut parfois exprimer du dégoût, voire un refus catégorique de contact. Cela se retrouve également d'un point de vue tonique comme vue précédemment, où s'alternent hypertonie et hypotonie dans des moments propices à l'apaisement. Cela n'est pas sans me rappeler les notions de « bon » et de « mauvais objet » de Mélanie Klein, avec un réel clivage entre ce qui lui semble bon, qu'elle peut garder et ce qui représente un « mauvais objet » qu'elle met hors d'elle ou qu'elle écarte. Dans sa réalité, il ne semble pas exister de neutralité affective. Selon cette théorie kleinienne, ces premiers objets pulsionnels acquièrent cette valeur selon que l'objet partiel soit gratifiant ou frustrant. Sont projetés sur eux des pulsions libidinales ou destructrices. Mme C. a une image déformée (car subjectivée) des objets réels sur lesquels elle projette ses affects, dans un mouvement du dedans vers le dehors.

Au début de nos rencontres, Mme C. semblait être dans un état dépressif. Elle me verbalise à de nombreuses reprises qu'elle est triste. J'apprends plus tard par les équipes que sa fille ne l'emmène plus chez elle, et lui rend visite uniquement à l'EHPAD. Elle se rappelle lorsqu'elle est venue et manifeste son contentement de manière courte si je lui en parle.

Mme C. est très attachée à être propre sur elle et habillée de manière correcte : lorsqu'elle est allongée sur son lit, sa longue jupe doit être bien étirée, lisse, sur ses jambes. Il en est de même pour son environnement : les objets de sa chambre doivent être disposés à leur juste place, les tables doivent être propres et le lit fait. Elle peut avoir des comportements de nettoyage, ou d'agitation lorsque cela ne va pas comme elle le voudrait. Sa chambre n'est pas personnalisée : aucun objet ne témoigne de sa vie, de son histoire, ou de son identité, mise à part ses vêtements. Alors que l'on pourrait a priori dire que cette pièce n'est pas « à l'image de celle qui l'habite » (Trachman, 2016), c'est à mon sens tout le contraire. Le fait qu'elle soit impersonnelle est à mettre en lien avec son sentiment d'insécurité, et à la perte de sa maison qu'elle a pu m'exprimer comme difficile. La perte du « chez soi » selon Trachman, est relatif à la perte d'identité, d'intimité, de la sécurité intérieure et de la charge symbolique de l'habitat où

s'inscrit normalement l'individu corporellement, subjectivement, historiquement et en tant que citoyen, la ramenant à un *sentiment d'étrangeté*. Sa chambre est à l'image de ce qu'elle a exprimé vouloir garder pour elle à son arrivée à l'EHPAD : son intimité et son histoire.

Mme C. est continente et manifeste très régulièrement l'envie d'aller uriner aux toilettes ; qu'elle nomme plusieurs fois "chez elle". Elle y va donc régulièrement, guidée par quelqu'un, mais parfois sans qu'il y ait de miction. Même si avec la vieillesse la vessie devient moins élastique (se contracte et se vide moins bien) et sa contractilité est plus anarchique, ce qui augmente l'envie d'uriner, Mme C. s'y rend plus souvent que la plupart des résidents. Cela est même ressenti comme un besoin au versant plus psychocorporel que purement physiologique.

Je peux faire l'hypothèse que cette envie régulière de se rendre aux toilettes peut être mise en lien avec son besoin d'ordre et de propreté, sa peur d'être souillée, ainsi que son fonctionnement émotionnel sans demi-teinte. Son anxiété et son insécurité peuvent être causés par sa désorientation temporo-spatiale entre autre. Mme C. cherche à fuir ou éliminer ce qu'elle ne juge pas bon pour elle vis-à-vis de son environnement humain (dégoût de certains résidents masculins et/ou à un stade avancé de leur maladie) ou de son environnement matériel (lorsque les choses ne sont pas assez à son goût ou en ordre, la saleté, certains objets que j'ai pu lui présenter pour le bilan), face auxquels elle se manifeste verbalement de manière très négative ou qu'elle rejette et cherche à fuir. Cela pourrait expliquer pourquoi, pour elle, se rendre aux toilettes aussi souvent peut être mis en lien avec un besoin d'éliminer ce qui lui semble impropre. En revanche, lorsqu'elle ressent qu'une personne ou un objet est bon pour elle, elle complimente cette personne, se manifeste verbalement de manière très positive, elle embrasse des photos de chaton ou autres formes qui lui plaisent énormément.

Elle a pu me raconter sa déception à ne plus être chez elle, augmentant d'autant plus son sentiment d'insécurité, de perte d'enracinement, de structure interne qu'apporte normalement le logement. Mme C. semble face à une *inquiétante étrangeté* (qu'à défini S. Freud en 1919) provoquée par l'image que lui renvoient en miroir les autres résidents « parce qu'ils sont aussi ses semblables (...). Contrairement à ce que l'on croit, l'image du semblable, du double, est infiniment plus troublante que celle de l'autre » (Trachman, 2016).

Du point de vue relationnel, Mme C. a bien investi ma présence à ses côtés pour le bilan puis pour les séances. Elle me reconnaît (même lorsque ma visite à l'UP ne lui est pas adressée) et manifeste de l'enthousiasme lorsqu'elle me voit, voire même une courte agitation, et où son regard s'accroche intensément sur moi. Elle me dit "Toutes les deux", ou encore "On se voit, oui". Elle a besoin qu'au premier passage à l'UP le matin, je lui certifie que nous allons nous voir toutes les deux l'après-midi, ce qui l'apaise. Mme C. me complimente à chaque séance et me dit qu'elle m'apprécie.

Au début de la prise en charge, à la fin de nos rencontres, elle me suivait de loin, me rappelant le syndrome de Godot où un sujet dément suit un soignant dans un but de conservation du sentiment de sécurité que lui apporte cette personne. Au fur et à mesure que des rituels de réassurance se mettent en place (dans la matinée et à la fin de séance), où je resitue Mme C. dans le temps et dans l'espace, et où je lui certifie que cette situation de rencontre va se répéter, Mme C. a arrêté de me suivre et peut rester assise là où je l'ai quittée. Il semble d'ailleurs important dans ces moments-là, d'utiliser les mêmes mots pour qualifier ces moments récurrents, pour faciliter l'ancrage mémoriel par une répétition qui rassure.

