



HAL
open science

S'équilibrer au-dessus du vide : la place de la psychomotricité dans la prise en charge de l'enfant état-limite

Iris Calzada

► **To cite this version:**

Iris Calzada. S'équilibrer au-dessus du vide : la place de la psychomotricité dans la prise en charge de l'enfant état-limite. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01592163

HAL Id: dumas-01592163

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01592163>

Submitted on 22 Sep 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 PIERRE ET MARIE CURIE – PARIS VI
FACULTÉ DE MÉDECINE PIERRE ET MARIE CURIE
INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITÉ
Site Pitié-Salpêtrière
91, boulevard de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



S'ÉQUILIBRER AU-DESSUS DU VIDE

La place de la psychomotricité dans la prise en charge de l'enfant
état-limite

Mémoire présenté par Iris CALZADA
en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricité

Référent de mémoire
Aude Valentin-Lefranc

Session de Juin 2017

Remerciements

Je tiens à remercier Aude Valentin-Lefranc de m'avoir guidée à travers l'écriture de ce mémoire. Ses conseils et sa confiance rassurante m'ont été d'une aide précieuse.

Je remercie spécialement Mathilde Baranger pour ces deux années de stage. Pour sa bienveillance à chaque étape de ma découverte de la pédopsychiatrie, son implication dans ma formation et ses explications toujours enrichissantes. Pour sa confiance si nécessaire à l'émergence de ma posture de psychomotricienne, qui n'aurait pu être la même sans sa présence dans mon parcours étudiant.

Merci à l'équipe de l'unité pour leur accueil, leur bienveillance et leur disponibilité tout au long de cette année.

À mes patients de tout âge, rencontrés durant ces trois années de formation. À tous les enfants de l'internat pédopsychiatrique, à leur joie contagieuse, à tout ce qu'ils m'ont appris. À Sandro évidemment.

À ma famille et mes amis, de psychomotricité et d'ailleurs, pour leur soutien indéfectible. Pour leur force, leur soutien et leur aide précieuse des premiers aux derniers instants, mais aussi pour avoir cru en moi.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION	2
I. PRÉSENTATION GÉNÉRALE	4
A. L'institution et son fonctionnement	4
a. Quelques éléments historiques	4
b. L'organisation de l'institution	5
c. Le projet d'établissement 2013/2017	5
d. Le fonctionnement de l'unité	6
e. L'équipe pluridisciplinaire	7
B. La place de la psychomotricité dans l'institution	8
a. Qu'est-ce que la psychomotricité ?	8
b. La spécificité du psychomotricien	8
c. La psychomotricité au sein de l'unité	10
d. Ma place de stagiaire	12
Au sein de l'institution	12
Ma place de stagiaire dans la prise en charge de Sandro	13
C. Sandro	14
a. L'anamnèse	14
b. Le bilan psychomoteur	15
c. Le projet thérapeutique	17
Le déroulement type des séances en balnéothérapie	18
Le début de la prise en charge en balnéothérapie	19
d. La rencontre	20
II. SANDRO, LA PATHOLOGIE LIMITE DE L'ENFANCE ET SES PROBLÉMATIQUES PSYCHOMOTRICES	22
A. Description de Sandro	22
B. La pathologie limite de l'enfance : l'angoisse du vide	23
a. Sémiologie et étiologie de la pathologie limite de l'enfance	23
Les angoisses	25
La relation	27
La dépression	31
C. L'image du corps et ses fragilités	32
a. Définition	33
b. L'image du corps et la pathologie limite de l'enfance	36

D. L'enveloppe psychocorporelle trouée : la fuite dans l'agir et la recherche de limites	39
a. La peau	39
b. Les interactions précoces et l'émergence de l'enveloppe psychocorporelle.	39
c. Le Moi-Peau	42
E. Entre l'explosion et l'effondrement tonique : l'enjeu de la régulation	45
a. Le tonus	45
b. Le dialogue tonico-émotionnel	47
c. Les réactions tonico-émotionnelles	49
d. La régulation tonique	51
III. LA MÉDIATION : UN OUTIL THÉRAPEUTIQUE	55
A. Le cadre thérapeutique : entre contenance et limites	55
a. La rencontre	56
b. La relation	57
c. Le projet thérapeutique	60
d. Le temps	61
e. L'espace	62
B. Du corps à corps au côte à côte : l'ajustement des distances relationnelles	64
a. Définition de la proxémie	65
b. Proxémie et psychomotricité	67
C. L'eau, l'autre et moi : la prise en charge en balnéothérapie	68
a. L'eau	69
b. La médiation balnéothérapie en psychomotricité	70
IV. ÉVOLUTION ET REMISE EN QUESTION : LE RÉAJUSTEMENT THÉRAPEUTIQUE.	75
A. Évolution psychomotrice de Sandro	75
a. Dans l'institution	75
b. Dans la prise en charge en psychomotricité	76
c. L'apport de la prise en charge psychomotrice pour Sandro	78
d. Ma vision de la psychomotricité dans la prise en charge de Sandro	79
B. Vers la fin de l'indication en balnéothérapie : grandir	80
a. Le questionnement sur l'intérêt de la poursuite de la prise en charge en balnéothérapie	80
b. Changer de médiation ?	82
c. Arrêter la prise en charge en psychomotricité ?	84
CONCLUSION	87
BIBLIOGRAPHIE	88
ANNEXE	91

Être, c'est être sujet de son désir, c'est vivre sa vie, être soi-même ; ne pas être, c'est rester soumis au désir de l'autre, vivre à côté de sa vie, c'est mourir.

Vincent ESTELLON, (2014) Les états limites, PUF, Paris.

AVANT-PROPOS

Le sujet de ce mémoire est le fruit d'une longue réflexion, débutée dès ma deuxième année d'étude de psychomotricité. Je participais alors à un groupe de jeu dramatique dans un centre médico-psychologique, encadré par la psychomotricienne qui fut, par la suite, ma maître de stage à l'internat pédopsychiatrique. Ces enfants du groupe de jeu dramatique présentaient des troubles psychiatriques découlant majoritairement de diverses angoisses. À leur contact s'est développé mon intérêt pour la pédopsychiatrie.

J'ai ainsi eu la chance d'intégrer l'équipe d'une unité d'hospitalisation à temps plein lors de ma troisième année d'étude. J'y ai découvert le travail effectué avec des enfants de 6 à 12 ans, en proie à des troubles d'ordre psychiatrique, dans un contexte d'internat.

J'ai donc choisi d'effectuer mon mémoire sur l'un des quatre enfants hospitalisés pour une durée d'un an, afin de comprendre le plus complètement possible l'évolution de cet enfant au fil de la prise en charge, tant au niveau de ses capacités psychomotrices qu'au niveau de la relation thérapeutique. L'intérêt du choix d'un unique cas clinique, celui de Sandro, résidait également dans la possibilité de me concentrer entièrement sur une histoire, une identité et un cheminement thérapeutique particulier. Il m'a été possible de mener un travail autour des problématiques psychomotrices liées à sa pathologie.

Sandro souffre d'une pathologie limite de l'enfance. Elle entraîne une ambivalence comportementale importante, qui m'a interrogée. Je n'ai, dès lors, pas cessé de m'interroger sur le fonctionnement de cet enfant, dont les changements d'attitude m'ont souvent déstabilisée. L'expression de ses problématiques en un débordement émotionnel et agressif, un effondrement tonique et un état de détresse m'a menée à m'interroger sur l'apport de la prise en charge en psychomotricité pour Sandro, dont les crises d'agitation m'impressionnaient tant. Le projet établi en balnéothérapie, le cadre thérapeutique et la relation établie entre la psychomotricienne, Sandro et moi, ont contribué à construire cet écrit.

INTRODUCTION

L'organisation limite interroge les frontières nosologiques depuis sa découverte au milieu du XXe siècle. Identifié par S. Freud dès 1938, l'état-limite ne fera pourtant pas directement l'objet d'un consensus théorique autour de son étiologie. Il est successivement reconnu comme un dérivé de la névrose, comme affilié à la psychose, puis comme un syndrome autonome. "Désormais, ce n'est plus tant une pathologie « à la limite de » qu'une pathologie des limites du Moi."¹ En clinique, l'augmentation croissante des rencontres de ces patients superficiellement adaptés, cachant en réalité des failles psychocorporelles profondes, justifie la nécessité de poursuivre la recherche en matière de soin et d'accompagnement.

Dans ce mémoire, je propose une lecture de la pathologie limite influencée principalement par la pensée de R. Misès, pédopsychiatre psychanalyste ayant, le premier, étudié la structuration limite chez l'enfant. L'institution et l'équipe pluridisciplinaire de l'unité m'ayant accueillie cette année ont un rôle dans ce positionnement théorique.

Ma réflexion est basée sur la clinique, ensuite éclairée par la théorie. Ce mémoire retrace mon expérience, mes observations et le travail effectué, en psychomotricité et au niveau institutionnel, avec Sandro.

Les encarts correspondent à des vignettes cliniques, restituant le déroulement d'une séance de psychomotricité ou d'une séquence ayant eu lieu dans l'institution. Ils sont suivis d'une analyse des enjeux psychomoteurs à l'œuvre lors de ces scènes. J'ai choisi de ne pas raconter les séances dans leur entièreté pour me concentrer sur les séquences évocatrices du profil psychomoteur de Sandro et du travail effectué en psychomotricité.

Comment l'eau, la psychomotricité et l'institution permettent la consolidation de l'enveloppe psychocorporelle, la régulation tonique et l'ajustement des distances relationnelles chez l'enfant état limite ?

Je m'interrogerai sur les effets de la triple enveloppe aquatique, relationnelle et institutionnelle sur la structuration de l'enveloppe chez l'enfant limite. J'étudierai également la possibilité que l'émergence d'une enveloppe solide aboutisse à l'amélioration des capacités

¹ ESTELLON V., 2014, p.36

de régulation tonico-émotionnelle. De même, la sécurité interne consolidée en psychomotricité permettrait-elle à Sandro d'ajuster ses distances relationnelles ? J'explorerai les possibilités d'intégration et de transposition des progrès observés chez Sandro au milieu institutionnel.

La première partie de ce mémoire sera consacrée à la description du contexte institutionnel, à la définition de la psychomotricité et à la présentation de Sandro. Le contexte thérapeutique prend une importance majeure dans le soin des sujets état-limite, et il est intéressant de comprendre le fonctionnement et la dynamique de soin particulière de l'internat pédopsychiatrique pour percevoir ses répercussions sur l'enfant. Dans la même optique, la présentation de la psychomotricité et de sa spécificité permettra d'éclaircir sa pertinence dans le projet de soin de Sandro.

Puis je développerai la symptomatologie de la pathologie limite de l'enfance et ses répercussions psychomotrices. En m'appuyant sur des séquences cliniques évocatrices de l'expression des troubles de Sandro, je détaillerai la source et les fonctions des notions psychomotrices atteintes dans la pathologie limite. Quelques séquences cliniques illustreront le travail effectué en psychomotricité autour de ces problématiques.

J'étudierai ensuite les médiations psychomotrices mises en place pour l'accompagnement de Sandro. Il s'agira d'une présentation des fonctions et des enjeux du cadre thérapeutique, de l'outil proxémique et de la prise en charge en balnéothérapie, articulée avec mes observations cliniques de leurs effets sur Sandro.

Enfin, j'aborderai la question du réajustement thérapeutique, en lien avec l'évolution du garçon et des questionnements auxquels il est soumis. À l'issue de son année d'hospitalisation, les progrès de Sandro se confrontent à de nouvelles problématiques liées à son évolution affective.

Les noms des personnes rencontrées durant ce stage ont été changés, afin de préserver l'anonymat.

I. PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Le contexte institutionnel prend une importance majeure dans la prise en charge du patient état-limite. Pour comprendre l'environnement dans lequel évolue Sandro pendant cette année d'hospitalisation, je vais présenter en détail l'institution qui l'accueille. Je m'attacherai également à donner une définition de la psychomotricité afin d'éclaircir son intérêt dans le projet de soin proposé à Sandro, dont j'évoquerai l'histoire et le profil psychomoteur dans une dernière sous-partie.

A. L'institution et son fonctionnement

J'effectue mon stage de troisième année de formation en psychomotricité dans un centre hospitalier interdépartemental de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Les patients pris en charge ont entre 0 et 18 ans.

a. Quelques éléments historiques

En 1957, le Professeur R. Misès, psychiatre et psychanalyste de terrain, devient le chef de service de l'institution, succédant ainsi au Docteur Bourneville. À son arrivée dans l'établissement, il est choqué par les conditions d'accueil des enfants étiquetés "aliénés", selon le vocabulaire de l'époque, atteints de troubles d'ordre psychiatrique. Entre 1957 et 1990, il crée un nouveau modèle de prise en charge : la cure en institution. Ce concept est fondé sur une triple approche conjointe thérapeutique, éducative et pédagogique.

Une rénovation architecturale permet la construction de petites unités offrant aux enfants hospitalisés une vie quotidienne contenant. R. Misès lutte également contre l'internement d'office en prônant un régime d'hospitalisation ordinaire pour ces enfants. Il s'engage pour la création du secteur pédopsychiatrique en France en travaillant pour l'élaboration de structures de soins de proximité, précoces et variés. Il crée et supervise la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (C.F.T.M.E.A.). Il privilégie une approche multidimensionnelle du soin, en prenant en compte la dimension du handicap et la souffrance des familles. Le but de son approche est de comprendre le fonctionnement psychique global du sujet, en prenant en compte la singularité de chaque enfant, pour lui offrir un accompagnement le plus adapté possible.

Actuellement, l'institution continue de fonctionner selon le modèle instauré par R. Misès. L'influence psychanalytique y est prépondérante.

b. L'organisation de l'institution

L'établissement assure une triple mission de soin :

- Au niveau sectoriel, les soins psychiatriques infanto-juvéniles proposés concernent les Centres médico-psychologiques (C.M.P.), les hôpitaux de jour, le Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (C.A.T.T.P.) et le Centre thérapeutique du tout-petit (C.T.T.P.)
- Au niveau départemental, l'établissement garantit les prises en charge en urgence et les hospitalisations de courte durée pour les adolescents.
- Au niveau interdépartemental, les soins concernent les unités de moyen et long séjour des enfants et des adolescents, et les courts séjours des enfants.

L'établissement est divisé en trois pôles : un pôle enfant, un pôle adolescent et un pôle recherche. Le pôle enfant est composé de trois secteurs, comprenant chacun plusieurs unités, assurant des missions différentes soit d'hospitalisation à temps complet, soit d'hospitalisation à temps partiel, soit de consultation et de diagnostic.

c. Le projet d'établissement 2013/2017

Le projet d'établissement est élaboré en coopération pluridisciplinaire associant les différentes équipes et unités de l'institution. Il s'appuie sur le bilan du précédent projet d'établissement et sur les observations qualitatives de la situation de l'institution à la fin de celui-ci, en prenant en compte les menaces et les opportunités visant l'établissement.

Le projet d'établissement est caractérisé par une volonté d'articuler les différents projets prévus pour le sujet (médical, soin, social) en synergie. Il vise également à améliorer l'accessibilité du parcours de soin, pour les patients et leur famille, tout en permettant une meilleure coordination entre les différents acteurs de soins. Le travail en réseau entre les professionnels du secteur sanitaire, social, médico-social et judiciaire est privilégié.

Au niveau du pôle enfant, le projet d'établissement tend à favoriser l'accès aux soins pour les enfants de moins de 12 ans dans le secteur couvert par l'institution. Il vise aussi à améliorer l'organisation, la qualité et la sécurité de l'offre de soin. Le projet d'établissement se caractérise enfin par une volonté d'améliorer l'intégration des enfants souffrant de Trouble du Spectre Autistique (TSA).