En novembre, Mme C. a chuté de sa hauteur au sein de l'UP, impliquant une plaie frontale et temporale de 15 cm, sur 4 à 5 cm de profondeur et un traumatisme crânien, ainsi que divers hématomes. Le médecin l'a décrite comme consciente mais incohérente et désorientée ce qui peut aussi être en lien avec sa pathologie démentielle. J'ai pu observer que Mme C. avait des propos étonnamment plus clairs, et déambulait moins à la suite de sa chute, ce que je pourrai mettre en lien avec une peur de la chute, et elle avait des propos étonnamment plus clairs. Mme C. ne semble pas avoir de souvenir vif de cet épisode ni être consciente de son importante plaie frontale. Au final, je n'observe pas de syndrome post-chute.

Pour conclure, mes objectifs sont de tempérer le vécu émotionnel clivé de Mme C. face à son environnement, ainsi que travailler sur son anxiété et ses angoisses se manifestant à nous de manière corporelle, verbale et comportementale. De manière générale, il s'agit d'améliorer son vécu d'angoisse et d'insécurité.

Mme C. n'est pas en mesure de suivre une séance avec des consignes précises, ou même une relaxation guidée par induction verbale ou tactile précise. Je tends donc vers mes objectifs de prise en soin grâce à une médiation en relaxation, car « plus que jamais la relation

est importante pour que se maintienne l'ouverture de la demande » (Herfray, 2007), et donc la communication avec son environnement humain. Je fais le choix de proposer une prise en soin à Mme C. basée sur une présence et un accompagnement, comme outil thérapeutique principal, qui se veulent, contenant, enveloppant, rassurant et apaisant en jouant sur mon propre abaissement tonique progressif, une respiration stable et adaptée, un regard adressé, une verbalisation claire des actions et de son vécu corporel, lors de rencontres ritualisées. Les prises en soin ne se font pas avec le support d'objets inanimés, les affects par rapport à ceux-ci étant trop chargés émotionnellement pour Mme C.

### Prise en soin

Pour ce qui suit, je vais d'abord décrire la première séance qui fut très riche et qui a orienté mes réflexions pour la suite de la prise en charge. Je poursuivrai ensuite sur une réflexion plus générale sur Mme C., comprenant les séances qui ont suivi.

*Lors de la première séance, Mme C. se présente à moi comme étant angoissée, n'acceptant aucun objet matériel extérieur à la relation, et ayant besoin d'être beaucoup guidée. Elle me dit être malheureuse, avoir peur des gens et de la mort. Ces deux peurs sont très liées : les autres résidents de l'UP sont à des stades avancés de leur maladie, les rapprochant inexorablement de leur fin de vie, et donc par projection de celle de Mme C.*

*Mme C. voulant être tranquille, je l'accompagne dans sa chambre où elle s'allonge dans son lit. Elle me dit avoir peur de moi : "Parce que vous êtes gentille". Elle dit m'aimer et a besoin d'être rassurée sur le fait que je reviendrai. Une discussion a été ouverte sur la mort. Je l'ai validée sur le côté angoissant du décès, mais que cela ne va pas arriver immédiatement. Durant cette séance, Mme C. arrive à s'apaiser. Après ces courts moments de détente où sa tête arrive à se relâcher sur l'oreiller, et où son expiration s'étire dans un soupir, son tonus remonte brusquement et elle s'exclame "je m'en vais, je m'en vais". Elle esquisse un mouvement de fuite, avant de retrouver son calme aussi vite que cette agitation est revenue. Elle me dira également "Je m'en vais, mais je ne peux pas parce que vous êtes là".*

Je remarque durant cette séance des sentiments contradictoires et opposés envers moi de la part de Mme C. : la relation thérapeutique semble pourtant s'être mise en place et elle semble avoir investi positivement la séance. Pour autant elle exprime de la peur envers moi. Elle arrive à exprimer ses angoisses et ses émotions alors même qu'il existe un réel manque de mot et que sa communication verbale est tout de même réduite. Je sortirai de cette séance

pleine de questionnements concernant cette remarque. Après réflexion j'ai pu émettre une hypothèse autour des sentiments très ambivalents que Mme C. me porte et d'une angoisse de mort.

Mes objectifs de prise en soin se situent autour de l'apaisement de ses angoisses par une approche contenant, enveloppante dans une atmosphère qui se veut apaisante. Or, Mme C. manifeste aujourd'hui des angoisses liées à la mort. La détente que j'amène lors des séances lui est bénéfique et elle peut elle-même me le faire comprendre. Cela s'accompagne d'un relâchement global mais qui précède un brusque recrutement tonique. Ce relâchement tonique inhabituel est peut-être vécu chez Mme C. comme une brusque perte d'appuis internes. Mme C., hors de ces séances, est dans un état hypertonique, comme un tuteur interne, qu'elle maintient dans ses déambulations nécessitant un tonus d'action élevé. Sa régulation tonique est déficitaire et elle alterne donc entre les états d'hyper et d'hypotonie. Cette détente qu'elle ne maîtrise pas l'amène donc vers un état d'hypotonie qu'elle ne vit pas habituellement, et qui lui fait perdre ses repères internes de ce qui tient en elle et qui la maintient en vie. Elle semble faire un lien de cause à effet entre ma présence, qu'elle vit tout de même positivement, et cet état tonique bas qui est angoissant pour elle. Cette sensation semble la ramener à une angoisse de mort imminente aux vues de cet abaissement tonique. D'où son recrutement tonique important lorsqu'elle sent qu'elle "se laisse aller", s'accompagnant d'un "je m'en vais".

Son état quotidien d'hypertonie a sûrement un rôle de tuteur interne pour faire face à ses angoisses, dans cet environnement qui semble être vécu comme inhospitalier et impersonnel. Contrairement à de nombreux résidents qui répondent à leur angoisse avec des comportements d'agrippement à des soignants ou des objets inanimés, de dernières possessions (sac à main, peluches etc.) ; Mme C. est dans le refus de contact inhabituel avec une personne ou un objet inanimé. Mais je peux faire l'hypothèse que c'est à travers son hypertonie qu'elle matérialise un objet qui rassure, auquel elle peut se raccrocher pour ne pas disparaître, dans un comportement d'auto-agrippement. Où qu'elle soit, et quoi qu'il arrive, ce comportement est toujours possible, car elle sera toujours corporellement présente ; il est donc toujours possible de s'y accrocher. Cet hypertonie a en plus, une caractéristique tantôt très dynamique dans ses déambulations frénétiques, tantôt très figé dans ses siestes de toute une journée et lorsqu'elle reste assise ou allongée sans rien faire, les yeux dans le vide.

Lorsqu'elle dit « Je m'en vais », et que son tonus remonte brusquement, elle semble être dans une angoisse de la perte de son objet support.

Celui-ci la maintient en vie, dans le dynamisme ou dans le figé. Encore une fois, nous voyons combien ses activités sont clivées : soit dans le trop de motricité, l'agitation, soit dans l'inanimé, le figé. En revanche, dans les séances, sa motricité peut devenir moins frénétique, et la détente tempère les moments figés.

La phrase "Je m'en vais, mais je ne peux pas parce que vous êtes là", pourrait signifier, qu'elle s'en va au sens qu'elle se sent partir comme si elle allait mourir subitement, rendant cela très angoissant. Cela pourrait aussi signifier qu'elle ne veut pas vivre cette expérience très angoissante ; elle veut donc partir. Je ne peux pas interpréter la phrase de Mme C. comme un empêchement de ma part de la laisser se lever, car dès qu'elle en manifeste le besoin, nous allons ensemble marcher dans l'UP.

La suite de cette phrase "*Je m'en vais, mais je ne peux pas parce que vous êtes là*", est effectivement dans cette suite logique. Durant mes séances, ma position est d'accompagner et de verbaliser la situation. Même lors de ses états de détente qui peuvent durer tout de même un petit moment, je maintiens une présence à elle-même en lui parlant directement d'elle, l'amenant à respirer, mais également une présence au moment vécu. Cela l'amène certainement à ne "pas pouvoir partir". "Je ne peux pas (parce que vous êtes là)" signifie également à mon sens un désir de vouloir faire - ou mourir - empêché par ma présence. Je retrouve donc encore des sentiments assez ambivalents autour de la mort, entre le désir, l'attente et l'angoisse. Ce sentiment est souvent verbalisé dans cette unité par d'autres résidents, avec des phrases comme "Je veux en finir, j'en ai marre" ou encore "Tuez-moi".

« Il est frappant d'entendre tant de vieilles personnes faire allusion, au terme de leur parcours, à la métaphore de l'arrivée et du retour (...) « nous y sommes », ou encore « on y va », viennent signifier que la « chose » est là et que le périple est accompli. (...) Cette « arrivée » peut être redoutable ou apaisante. (...) L'angoisse et le désir, articulés à l'aspiration à la paix aboutissent à la rupture du sujet et de la relation sur les modes conjoints du refus et de l'acceptation, de l'opposition et de la soumission » (Herfray, 2007, p. 158). Je retrouve beaucoup Mme C. dans cette description. Et pour cause, Mme C. me répète inlassablement « on y va », me faisant penser à son désir de partir à un endroit où elle pourrait enfin se sentir bien : partir de cet endroit inhospitalier, son « chez elle », ou encore peut-être vers la mort pour laquelle elle a un sentiment légitimement ambivalent.

Les séances suivantes, elle me manifestera de la reconnaissance pour les séances que l'on fait ensemble et qu'elle semble vivre positivement. Cela témoigne de son vécu différent entre le début et la fin des séances. Elle me dira un jour : "Merci pour ce que vous avez fait là. Maintenant je suis bien". Je lui demanderai si elle veut que je m'en aille maintenant, que notre séance s'arrête pour qu'elle profite seule de ce moment, ce que je sentirai être sa demande. Elle acquiescera. Elle semblera réellement apaisée et détendue.

\*\*\*\*\*

Cette prise en soin pourrait, dans sa finalité, la guider vers un état où elle n'aurait pas besoin de cette tension pour contenir quelque chose qu'elle ne peut supporter : le risque de mourir si elle lâche cet objet qui la tient/retient en vie.

Nos séances se déroulent dans un vécu d'immédiateté pour Mme C. Je ne sais rien de sa vie, elle ne m'exprime aucune réminiscence, ne me parle pas d'elle à part ses besoins physiologiques ou ses affects immédiats. Cinq mois après le début de nos rencontres, Mme C. ne s'exprime qu'avec très peu de mots, et surtout en répondant majoritairement « oui ». La négative, qui devient rare, est exprimée corporellement, mais très peu par le langage, contrairement à avant. Pouvoir refuser permet de s'affirmer, se différencier de l'autre et de ses choix. Aujourd'hui, Mme C. répond uniquement par l'affirmation, même si cette réponse n'est pas adaptée. Je pourrais dire qu'elle s'en remet à ce que dit la personne en face d'elle, et du fait du son déclin cognitif progressif lié à la maladie, n'a que peu de réponses verbales possibles à exprimer ou a des difficultés de compréhension.

Il y a eu beaucoup de séances qui n'ont pas pu être réalisées, du fait de l'état de santé de Mme C. : bronchite, chutes, alitement, grande fatigue etc. Je continue néanmoins à aller la voir de courts instants chaque jeudi pour maintenir le lien instauré. Sur les transmissions, je lis que sa fille la trouve très affaiblie et a peur que son décès n'arrive très rapidement. Elle souhaite hospitaliser Mme C. en clinique privée, mais il n'y pas eu pour l'instant de suite. Mme C. refuse de prendre son traitement habituel, ce qui n'est plus le cas. Elle passe une longue période alitée, puis au fauteuil avec un risque accru de chute. Pour autant, Mme C. manifeste un réel désir de se mobiliser, ce qui représentait pour elle un processus autocalmant important, soutenue par son hypertonie d'action.

Le fait que Mme C. ait toujours envie de se verticaliser malgré son affaiblissement active des angoisses chez certains membres de l'équipe soignante du fait du risque important de



grabatisation après une chute à l'âge de Mme C. Elle reste donc dans son fauteuil, et nettoie sa tablette, positionnée devant elle, avec un mouchoir. Ce geste s'effectue de manière automatique et répétitive. Pour autant, elle est allée mieux au fil des semaines. Mme C. sait qu'elle a été malade, et elle semble contente d'aller mieux.

Ses déambulations sont maintenant moins longues à cause d'une fatigabilité plus rapide, et ses phrases sont de plus en plus succinctes et peu précises. Mme C. présente un syndrome post-chute que je n'avais pas observé avant du fait de son alitement. Lorsqu'elle est seule, Mme C. est en recherche constante d'appuis, et a des comportements d'agrippement. Sa cyphose dorsale et la flexion de ses genoux se sont accentuées. Elle répond positivement lorsque je lui demande si elle a peur de marcher. Pour autant elle a repris ses déambulations seule avec un support technique (déambulateur ou chaise).