Les objectifs du projet de soins visent à assurer la qualité, la sécurité, la traçabilité et la coordination de la prise en charge du patient tout au long du parcours de soin. Ils tendent à développer la prévention et la gestion des risques concernant les soins et les activités paramédicales. Le développement des compétences, la formation et la recherche est également un axe du projet de soin. Pour réaliser ces objectifs, il prévoit notamment la création du projet thérapeutique éducatif et pédagogique individualisé.

d. Le fonctionnement de l'unité

J'intègre en septembre 2016 une des unités d'hospitalisation en internat. Il s'agit d'une unité de soin et d'observation (U.S.O.) Elle dispose de 10 lits et accueille des enfants âgés de 4 à 10 ans. Les séjours des enfants peuvent prendre trois formes :

- Le séjour d'observation dure trois semaines. Il a une visée diagnostique, ou permet d'orienter les services de soins habituels de l'enfant vers un nouveau traitement et de proposer de nouvelles orientations dans le projet thérapeutique de l'enfant, s'ils se trouvent en difficulté. Il y a trois places disponibles pour les enfants accueillis en observation.
- Le séjour séquentiel dure entre une et deux semaines. Il est renouvelé tous les trois mois environ. Il vise à offrir un relais aux familles, et une période de rupture avec les services de soins habituels de l'enfant. Il peut également permettre un travail de séparation familiale. Il y a trois places maximum destinées aux enfants reçus en séjour séquentiel.
- Le séjour passerelle correspond à un projet d'une durée d'un an. Tous les enfants pris en charge en séjour passerelle ont d'abord été accueillis en séjour d'observation sur l'unité. Un projet thérapeutique annuel est mis en place pour la prise en charge de l'enfant. Il s'agit également de préparer la suite de son parcours de soin. Quatre lits sont destinés à l'accueil en séjour passerelle.

L'admission d'un enfant en séjour d'observation ou en séjour passerelle est décidée suite à une demande du médecin référent de l'enfant. L'accueil d'un enfant en séjour passerelle est

décidé suite aux conclusions tirées de son séjour d'observation, de la nécessité d'une séparation avec le milieu familial et scolaire ou institutionnel. L'environnement contenant de l'unité peut apaiser les débordements ayant lieu en milieu ordinaire. Cette décision est réfléchie avec l'équipe pluridisciplinaire lors de synthèses. La famille est consultée, ainsi que l'équipe de l'institution habituelle de l'enfant. Le médecin responsable de l'unité soumet la proposition d'accueil en long séjour au médecin référent en ambulatoire. Ce dernier est décisionnaire.

Les frais d'hospitalisation sont pris en charge à 80% par la sécurité sociale. Les 20% restants du ticket modérateur sont à la charge de la famille, sauf si elle possède une mutuelle. Si un protocole Affection Longue Durée (ALD) est établi, ou que le patient bénéficie de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) ou de l'Aide Médicale de l'État (AME), les frais d'hospitalisation, comprenant le prix de l'hospitalisation par jour et le forfait journalier, sont remboursés à hauteur de 100% par la sécurité sociale.

Les entrées s'effectuent le lundi matin et les sorties le vendredi après-midi. Les enfants passent le week-end chez leurs parents ou dans leur famille d'accueil. Les parents sont reçus en entretien avant l'admission des patients, et en rendez-vous bimensuels afin de les informer du déroulement de l'hospitalisation et de les intégrer activement au projet conçu pour leur enfant.

e. L'équipe pluridisciplinaire

L'équipe de l'unité dans laquelle je suis accueillie se compose d'une pédopsychiatre, de deux médecins, d'une psychologue, d'une assistante sociale, d'une psychomotricienne, d'une éducatrice, d'une éducatrice spécialisée, d'un Agent des Services Hospitaliers (ASH), d'une secrétaire et de plusieurs infirmiers. L'établissement dispose aussi d'une école spécialisée garantissant la scolarisation des jeunes accueillis. L'institution est publique et les professionnels sont payés par l'état.

L'équipe se réunit pour une réunion de synthèse hebdomadaire dévolue à la réflexion clinique autour des enfants accueillis en observation et d'un enfant pris en charge en séjour passerelle. Un groupe de parole entre les soignants est également supervisé par la psychologue de l'unité. Chaque jour, les transmissions sont rédigées et transmises à l'oral entre les différentes équipes, du matin, de l'après-midi et de la nuit. Une réunion entre les

cadres de l'unité a également lieu. La psychomotricienne n'assistait qu'à la synthèse hebdomadaire jusqu'à ce que se mette en place, sous son impulsion, une réunion entre le médecin assistant, l'interne, elle et moi, afin de mettre en lien les observations psychomotrices et médicales. Une réunion entre la pédopsychiatre, la psychologue, la cadre de santé et la psychomotricienne a également été créée afin de réfléchir au fonctionnement institutionnel.

B. La place de la psychomotricité dans l'institution

a. Qu'est-ce que la psychomotricité ?

C. Ballouard définit la psychomotricité comme "l'ensemble des phénomènes qui témoignent de l'inscription dans le corps de processus psychiques et plus particulièrement au niveau du mouvement, des attitudes, des positions, des mimiques. Elle étudie la façon dont sont marquées dans le corps certaines modalités évolutives des mécanismes des fonctions instrumentales et relationnelles. Un psychomotricien s'occupe du corps ou plus précisément de l'investissement de celui-ci."²

Le métier de psychomotricien est le fruit d'une histoire complexe aux influences diversifiées que je ne détaillerai pas dans ce mémoire. La pratique du psychomotricien existe dans des champs cliniques variés, et s'enrichit de multiples conceptions théoriques, parfois très divergentes. De la rééducation à la thérapie, la psychomotricité peut répondre de façon complète et adaptative aux besoins d'une population baignée dans une société en évolution.

Ma jeune vision du métier de psychomotricien est, de fait, teintée par ma propre expérience. Ma présentation en est influencée, mais ne signifie en aucun cas qu'une manière d'exercer ou qu'un champ théorique est plus valable qu'un autre, au contraire, cette diversité fait la richesse du métier. Le but étant toujours centré sur le patient, la psychomotricité doit viser l'articulation des méthodes et des théories au service d'un soin le plus ajusté possible.

b. La spécificité du psychomotricien

²BALLOUARD C., 2008, p.5

Le psychomotricien envisage le sujet dans sa globalité. “Le psychomotricien, en s’attaquant à cette complétude de l’être, rejette (...) l’idée du clivage corps-esprit, et défend celle du lien indissoluble avec une fonctionnalité corporelle qui n’est jamais seulement mécanique et anatomique, puisque toujours liée à la vie psychique et imprégnée de désir, de plaisir, de conflit (...)”.³ Le psychomotricien, spécialiste du langage infraverbal, développe une écoute particulière du corps de son patient et lui propose de passer par des médiations corporelles pour s’épanouir dans une manière harmonieuse d’être au monde, forcément spécifique de par l’unicité du sujet. “L’intérêt du psychomotricien pour le corps est donc particulier et complet puisqu’il s’intéresse en même temps à tout ce qui touche de près le mouvement, qui nécessite une motricité de “pointe”, un tonus qui permet l’effort, la vitesse, la précision musculaire - toutes les composantes anatomo-physiologiques dont dépend la fonctionnalité corporelle -, mais aussi et surtout, le psychomotricien s’intéresse à tout ce qui du corps traduit l’intention, le désir, l’expression de l’être.”⁴ C’est dans la prise en charge du patient dans une vision d’interdépendance unifiante du psychique et du corporel, que réside la dynamique psychomotrice.

Le psychomotricien amène ainsi son patient à un engagement corporel, nécessaire au travail des problématiques psychomotrices. Il le soutient et l’accompagne par son propre investissement dans cette démarche. “La spécificité du professionnel de la psychomotricité réside dans l’attention qu’il porte aux manifestations corporelles et à leurs significations, ainsi que dans l’établissement d’un dialogue corporel.”⁵

L’engagement corporel du psychomotricien est obligatoire. Il a valeur de langage et ses mouvements doivent être pesés et compris en temps réel. Il doit être attentif à ses ressentis internes, comprenant ses émotions, ses représentations et ses tensions corporelles. Son propre investissement induit la mise en place d’un dialogue tonico-émotionnel, permettant au psychomotricien de percevoir les tensions du sujet. Elles sont les traces de l’histoire du patient, et sont signe de l’état de l’image du corps.⁶ Les émotions et le dialogue tonique s’imposent alors comme des outils de référence dans la création de la relation thérapeutique.

La relation est au coeur de la prise en charge psychomotrice. O. Moyano théorise le concept d’implication corporelle, qu’il définit comme “la relation partagée entre l’enfant et le

³ POTEL C., 2010, p.105

⁴ *Ibid*

⁵ BALLOUARD C., 2008, p.6

⁶ PIREYRE E., 2011

psychomotricien dans le cadre des séances.”⁷ Le psychomotricien se positionne en tant que support relationnel générant des affects issus de l’expérience partagée. De cette relation peuvent se développer des capacités de représentation et d’élaboration du vécu psychocorporel. Le psychomotricien doit pouvoir s’impliquer pleinement dans sa relation au patient, tant psychiquement que corporellement. Dans le même temps, il doit avoir le recul nécessaire à l’observation et à l’analyse du comportement de son patient, et de ce qui se joue dans la séance.

Le psychomotricien doit ainsi avoir les capacités d’adaptation suffisantes pour répondre aux sollicitations, verbales ou infra-verbales, de son patient. Il lui faut pouvoir transformer son dispositif, ou se transformer lui-même, en fonction des besoins du patient. “La particularité de notre profession repose en partie sur sa grande capacité d’adaptation et d’intégration dans des secteurs de soin très différents et des champs théoriques parfois à l’opposé.”⁸

Il existe donc plusieurs manières d’exercer le métier de psychomotricien, en fonction de la population, de l’institution, et de ses propres affinités avec certains moyens thérapeutiques. Avant tout, le psychomotricien s’adapte à son patient pour que la rencontre et la relation thérapeutique puisse naître, dans le partage d’une expérience nouvelle.

c. La psychomotricité au sein de l’unité

La psychomotricité est bien installée et reconnue dans l’institution. Plusieurs psychomotriciens y travaillent, dans différents services. Ils se retrouvent en réunion pour échanger au sujet de leur pratique et de leurs questionnements cliniques.

La psychomotricienne travaille depuis plusieurs années sur l’unité. Son temps de travail a progressivement augmenté en raison de la hausse des demandes de suivi en psychomotricité. Les indications en psychomotricité sont décidées à la suite d’une réflexion pluridisciplinaire. Elle fait un retour de ses observations et de l’évolution psychomotrice des enfants, chaque semaine, en réunion de synthèse.

La psychomotricienne dispose d’une salle de psychomotricité et a accès à la piscine et au gymnase pour mettre en place ses prises en charge. Les soignants sont régulièrement

⁷ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M., 2011, p.292

⁸ POTEL C., 2010, p.13

invités à participer aux séances du groupe d'observation, et la psychomotricienne coanime des séances individuelles avec les éducateurs et les infirmiers.

Le rôle et l'apport de la psychomotricité dans la prise en charge globale des patients sont bien compris par l'équipe, et certains soignants sont très demandeurs de participer aux séances. La psychomotricité est un lieu où les enfants développent et mettent à l'oeuvre leurs potentialités. Lorsque le suivi quotidien de l'enfant est difficile et conflictuel, le partage d'une séance de psychomotricité où l'enfant s'ouvre autrement à la relation et dévoile des capacités nouvelles, dans un cadre différent de celui de l'unité, peut être remotivant et positif dans la dynamique de soin. L'investissement relationnel entre le soignant et le sujet peut en être relancé.

La psychomotricienne ne reçoit pas les parents en entretien. La psychomotricienne et moi n'avons pas pu rencontrer les parents de Sandro et l'observer en leur présence. Je ne pourrai donc pas analyser les éventuelles failles interactionnelles présentes entre eux. Il pourrait être très intéressant que la psychomotricienne s'entretienne avec les parents des patients, et puisse observer leurs interactions. La lecture psychomotrice de leurs comportements et de leurs échanges pourrait renseigner sur les liens les unissant, et apporter des éléments concernant leur accordage psychocorporel. La psychomotricienne pourrait également avoir une connaissance plus fine des interactions précoces mère-bébé, dont l'importance dans la construction identitaire et psychomotrice est prouvée, mais également concernant la place du père dans le processus de séparation entre la mère et l'enfant. Pour avoir une compréhension plus complète de la symptomatologie psychomotrice de Sandro, j'aurais aimé pouvoir le voir en présence de ses parents. Mes hypothèses concernant d'éventuels troubles de l'attachement ne resteront que des supputations sans la possibilité d'avoir une lecture psychomotrice de leur relation.

Cependant, les parents sont informés des observations psychomotrices réalisées durant le séjour de l'enfant grâce aux comptes-rendus de la prise en charge. Le pédopsychiatre relaie également les observations de la psychomotricienne lors des entretiens. La psychomotricienne est, quant à elle, informée de la situation familiale de l'enfant lors des réunions de synthèse.

d. Ma place de stagiaire

Au sein de l'institution

La psychomotricienne de l'institution accueille chaque année un étudiant de troisième année de psychomotricité en stage long. La présence d'un stagiaire est donc habituelle et acceptée par toute l'équipe. Celle-ci s'est montrée très disponible pour répondre à mes questionnements au sujet de Sandro. La psychologue, l'assistante sociale et la pédopsychiatre ont ainsi pu me fournir de précieuses explications concernant la situation du garçon et leur compréhension de son fonctionnement.

Cette année, je participe à toutes les prises en charge en psychomotricité se déroulant le mercredi. Je mène également un groupe "cirque" constitué de deux enfants, de la psychomotricienne et d'un soignant. La psychomotricienne et le soignant ont pour fonction de tenir le cadre en se posant comme figure d'autorité pour les enfants. Je m'occupe de l'élaboration du contenu de la séance et je mène la prise en charge.

Je participe également aux prises de notes effectuées après chaque séance. Il s'agit d'un moment de restitution des observations et des impressions de chacun des soignants ayant participé à la séance, et un espace d'élaboration quant au fonctionnement psychocorporel du sujet.

La confiance mutuelle, établie entre la psychomotricienne et moi, a stimulé mon implication dans ce stage. La psychomotricienne m'a laissée mener des bilans d'observation et des prises en charge en autonomie. Sa confiance m'a incitée à oser prendre les séances en main et à affirmer ma posture de thérapeute. Mon manque d'assurance et mon sentiment d'illégitimité à me positionner en tant que professionnelle ont été endigués par le crédit qu'elle m'a accordé. Réciproquement, la confiance en ma maîtresse de stage m'a permise de ne jamais avoir peur face aux manifestations agressives des enfants.

La psychomotricienne a su étayer mes besoins d'apports théoriques fondamentaux, souvent d'orientation psychanalytique, mais toujours en vue d'une compréhension psychomotrice du sujet. Elle m'a encouragée à analyser mon contre-transfert dans la relation au patient, et m'a ainsi intégrée totalement à la réflexion issue de la prise en charge. Son influence est grande quant au positionnement théorique exposé dans mon mémoire.

Au sein de l'institution, j'ai senti ma place de stagiaire comme étant complètement intégrée au cadre institutionnel. L'accueil et la confiance qui m'ont été offerts, tant par la psychomotricienne que par l'équipe, m'ont permis d'acquérir une connaissance clinique et théorique de la pédopsychiatrie. J'ai pu découvrir les enjeux, les forces et les difficultés du travail institutionnel. Ce stage m'a également permis de développer mes capacités d'adaptation et ma lecture psychomotrice du sujet. Je regrette cependant de n'avoir pas pu assister aux réunions de synthèse traitant de l'évolution des patients, car je n'étais pas disponible. Ma place en tant que stagiaire a également eu son importance au cours de la prise en charge de Sandro.

Ma place de stagiaire dans la prise en charge de Sandro

De par mon âge et mon statut de stagiaire, mon rôle dans la prise en charge de Sandro a différé de celui de la psychomotricienne. J'ai représenté une figure d'attachement différente pour ce jeune garçon. La relation qui s'est tissée entre Sandro et moi a évolué au fil de l'année, mais a toujours été différente de celle qu'il entretenait avec sa psychomotricienne.

Mon autorité n'avait pas les mêmes effets sur Sandro que celle de ma maîtresse de stage. S'il n'a jamais vraiment bravé les règles que je lui posais, les limites auxquelles je le confrontais n'influençaient pas aussi facilement son fonctionnement. Cette différence peut également découler du manque de conviction avec lequel je me posais en figure d'autorité, du fait du sentiment d'illégitimité évoqué précédemment dans mon écrit.

Par mon arrivée, j'ai instauré un tiers dans la relation entre le garçon et la psychomotricienne. Sandro l'a très bien accepté. Ce contexte a été l'occasion d'un travail autour de différentes situations relationnelles, figurées entre ma maîtresse de stage et moi. Ainsi, nous avons parfois pu exagérer nos émotions lors de situations de compétition ou d'affects négatifs. Sandro avait alors une place d'observateur dont il a pu intégrer certains éléments.