Dans chaque prise en soin thérapeutique en psychomotricité, nous pouvons retrouver les fonctions maternelles de holding, handling et object-presenting de D.W. Winnicott. Le holding correspond à une attention bienveillante pour comprendre l'enfant, le porter, le contenir, physiquement et psychiquement, dans un rôle de pare-excitation face à quelque chose dont il ne pourrait pas faire face. Le handling se rapporte aux soins permettant à l'enfant de se constituer corporellement comme possédant des limites, mais également une intériorité. L'object-presenting est le rôle de la mère qui présente à l'enfant l'objet de son besoin au bon moment, l'amenant à une illusion de toute-puissance, l'omnipotence infantile, et à croire qu'il a créé l'objet trouvé. Ces notions sont également présentes dans la fonction soignante. Cette relation thérapeutique n'est-elle « pas une occasion de vivre le retour d'affects liés à un temps où le sujet était protégé contre les menaces, et consolé par des soins réparateurs ? » (Herfray, 2007, p. 141). C'est la relation fusionnelle et archaïque à la mère qui répond à tous les besoins et agissant comme pare-excitation, « que le signifiant *maman* ne cesse d'évoquer » (Herfray, 2007, p. 160)

Mme C. appelle régulièrement sa mère dans des petits éclats de voix. Si je lui renvoie le fait qu'elle l'appelle, elle me dit que sa mère ne va pas bien. Elle semble vouloir aller l'aider. Parle-t-elle de sa propre mère, de la mère qu'elle a été, ou d'une hypothétique soignante à la fonction maternelle qui pourrait l'accompagner ?

C'est par son absence que la mère et ce qu'elle représente éveille le désir de son retour, et ce, même chez la personne âgée démente qui vit une déconstruction cognitive et affective. Cela s'accompagne d'un désinvestissement lent et progressif des objets actuels. « « Maman » en est une autre, qui renvoie au plus archaïque de tous les objets, et dont le signifiant ne cesse

d'habiter le souvenir. » (Herfray, 2007, p. 161). Je reviens au fait que Mme C. a développé un syndrome de Godot comme « expression comportementale de la recherche d'un moi auxiliaire sur le modèle de la relation à l'objet primaire » (Engasser, 2015). Dans la relation soignante, allant jusqu'à l'identification de l'aidant à l'objet maternel, c'est une réponse contenant pour répondre au besoin de « sécurité, d'unité corporelle et psychique, dans un monde devenu hostile et étranger », que recherche le sujet (*ibid.*). Ce syndrome s'exprime chez Mme C. par des comportements d'accroche visuelle et d'agitation à mes passages à proximité d'elle, de questions répétitives, et de ses appels à sa mère, ou encore lorsqu'elle me suivait en début de la prise en soin quand la séance se terminait.

Un jour en fin de journée, alors qu'elle vient de se lever et qu'elle est au salon, je vais la voir. Mme C. a des difficultés pour marcher, et prend appui sur moi plus que d'accoutumé. Elle me demande avec insistance de la porter. Cette demande n'est pas anodine. Une image me frappe à ce moment : celle d'un enfant qui demande les bras car il ne peut plus ou ne veut plus marcher. Je pense sur le coup à une certaine régression. Elle semble être ici dans une demande de portage, de soutien, dans cette situation d'échange tonico-émotionnel, où sa marche est difficile. Je lui répondrai que je ne suis pas en capacité de la porter, mais que je l'accompagne, que l'on peut prendre notre temps.

Au niveau transférentiel, je peux supposer que Mme C. rejoue la relation fusionnelle qu'elle avait avec sa fille et sa mère. Cela peut s'exprimer notamment par le refus d'objets matériels tiers, extérieurs à la relation mise en place lors des séances. Une élaboration commune autour d'un objet matériel et inanimé est quasi impossible. La relation instaurée « est vite investie comme une fusion structurante dans l'intimité du corps et permet ensuite un mouvement d'émancipation progressive. Auquel le thérapeute saura aider » (De Ajuriaguerra & Cahen, 1960, p. 124).

Je citerai à nouveau que, selon S. Robert-Ouvray (sur son site personnel), le transfert en psychomotricité s'effectue « en appui sur ses propres ressentis, en entrant en contact avec les mémoires sensorielles du patient qui ne peuvent se dire, avec des blocages parfois transgénérationnels, avec des inhibitions en quête d'actualisation ». Par exemple, je n'ai pu que constater sur moi-même des états brefs d'hypertonie lorsque son angoisse montait, nous liant momentanément.

Pour autant, le cadre de nos séances matérialise déjà du tiers, protégeant la prise en soin d'une relation réellement fusionnelle.

## Conclusion

Avec Mme C., je m'aperçois que j'exploite ces fonctions de holding et handling comme base de la prise en soin. La fonction d'object-presenting ne m'apparaît d'abord pas à l'esprit, jusqu'à ce que je m'aperçoive qu'au-delà d'essayer d'amener des objets inanimés et matériels au sein de la relation thérapeutique en début de prise en soin, qui ne s'est pas montré fructueux, je l'ai introduite à ses propres ressentis, vers une détente psychocorporelle ; et donc à ses propres objets internes. Cela revient à avoir rempli un rôle de fonction alpha selon la théorie de W. Bion, où des vécus corporels bruts sont élaborés et restitués de manière atténuée. C'est en suivant la logique de cet « objet corporel » - que Mme C. a déjà investi comme support cohérent d'accrochage en elle - que l'on a pu, ensemble, la mettre sur la voie de ses ressentis corporels. Cela peut avoir eu comme effet de *décaler* cet accrochage interne problématique qui l'amenait à se vivre sur deux pôles tonique, vers un ressentis plus global d'elle-même, moins clivé. Ce travail entrepris avec Mme C. devrait s'étendre sur la durée, bien au-delà de ces mois de stages, pour continuer à l'accompagner dans ce cheminement où la maladie continue à gagner du terrain.

Pour Mme C., l'hypertonie semble donc représenter un moyen de tenir pour lutter contre la menace d'effondrement liée à l'angoisse de mort, non représentable, qu'elle vit tant sur le plan psychique que corporel. Durant les séances, de par la situation de relaxation et de disponibilité psychocorporelle de ma part, Mme C. a pu s'en remettre momentanément à la relation thérapeutique duelle qui devenait dépositaire de ses angoisses. La relation pouvait donc prendre le rôle de ce tuteur interne qu'elle abandonnait parfois lors d'un relâchement tonique, et qui pouvait prendre du sens durant un court instant. Durant ces séances, le « processus de réassurance profonde se poursuit pendant ce temps, construisant modestement et invisiblement, à la faveur d'une relation de qualité très nouvelle pour de tels malades, les bases d'une cohésion intérieure nouvelle aussi, moins tissée de peur » (De Ajuriaguerra & Cahen, 1960, p. 121).

Lorsque je la quitte, Mme B. semble pouvoir faire perdurer un petit peu le moment vécu lors de la séance. L'hypertonie de Mme B. a diminué. Malgré tout, lorsqu'elle se déplace, elle peut marquer un arrêt avec un brusque recrutement tonique intense : elle se fige, à deux doigts de la chute, lorsqu'elle arrive proche du but (chaise, lit).