La place de stagiaire induit un investissement affectif différent de la part du patient. Du fait d'une autorité moindre, de ma présence ponctuelle et du statut moins décisionnaire, le sujet s'identifie différemment au stagiaire qu'au psychomotricien. Sandro a montré un comportement beaucoup plus adhésif envers moi qu'envers ma maîtresse de stage. Ma présence limitée au mercredi a pu réactiver ses angoisses de séparation. De plus, étant plus jeune, j'ai représenté pour lui une figure d'attachement s'approchant plus d'une amie ou d'une potentielle amoureuse, surtout sur la fin de la prise en charge. Sandro avait alors développé

un comportement plus adapté à sa tranche d'âge, mais restait ambivalent dans la mesure où il continuait parfois à adopter un comportement de jeune enfant, se refusant à accepter de grandir. Il a fallu signifier à Sandro les comportements et les contacts qu'il ne pouvait plus avoir du fait de son âge et de la maturité qu'il avait acquise.

Dans la prise en charge de Sandro, ma présence en tant que stagiaire a permis un travail autour de la séparation, d'introduire un tiers et une figure d'attachement différente nous permettant d'observer son acquisition des capacités de différenciation des sexes et des générations.

C. Sandro

a. L'anamnèse

Sandro est né le 15 janvier 2008. Il a actuellement 9 ans. Depuis, le couple parental a connu des épisodes de violence conjugale et s'est séparé. Suite à des conduites d'addiction en présence de l'enfant, il est placé chez une assistante maternelle en avril 2015. Une ordonnance de placement provisoire, avec un droit de visite chez chacun de ses parents un week-end sur deux, est prononcée par le juge des enfants.

Sandro est décrit à son assistante maternelle comme un enfant ayant de grands troubles du comportement à l'école et dans sa famille, avec des problèmes de sommeil. Il présente également des difficultés dans les apprentissages, notamment au niveau de la lecture. Avant son hospitalisation à temps complet, il était scolarisé en CE1 sans aménagement spécifique. Elle constate les troubles, et rapporte des phases anxieuses majeures liées à l'endormissement, des troubles du sommeil, et des épisodes hétéro et auto-agressifs importants. Elle relate l'angoisse que provoquent, chez Sandro, l'inactivité et le fait de rester seul. Il présente aussi une forte intolérance à la frustration et réagit à celle-ci par des crises d'agitation psychomotrice avec hétéro-agressivité. Sandro est alors décrit comme incontrôlable, et peut crier jusqu'à l'épuisement. Son assistante maternelle précise que ces troubles sont accentués après les week-ends familiaux du garçon.

Devant l'importance des troubles de Sandro, son médecin cherche à lui faire intégrer un Centre Médico-Psychologique (CMP) pour un suivi psychologique et orthophonique.

Cependant, aucun centre n'a de place disponible pour l'accueillir avant un an. Dans le même temps, son assistante maternelle a de plus en plus de difficultés à le gérer, et il perturbe fortement la vie quotidienne de la maison. L'importance des crises d'agitation et l'agressivité de Sandro l'inquiètent. Et elle contacte plusieurs fois le médecin en charge du suivi des enfants placés, jusqu'à être obligée d'appeler les pompiers pour l'aider à calmer le garçon. En juillet 2015, lors d'une crise particulièrement violente, Sandro est transféré à l'hôpital où il restera une semaine, pour troubles du comportement avec hétéro agressivité et agitation associés à des troubles du sommeil. Suite à cet épisode est décidé son premier séjour institutionnel, dans l'unité dont il fait partie aujourd'hui. L'indication est posée par le service de psychiatrie de l'hôpital qui l'a pris en charge précédemment. Il s'agit d'un séjour d'observation de trois semaines à visée diagnostique. Il est admis dans l'unité en janvier 2016. Un diagnostic de pathologie limite de l'enfance est posé. Des angoisses de séparation et d'abandon, un retard du développement affectif, des manifestations d'anxiété et des crises d'agitation avec auto et hétéro-agressivité sont les signes cliniques qui étayent le diagnostic. Un traitement médicamenteux est prescrit. Il s'agit du Tercian (neuroleptique), de la mélatonine et du Risperdal (anti-psychotique atypique) en cas de crise.

À l'issue des trois semaines d'observation de Sandro, il retourne chez son assistante maternelle. Celle-ci constate une diminution des troubles du comportement, et un certain apaisement. Les parents du garçon soulignent également l'efficacité des médicaments. La prise en charge médicamenteuse prend une véritable fonction contenante pour Sandro.

Un entretien de préadmission est réalisé en présence des deux parents du garçon. Ils semblent soulagés du mieux-être de leur enfant suite à son premier séjour dans l'unité. Ils donnent leur accord pour l'hospitalisation en séjour passerelle, pour une durée d'un an. L'admission de Sandro dans l'unité a lieu en avril 2016. Il est suivi en pédopsychiatrie, en psychologie et en psychomotricité.

b. Le bilan psychomoteur

L'évaluation psychomotrice "appréciera les capacités psychomotrices (coordinations, équilibre, motricité manuelle, écriture), les fonctions cognitives en lien avec la motricité intentionnelle (visuospatiales, attentionnelles, mnésiques et exécutives), la dominance latérale, les différentes dimensions du temps, les gnosies corporelles, la communication non

verbale et les manifestations toniques.”⁹ Il vise à approfondir les questions autour de la construction psychocorporelle de l’enfant.

Le bilan psychomoteur de Sandro est effectué lors de son premier séjour d’observation, en janvier 2016. Je n’avais pas encore commencé mon stage dans l’institution. Il a été possible de proposer un bilan dirigé à Sandro, malgré son intérêt pour les jouets présents dans la salle. Celui-ci a été réalisé sur deux séances, en présence de la psychomotricienne et d’un soignant. Sandro a montré beaucoup de plaisir à participer à ces temps individuels. Il a répondu aux consignes sans montrer d’opposition, en voulant bien faire. Un temps libre a tout de même été aménagé à la fin des deux séances de bilan. Je n’ai pas tous les résultats cotés des tests, mais les informations qualitatives observées lors des épreuves indiquent bien les capacités globales de Sandro.

- Équilibre statique et contrôle postural :

Les épreuves d’équilibre statique et de contrôle postural montrent une tonicité importante qui le déstabilise, et l’empêchent de trouver l’équilibre directement. Après une démonstration et des encouragements, Sandro s’apaise et peut répondre aux consignes.

- Équilibre dynamique :

L’équilibre dynamique, les coordinations et la motricité globale sont de bonne qualité et correspondent à sa classe d’âge. Les épreuves de motricité fine lui posent plus de difficultés, en particulier le graphisme.

- Latéralité :

La latéralité manuelle et pédestre de Sandro est fixée à gauche, sa latéralité visuelle à droite. La connaissance droite-gauche n’est pas acquise.

- Schéma corporel et image du corps :

Ses somatognosies correspondent à celles d’un enfant de 5 ans. Cependant, le dessin du bonhomme est très pauvre et correspond au niveau d’un enfant de trois ans. Le bonhomme est représenté au milieu de la feuille, mais il est peu investi. Le corps est en bâtons, et il y a très peu de détails au niveau du visage.

- Le tonus :

Le tonus de fond de Sandro est assez élevé, et il est en mouvement constant dans une hypertonie de forme importante lorsqu’il est seul. Puis il s’effondre et vient chercher l’adulte comme pour soutenir son axialité. Sa régulation tonique est difficile, et Sandro a besoin d’un étayage important pour éviter l’explosion tonique. Les réactions tonico-émotionnelles, lors des moments d’inquiétude ou d’un risque d’échec par exemple, se traduisent par une hausse tonique et une agitation motrice.

⁹ ALBARET J.-M., 2014, p.273

- Vigilance et attention :

Ses capacités attentionnelles sont limitées et Sandro a besoin d'être cadré pour répondre aux consignes qui lui sont données.

- Orientation et organisation spatiale :

Il montre quelques difficultés de repérage et d'organisation de son espace environnant. Les connaissances topographiques de base sont relativement bien intégrées et Sandro peut les utiliser. Il peut se situer par rapport à un objet, mais l'orientation spatiale lui pose problème. Sandro peut reproduire des gestes rapidement et correctement, avec seulement quelques décompositions lors des mouvements des doigts.

L'épreuve de la figure simple de Rey est très difficile pour Sandro. À la copie, les formes ne sont pas toutes reconnaissables. La reproduction de mémoire est mieux réussie, et Sandro pense à représenter les détails. Il semble avoir une bonne mémoire visuelle, mais des difficultés dans la structuration visuo-spatiale. Il refuse de passer la figure complexe de Rey.

- Orientation et organisation temporelle :

Les connaissances temporelles de base sont acquises et Sandro est plutôt bien repéré dans le temps. Le tempo spontané est rapide, fort et constant. La reproduction de structures rythmiques est possible, Sandro comprend très bien le symbolisme et peut lire les structures sans peine, mais il ne peut poursuivre l'exercice jusqu'au bout en raison de ses difficultés attentionnelles.

Le bilan permet de repérer certaines acquisitions motrices, spatiales et temporelles encore fragiles. Son ancrage corporel est insuffisant pour être sécure face aux émotions qui le traversent. Les réactions tonico-émotionnelles dont il fait preuve peuvent rapidement le désorganiser et ne plus lui permettre de s'appuyer sur ses acquisitions. La construction des enveloppes psychocorporelles et de l'axe corporel est déficitaire, et ne lui permet pas de gérer ses émotions. Le schéma corporel est relativement bien intégré, mais son image du corps est fragile. Lorsqu'il est en difficulté ou qu'il se désorganise, Sandro recherche l'adulte et son assise corporelle pour l'étayer. Il semble qu'il puisse ainsi s'approprier et intégrer quelque chose de la contenance. La contenance physique et verbale de l'adulte est très efficace pour aider Sandro à supporter ses émotions et se remobiliser dans les activités.

c. Le projet thérapeutique

Une prise en charge en balnéothérapie est indiquée afin d'effectuer un travail autour des enveloppes et de l'assise corporelles de Sandro, pour qu'il puisse consolider son ancrage

corporel face aux émotions souvent déstabilisantes pour lui. La prise en charge individuelle a lieu à raison d'une séance de 45 minutes environ par semaine.

Il s'agit de proposer à Sandro un espace où il pourra repasser par les phases du développement psychomoteur infantile, afin de consolider ses intégrations précoces très fragiles.

J'ai eu également la possibilité d'observer, d'encadrer et de proposer des animations à Sandro et aux enfants de l'unité une partie de l'après-midi, n'ayant pas de prise en charge à ce moment-là de la journée. Ces temps groupaux m'ont permis d'apprécier l'évolution relationnelle et comportementale de Sandro au cours de l'année. Une mise en relation intéressante peut être pensée entre son évolution en séance de psychomotricité et au sein du groupe institutionnel.

Le projet éducatif mis en place au niveau institutionnel visait initialement à un apaisement comportemental de Sandro grâce à la contenance et au cadre assurés dans l'unité. Suite aux progrès manifestes de Sandro au niveau de la régulation tonico-émotionnelle, le projet s'est orienté vers un soutien à la subjectivation du garçon, à l'émergence du "Je". Enfin, la fin de son hospitalisation s'axe autour des questions d'autonomisation. Sandro va désormais aller déjeuner au self de l'institution, hors de l'unité, avec un soignant. Le projet éducatif est sous-tendu par une réflexion psychopathologique de l'enfant.

En psychomotricité, la balnéothérapie constitue un moyen de consolider l'enveloppe psychocorporelle de Sandro, et de le soutenir dans l'acquisition des capacités de régulation tonico-émotionnelle et des distances relationnelles. Ses problématiques sont imbriquées et interdépendantes, d'où la nécessité d'une prise en charge globale. Sandro a ainsi pu expérimenter, au cours de sa prise en charge, la solidité et la contenance de son propre corps, seul ou lors de propositions groupales. Son évolution a été, à chaque moment, soutenue par la triple enveloppe offerte par l'eau, la relation avec la psychomotricienne et moi, et le cadre.

Le déroulement type des séances en balnéothérapie

Les séances de balnéothérapie avec Sandro sont assez ritualisées. La psychomotricienne ou moi-même allons prévenir et chercher Sandro pour aller à la piscine, qui se trouve hors de

l'unité, mais très proche géographiquement. Il a généralement déjà préparé de manière autonome ses affaires pour la balnéothérapie, et nous partons directement.

Puis nous arrivons à la piscine, et chacun de nous se change dans les cabines du vestiaire. Les règles y sont bien établies, Sandro se prépare seul, et nous attendons que chacun de nous soit prêt avant d'aller dans l'espace des douches. C'est un temps de retrouvailles et d'échange autour du déroulement de la semaine ou de l'état corporel de Sandro.

Une fois douchés, nous entamons les jeux et les diverses propositions dans le bassin. Les règles y sont claires et plutôt bien intégrées par Sandro, bien qu'il cherche parfois à entamer le cadre. Il s'agit surtout de règles visant à éviter les comportements de mise en danger : il ne faut pas courir, ne pas sauter du rebord du bassin, respecter chacun et ne pas se blesser ou blesser l'autre.

Le matériel disponible en balnéothérapie consiste en des tapis, des structures flottantes, six bâtons lestés de couleur et numérotés, des pistolets à eau, une poupée, un ballon, des cerceaux, des bracelets lestés, des seaux et des arrosoirs. Sandro peut utiliser tout ce qu'il veut, et la psychomotricienne et moi suivons généralement ses propositions. Cela donne une indication sur ses besoins du jour, son état psychocorporel. Il accepte sans difficulté nos apports dans le jeu, qu'il s'agisse de nouvelles règles ou de nouvelles idées pour faire évoluer sa proposition, ou pour axer le travail thérapeutique sur une notion particulière.

À la fin de ce temps de jeu, nous rangeons, allons nous doucher, et retournons aux vestiaires pour nous rhabiller. Ce temps est assez ritualisé, Sandro se douche en autonomie, puis la psychomotricienne le sèche dans un moment de grande contenance, durant lequel il se laisse généralement aller à une grande détente. Les discussions sont alors souvent axées sur les ressentis et les émotions qui traversent le garçon. Il y aborde des sujets, ou nous raconte des histoires, qui parlent de ses angoisses et des sentiments qui l'habitent. Il se rhabille de manière autonome, n'oublie jamais de mettre de la crème hydratante, se parfume parfois. Une fois que chacun de nous est prêt, nous rentrons sur l'unité.

Le début de la prise en charge en balnéothérapie

La prise en charge de Sandro en balnéothérapie a débuté le 1er juin 2016, peu après son arrivée en séjour passerelle. La psychomotricienne et sa stagiaire l'encadraient, cependant cette dernière n'entrait pas dans le bassin avec eux.

Sandro a rapidement investi cette séance individuelle. Il a pu proposer des jeux à deux ou à trois, toujours en mouvement et à distance. Lorsqu'il se rapprochait, il pouvait avoir des mouvements d'agrippement. Les fins de séance étaient propices à des propositions de holding et de portage. Cependant elles étaient un peu difficiles pour Sandro qui avait besoin d'un étayage important. Il ne pouvait nommer les émotions qui le traversaient. Après un mois de prise en charge, l'inquiétude de Sandro s'est atténuée et il a pu investir ce moment de détente.

Le départ de la stagiaire en juillet a provoqué un effondrement important chez Sandro. La contenance proposée en balnéothérapie lui a permis d'aborder sa vie émotionnelle sans agitation. Cependant, l'absence de tiers ne l'a pas désorganisé, il a gardé des repères et la prise en charge s'est poursuivie jusqu'aux vacances d'été, en août. J'intègre la prise en charge en septembre 2016, lors de la 8e séance de balnéothérapie.

d. La rencontre

Je rencontre Sandro en septembre 2016, lors de mon premier jour de stage. Après m'avoir montrée les locaux de l'institution, ma maître de stage m'a présentée aux enfants en leur expliquant mon statut de stagiaire, et en les prévenant que j'allais les suivre lors de ses prises en charge.