Son traitement a été récemment réévalué : l'Alprazolam® a été diminué de moitié le matin et le soir. Mme B. est maintenant plus communicante, avec un lexique plus riche et une prise de parole plus spontanée.

La structure de la séance réfléchie en septembre a perduré jusqu'en avril. Face à l'évolution psychocorporelle positive chez Mme C., je questionne le dispositif de la séance qui semble ne plus être investi de la même manière par l'une comme par l'autre. Je réorganise spatialement ma présence à ses côtés pour me situer dans son champ de vision direct. Les séances sont maintenant silencieuses : j'avais pu remarquer ces dernières semaines que ma voix, même à un faible volume pouvait amener de l'agitation chez Mme C. Je ne m'appuis désormais que sur ma respiration calme qu'elle peut entendre, mon regard adressé et contenant qui ne la quitte pas, et ma position incliné vers elle. Ce dispositif semble être particulièrement bien investi et des effets d'apaisement plus durables ont été observés dès la première séance.

La citation de C. Potel et A. Saint-Cast (2013, p. 29), illustre cette nouvelle structure de séances qui semble fonctionner pour Mme C. : « L'immobilité n'est pas un vide, car il y a les pensées. Il ne s'agit pas d'une absence d'acte mais d'une mise au repos du corps. C'est déjà un acte, car le patient accepte de s'allonger. Le patient n'est pas tout seul, car il est en attente de quelque chose... Il y a un autre, qui l'accompagne (...) et le contient ».

Après rédaction de cette étude de cas, le clivage, l'angoisse de mort et de séparation, le besoin de sentir ses limites corporelles et quelque chose qui tient en elle par la déambulation et l'hypertonie, le vécu continu d'immédiateté, ainsi que le refus du tiers et le besoin de créer une relation fusionnelle me font penser à la psychose en tant que comorbidité à la démence, qu'elle soit apparue à la suite de la maladie, ou qu'elle fasse partie de son fonctionnement de base.

Mme B. prend le Zyprexa® sous prescription de son psychiatre, et ce, même avant son arrivée à l'EHPAD. La réponse thérapeutique à ce traitement est positive. En revanche, même s'il est soupçonné un trouble psychotique chez Mme B., aucun diagnostic n'a été posé.

## F. Éléments théorico-cliniques de réponse

Dans cette troisième partie, nous avons situé l'importance du bilan psychomoteur pour la mise en exergue de la construction du sujet. Cela permet de mettre en relief les difficultés et de valoriser les compétences pouvant être utilisées comme levier thérapeutique. À partir de cela, le psychomotricien réfléchit à la médiation la plus adaptée aux besoins du sujet, avec laquelle il est à l'aise. Il est important qu'il l'ait lui-même investi et qu'il la valorise face au patient. En lien avec le cadre socio-culturel et le cadre institutionnel, le cadre de la séance va être réfléchi par le psychomotricien qui prendra également en compte ses formations théoriques et pratiques, et ses valeurs en tant que professionnel de santé. La valeur thérapeutique de la médiation va être portée par le psychomotricien et son cadre comme référence dans sa manière d'adapter ses séances. Patient et thérapeute seront tous deux tournés vers ce même sujet commun.

Le psychomotricien réfléchira aussi aux objets inanimés à inclure à sa médiation. Par exemple, dans une médiation danse, il pourra trouver pertinent d'introduire des foulards pour que les enfants aient un référentiel perceptif (en plus de sa démonstration corporelle) de ce que cela représente d'être « souple et léger ». L'objet est donc ici un partenaire mis en action, indispensable à l'enrichissement de la médiation en psychomotricité.

Avant le début la première rencontre, le psychomotricien ne connaît pas à l'avance le sujet, et donc ne sait pas quel objet va induire l'effet thérapeutique de la prise en soin. Pour Léni, cet objet médiateur thérapeutique se situerait dans l'addition de plusieurs éléments : les barres pour se référer à une épée et à la construction de la maison, avec le miroir. Pour Mme C., celui-ci serait matérialisé par son tonus : il serait donc plutôt interne. C'est au cours de la prise en soin que le psychomotricien se rend compte des objets qu'il peut utiliser comme levier thérapeutique dans le cadre de sa médiation. L'objet médiateur thérapeutique sera donc le moyen d'induire un processus thérapeutique. Le psychomotricien répondra donc à la question suivante : *Parmi les différents objets mis à sa disposition dans le cadre de la médiation, quel est celui qui va être choisi par le sujet pour objectiver et matérialiser ce travail commun ?*

Attendre et accompagner patiemment ce choix permet de préciser encore davantage ses problématiques psychocorporelles et l'objet allant mettre le patient au travail.

L'effet thérapeutique est mis à profit par la reconnaissance et la validation de ce qu'exprime et matérialise le sujet de lui-même dans cet espace transitionnel. C'est-à-dire que par effet miroir (et transférentiel), la mise en acte corporelle induit chez le psychomotricien

une réception et une validation de l'existence de problématique psychocorporelle. Ces difficultés sont matérialisées par une réactualisation indirecte de ses rapports particuliers aux objets.

Léni exprime par son agitation cet état d'angoisse et de déstructuration qu'il ne parvient pas à résoudre seul. Mme C. exprime par ses déambulations et son état d'hypertonie des angoisses d'effondrement et de mort. La reconnaissance par le psychomotricien de leur état psychocorporel valide le vécu subjectif et l'inclut dans une réalité partagée. Par cette prise en compte, divers processus vont être déclenchés chez le psychomotricien comme par exemple la détoxification du vécu brut en rapport à la fonction alpha de W. Bion.

La médiation thérapeutique met à disposition du sujet des objets supports de ses rapports antérieurs aux objets. Mme C. offre sur un plateau une « chose » que je dois l'aider à mettre en sens : son hypertonie. Cet état hypertonique est la représentation corporelle signifiante de son angoisse de mort imminente. L'effet thérapeutique est assuré par le cadre de la médiation corporelle en tant que support (l'image du plateau), qui triangularise et met en lien le sujet, l'objet et le psychomotricien. Le cadre contenant de mes rencontres avec Mme C., à travers la médiation de la relaxation, nous met toutes les deux en lien autour d'un socle commun : l'apaisement dans la relation. La triangulation entre ses états toniques de détente ou de tension (l'objet thérapeutique médiateur), elle et moi, permet de mettre du tiers et du sens aux effets thérapeutiques de la médiation. Ces effets de modulation tonique sont possibles grâce à l'objet médiateur devenant thérapeutique dans cette situation précise de relation avec le psychomotricien.