Je me souviens avoir été surprise par les réactions quelque peu intrusives de certains enfants, qui, me voyant pour la première fois, vinrent faire ma connaissance en se réfugiant directement dans mes bras. Tous les enfants ayant eu ce comportement souffraient d'un trouble du spectre autistique, sauf Sandro. Son contact était différent de celui des autres enfants (dont les contacts me firent me sentir un peu objectalisée, car dénuées d'intentions relationnelles). Lui me regardait tout en me serrant dans ses bras, me demandant mon prénom et si j'allais participer aux séances de balnéothérapie. Il n'avait aucune appréhension, et son attitude très enfantine semblait marquer un besoin d'être accepté et reconnu par moi. Je n'aurais pas pu deviner son âge, malgré sa taille et son physique qui correspondent à sa tranche d'âge, tant son comportement était celui d'un jeune enfant. Après avoir répondu à ses questions, je dus un peu forcer la rupture du contact pour pouvoir repartir.

Il me laissa pleine d'interrogations, prémices d'un questionnement sur ses modalités relationnelles dont ce mémoire fait notamment état. Que venait-il chercher dans ce contact,

avant même de me connaître ? Quelle conscience des distances relationnelles d'usage avait-il ? Comment lui répondre et quelle attitude adopter ? Je me trouvais pour la première fois dans une posture délicate où la crainte qu'il ne se sente rejeté se heurtait à mon sentiment personnel d'intrusion. J'ai revécu cette situation nombre de fois tout au long de mon suivi de cet enfant, me demandant sans cesse quelle était la réponse adaptée à lui donner. L'émergence de ma posture thérapeutique au cours de l'année m'a aidée à trouver des réponses et des solutions à ce questionnement.

La première partie de ce mémoire nous montre la cohérence du projet de soin établi pour Sandro. L'institution s'inscrit historiquement dans une dynamique de soin global, appuyé par une réflexion pluridisciplinaire aboutissant à l'élaboration du projet de soin individualisé. L'intégration de l'enfant s'effectue après une observation permettant de cerner au mieux ses besoins. Les multiples temps de réflexion interdisciplinaire permettent à l'équipe de l'unité d'assurer la cohérence dans la prise en charge du sujet.

La psychomotricité s'inscrit dans cette dynamique de considération du sujet dans sa globalité. Si le métier de psychomotricien peut s'exercer de plusieurs manières selon les institutions et les besoins du sujet, dans le cadre de la prise en charge de Sandro, c'est une thérapie psychomotrice qui est engagée. La spécificité du psychomotricien place la relation et l'approche corporelle des troubles psychiques au cœur de sa pratique. Mon intégration dans le projet de soin de Sandro soutient ce travail relationnel et d'engagement corporel. L'anamnèse du garçon révèle la nécessité d'un étayage constant pour garantir son intégrité corporopsychique. Son histoire de vie est marquée par des ruptures, à l'image de son enveloppe psychocorporelle. L'intégration d'un internat thérapeutique pour un séjour longue durée lui assure une première expérience de continuité. Le bilan psychomoteur de Sandro témoigne de ce vécu de discontinuité, révélé par la défaillance de l'enveloppe, de l'image du corps, des capacités d'ancrage et de régulation tonico-émotionnelle. Le projet thérapeutique mis en place en psychomotricité vise à offrir à Sandro l'expérience d'une continuité, tant corporelle que relationnelle, afin d'apaiser ses angoisses.

D'où viennent ces angoisses ? Quelles sont les répercussions de la pathologie limite de l'enfance sur le fonctionnement psychocorporel du sujet ?

II. SANDRO, LA PATHOLOGIE LIMITE DE L'ENFANCE ET SES PROBLÉMATIQUES PSYCHOMOTRICES

L'état-limite, le cas-limite, l'organisation *borderline* ou la pathologie limite : diverses dénominations pour un fonctionnement aux multiples facettes. Le fossé existant entre l'apparente adaptation du sujet et les défaillances profondes au niveau de l'image de corps, de l'enveloppe, de la régulation tonique et du registre relationnel m'a interpellée, et a mené à la conception de ce mémoire.

A. Description de Sandro

Sandro est un garçon aux cheveux châtons clairs, au sourire malicieux et aux yeux pétillants. Il est de taille et de corpulence moyennes pour ses 9 ans. Il est vif et parle rapidement, parfois ses mots se mélangent et il devient difficile de le comprendre. Il est à l'aise au niveau moteur, mais son rythme rapide le pousse parfois à la précipitation et au déséquilibre. Fan de rap français et de super-héros, dont ses vêtements arborent souvent les images, il apprécie également le football et partir à la pêche avec son père. Il investit beaucoup l'école et il est fier de montrer ses progrès scolaires à son entourage.

Il est attentif aux allées et venues de chacun, surtout à ceux des adultes, qu'il accueille toujours par un sourire ou un petit mot, et souvent par un câlin. Il s'épanouit dans les relations duelles avec les adultes, et peut se montrer très jaloux des autres enfants bénéficiant d'une attention particulière de la part des soignants.

Il est sociable et avenant, cependant, lorsqu'un évènement le déroute, le frustre, ou l'angoisse, il peut se montrer soudainement très agressif physiquement et verbalement. Sa fragilité narcissique l'amène souvent sur un versant relationnel conflictuel avec ses pairs. Il s'avère alors très difficile de le raisonner, et la contention physique s'impose souvent pour le protéger et pour protéger les autres. "Chez le patient état limite, l'agir est fulgurant, et consiste en un déclenchement d'une séquence motrice ou gestuelle qui constitue un moyen de rompre avec la confrontation à des représentations psychiques intolérables."¹⁰

¹⁰ BOUTINAUD J., 2016, p.119

Sandro présente une enveloppe corporelle défaillante dans sa fonction de contenance et de pare-excitation. Ses difficultés de régulation tonique et d’ancrage témoignent d’une enveloppe dont la construction fragile ne lui permet pas d’accéder à un sentiment de sécurité interne suffisant pour supporter ses émotions. L’élaboration de ses affects, notamment dépressifs, est entravée par un clivage psychique. Insuffisamment contenu par son enveloppe psychocorporelle, Sandro est perméable à son environnement, et dépendant de celui-ci pour assurer sa sécurité affective. Cette description rapide de la complexité du fonctionnement du garçon correspond à la symptomatologie d’une pathologie limite de l’enfance.

B. La pathologie limite de l’enfance : l’angoisse du vide

L’étude de la pathologie limite se heurte aux différences profondes des approches cliniques de la maladie. R. Pirard dit “On ne peut manquer d’être frappé par la disjonction qui va grandissant dans le champ de l’intervention clinique entre, d’une part, le modèle médical d’une traque des symptômes dans l’espoir hygiéniste de les réduire (...) et, d’autre part, l’éthique analytique d’un repérage sur les symptômes pour les restituer à un sujet qui s’en trouve délogé (...).”¹¹ La place donnée au symptôme diffère, et influe sur la compréhension du fonctionnement du sujet.

a. Sémiologie et étiologie de la pathologie limite de l’enfance

La CFTMEA tente de renseigner l’organisation psychopathologique du sujet, les risques évolutifs et les indications thérapeutiques. Cette classification est “Centrée sur la pédopsychiatrie, elle est la seule à affirmer la spécificité de la psychopathologie infantile, intimement liée à cette période de la vie, où le développement, les caractéristiques individuelles et le contexte environnemental revêtent une importance particulière.”¹² Il s’agit de la classification de référence lorsque l’on étudie les pathologies limites de l’enfance.

Ma présentation est principalement influencée par une compréhension psychodynamique de la pathologie limite. Ce modèle a été celui qui m’a paru le plus parlant au regard de mon expérience clinique de cette pathologie. Devant la diversité symptomatique des tableaux cliniques de la pathologie limite de l’enfance, R. Misès s’attache à “dégager les

¹¹ *La clinique Lacanienne*, n°6, 2003, Erès

¹² COINCON Y., 2013

mécanismes psychopathologiques de façon à fixer prioritairement les critères différentiels vis-à-vis des organisations névrotiques et psychotiques.”¹³ L’approche globale du sujet proposée par R. Misès m’a parue intéressante afin d’établir clairement la spécificité du fonctionnement limite. J’ai également cherché à illustrer mon propos en m’appuyant sur des auteurs psychomotriciens, pour affiner la lecture psychocorporelle de la pathologie.

La pathologie limite de l’enfance est une organisation psychopathologique située sur un troisième axe, entre la névrose et la psychose. “De préférence à celui d’”état limite”, bien individualisé en psychiatrie générale, le terme de pathologie limite a été retenu pour l’enfance afin de souligner les potentialités évolutives plus diversifiées des troubles du jeune âge, leur pronostic plus favorable (...); on marquera aussi l’influence qu’exerce l’adolescence, notamment les risques de fixation ou de rupture qu’elle inclut.”¹⁴ Marie Dessons insiste sur l’étroitesse de la frontière entre la pathologie limite et la psychose ou la névrose. La pathologie limite s’approche de la psychose de par des angoisses archaïques massives, entraînant un vécu corporel chaotique.¹⁵ Les assises narcissiques et la construction identitaire fragiles du sujet limite sont également des facteurs communs à l’organisation psychopathologique psychotique. La pathologie limite se rapproche de la névrose avec certains symptômes d’allure phobique, hypocondriaque ou obsessionnelle.¹⁶

Cliniquement, les symptômes de la pathologie limite de l’enfance apparaissent peu spécifiques chez l’enfant. Les signes d’excès de tension interne, sur un versant d’instabilité ou d’inhibition et l’intolérance à la frustration peuvent cacher les problématiques profondes de l’enfant. Initialement, le sujet est parfois amené à consulter un spécialiste pour des troubles d’ordre somatique ou des retards de développement.

Concernant l’étiologie de la pathologie, plusieurs facteurs sont en cause dans l’émergence d’un fonctionnement psychopathologique de type limite. Une place prépondérante est accordée aux distorsions des relations précoces et aux conditions d’environnement. Une dysfonction neurologique périnatale est également évoquée par R. Misès.¹⁷ D. Anzieu évoque la pathologie limite comme étant une souffrance consécutive à la difficulté d’établir des limites stables et sécurisantes au sein de la société actuelle.¹⁸

¹³MISÈS R. 1985, p.1347

¹⁴ *Ibid*, p.1348

¹⁵ BOUTINAUD J., 2016

¹⁶ ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., 2004

¹⁷ MISES R., 1985

¹⁸ ANZIEU D., 1995

Les angoisses

Dans la pathologie limite, les angoisses dépressives, de perte d'objet et de séparation prédominent sur les angoisses psychotiques de morcellement et d'anéantissement. L'angoisse d'abandon est prépondérante, liée à une position dépressive inélaborable, et s'associe à une forte fragilité narcissique. Les troubles du comportement s'imposent comme une défense maniaque luttant contre les éléments dépressifs.

Le *défaut d'élaboration de la position dépressive* est lié à la défaillance de l'étayage maternelle. Du côté de la mère¹⁹, l'autonomisation de l'enfant est une menace narcissique. Il peut en découler une relation d'emprise narcissique empêchant l'enfant d'accéder à une identité propre. Pour l'enfant, qui a reconnu sa mère comme un objet entier, la peur de l'endommager par des mouvements pulsionnels contradictoires produit une angoisse de perte. De part et d'autre de la relation, la vulnérabilité à la perte de l'objet devient une problématique centrale. L'enfant ne peut intégrer les angoisses de séparation ni dépasser le *conflit d'ambivalence*. L'ambivalence est la "présence simultanée dans la relation à un même objet, de tendances, d'attitudes et de sentiments opposés (...)"²⁰ Il lui est dès lors difficile d'acquiescer les capacités suffisantes à la résolution de ses conflits internes et au contrôle de son agressivité. Ses difficultés de symbolisation peuvent le mener à recourir à l'externalisation du conflit, c'est à dire agir ses conflits internes sur la scène extérieure pour pouvoir les identifier.²¹

Le mécanisme de défense principal à l'œuvre dans la pathologie limite est le clivage. Le clivage permet un fonctionnement en faux-self, maintenant côte à côte des positions contradictoires en protégeant le sujet de conflits internes. "Dans la pratique clinique, face à ces sujets, on découvre que les positions prises, pour adaptées qu'elles soient, recouvrent surtout une tentative de maîtrise orientée par une subtile appréhension de l'attente d'autrui (...)"²² Le clivage empêche l'intégration de l'ambivalence.

Les enveloppes et les limites psychocorporelles, bien que fragiles, sont formées. Cependant, l'enfant ne peut trouver en lui-même les ressources suffisantes à l'auto-apaisement car les fonctions contenante et de pare-excitation de l'enveloppe font défaut. La différenciation entre soi et non-soi est acquise et assure au sujet l'accès au "*sentiment de soi*".

¹⁹ Dans ce mémoire, l'utilisation du mot mère renvoie à toute personne référente s'occupant du bébé dans ses premiers temps de vie.

²⁰ LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., 2009, p.19

²¹ BOUTINAUD J., 2016

²² MISÈS R., 1985, p.1357

Cependant, sans l'intériorisation de la *fonction alpha maternelle*, la construction d'un appareil à penser autonome est difficile, et la *capacité d'être seul* très entravée.

Cette dernière notion, théorisée par D.W. Winnicott, correspond à l'aptitude du nouveau-né à être seul psychologiquement, tout en étant accompagné physiquement. Elle découle de la capacité de la mère à se rendre absente de l'esprit de l'enfant, pendant que celui-ci développe la possibilité de se tourner vers sa propre vie intérieure en toute sécurité. Il s'agit de l'aboutissement du développement affectif de l'enfant, qui a traversé les phases de dépendance extrême utérine, absolue, puis relative pour enfin s'engager vers l'indépendance avec l'acquisition de la capacité d'être seul.²³ Ayant intériorisé la "mère-support du Moi"²⁴, il sera capable de supporter la solitude et l'absence de celle-ci sans en pâtir, puisqu'il aura déjà expérimenté et intégré cette situation à ses côtés, dans un environnement sécurisant. Chez l'enfant état-limite, cette capacité est entravée et explique les angoisses de séparation majeures dont il souffre.

Le 4 janvier 2017, séance n°20 :

Sandro est pressé en entrant dans la piscine. Dans le bassin, il saute en arrière assez violemment, et fait beaucoup d'allers-retours sous l'eau. Il cherche les limites de la piscine. La psychomotricienne sort un tapis, et Sandro s'allonge dessus en décubitus ventral. La psychomotricienne se place à une extrémité du bassin et je me positionne à l'opposé. Chacune de nous accueille Sandro lorsqu'il arrive à proximité, fait pivoter le tapis vers l'autre personne et le pousse doucement pour qu'il la rejoigne. Sandro fait ainsi la navette entre nous deux pendant plusieurs minutes. Il ne cherche pas à nager pour accélérer la vitesse du tapis. Il semble sûr et peut attendre de rejoindre, avec beaucoup de plaisir, la personne qui l'accueille. Il va ensuite chercher un ballon et propose que l'on fasse un taureau. Il s'agit d'un jeu au cours duquel deux personnes se passent un ballon pendant qu'une troisième tente de l'intercepter au milieu. Sandro se montre très compétiteur, et n'hésite pas à faire preuve de force pour récupérer la balle, mais il n'y a aucun débordement.

Les voyages qu'effectue Sandro entre la psychomotricienne et moi travaillent le lien et la séparation. Il ne semble pas angoissé de quitter l'une de nous, car il sait qu'il sera accueilli par l'autre. Le lien n'est pas rompu, il retrouve la première personne après avoir rencontré la deuxième, et inversement. Il s'agit d'expérimenter dans un cadre contenant la persistance du lien malgré la distance. Cette scène me renvoie l'image d'un jeune enfant qui, au début de

²³ LEFÈVRE A., 2012

²⁴ WINNICOTT D.W., 1958, p.55

son apprentissage de la marche, fait des allers-retours entre ses parents. La sécurité affective dans la relation thérapeutique semble lui permettre d'oser la séparation, de partir seul en restant calme et sûr. L'aspect symbolique du jeu est intéressant, en ce sens que la personne qui l'accueille l'a d'abord attendu. Pour ce petit garçon qui ne cesse de désirer la présence de l'autre, sentir que sa présence est attendue peut avoir un effet renarcissant.

Le jeu du taureau contraste avec la proposition des voyages. Ce jeu très moteur permet au garçon d'expérimenter de façon ludique le lien à distance dans une posture active. On aurait pu craindre que l'excitation et les émotions provoquées par le jeu le désorganisent et qu'il vienne s'agripper à nous pour calmer l'angoisse. Ce ne fut pas le cas. Dans ce jeu, Sandro supporte très bien de rester à distance, et peut également investir les différents rôles sans problème.