« Le thérapeute – avec ses moyens personnels, ses techniques spécifiques, sa personnalité, ses choix théoriques – va prêter en quelque sorte son psychisme à ses patients pour leur donner l'occasion d'intégrer leurs pulsions, de lier psychiquement des éprouvés qui, jusque-là, ne pouvaient que désintégrer, morceler, démanteler, faire « éclater ». » (Potel Baranes, 2010). Ces moyens aux mains du psychomotricien correspondent au cadre qu'il décide de poser dans ses séances. Les états du patient ne trouvaient pas d'objet comme surface de projection élaborée et donc, ne pouvaient *que désintégrer*. Or, la médiation offre la possibilité de choisir différents objets comme matérialisation de ces états. L'effet thérapeutique est induit par le psychomotricien proposant une structure organisée et cohérente : par l'utilisation de l'objet dans la médiation et la triangulation, le sujet se met lui-même au travail. Ce processus thérapeutique va cheminer vers le sujet via l'objet choisi et doté d'une valeur subjectif. Les échanges patient/objet/psychomotricien sont tous bidirectionnels.

## Conclusion générale

Ont été décrit dans ce mémoire le lien développemental entre le sujet et l'objet. Ce rapport à l'autre, et à son environnement a permis de construire chez l'enfant l'existence des objets différenciés de lui, devenant donc support de construction et de structuration psychique, affective, intellectuelle, sociale, psychomotrice, représentative, gestuelle, mais également devenant une surface de projection psychique potentielle. Cela est possible notamment grâce aux capacités potentielles d'intériorisation, c'est-à-dire d'assimilation en soi des caractères, fournis par l'environnement, nécessaires à l'apparition des structures internes fiables et stables : permettant le dialogue avec soi, la continuité d'existence, l'investissement interne et externe, la sécurité interne, l'existence de ressources secourables, de l'identité subjective (grâce aux identifications), etc.

Cette relation primaire aux objets de toutes sortes perdurant tout au long de la vie, met au travail les capacités d'apprentissage et d'intégration du sujet. Ce contact formateur, en s'inscrivant dans une aire d'expérience sensée, lui permet un ajustement aux objets externes d'un point de vue tonico-postural, gestuel et communicationnel, mais également de mener une action autonome. Cela est possible par l'interprétation subjective de l'existence de l'objet (au niveau perceptif, représentationnel, affectif et projectif), et aux intégrations psychomotrices harmonieuses construites à partir de l'expérience du sujet, donnant accès à la possibilité de mener une action et une expression, de manière autonome et adaptée, en lien étroit avec la confiance en soi et en son environnement.

Avant ces considérations-là, mon questionnement était le suivant en début de mémoire :

***En fonction de l'histoire du sujet, comment l'objet devient-il thérapeutique lors d'une séance individuelle de psychomotricité ?***

J'avais émis l'hypothèse que la prise en charge en psychomotricité serait un lieu d'expression du sujet dans ses rapports antérieurs aux objets et à soi, se réactualisant dans la relation thérapeutique. Le lien à l'objet qu'a construit la personne (considéré comme une base développementale), serait projeté au sein de la prise en soin. Ce serait à partir du travail de ces liens à soi et à l'environnement (objectal et humain) pouvant évoluer que se situerait l'effet thérapeutique de l'objet.

En fin de compte, ces premiers rapports à l'objet ne laissent pas seulement comme trace un lien direct et facilement réactualisable, comme le laissait entendre cette hypothèse.

En premier lieu, il s'agit de l'assimilation en soi de ces premières relations comme base de la construction globale du sujet. Ces traces développementales perdurent donc avant tout dans la structuration du sujet, inscrit dans un constant développement dès le début et jusqu'à la fin de sa vie. Cette construction plus ou moins harmonieuse et stable, est la matérialisation en lui des premiers rapports à ses objets, et ceux qui suivront.

Ce qu'il est possible d'observer en psychomotricité sont donc les manifestations psychocorporelles (plus ou moins pathologiques et problématiques, et de nature plurifactorielle) de ces rapports à l'objet dans la construction du patient, lui servant de base constante (et non pas qu'en psychomotricité) pour ses rapport au monde internes et externes, et aux échanges possibles entre ces deux milieux. Il apparaît donc indispensable au psychomotricien de connaître la manière dont se construisent ces notions développementales.

La séance de psychomotricité offre cet espace d'échange privilégié se déroulant sous l'œil attentif du professionnel, sensible à ces manifestations psychocorporelles. Il s'agit d'un temps à part, qui comme l'extérieur, inclue différents types d'objets avec lesquels le patient peut potentiellement construire une relation spécifique. Mais cet espace est avant tout thérapeutique même s'il est à l'image du monde extérieur.

La séance, dans ses caractéristiques spatio-temporelles, est réfléchi par le psychomotricien pour que sa configuration soit adaptée au sujet, notamment grâce au bilan où ses difficultés d'être au monde et ses points forts ont été observés. Cette configuration est sensible à l'évolution du sujet, et le dispositif évolue conjointement selon les nouveaux besoins. Y sont questionnés la construction psychomotrice du sujet, et donc ses rapports à son environnement et à lui, ses capacités d'interaction ; pour comprendre en quoi le psychomotricien peut aider ce patient.

S'il y a une décision positive de prise en soin, la médiation ensuite choisie par le psychomotricien doit être saisissable et adaptée, et c'est aussi en cela que le bilan est important.

Le psychomotricien introduit des objets au cadre relationnel soignant et à la médiation, de manière réfléchi : il y a du sens dans la mise à disposition d'objets pour le patient. Il sait pourquoi il décide d'utiliser tel support et pas un autre. Il peut s'agir autant d'objet inanimé naturel ou culturel, que d'un appui unique du psychomotricien sur sa corporalité (et celle du



patient) et leurs échanges. Ce dernier aspect sera toujours présent en psychomotricité, qu'il y ait ou pas la présence d'objet inanimé médiateur.

Le psychomotricien met donc à la disposition du patient certains objets, dans une fonction relative à l'object-presenting maternel (D.W. Winnicott). L'objet est donc trouvé-crée par le sujet, comme réponse à ses besoins et ses potentielles défaillances, dans un processus transitionnel. La rencontre avec l'objet est possible dans une aire d'expérience et de transformation (en référence à l'aire transitionnelle du même auteur), en tant qu'interface entre son monde interne et externe, entre lui et l'objet, entre lui et le psychomotricien.

Ce dispositif induit la mise au travail des difficultés psychocorporelles du sujet et de ses relations spécifiques et subjectives actuelles aux objets dans la prise en soin. Dans l'advenue d'un travail thérapeutique, il existe une évolution même minimale des comportements du sujet, quand ce qui s'est joué, a été répété et travaillé par le sujet en appui sur le psychomotricien et ses objets médiateurs (intrinsèques ou extrinsèques), intériorisés, intégrés de manière stable, généralisés à sa vie.

L'objet devient donc un vecteur thérapeutique, non pas par son existence propre, mais il acquiert ce rôle dans la triangulation Thérapeute-Patient-Objet, au centre d'une configuration contenante et étayante. Nous pourrions presque dire, en référence à la citation de D.W. Winnicott<sup>27</sup>, qu'un « objet thérapeutique *seul ça n'existe pas* ». C'est parce que cet objet médiateur est élu conjointement par le patient et par le psychomotricien, et qu'il matérialise la mise au travail du patient dans sa relation actuelle aux objets, qu'il est porteur de ce rôle primordial. L'objet est donc subjectivé par chaque patient pour contenir à la fois ses difficultés, ses conflits mais également ses réussites et ses progressions, ce que nous ne manquerons pas de souligner, dans une présence tiers entre le sujet et son objet.

Dans cette triade réunie par la médiation et l'objet médiateur, le professionnel essaie de ne pas faire « simplement pour faire ». Il s'extrait de l'action pour que le moment partagé soit vécu et subjectivé. Que le patient soit capable de le verbaliser ou non, il est possible de symboliser la rencontre autrement et de le représenter, pour y mettre du sens (dessin, pâte à modeler, mot, couleur, discours du psychomotricien). Le temps de la séance est donc précieux grâce à ce que le sujet y dépose, et à l'investissement partagé de ce moment de rencontre.

---

<sup>27</sup> « Un bébé seul ça n'existe pas ».

En fonction de l'histoire du sujet et de sa construction, l'objet médiateur se dote d'une valeur thérapeutique en devenant un support d'échange entre le psychomotricien et le patient, et en étant le vecteur de l'interaction. Le psychomotricien, par ce biais, devient sensible à ce qui se joue, et y répond en y reconnaissant un sens. Il prête son appareil à penser et sa corporalité au patient qui en a besoin. Pour autant, le processus thérapeutique n'appartient pas au psychomotricien, ni à l'objet, même s'ils y participent ensemble. Il appartient au patient qui se saisit pour « se *soigner* », de ce qui lui est proposé. L'objet peut induire un effet thérapeutique lorsqu'il est choisi par le psychomotricien, inclus à la médiation, puis élu et investi par le sujet pour remplir cette fonction.

## Bibliographie

- Altmann de Litvan, M. (. (2008). *La berceuse - Jeu d'amour et de magie*. Erès.
- Baillé, J., Duval, R., & Blandin, B. (2009). *Du mot au concept : Objet* (pp. 79-181). Grenoble: Presse universitaire de Grenoble.
- Barthélémy, S. (2012, Janvier). Aux origines de la représentation, la notion de pictogramme. *Santé mentale*, p. 14.
- Boscaini, F., & Saint-Cast, A. (2012). *Evolution Psychomotrice - Glossaire* (Vol. 24). Organisation Internationale de Psychomotricité et de Relaxation.
- Boubli, M. (1999). *Psychopathologie de l'enfant*. Dunod.
- Bowlby, J. (2002). *Attachement et perte* (Vol. 1). Presse universitaire de France.
- Candilis-Huisman, D. (2013). Dan Stern ou la vitalité. Dans P. Ben Soussan, M. Dugnat, & B. Golse, *Les paysages inersubjectifs du bébé - Hommage à Daniel Stern* (éd. Spirale - La grande aventure de monsieur bébé, Vol. 64, pp. 115-120). Eres.
- Canestri, J. (2013, 5). Le paternel, le tiers et la tierceté. *Revue Française de Psychanalyse*, 7, pp. 1582-1585.
- Capric, J.-C., & Soufir, B. (2014). *Lexique*. (ERA, Éd.) Paris: Pour le psychomotricien.
- Carric, J.-C., & Soufir, B. (2014). *Lexique*. (ERA, Éd.) Paris: Pour le psychomotricien.
- Chemama, R., & Vandermersch, B. (2009). *Dictionnaire de la Psychanalyse*. Larousse in extenso.
- Chouvier, B. (2010). La médiation dans le champ psychopathologique. *Le carnet PSY*, 141, 32-35. Récupéré sur <http://www.carnetspsy.com/article.php?id=1869>
- Ciccone, A., Gauthier, Y., Golse, B., & Stern, D. (1997). *Naissance et développement de la vie psychique*. Toulouse: Eres.
- Damasio, A. (1999). L'organisme et l'objet. Dans A. Damasio, *Le sentiment même de Soi - Corps, émotions, conscience* (pp. 139, 153, 165). Paris: Odile Jacob sciences.

- De Ajuriaguerra, J. (1956). Intégration de la motilité. Dans J. De Ajuriaguerra, F. Joly, & G. Labes, *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité* (pp. 49-54). Noisiel: Editions du Papyrus.
- De Ajuriaguerra, J. (1962). Le corps comme relation. Dans F. Joly, & G. Labes, *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité* (pp. 163-184). Noisiel: Editions du Papyrus.
- De Ajuriaguerra, J., & Cahen, M. (1960). Tonus corporel et relation avec autrui : l'expérience tonique au cours de la relaxation. Dans F. Joly, & G. Labes, *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité* (Vol. 1, pp. 117-161). Noisiel: Editions du Papyrus.
- Despinoy, M., & Pinol-Douriez, M. (2012). L'indistinction originaire Je-Objet, L'emprunt au sensoriel, Les protoreprésentations. Dans D. Mellier, A. Ciccone, A. Konichekis, & al., *La vie psychique du bébé* (pp. 29-31). Paris: Dunod.
- Dolto, F. (1994). *Les chemins de l'éducation*. Gallimard.
- Dolto, F. (1994). *Les étapes majeures de l'enfance*. Gallimard.
- Engasser, O. (2015, 1). "C'est un jeu pour la survie" : Le syndrome de Godot dans la démence. (ERES, Éd.) *Cliniques*(9), pp. 62-79.
- Freud, S. (1913). *Totem et tabou*. Petite Bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1984). Quatrième leçon : Les complexes pathogènes, les symptômes morbides sont liés à la sexualité, la sexualité infantile, l'auto-érotisme, la libido et son évolution, perversion sexuelle, le complexe d'Oedipe. Dans S. Freud, *Cinq leçons sur la psychanalyse* (pp. 46-57). Petite bibliothèque Payot.
- Gimenez, G. (2006, 1). Les objets de relation en situation individuelle, groupale et familiale. *Le Divan familial*(16), 77-96.
- Golse, B., & Roussillon, R. (2010). *La naissance de l'objet : Une co-construction entre le futur sujet et ses objets à venir*. Paris: Presse Universitaire de France.
- Herfray, C. (2007). *La vieillesse en analyse*. Erès. Récupéré sur [https://www.cairn.info/feuilleter.php?ID\\_ARTICLE=ERES\\_HERFR\\_2007\\_01\\_0141](https://www.cairn.info/feuilleter.php?ID_ARTICLE=ERES_HERFR_2007_01_0141)