Cette séquence illustre le travail psychomoteur pouvant être effectué autour des angoisses. Il s'agit d'offrir à Sandro un lieu d'expérimentation de situations possiblement angoissantes pour lui au niveau affectif. La contenance de la relation, de l'eau et du cadre permettent au garçon de ne pas vivre l'expérience comme un danger, mais de l'exploiter comme un moyen d'intégration.

L'apaisement des angoisses permettrait-il l'émergence d'un fonctionnement relationnel plus indépendant, avec une incidence directe sur les troubles du comportement ?

La relation

Les placements ou les séparations à répétition peuvent être des facteurs participant à l'émergence d'une pathologie limite chez l'enfant. Les défauts d'étayage liés à un trouble de la relation mère-bébé relèvent de défauts d'ajustement lors des périodes où l'enfant a besoin d'une adaptation fine de la mère. Dans la pathologie limite, malgré la discontinuité du processus de soins maternels, "l'enfant (...) s'est trouvé capable de mettre en oeuvre des capacités d'adaptation et de rétablissement, même si elles se sont développées de façon dysharmonique (...) "²⁵. Ces mécanismes de protection salvateurs pour l'enfant sont, néanmoins, construits de manière trop fragile pour assurer l'appropriation des mécanismes qui assurent l'individuation, la symbolisation et la vie fantasmatique. La discontinuité des soins maternels empêche l'instauration du premier sentiment continu d'existence, à la base du premier sentiment d'identité sur lequel se fonde le narcissisme primaire. La forte dépendance à l'environnement induite est source d'angoisse.

²⁵ MISÈS R., 1985, p.1351

Les défauts d'élaboration de la fonction contenante sont liés à un échec précoce du rôle maternel de pare-excitation. L'enfant ne peut introjecter cette fonction complètement et "reste soumis aux risques de débordement par des excès de tension interne qui altèrent les ébauches d'organisation de sa vie mentale."²⁶ Il en résulte un échec ou un retard d'accès à l'espace transitionnel. D.W Winnicott définit cet espace comme étant "l'aire intermédiaire qui se situe entre le subjectif et ce qui est objectivement perçu."²⁷ L'enfant évoluant vers une pathologie limite reste en proie à l'angoisse d'intrusion ou de vidange, tandis que l'illusion d'omnipotence persiste.

L'enfant a de grandes difficultés à jouer seul et ne cesse de solliciter son entourage, de manière plus ou moins ritualisée. Il cherche l'exclusivité dans le lien et reste très dépendant à son environnement. Cette dépendance entraîne une blessure narcissique importante. La difficulté de l'enfant à jouer inclut des échecs de représentation et d'accès à la transitionnalité. La créativité et le symbolisme sont précaires. La problématique de l'absence est centrale dans la pathologie limite de l'enfance. "Le jeu a aussi pour fonction d'assimiler l'absence, de s'en rendre psychiquement maître, dans un espace intermédiaire entre le monde interne et la réalité externe (...)"²⁸ La représentation de l'absence ne se constitue pas, l'objet est amené de façon intrusive ou inconstante, et ne permet pas à l'enfant de se le représenter en l'absence de celui-ci. Le sentiment de vide et d'insatisfaction se développe sur cette impossibilité à se figurer l'absence de l'autre, et est l'expression d'une blessure narcissique importante.

Le narcissisme est défini comme "l'amour porté à l'image de soi-même."²⁹ L'absence d'amour de soi est liée à l'échec d'intériorisation des bons objets qui permettent la réassurance et l'intégration des marques d'amour. L'enfant peut répondre à ces atteintes en adoptant une attitude déniait les blessures, ou en subissant un sentiment perpétuel de vide psychique. "Le renforcement des défenses maniaques conduit à des essais de maîtrise active (...) tantôt sous une forme séductrice assez bien adaptée, tantôt à travers des troubles bruyants des conduites."³⁰ Les échecs et les difficultés de l'enfant sont vécus comme une injustice et redoublent l'insécurité. Une grande intolérance à la frustration en découle.

Le 1er mars 2017, séance n°25 :

²⁶ *ibid*

²⁷ WINNICOTT D.W., 1975, p.31

²⁸ MISÈS R., 1985, p.1352

²⁹ LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., 2009, p.261

³⁰ MISÈS R., 1985, p.1355

Sandro est content de retrouver la balnéothérapie. La psychomotricienne ne peut pas se baigner avec nous suite à une blessure. Sandro est calme dans les vestiaires. Il cherche un peu à me provoquer dans les douches en m'arrosant. Il s'immerge ensuite dans la piscine, avec ses lunettes de plongée comme seul accessoire. Il va rapidement chercher un ballon. Nous élaborons une sorte de handball dans l'eau, chacun ayant son but à une extrémité du bassin. Sandro a une bonne régulation tonique, il tente différentes stratégies pour marquer, et il accepte sans problème de ne pas réussir à chaque fois. Il est bien dans la relation et respecte parfaitement les distances interpersonnelles. Il ne cherche pas de contact physique, malgré son engagement dans le jeu. Il gagne la première partie. Après une courte pause, lors de laquelle il se laisse flotter près du jet d'eau en cherchant une stimulation tactile au niveau de la tête, nous entamons une seconde partie. Je marque plus de points que Sandro. Il tire alors plus fort, et montre plus d'agressivité. Je gagne la partie, en prenant soin de ne pas terminer avec un écart de point trop important. Sandro est visiblement déçu. Il a un mouvement fort d'agrippement, qui semble être lié à un sentiment de culpabilité après son agressivité. Il ne peut rien en dire, mais j'ai des difficultés à le séparer corporellement de moi. Il verbalise qu'il ne veut pas que la séance se termine ainsi. Le temps ne permettant pas de refaire une partie entière, la psychomotricienne nous suggère de terminer le jeu en faisant 5 tirs au but chacun. Lorsque Sandro marque ou arrête mes tirs, il affiche un large sourire et semble retrouver de l'assurance. Il n'a pas de réaction de prestance, mais il semble prendre beaucoup de plaisir à gagner après son échec. Il gagne la séance de tir au but, et nous sortons deux tapis pour terminer la séance. Il est d'abord un peu agité, mais il peut finalement se poser, fermer les yeux et se détendre. Il me sollicite pour chanter notre comptine habituelle, en duo. À la fin de la proposition de portage, il prend un deuxième tapis pour se couvrir le corps complètement.

La proposition et ma victoire d'une des parties travaillent l'angoisse d'échec de Sandro. Il y a quelques mois, je n'aurais pas tenté de confronter Sandro à cette notion de cette manière. Il montre actuellement des progrès permettant d'aborder des problématiques auparavant secondaires, tant un travail était nécessaire sur la construction de ses enveloppes et d'un sentiment de sécurité interne. Sa fragilité narcissique ne permettait pas d'envisager de telle situation sans débordement. Actuellement, le travail autour de son image du corps n'est pas terminé, mais il est suffisamment engagé et l'évolution de Sandro est suffisamment bonne pour le confronter à des échecs, contenus et repris au sein de la prise en charge en balnéothérapie. Il arrive de mieux en mieux à gérer sa frustration.

Sandro montre qu'il peut à présent se détendre seul, hors des propositions de portage. Entre les deux parties, il cherche seul une posture confortable et des stimulations sensorielles qui l'apaisent. Il n'a pas besoin de parler ou de contenance sonore, il ne me sollicite pas pour chanter une chanson ou pour le porter. Nous sommes plutôt éloignés dans l'espace et il semble se concentrer sur ses ressentis corporels. La relation peut être conservée à distance, sans provoquer d'angoisses trop importantes.

Concernant le mouvement relationnel de Sandro dans la douche, il est intéressant de noter qu'il peut maintenant jouer à me provoquer. Il semble suffisamment sécure pour "m'attaquer" sans craindre la rupture du lien. Ses angoisses d'abandon semblent, à ce moment, atténuées. Malgré ses progrès au niveau des distances interpersonnelles et de régulation tonico-émotionnelle, il a encore des difficultés à mettre en mot ses émotions.

Les angoisses de l'enfant état-limite influent grandement sur son fonctionnement relationnel. Dépendant à l'autre, incapable d'être seul, il développe un comportement adhésif visant à compenser ses angoisses. La faille narcissique sous-jacente explique notamment la fragilité de l'image du corps, et l'aspect dépressif couvert par l'agitation psychomotrice.

La dépression

Le 21 septembre 2016, séance n° 9 :

À la fin de la séance, Sandro a quelques difficultés à sortir du bassin pour rejoindre les douches. Il montre une grande hypotonie, nous dit qu'il ne veut pas sortir et reste dans l'eau alors que la psychomotricienne et moi nous dirigeons vers les douches. Ne supportant pas d'être seul, il nous rejoint toutefois rapidement. Sandro, dans une grande hypotonie, se laisse sécher par la psychomotricienne. Il est tout à fait passif et ne parle plus. Il n'émet que des onomatopées, et semble ainsi adopter le même mode de communication qu'un de ses camarades autistes de l'unité. Malgré l'enveloppement global de la serviette lors du séchage et les paroles de la psychomotricienne, il semble difficile à Sandro de supporter l'abaissement de son tonus et la perte de sa carapace tonique. Il n'est plus en relation avec nous et parle seul. L'hypothèse qu'il est, à ce moment, en proie à une angoisse de liquéfaction est envisageable. Le risque est alors qu'il recourt à un recrutement tonique massif, aboutissant à une crise clastique, pour retrouver une contenance psychique. La psychomotricienne le sollicite et lui pose des questions sur un sujet qui le stimule : l'école. Sandro réagit positivement et renoue peu à peu le contact avec nous. Nous rentrons sur l'unité et il verbalise qu'il se sent très fatigué.

La réaction de Sandro à la sortie de l'eau semble indiquer combien la contenance de l'eau et du portage l'a étayé. Elle souligne également la défaillance de ses propres enveloppes à contenir ses angoisses, l'importance de son effondrement marquant sa difficulté à trouver une contenance dans son corps propre. La comparaison entre ses sensations lorsqu'il est contenu par l'eau et lorsqu'il est hors de l'eau accentue peut-être ce phénomène.

L'abaissement tonique peut ouvrir un accès aux affects dépressifs de Sandro. Le tonus étant le support des émotions, le relâchement tonique peut permettre à Sandro de s'approcher de ses affects. Il ne peut élaborer ou verbaliser ses émotions, en atteste son recours au jargon, et il les exprime corporellement par une hypotonie massive. L'angoisse pouvant découler du trop-plein émotionnel libéré par la contenance de l'eau, et par la reconnexion avec sa vie interne, peut également expliquer le comportement de repli relationnel dont fait preuve Sandro lors de cette séquence.

La dépression peut prendre la forme d'un syndrome du comportement vide, caractérisé par un retrait social et un ralentissement psychomoteur important, avec une désaffectation

objectale et un intérêt concentré sur des activités stéréotypées visant à combler le vide.³¹ Elle peut aussi s'exprimer sous forme d'idées d'injustice suscitant des réactions agressives, en réponse à la souffrance et au vécu d'inutilité, de non-valeur et aux sentiments de vide perçus par l'enfant.

Les enfants évoluant vers une pathologie limite sont sujets à des troubles instrumentaux et cognitifs diversifiés. Les troubles praxiques, gnosiques ou de langage sont liés aux retards d'organisation du raisonnement. Ils peuvent être liés aux difficultés dans les registres de l'individuation, de la transitionnalité et de l'élaboration de la position dépressive. Ces troubles ne sont pas systématiques.

D. Anzieu envisage la pathologie limite comme découlant des troubles des interactions précoces dans le sens de l'excès et du manque de réponse adaptée aux besoins du bébé. L'inconstance du lien et des soins fait violence à l'enfant. Hermann élabore le concept de *cramponnement*, qui décrit le nécessaire agrippement du bébé à sa mère, agrippement qui déclenche chez elle des réactions adaptées aux besoins du bébé. Le *décramponnement* correspond aux angoisses de séparation. À propos des sujets limites, D. Anzieu dit "Ils ont du mal à se décramponner intellectuellement de ce vécu flou, mixte d'eux-mêmes et d'autrui, à abandonner le contact par le toucher, (...) à accéder à une vision conceptuelle des choses et de la réalité psychique et au raisonnement abstrait; ils restent collés aux autres dans leur vie sociale, collés aux sensations et aux émotions de leur vie mentale (...)"³² L'incertitude des ressentis psychocorporels est majorée par la préoccupation forte pour le désir et l'affect de l'autre.

Quelle est l'incidence de ce fonctionnement psychique au niveau psychomoteur ?

Comment en sont affectées les fonctions de l'image du corps, de l'enveloppe psychocorporelle et de la régulation tonique ?

C. L'image du corps et ses fragilités

³¹ MISÈS R., 1985

³² ANZIEU D., 1995 , p. 46

a. Définition

Le 15 mars 2017, séance n°27 :

Le matin, Sandro fait une crise de colère suite à un échec au jeu du Memory qu'il maîtrise pourtant très bien. Deux autres garçons participent au jeu. Je gagne la partie et Sandro a des paroles dépréciatives à mon encontre. Il semble insupportable pour lui de perdre devant d'autres enfants. Il se montre un peu violent envers la psychomotricienne, qu'il croise dans le couloir en sortant de la salle. Pour marquer l'incident et ne pas faire comme s'il n'était rien arrivé, nous annulons la séance de balnéothérapie. Nous la remplaçons par un temps dans la salle de psychomotricité.

Selon moi, cette séquence illustre les failles narcissiques de Sandro, failles dont découlent notamment les altérations de l'image du corps dont il souffre. Ses crises de colère et son intolérance à la frustration peuvent s'expliquer par les angoisses issues de ses échecs. Son narcissisme, à la construction fragile, en est directement atteint. Son comportement semble illustrer l'importance de la notion d'image du corps dans l'équilibre psychocorporel.

Ma présentation de la notion d'image du corps ne reprendra pas les apports de tous les auteurs ayant contribué à l'élaboration de ce concept. J'ai choisi d'appuyer ma réflexion sur la théorisation originelle de P. F. Schilder, puis sur l'apport de F. Dolto, qui fut la première à distinguer clairement l'image du corps du schéma corporel. Enfin, j'aborderai l'angle psychomoteur abordé par la notion d'image composite du corps d'E. Pireyre.

La définition actuelle de l'image du corps découle d'un processus théorique évolutif. Sa conceptualisation est d'abord marquée par l'apport de P. F. Schilder qui l'a, le premier, théorisée. Cependant, sa conception distingue peu les concepts d'image du corps et de schéma corporel. Il affirme l'importance de la libido, "énergie postulée par Freud comme substrat de transformation de la pulsion sexuelle quant à l'objet, quant au but, quant à la source d'excitation sexuelle"³³, dans la construction de l'image du corps. Pour Schilder, "l'image du corps est la résultante d'un fonctionnement sensoriel normal investi au fil du développement par la libido."³⁴ Il précise que certaines parties du corps peuvent se transférer à d'autres, au niveau symbolique. Il inclut également à sa conception l'action de l'environnement et de la relation sur la création de l'image du corps.

³³ LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., 2009, p.224

³⁴ PIREYRE E., 2011, p.35

F. Dolto clarifie la différence existant entre les notions de schéma corporel et d'image du corps. Elle définit le schéma corporel comme étant "une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique. Nos expériences de notre réalité dépendent de l'intégrité de l'organisme, ou de ses lésions transitoires ou indélébiles, (...) et aussi de nos sensations physiologiques (...) coenesthésiques"³⁵. Elle indique également que le schéma corporel inclut l'individu dans l'espèce humaine, et qu'il est en principe commun à tous les individus de même âge. Elle situe le schéma corporel dans les champs de l'inconscience, de la préconscience et de la conscience. "Le schéma corporel réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate."³⁶ Il est construit par l'apprentissage et l'expérience et il est évolutif. Il est un repère pour se situer et se déplacer dans l'espace.

F. Dolto définit l'image du corps comme étant "La synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant (...)"³⁷ Elle est éminemment inconsciente, mais peut devenir consciente grâce au langage verbal ou infraverbal. Les médiations peuvent également permettre la préconscientisation de l'image du corps. Elle est intimement liée à l'histoire corporelle du sujet en relation, elle est donc subjective et unique. "L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimiques et gestes"³⁸. Elle permet à chaque sujet d'entrer en relation. On entrevoit ici l'importance des médiations dans le travail de l'image du corps.