- Hochmann, J. (2011, 1). La causalité narrative. *Cliniques méditerranéennes*(83), pp. 155-170.
- Hochmann, J. (2011, 3). Wilfried Bion, Philosophe des sciences. *Revue française de psychanalyse*, 75, pp. 869-891.
- Klein, J.-P. (1997). *L'art-thérapie*. Puf.
- La Grande Encyclopédie* (Vol. 6). (1973). Paris: Librairie Larousse.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B., & Lagache (dir.), D. (1988). *Vocabulaire de la psychanalyse*. (P. u. PUF, Éd.) Paris.
- Laval, V. (2002). *La psychologie du développement*. Armand Colin.
- Lehalle, H., & Mellier, D. (2013). *Psychologie du développement - Enfance et adolescence*. Paris: Dunod.
- Potel Baranes, C. (2010, 1). "Quand le corps parle trop ... !", un groupe thérapeutique à médiation corporelle. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*(54), 109-121.
- Potel, C., & Saint-Cast, A. (2013, 4 (N°61)). Passer par l'acte psychomoteur. 20-31. (A. Vacher, Intervieweur) Eres.
- Quélin-Soulinoux, D. (2003, 2). De l'objet à la médiation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*(41), 29-39.
- Rastier, F. (2010). Objets et performances sémiotiques - L'objectivation critique dans les sciences de la culture. *L'Homme sémiotique*. CNRS Inalco, Paris. Récupéré sur [http://www.revue-texto.net/docannexe/file/2734/rastier\\_namur.pdf](http://www.revue-texto.net/docannexe/file/2734/rastier_namur.pdf)
- Roussillon, R. (2001, 2). L'objet "médium malléable" et la conscience de soi. *L'autre*, 2, pp. 241-254.
- Roussillon, R. (2013). Symbolisation primaires et secondaires. *Revue de Psychanalyse de la Asociacion Psicoanalitica de Madrid*. Récupéré sur <https://reneroussillon.com/symbolisation/symbolisation-primaire-et-secondaire/>
- Saphore, A. (2015). *La médiation du jeu en psychomotricité : quand créativité et contenance déploient l'espace transitionnel*. Lyon 1.

- Sironi, F. (1999). Les stratégies de déculturation dans les conflits contemporains: nature et traitement des attaques contre les objets culturels. *Revue de psychiatrie Sud/Nord*(12). Récupéré sur [http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/sudnord.htm#\\_Toc476849731](http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/sudnord.htm#_Toc476849731)
- Trachman, B. (2016, 10). Quand la perte de son "chez soi" amène à la perte de soi. (M. Média, Éd.) *Le journal des psychologues*(342), pp. 72-77.
- Veldman, F. (2007). La corporalité-de-représentation. Dans F. Veldman, *Haptonomie : Science de l'affectivité* (pp. 173 - 217). Presse universitaire de France.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Gallimard.
- Xambeu, M. (2015). A la découverte de sa corporalité animée. Dans J. Clerget, & Eres (Éd.), *Le bébé et son corps* (pp. 159-163). Spirale.

## Table des matières

<u>Sommaire</u> .....	1
<u>Introduction</u> .....	2
<b>I. <u>De quel objet parle-t-on ? L'objet : une notion polysémique</u></b>	
A. De la chose à l'objet .....	4
B. Définition d'un « objet » .....	6
1) L'objet culturel .....	7
2) L'objet inanimé .....	10
3) La corporalité : une relation à soi .....	12
C. La relation d'objet .....	14
Résumé de cette Partie I .....	16
<b>II. <u>Quelle est la relation entre le sujet et l'objet au cours du développement ?</u></b>	
A. Les premiers rapports à l'objet : relation fusionnelle et unicité	
1) <i>L'expérience sensori-affective et l'intersubjectivité naissante</i>	
○ L'attachement .....	17
○ Le tonus .....	19
○ L'intersubjectivité .....	20
○ Les premiers objets culturels .....	23
2) <i>Vers l'unicité et l'identification</i> .....	24
○ Le miroir à son image .....	25
○ L'objet clivé .....	26
○ Le développement psycho-sexuel infantile .....	27
○ Les identifications .....	28
○ Les intégrations psychomotrices .....	28
○ Résumé de la sous-partie A .....	30
C. Le devenir de l'objet	
1) <i>Processus d'apprentissage et développement intellectuel et cognitif :</i>	
○ Le stade sensorimoteur .....	32
○ La fonction sémiotique .....	34

2) <i>S'éprouver soi à travers l'utilisation de l'objet</i>	
○ L'objet entre la sensation, la perception et la gestualité .....	36
○ L'action .....	38
○ L'objet à l'image de soi .....	39
Résumé de cette Partie II .....	41

#### **IV. Sous quelle forme l'objet existe-t-il en psychomotricité ?**

Introduction : Qu'est-ce que la psychomotricité ? .....	42
A. Le bilan psychomoteur .....	44
B. Autour du temps de la séance	
○ Le cadre thérapeutique .....	45
○ L'espace transitionnel .....	46
○ Le médium malléable .....	47
○ Le psychomotricien narrateur de la séance : une mise en récit .....	48
C. De l'objet à la thérapie psychomotrice	
○ Le choix réfléchi de l'objet médiateur .....	50
○ La fonction symbolisante de l'objet .....	52
○ Rétablir et enrichir le dialogue du sujet .....	53
○ L'objet transférentiel	
▪ <i>L'objet transférentiel interne</i> .....	55
▪ <i>L'objet transférentiel externe</i> .....	56
D. Le psychomotricien dans la relation thérapeutique triadique .....	58
E. Mise en lien théorico-clinique	
○ Léni, 3.5 ans – <i>Un rapport mouvementé aux objets environnements</i> .....	60
○ Mme C., 83 ans – <i>Entre mouvement et menace d'effondrement, entre vie et angoisse de mort</i> .....	73
F. Éléments théorico-cliniques de réponse .....	88
<u>Conclusion générale</u> .....	90
<u>Bibliographie</u> .....	94