Selon F. Dolto, l'image du corps se compose de trois modalités dynamiques et reliées :

- L'image de base permet au sujet de se sentir exister de façon continue. Elle est statique.
- L'image fonctionnelle est celle qui permet au sujet d'organiser son comportement afin de le satisfaire les désirs auxquels il est soumis. Elle est dynamique.
- L'image érogène se focalise sur les lieux où plaisir et déplaisir érotisent la relation à l'autre.

³⁵ DOLTO F., 1984, p.18

³⁶ *Ibid*, 1984, p.23

³⁷ *Ibid*, 1984, p.22

³⁸ *Ibid*, 1984, p.23

“L’image du corps est la synthèse vivante, en constant devenir, de ces trois images : de base, fonctionnelle et érogène, reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans ce que j’appelle l’image dynamique”³⁹. L’articulation de ces trois modalités par l’image dynamique inscrit le sujet dans un processus d’expression et d’accomplissement de ses désirs dans la relation.

E. Pireyre contribue à la théorisation de l’image du corps en créant la notion d’*image composite du corps*. Il s’agit d’une théorie dite “psychomotrice” de l’image du corps. Il réaffirme sa dimension inconsciente et sa construction précoce, en permanence et en temps réel. L’image composite du corps est l’ensemble des traces archaïques et encartées dans le système nerveux central des relations entre un psychisme et un organisme immatures.⁴⁰ E. Pireyre lui attribue neuf composantes qui sont : La conviction d’une continuité d’existence, l’identité, l’identité sexuée, la peau, l’intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale, les compétences communicationnelles et les angoisses corporelles archaïques. La prise en compte de ces notions offre au psychomotricien de nouveaux outils de compréhension des troubles liés à une image du corps fragile.

Le 25 janvier 2017, séance n°23 :

Au cours d’une séance de balnéothérapie durant laquelle Sandro montre des signes d’angoisse et d’agitation assez importants, la psychomotricienne lui présente pour la première fois des bracelets lestés. Il est très intéressé par ce nouveau matériel, et le découvre avec plaisir. Ma maître de stage et moi-même l’aidons à les mettre à ses poignets et à ses chevilles. Sandro expérimente la différence de ressenti que ce poids supplémentaire apporte en traversant la piscine, et dans le mouvement en bougeant ses bras et ses jambes. Il a des difficultés à décrire ses sensations. La psychomotricienne me demande de les mettre aussi pour que je verbalise mes sensations et qu’il puisse emprunter mes ressentis pour comprendre les siens.

Le poids apporté par les bracelets lestés va renforcer le ressenti corporel de Sandro. Placés à ses chevilles, ils peuvent lui procurer un sentiment d’ancrage par le poids et la stabilité. Le vécu corporel, l’expérience réelle d’un poids supplémentaire et la comparaison avec les ressentis habituels de son corps peuvent permettre à Sandro une meilleure conscience corporelle. Ses difficultés de transmission de son ressenti semblent témoigner, à mon sens, d’un clivage corps-psyché, ou d’une difficulté d’élaboration de son vécu corporel.

³⁹ DOLTO F., 1984, p.57

⁴⁰ PIREYRE E., 2015

Le développement des capacités de conscience corporelle peut aider Sandro à se représenter son corps comme un repère solide et contenant, lui assurant protection et adaptabilité face aux événements extérieurs. La sécurité en découlant participe du travail de l'image du corps, celle de Sandro étant abîmée par l'imprévisibilité et le manque de contrôle corporel dont il souffre parfois.

Dans cette séquence, la psychomotricienne me demande de proposer à Sandro une interprétation de ses ressentis grâce à ma propre expérience des bracelets lestés. On peut considérer que j'adopte un rôle de fonction alpha, notion développée par W. Bion et que je présenterai dans la suite de mon mémoire.

Si l'image du corps se construit dans la synthèse des notions identitaires, relationnelles, d'enveloppe et de tonus, alors les troubles atteignant ces domaines n'impacteraient-ils pas l'image du corps ?

b. L'image du corps et la pathologie limite de l'enfance

“Les troubles limites de l'enfance, parce qu'ils concernent avant tout la peau et les enveloppes, vont donc tout particulièrement convoquer le corps et ses représentations.”⁴¹

Le 30 novembre 2016, séance n°17 :

Sandro teste les limites de son corps dans la chute dans tous les plans de l'espace. Il nous montre également ses capacités à traverser le bassin sous l'eau. Il nous propose de faire un rugby. Il se précipite sur moi, je le porte et le fais tomber au ralenti. La psychomotricienne propose un jeu de repoussé sans médiateur, mains contre mains, puis avec un médiateur. Le but de la proposition est de lui donner l'occasion d'éprouver ses limites tout en étant contenu par la relation. Puis, à cheval sur une structure, on tente de le déplacer. Sandro continue de tomber dans l'eau régulièrement.

Le plaisir pris par Sandro à traverser le bassin sous l'eau peut être lié au ressenti de ses limites internes. Le maintien pulmonaire de l'air sous l'eau lui permet d'expérimenter la contenance de son corps, ses capacités et ses limites. Le contrôle de sa respiration le rend

⁴¹ BOUTINAUD J., 2016, p.146

maître de son corps, qui le déborde parfois hors de l'eau. Il est acteur de ses mouvements. Il est responsable et autonome lors de cette proposition. Il se recentre sur ses ressentis pour percevoir le moment où il doit remonter à la surface.

Son besoin de limites dans la relation se matérialise ensuite lorsqu'il cherche à se jeter sur moi. L'adaptation de ce jeu va lui permettre, tout en étant cadré et en respectant les distances interpersonnelles, d'expérimenter sa force et ses limites corporelles par la mise en jeu de ses muscles et de ses fascias.

La recherche de ressentis des limites corporelles, internes et externes, émergeant à travers le comportement de Sandro signe une tentative de restauration de l'enveloppe, et participe à la reconstruction de l'image du corps. L'expérimentation de la résistance de l'enveloppe à ses attaques, dans l'eau et sur moi, semble correspondre à un besoin de contenance. La réponse adaptée de la psychomotricienne à l'appel moteur de Sandro objective les capacités communicationnelles du corps du garçon et l'inclut, lui, ses besoins et ses désirs, dans une relation où il est acteur. La psychomotricienne prend ainsi la fonction de présentation de l'objet, dans le sens où elle apporte à Sandro une réponse ajustée aux besoins qu'il joue sur la scène de la prise en charge.

La problématique de la représentation du corps chez les enfants état-limite est majeure. Elle oscille entre un investissement à peu près autonome du corps, sur un schéma névrotique, et une représentation indistincte entre le sujet et son environnement, sur un schéma psychotique.⁴² Les défaillances narcissiques et les angoisses corporelles de l'enfant limite vont affecter sa représentation de lui-même et de ses capacités. Son image du corps se constitue à partir de défauts d'intégration liés à la fragilité de la constitution du sentiment continu d'exister. Les défauts d'ancrage, de pesanteur, ou d'enveloppe portent atteinte à l'image du corps.

La notion de Moi-Peau passoire, pensée par D. Anzieu, correspondant à une défaillance de la fonction contenante du Moi-Peau, évoque l'image du corps trouée de ces enfants. "L'angoisse est considérable d'avoir un intérieur qui se vide, tout particulièrement de l'agressivité nécessaire à toute affirmation de soi."⁴³ L'imprévisibilité et la discontinuité des soins maternels précoces entraînent un vécu du corps interrompu par des trous, et mettent en péril le sentiment continu d'existence de l'enfant. "Le présent est une coïncidence, de l'être

⁴² ANDRE P., BENAVIDES T, GIROMINI F., 2004

⁴³ ANZIEU D., 1995, p.125

et du temps. Seule l'existence psychique d'un "en présence de" donne au présent son éventuelle consistance"⁴⁴. Le narcissisme ne peut, dès lors, s'élaborer de façon solide. Le sujet peut avoir recours à l'agir, avec des conduites auto et/ou hétéro-agressives, pour combler la sensation de vide, le sentiment de vacuité du corps et l'anxiété. La relation de type anaclitique du sujet état limite, induite par les angoisses de séparation et d'abandon majeures, se manifeste par le besoin d'appui du corps défaillant de l'un sur le corps de l'autre.

La fonction pare-excitatrice du Moi-Peau est également atteinte et provoque des vécus d'effraction angoissants pour le sujet. Très sensible et poreux à son environnement, l'enfant développe une hyper-vigilance, voire même un besoin de "collage au sens de l'immédiateté de l'éprouvé de ce qui provient de l'autre ou de l'extérieur, dans un risque de confusion avec soi-même"⁴⁵. Le maintien d'une sensibilité accrue, continuellement excitée et excitable, empêche l'enfant d'intégrer et de maîtriser efficacement ses tensions. Le recours à l'agir vise alors à décharger le trop-plein tensionnel.

L'hypertonie, par la création d'une seconde peau musculaire, vise également à maîtriser les tensions envahissant le sujet limite. Il peut être alors en proie à des angoisses de débordement. L'ambivalence des angoisses, entre peur de se déverser et celle d'exploser dans un débordement agressif, est résolue par le mécanisme de clivage qui peut aboutir à un fonctionnement en faux-self. Le faux-self est la résultante d'une défaillance maternelle à entretenir l'illusion d'omnipotence du nourrisson, période qui permet à l'enfant d'acquiescer assez de confiance en lui pour s'ouvrir à la réalité extérieure. Le faux-self peut être envisagé comme une protection du vrai self, considéré comme trop fragile et non accepté par l'environnement⁴⁶. Cette modalité d'existence au monde entraîne un sentiment de futilité, de vide, et une absence de sentiment de réalité de la vie.⁴⁷ L'individuation et le déploiement de l'activité fantasmatique en sont entravés.

L'agitation et le mouvement perpétuel peuvent être un moyen pour l'enfant de pallier la discontinuité de son enveloppe psychocorporelle. Les stimulations sensorielles apportées par cette réaction motrice permettent à l'enfant de ressentir ses limites corporelles, limites nécessaires à l'apaisement des angoisses.

⁴⁴ ANDRE J., 2014, p.53

⁴⁵ BOUTINAUD J., 2016, p.147

⁴⁶ WINNICOTT D.W., janvier 1989

⁴⁷ BOUTINAUD J., 2016

L'image du corps de l'enfant évoluant vers une pathologie limite est donc altérée par la porosité d'une enveloppe vécue comme discontinue, une forte fragilité narcissique et des difficultés dans le registre de l'individuation.

D. L'enveloppe psychocorporelle trouée : la fuite dans l'agir et la recherche de limites

a. La peau

La peau est le premier-né de nos organes : provenant de l'ectoderme, la couche cellulaire la plus externe de l'embryon, elle est formée très tôt dans le développement, et sa croissance se poursuivra durant toute la vie du sujet. Elle représente environ 7,8% du poids total du corps chez l'adulte, sur une surface de 2 000 cm². La peau est l'organe le plus sensible du corps, sensibilité qui dépend fortement des stimulations apportées par l'environnement. Elle regroupe 4 fonctions physiologiques :

- La protection contre les radiations, les intrusions et les agressions de l'environnement
- La régulation thermique du corps
- Une fonction métabolique
- Une fonction sensorielle

De plus, la peau est dotée d'une résistance et d'une adaptabilité qui lui permet de s'ajuster aux mouvements du corps. Elle est une interface de communication à part entière, en traduisant les réactions physiologiques internes, les émotions et la sensorialité du sujet.⁴⁸ Elle a un statut d'intermédiaire, entre le dedans et le dehors, entre soi et l'autre, entre les différents systèmes sensoriels qu'elle unit et sépare. La peau est culturelle, dans la manière dont elle est appréhendée et soignée. C'est aussi une donnée intime, un lieu de désir, de plaisir ou de douleur. La peau a un rôle majeur dans le développement du nourrisson et sera le lieu des premières interactions mère-bébé.

b. Les interactions précoces et l'émergence de l'enveloppe psychocorporelle.

À la naissance, l'enfant et sa mère doivent se rencontrer corporellement dans un contact peau à peau, permettant de prolonger illusoirement et temporairement la fusion initiale intra-utérine. M. Gauberti dit "le nouveau-né est d'emblée dans ce besoin vital d'être enveloppé,

⁴⁸ MONTAGU A., 1979

contenu, maintenu, pour que soit supportable cette angoissante perte de limites (...)"⁴⁹ Le *holding* (maintien), le *handling* (maniement), et l'*object-presenting* (présentation de l'objet), notions développées par D.W. Winnicott, correspondent aux soins maternels corporels et psychiques permettant notamment à l'enfant d'acquiescer le sentiment d'exister. Le portage et les soins instaurent entre la mère et son bébé une relation basée sur un échange psychocorporel, dont l'enfant tire un sentiment de sécurité affective.⁵⁰ La mère forme ainsi une première enveloppe maternante et contenant pour son enfant.⁵¹ Il s'agit d'un besoin vital pour le bébé né immature et évoluant dans la phase de dépendance absolue, et un moyen pour la mère d'investir sa fonction maternelle, de placer son enfant dans le champ du désir. Il est fondamental que la mère investisse son enfant réel comme un objet de désir, car le bébé "n'espère pas seulement être soigné, nourri, porté, mais être désiré, comme le révèlent tragiquement les pathologies de développement inhérentes à un comportement maternel purement utilitaire et fonctionnel."⁵² Le contact peau à peau est alors un moyen de communication privilégié, qui permet à l'enfant et sa mère de s'interstructurer dans un échange sensoriel.

La mère a un rôle de pare-excitation et doit pouvoir offrir à son enfant des réponses suffisamment adaptées pour qu'il acquiesce le sentiment de continuité d'existence. *La préoccupation maternelle primaire*, notion décrite par D. W. Winnicott, permet à la mère de développer cette capacité de compréhension fine de son bébé, à un stade où la motricité n'a pas encore de qualité intentionnelle et où le langage n'est que sensorialité. Il s'agit d'un état d'hypersensibilité qui permet à la mère de s'ajuster aux tout premiers besoins de son bébé et à ses états internes. Il s'agit pour la mère d'offrir à son enfant l'environnement le plus propice à son développement.⁵³ La *mère suffisamment bonne*, par la répétition de ses réponses adaptées aux appels de son enfant, entretient l'illusion d'omnipotence du nourrisson, créatrice d'une réalité interne et du sentiment d'existence⁵⁴. Puis, la mère pourra désillusionner peu à peu son bébé, qui a acquis le sentiment continu d'exister et une sécurité interne assez forte pour aborder la phase de dépendance relative. Elle montrera une défaillance progressive, adaptée aux possibilités de son enfant de supporter l'absence de réponse immédiate, et permettra à son enfant d'accéder à une capacité de représentation.⁵⁵

⁴⁹ GAUBERTI M., 1993, p.6

⁵⁰ WINNICOTT D.W., 1969

⁵¹ BRUCHON M., 2004

⁵² GAUBERTI M., 1993, p.7

⁵³ WINNICOTT D. W., 1992

⁵⁴ TCHERNICHEFF I., 2010

⁵⁵ WINNICOTT D.W., 1989

W. Bion développe la notion de fonction contenante, en s'appuyant sur le phénomène de projection des affects négatifs du bébé vers sa mère. "L'expérience chaotique et confuse du bébé nécessite la présence d'un contenant qui puisse accueillir et transformer cette expérience, la détoxiquer."⁵⁶ La mère prend la fonction de contenant des contenus négatifs émis par le bébé, qu'elle transforme pour les rendre supportables. Cette fonction est appelée par W. Bion *fonction alpha*. *La capacité de rêverie de la mère*, sous-tendue par la fonction alpha, correspond à la capacité de la mère à comprendre et à interpréter les éléments bruts (éléments bêta) ressentis par le bébé, et à lui restituer sous une forme assimilable (éléments alpha) et possiblement pensée par le bébé.⁵⁷ Cette notion rejoint la préoccupation maternelle primaire théorisée par D.W. Winnicott, en ce sens qu'elle met à jour le caractère fusionnel du bébé et sa mère, et la capacité d'adaptation maternelle lors des premiers temps de la vie. Cette étape est nécessaire à l'émergence de la capacité du bébé à penser seul. Le processus de dé-fusionnement qui s'ensuit participe à la construction identitaire de l'enfant en tant que sujet unique et séparé de sa mère.

L'adaptation à la fois psychique et corporelle de la mère à son bébé participe à l'émergence d'un sentiment de contenance et de sécurité suffisant à la différenciation identitaire du bébé de sa mère. Les stimulations sensorielles, et *a fortiori* les stimulations tactiles apportées par les soins et le portage, soutiennent l'élaboration de l'unification corporelle du bébé, et modèlent l'enveloppe psychocorporelle.

Le rôle de la mère dans la construction de l'enveloppe, et des fonctions qui en dépendent, est donc absolu.

⁵⁶ CICCONE A., 2001, p.83

⁵⁷ BION W., 1979

c. Le Moi-Peau

Le 9 novembre 2016, séance n°14, en salle de psychomotricité :

À l'annonce de la fin de la séance, Sandro s'agite un peu. Il me demande de continuer le jeu et cherche à orienter le pneu vers les obstacles, de manière à ce que celui-ci heurte et fasse tomber les objets. Puis il se lève, prend la corde et commence à tirer le pneu rapidement en renversant tout sur son passage. Il ne verbalise pas de colère, mais s'agite de plus en plus. Nous lui demandons d'arrêter son jeu, car la séance touche à sa fin. Sandro s'arrête, mais s'effondre sur le matelas à proximité. Il ne parle plus de façon compréhensible et se traîne dans une grande hypotonie. Nous allons mettre nos manteaux pour sortir de la salle et Sandro nous rejoint. Il cherche un contact physique pour se ressaisir. La psychomotricienne pose des mots sur l'état de Sandro, puis lui parle de son école, domaine qui suscite chez lui un grand intérêt.

En séance, la défaillance de l'enveloppe se manifeste notamment lors des temps de transition entre les propositions. Lors de ces passages à vide, il semble chercher les limites du cadre. Les règles et le cadre mis en place en séance permettent à l'enfant de se structurer en trouvant une limite réelle si son enveloppe corporelle n'est pas suffisamment solide pour lui en offrir une. Le cadre thérapeutique assure donc une fonction de contenance.

Sandro vient chercher nos propres limites corporelles pour l'étayer, dans un mouvement qui questionne sa capacité de distinction entre lui et les autres. Le dialogue tonique semble lui permettre de retrouver un ajustement, et la contenance verbale et corporelle proposée l'aide à se remobiliser. La psychomotricienne opère à un holding pour aider Sandro à retrouver une capacité de contenance autonome.

Ses effondrements toniques indiquent une fragilité de l'axe et des enveloppes. Ses émotions, et particulièrement la frustration, l'affectent et le débordent. Elles semblent inélaborables et trouvent une expression corporelle chez Sandro.

La balnéothérapie et les vertus contenantes de l'eau peuvent permettre au garçon d'éprouver une continuité de son enveloppe et la sécurité qu'elle procure. Hors de la piscine, les fins de séances sont plus difficiles pour Sandro. L'étayage de la psychomotricienne et la relation se doivent d'être d'autant plus contenante lorsque l'eau n'est pas là pour pallier la fragilité de l'enveloppe du garçon.

La séquence présentée ci-dessus illustre les difficultés qu'entraîne chez Sandro la défaillance de son enveloppe psychocorporelle. L'imbrication corps-psyché se manifeste dans le débordement conjoint du tonus et des émotions du garçon.

Le Moi corporel, précurseur du Moi psychique, se fonde sur les stimulations sensorielles apportées au bébé par son environnement. Des stimulations cutanées et des soins prodigués par la mère résulte en partie le Moi-Peau.⁵⁸ La peau fournit au psychisme les représentations constitutives du Moi. D. Anzieu définit le concept de Moi-Peau comme "une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant des contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif."⁵⁹ Le Moi-Peau correspond à une enveloppe narcissique assurant au psychisme "la certitude et la constance d'un bien-être de base".⁶⁰ À l'image de la peau qui enveloppe le corps, le Moi-Peau enveloppe le psychisme et permet l'unification des sensations et des ressentis du sujet. Partant du principe freudien que "toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique"⁶¹, D. Anzieu met en correspondance les fonctions de la peau et celle du Moi. Ainsi, il décrit la fonction de contenance de la peau, celle d'interface protectrice entre le dedans et le dehors, et la fonction de communication de la peau avec l'environnement, dont la peau se fait également surface d'inscription des traces laissées par ce dernier. Cette inscription rend possibles les capacités représentatives. De la Peau, le Moi obtient donc la capacité d'établir des barrières et de filtrer les échanges avec l'environnement, et, à terme, la possibilité même de la pensée.

D. Anzieu établit huit fonctions du Moi-Peau, correspondant à des fonctions organiques de la peau. La fonction de maintenance du psychisme se développe par l'intériorisation du holding maternel. L'identification primaire à un objet support parental donne au bébé la possibilité d'acquérir un sentiment d'unité et de solidité psychique. Elle permet, par l'intériorisation de l'axe maternel, un accès à la verticalisation et à l'autonomie.

La fonction de contenance se développe sous l'effet du handling. Les soins maternels permettent à l'enfant de ressentir sa peau comme un sac qui enveloppe ses organes et l'intérieur de son corps, sensation qui, une fois intériorisée, permettra à l'enfant de ressentir

⁵⁸ MAQUIN A., 2016

⁵⁹ ANZIEU D., 1995, p.61

⁶⁰ *ibid*

⁶¹ *ibid*

son psychisme entièrement enveloppé par son Moi-Peau. Cette contenance globale permet d'annihiler les angoisses de débordement ou de fuite psychique. Le Moi-Peau passoire correspond à une enveloppe dont la fonction de contenance est défailante, trouée, laissant au sujet l'angoisse de voir son intérieur se vider, notamment de l'agressivité nécessaire à l'affirmation de soi.

La fonction de pare-excitation du Moi-Peau s'apparente à la fonction protectrice de la peau, qui protège l'organisme contre les agressions. La fonction de pare-excitation, d'abord assurée par la mère, puis par l'enfant lui-même, assure la protection psychique du sujet contre les agressions et les sur-stimulations de l'environnement.

Le Moi-Peau assure une fonction d'individuation du Soi. Elle permet au sujet de se ressentir comme distingué de l'autre, et lui apporte un sentiment d'unicité.

La fonction d'intersensorialité inscrit le Moi-Peau comme une surface reliant entre elles les différentes sensations du sujet, permettant de créer un "sens commun"⁶² basé sur la sensibilité tactile.

"Le Moi-Peau remplit la fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle"⁶³, fonction qui s'étaie sur l'investissement libidinal de la mère pour son bébé. Les contacts peau à peau participent à l'émergence des zones érogènes. La fonction de soutien de l'excitation sexuelle fait du Moi-Peau une surface d'inscription et d'investissement de la sexualité, permettant de ressentir l'excitation comme un plaisir et non comme une angoisse.

La fonction de recharge libidinale du Moi-Peau répond à la fonction de stimulation tonique de la peau. Ainsi, le Moi-Peau répartit les tensions psychiques de façon inégale afin de permettre l'émergence d'un équilibre psychique.

Le Moi-Peau assure une fonction d'inscription des traces sensorielles qui ancrent le sujet dans son histoire, à la fois biologique et sociale.

Les multiples fonctions du Moi-Peau assurent au sujet l'existence d'une enveloppe psychocorporelle favorisant l'émergence de l'individualité, d'une capacité de contenance autonome et protectrice et des compétences communicationnelles. Ces fonctions sont également liées au tonus.

La défailance de l'enveloppe entraîne-t-elle nécessairement des difficultés de régulation tonique ?

⁶² ANZIEU D., 1995, p.127

⁶³ *ibid*

E. Entre l'explosion et l'effondrement tonique : l'enjeu de la régulation

a. Le tonus

Le 9 novembre 2016, séance n°14, en salle de psychomotricité :

Sandro s'oriente rapidement vers d'autres objets et choisit une petite plateforme roulante, entourée par un pneu et attachée à une corde. Il nous demande de le tirer à travers la salle, de plus en plus vite. C'est moi qui le tire, et Sandro, manifestant beaucoup de plaisir dans cette sensation passive de mouvement, qui intègre aussi des sensations somesthésiques diverses, me demande d'accélérer. La salle est plutôt petite et le pneu finit par se heurter aux autres objets de la salle. La psychomotricienne propose alors de conserver ce jeu, mais de l'adapter aux dimensions de l'espace en le transformant en parcours. Nous installons tous les trois des obstacles dans la salle. La personne qui tracte le pneu doit le faire passer devant chaque obstacle pour que la personne qui se fait tirer puisse les toucher. On alterne les binômes, cependant Sandro ne peut pas prendre le rôle du tireur, car il n'a pas assez de force. Après plusieurs essais, la psychomotricienne propose de mettre un enjeu temporel à l'activité. Chaque passage sera dorénavant chronométré. Le parcours, qui était auparavant lent et appliqué, se transforme en course semée d'embûches. La psychomotricienne demande à Sandro de prévoir un chemin et d'établir une stratégie pour être le plus rapide possible. Sandro, qui a des difficultés d'orientation spatiale, imagine un premier trajet tortueux. Puis, se rendant compte que ce n'est pas le chemin le plus rapide sans toutefois trouver d'autres solutions, il me demande de l'aide. Il s'appuie sur ma parole et sur mon physique puisque, face à la difficulté, il vient s'appuyer sur moi dans un début d'effondrement tonique. Je lui propose de tester son trajet à pied. L'expérience pratique de son chemin lui permet de se récupérer et de trouver un parcours plus direct. Il semble content et fier d'avoir trouvé la solution par lui-même. Puis nous mettons à exécution son projet. Une coopération intéressante se met en place puisque Sandro, qui adopte une posture axée et une tonicité plus juste pour garder l'équilibre tout en restant souple, tente de me faciliter le passage. En effet, à l'approche des obstacles, il se penche pour les écarter de notre chemin, rendant les manœuvres moins complexes pour moi. À chaque fin de parcours, le temps est annoncé et Sandro les compare systématiquement.

Cette proposition vise à renforcer les capacités d'ancrage de Sandro. L'équilibre nécessaire à la réussite du parcours fait appel à l'axialité du garçon et à ses capacités de régulation tonique. Le jeu va lui permettre de ressentir son axe et d'éprouver sa solidité. La souplesse requise pour toucher les objets de la salle évite à Sandro de recourir à l'hypertonie pour construire son axe. Ainsi, par l'expérience, il peut intégrer les effets structurants de l'axe corporel et de l'ancrage, et peut participer au jeu, pourtant très excitant de par l'enjeu temporel et de compétition, sans se désorganiser.

Les sensations procurées par la vitesse au niveau tactile, visuel et auditif peuvent participer de l'attrait du garçon pour cette proposition. Il perçoit alors son environnement différemment. L'adrénaline engendre peut-être chez lui un vécu de son corps différent.

Le parcours met en jeu une coopération entre le tireur et la personne assise sur la plateforme. Les mouvements de l'un se répercutent sur l'autre. La relation est médiatisée et Sandro peut éprouver la continuité du lien hors du toucher corporel direct. La contenance relationnelle peut également aider à la régulation tonico-émotionnelle. Le dialogue tonique à l'œuvre entre Sandro et la personne qui le tire peut également avoir un effet régulateur.

Les difficultés visuo-spatiales de Sandro s'illustrent lors de l'anticipation du trajet pendant le parcours. Son premier échec le confronte à sa faible estime de lui-même, entraînant des émotions qui s'expriment toniquement par un effondrement. Il cherche alors son contact pour trouver une contenance. Cependant, la stratégie, mise en place à deux, valorise l'enfant en le plaçant au même niveau décisionnaire que l'adulte. L'élaboration d'un trajet lui permet de travailler ses capacités de planification et d'éprouver ses effets dans le réel. Cela peut favoriser l'intégration de cette faculté.

Cette séquence illustre la relation entre le tonus, les émotions, la posture et l'axialité. L'ajustement tonique dont fait preuve Sandro lui permet de trouver un ancrage sécurisant. Il peut supporter l'excitation sans se désorganiser. Le tonus et la sphère psycho-affective sont étroitement imbriqués. L'approche ludique proposée lors de cette séquence psychomotrice permet à l'enfant d'accéder à un travail de régulation, nécessaire à l'intégration d'une sécurité interne suffisamment solide.

Du grec *tonos*, qui signifie "tension", le tonus est "l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique (...) est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position

déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement ni de déplacement."⁶⁴ Il s'agit de la réaction d'un muscle à son propre étirement, réaction résultant d'un système de régulation complexe contrôlé par des structures cérébrales et cérébelleuses. Il en existe trois sortes : le tonus de fond, le tonus postural et le tonus d'action. Le tonus est la toile de fond indispensable à toutes les activités motrices. Il est intimement lié au développement neurologique, et est influencé par des facteurs neurologiques et environnementaux. Il s'agit d'une donnée intime, personnelle, et il est le vecteur de la communication infraverbale. Il est également le support des émotions. J. de Ajuriaguerra explique "aussi bien le fond tonique dynamique que la réactivité se modifie par la relation"⁶⁵. Le tonus participe aux compétences relationnelles de l'être humain, "l'état tonique est un mode de relation". En effet, le tonus lie les individus dans un mode de communication infraverbal.

La fonction tonique nécessite une différenciation entre les champs "moteur" et "psychomoteur". Ce dernier "prend en compte un tissu de relations spatio-temporo-causales dans lequel baigne l'individu dès sa naissance, et où l'autre a un rôle fondamental à jouer dans la structuration de sa personnalité."⁶⁶

Comment utiliser la dimension relationnelle du tonus dans la prise en charge psychomotrice ?

b. Le dialogue tonico-émotionnel

Dans la continuité des travaux d'H. Wallon, J. de Ajuriaguerra constate "l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude au dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé dialogue tonique."⁶⁷ Le dialogue tonique correspond à un échange corporel réciproque entre la mère et son bébé. Il est un facteur du développement de l'attachement du bébé envers sa mère. L'enfant apprend peu à peu à reconnaître et à différencier les sensations au cours des portages effectués par différentes personnes. Le tonus étant une donnée unique et personnelle à chaque individu, les sensations

⁶⁴ RIVIERE J., 2000, p.17

⁶⁵ JOLY F., LABES G., (2008), p.117

⁶⁶ DUPONT R., 1996, p.7

⁶⁷ AUZIAS M., 1993, p.96

éprouvées par l'enfant au contact de différentes personnes lui permettront de différencier et d'intégrer les variantes toniques dans l'alternance tension et détente du portage.⁶⁸

Le tonus étant le support des émotions et de l'expressivité⁶⁹, "le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge."⁷⁰ La mère et son bébé interagissent au niveau infraverbal au moyen de variations toniques, signes d'un changement émotionnel auquel la mère pourra donner un sens. Il permet au bébé de discriminer la nature et la provenance des émotions grâce à l'interprétation maternelle des signes toniques, visuels, auditifs ou tactiles que renvoie l'enfant. Ainsi, "le dialogue tonico-émotionnel constitue incontestablement un des supports privilégié de la transmission émotionnelle"⁷¹. Il inscrit le bébé dans une posture relationnelle active. La verbalisation des affects du bébé, interprétés par le parent sur la base des manifestations corporelles, permet à l'enfant d'accéder à la symbolisation. Ainsi, l'hypertonie est généralement attribuée aux sentiments de mal-être, de faim, de manque ou d'excitation : elle constitue un appel du bébé vers sa mère. L'hypotonie, au contraire, marque les sensations de bien-être, de détente, de soulagement ou de tristesse.

L'accordage affectif correspond "au moment particulier pendant lequel mère et bébé s'engagent de concert dans un comportement qui traduit le partage d'un état affectif sans pour autant qu'il s'agisse d'une imitation stricte."⁷² Ce phénomène va donner la possibilité à la mère et à son enfant de communiquer dès l'aube de leur relation, au temps où le langage verbal n'est pas encore maîtrisé par le bébé. Les interactions précoces dans le développement et l'épanouissement tonique de l'enfant sont primordiales. Une défaillance ou une discordance au niveau de la continuité, de la cohérence et de la justesse des réponses apportées par la mère à son bébé, peut mener l'enfant à une souffrance psychique. L'inadéquation entre ses ressentis corporels et les mots posés sur son état affectif par ses figures d'attachement peut entraîner une désorientation menant, si la situation est répétée à l'excès, à la perte de confiance en soi ou au clivage corps-psychée.⁷³

⁶⁸ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M., 2014

⁶⁹ WALLON H., 1942

⁷⁰ BACHOLLET M-S., 2010, p.14

⁷¹ *ibid*, p.19

⁷² *ibid*, p.17

⁷³ ROBERT-OUVRAY S., 2007

La théorie de l'étayage psychomoteur de S. Robert-Ouvray développe l'importance et l'influence du tonus sur les autres niveaux d'organisation du sujet. "L'étayage est le résultat d'un processus d'intégration qui permet une différenciation entre la sphère motrice et la sphère psychique, puis l'installation de rapports entre ces deux sphères (...)"⁷⁴ Elle considère le tonus comme le premier système d'intégration permettant à l'enfant de faire un lien entre la sphère sensorielle, puis affective, et enfin représentative. Le tonus s'affirme comme un organisateur de la vie psychique du sujet. S. Robert-Ouvray définit l'enveloppe tonique comme "première enveloppe psychocorporelle du bébé issue de l'activité motrice, tonique et émotionnelle du bébé, sur laquelle vont s'étayer les enveloppes psychiques."⁷⁵ Elle unifie le corps du bébé, et "sur cet étayage s'effectue la synthèse des différentes parties du Moi."⁷⁶

La réciprocité du lien unissant le tonus et les émotions se manifeste également au niveau psychocorporel par les réactions tonico-émotionnelles, soumises à une régulation plus ou moins efficace en fonction des individus.

c. Les réactions tonico-émotionnelles

Les réactions tonico-émotionnelles sont issues de l'intrication tonus-émotion. Elles se manifestent au niveau corporel et postural, et sont grandement influencées par le facteur environnemental. Elles peuvent être normales jusqu'à un certain stade du développement, c'est le cas des syncinésies, ou la manifestation d'un trouble du tonus installé. L'utilité de leur observation dans une lecture psychomotrice du sujet est fondamentale. Elles peuvent permettre de déterminer la répartition tonique du sujet, et d'entrevoir sa vie affective.

L'hypertonie correspond à l'augmentation exagérée du tonus musculaire au repos. Elle peut être la manifestation d'un trouble neurologique ou d'un trouble psychomoteur. Elle n'empêche pas le mouvement, mais peut entraver les capacités relationnelles et sensibles du sujet. La paroi tonique, concept développé par S. Robert-Ouvray, constitue une explication au manque de stimulation sensorielle reçu par le sujet hypertonique. Ce manque peut entraver le développement de son système perceptivo-moteur. "À ce stade de l'hypertonicité, l'enfant est dans un système projectif tonique à la fois anesthésiant et étanche (...)"⁷⁷. Les perceptions intéroceptives et extéroceptives du sujet sont limitées. Ses capacités d'interaction avec

⁷⁴ ROBERT-OUVRAY S., 2002, p.222

⁷⁵ *ibid*, p.261

⁷⁶ *ibid*, p.165

⁷⁷ ROBERT-OUVRAY S., 2002, p.179

l'environnement sont compromises, de même que sa propre conscience et son écoute corporelle. L'hypertonie constitue une véritable enveloppe autoprotectrice pour le sujet en mal de réponses adaptées à ses besoins. À l'inverse de l'hypertonie, l'hypotonie est une diminution du tonus musculaire. Elle peut être le signe d'un trouble neurologique ou psycho-affectif. Elle est souvent associée à un état dépressif.

La paratonie correspond à une impossibilité de résolution musculaire. "La présence de paratonies a été associée à l'apparition de tics, aux retards du développement psychomoteur, à d'autres troubles du tonus (syncinésies et dystonies), et à des manifestations somatiques de l'angoisse."⁷⁸ Elle s'avère protectrice pour le corps lorsque l'activité physique est trop importante. Elle peut également être révélatrice d'un trouble anxieux.

La dystonie se définit comme "une contraction musculaire involontaire responsable d'une contorsion, statique ou dynamique, et d'une posture anormale."⁷⁹ Elle peut être révélatrice d'un comportement d'hyper-contrôle associé à une hausse tonique prenant la forme d'un blocage corporel. Elles sont l'expression musculaire d'une manifestation psycho-affective.

Les dysharmonies toniques sont une catégorie de réactions tonico-émotionnelles composées des réactions de prestance et des syncinésies. Les réactions de prestance sont des "manifestations signifiant l'inadéquation de l'adaptation relationnelle à une situation donnée."⁸⁰ Elles peuvent prendre la forme de difficultés oratoires, de manifestations somatiques, de mouvements, de mimiques ou d'attitudes inadaptées à la situation. Elles apparaissent dans un contexte relationnel. Les syncinésies correspondent à "des contractions d'un ou plusieurs groupes musculaires alors que des mouvements actifs ou réflexes ont lieu dans une autre partie du corps."⁸¹ J. de Ajuriaguerra propose deux catégories de réactions : les syncinésies d'imitation et les syncinésies à raidissement tonique. Chez l'adulte, elles peuvent apparaître en situation de réalisation motrice complexe ou inhabituelle.

Le bégaiement, les tremblements et les tics sont également des manifestations tonico-émotionnelles. Leur apparition est majorée par le contexte relationnel.

⁷⁸ RIZOU L., 2013, p.47

⁷⁹ *Ibid*, p.49

⁸⁰ VIVANT A., 2013, p.19

⁸¹ RIZOU L., 2013, p.52

Le tonus soutient l'unité psychocorporelle et l'individuation. Il constitue une enveloppe tonique, étayée par la peau. Agir sur le tonus peut modifier l'état émotionnel.

d. La régulation tonique

Le 23 novembre 2016, séance n°16 :

Pendant une séance de balnéothérapie, nous organisons un jeu avec des cerceaux et une balle. Le but est de réussir à faire traverser la balle dans les cerceaux. Nous alternons les rôles : deux personnes tiennent les cerceaux et les font bouger de bas en haut, une autre lance la balle. Sandro investit bien l'exercice et se concentre. Après quelques essais, il réussit à ajuster sa force et à anticiper le moment où les cerceaux sont alignés pour lancer la balle. Lorsqu'il tient le cerceau, il a des difficultés à trouver un accordage rythmique avec la personne qui tient l'autre cerceau. Après plusieurs tours, une amélioration est visible. Il est attentif à son environnement, mais il peut proposer de changer de rythme pour complexifier l'exercice. Il manifeste un peu d'énerverment lorsqu'il échoue, mais il peut terminer le jeu sans difficulté majeure. Il peut également nous encourager lorsque la psychomotricienne ou moi lançons la balle. Sandro teste beaucoup ses limites corporelles en se jetant dans l'eau. Il prend la balle et il fait une retournée acrobatique. Nous saisissons alors sa proposition. Chacun notre tour, nous effectuons une retournée acrobatique dans l'eau, en essayant de tirer dans la balle lancée par une autre personne. Sandro y arrive bien, et il semble fier. Il mime les réactions des footballeurs lorsqu'ils marquent un but. Il nous cherche beaucoup du regard et sourit de manière malicieuse.

La proposition sollicite les fonctions cognitives supérieures comme l'anticipation et les capacités attentionnelles de Sandro. Il doit prendre en compte nos mouvements dans l'espace, leur rythme et la vitesse de la balle pour mettre au point son projet moteur. Une régulation tonique importante est nécessaire à sa réalisation.

Ce jeu permet à Sandro de prendre conscience que l'on peut être ensemble à distance. Lorsqu'il est en position de tireur, il est en lien avec la psychomotricienne et moi-même, car nos mouvements influencent ses actions. Lorsqu'il tient un des cerceaux, il doit trouver un accordage rythmique et spatial avec la personne tenant le deuxième cerceau. La coopération nécessite une écoute particulière de l'autre, et une adaptation pour trouver un accordage. La relation est au premier plan, mais reste régulée au niveau des distances interpersonnelles.

Sandro supporte bien l'échec et ne montre pas de désorganisation. Ses encouragements montrent qu'il ne fonctionne pas seulement sur un mode compétiteur. L'effort que nécessite encore la régulation tonico-émotionnelle se transforme en tension corporelle. L'agitation légère à la fin du jeu semble correspondre à un moyen d'évacuer le surplus de tension. La recherche de limite et l'excitation tactile de sa peau par ses mouvements d'immersion peuvent signer un besoin de contenance et de ressentir son enveloppe. La transformation de ce comportement en jeu vise à le contenir et à y mettre du sens. L'aspect ludique me semble un moyen efficace pour désamorcer l'angoisse manifestée par la recherche de limite, tout en lui donnant un support d'expression. De plus, le bon niveau footballistique de Sandro lui offre l'occasion de s'illustrer après les quelques difficultés rencontrées dans la précédente proposition. Un renforcement narcissique en est tiré. Ses réactions de prestance et la posture fière qu'il adopte semblent indiquer qu'il retrouve de l'assurance et une bonne estime de lui-même.

Lors de cette séquence, Sandro met au travail ses capacités d'adaptation tonique en fonction d'un rythme imposé, adaptation qui lui offre une ouverture à la relation. Ainsi contenu par l'eau et dans la relation, il peut supporter les échecs sans que cela ne réactive chez lui des angoisses trop insupportables. Le travail du tonus vise à lui permettre d'intégrer cette capacité de régulation pour l'utiliser hors de la balnéothérapie. L'eau, le cadre et la relation prennent la fonction pare-excitatrice de l'enveloppe psychocorporelle, et de la mère si on envisage le parallèle entre la prise en charge psychomotrice et la remise en jeu des interactions précoces.

À la naissance, la répartition tonique du bébé est dichotomique. L'enfant présente une hypertonie périphérique et une hypotonie axiale. La maturation neurologique et les soins parentaux l'amènent progressivement vers un équilibre tonique. Ce phénomène de régulation du tonus permet à l'enfant l'exploration active et autonome de son propre corps, puis de son environnement.⁸² "En dehors des cas extrêmes de rigidité ou d'effondrement tonique, le tonus d'un individu fluctue."⁸³ A. Bullinger distingue 4 mécanismes de régulation de l'état tonique: le niveau de vigilance, les flux sensoriels, le milieu humain et les représentations. "Si des systèmes de régulation sont mal adaptés ou instables, l'état tonique fluctue, la production de régularité est entravée et les activités cognitives ont de la peine à se dérouler."⁸⁴ Les capacités de régulation tonique influencent donc globalement le sujet, et sa dysfonction peut engendrer des difficultés sur tous les niveaux d'organisation. La théorie de l'étagage

⁸² JOURDAIN A., 2016

⁸³ BULLINGER A., 2004, p.34

⁸⁴ BULLINGER A., 2004, p.37

psychomoteur de S. Robert-Ouvray, présentée précédemment dans mon développement, justifie le rôle de la régulation tonique dans l'ensemble du fonctionnement de l'individu.

La motricité ne cesse de s'élaborer sous l'effet de la maturation neurologique, soutenue par le désir grandissant du bébé d'étendre sa connaissance du monde. L'instrumentalisation des segments corporels et la représentation que se fait l'enfant de son corps s'élaborent. Ses capacités de communication, de représentation et de créativité s'étoffent sur ses découvertes et son désir de découvrir. La régulation tonique, la maîtrise corporelle et les capacités représentatives amènent à la subjectivation de l'enfant.

Le 21 septembre 2016, dans l'institution :

Dans l'après-midi, je joue au ballon avec Sandro et un autre enfant de son âge dans la cour de l'unité. Au début, le jeu se déroule bien. Sandro est plus à l'aise sur le plan moteur que l'autre garçon, et il cherche à m'impressionner, à se valoriser et me sollicite beaucoup pour regarder ce qu'il sait faire. Le deuxième garçon s'efface un peu et encourage également Sandro à nous montrer ses capacités. Un troisième petit garçon entre dans le jeu, et interfère dans cette situation très valorisante pour Sandro. Le jeu continue, mais l'agressivité monte entre les enfants. Je décide de faire une pause dans le jeu et demande à Sandro de venir s'asseoir à côté de moi pour se calmer, car il commence à donner quelques coups de pied à l'autre enfant. Il obéit, mais se relève et frappe le garçon au moment où il passe à côté de nous. Trois éducateurs interviennent pour séparer les deux enfants, et Sandro part en courant. Il est très hétéro-agressif et dans une hypertonie massive. Contenu par les trois adultes, il résiste, crie et frappe sans but réel jusqu'à s'effondrer dans une grande hypotonie. Il ne parle plus et ses yeux sont mi-clos.

La rupture de l'équilibre relationnel engendrée par l'arrivée du troisième garçon déstabilise Sandro, qui ne reçoit plus autant d'attention qu'auparavant. Les émotions provoquées par cette intrusion ne peuvent être élaborées et gérées par Sandro. Elles se traduisent par une hausse tonique débordante, et le garçon finit par décharger ses tensions dans l'agressivité.

Cette vignette clinique a lieu en septembre 2016. Je prends conscience pour la première fois des troubles de Sandro. La violence de sa crise clastique me laisse un peu sous le choc. Je m'interroge sur les éléments que j'aurais pu mettre en place pour l'éviter. Ses difficultés de régulation tonico-émotionnelle m'interpellent, et je réalise l'étendue de la défaillance de son enveloppe corporelle.

Cette séquence illustre le fonctionnement relationnel de l'enfant état-limite. Sandro a de grandes difficultés à jouer, et se positionne directement sur un mode compétiteur. Il ne peut supporter l'intrusion d'un autre enfant susceptible de lui subtiliser sa place et l'affection de l'adulte. Il évolue sur un mode relationnel de type anaclitique, c'est-à-dire de dépendance ambivalente, entre amour et haine. Ses capacités de régulation tonico-émotionnelle sont encore trop fragiles pour lui permettre de supporter la frustration.

Le tonus, support des émotions, joue un rôle primordial dans la capacité d'adaptation du sujet à son environnement. L'intrication tonus-émotion lie les deux notions dans un rapport d'influence réciproque. La régulation tonico-émotionnelle, terme pouvant alors être considéré comme un pléonasme, permet au sujet de s'adapter psychocorporellement aux changements de l'environnement, qu'ils soient climatiques, somatiques, affectifs ou relationnels.

La deuxième partie de ce mémoire vise à comprendre le fonctionnement psychocorporel de Sandro et les raisons de ses difficultés. Son comportement semble adapté si on l'observe de manière superficielle. Le fonctionnement en faux-self, caractéristique de la pathologie limite de l'enfance, masque les angoisses, la dépendance à l'environnement, la défaillance narcissique et le fond dépressif du sujet. De ce sentiment d'insécurité, lié à la discontinuité, émergent des troubles psychocorporels importants. Ils impactent les capacités de subjectivation, de représentations, de régulation et le fonctionnement relationnel du sujet. L'étude de l'émergence des mécanismes psychomoteurs met en lumière l'importance des interactions précoces dans le développement de l'enfant. Pour assurer l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle, de l'image du corps et des capacités de modulations tonico-émotionnelles de Sandro, il s'avère primordial de lui offrir un moyen d'expérimenter et d'intégrer la contenance, la pare-excitation et la continuité du lien.

Comment répondre aux besoins d'étayage et de continuité de Sandro ? Par quels moyens la prise en charge psychomotrice peut-elle accompagner l'enfant dans la consolidation de son enveloppe, de son image du corps et de ses capacités de régulation tonique ?

III. LA MÉDIATION : UN OUTIL THÉRAPEUTIQUE

Une médiation se définit comme une “Entremise destinée à mettre d’accord, à concilier, ou à réconcilier des personnes. Ce qui sert d’intermédiaire. En philosophie, la médiation est un processus créateur par lequel on passe d’un terme initial à un terme final.”⁸⁵ À travers ces définitions, se dégage l’idée d’un objet au service de la relation. De mon point de vue, la médiation est un moyen principalement destiné à soutenir la relation entre le thérapeute et le sujet. Je vais présenter trois médiations utilisées dans la prise en charge de Mathys. J’ai choisi de ne pas développer la médiation jeu, bien qu’elle soit également intégrée dans la dynamique de soin, pour me concentrer sur celles du cadre thérapeutique, de la proxémie et de la balnéothérapie.

A. Le cadre thérapeutique : entre contenance et limites

Le 29 mars 2017, séance n°29 :

Sandro fait une grande crise d’agitation juste avant la séance de balnéothérapie. Il nous rejoint directement à la piscine, accompagné par un soignant. Il arrive et nous montre ses blessures, en nous informant qu’il a fait une crise, mais il refuse de nous en expliquer la raison. Peu à peu il arrive à se poser et il peut nous raconter qu’il n’a pas supporté de voir un des infirmiers partir en sortie avec un autre enfant. Toutes ses crises actuelles sont liées à un fort sentiment de jalousie envers des enfants qui ont un niveau cognitif et qui évoluent dans un fonctionnement psychique similaire au sien. Il nous confie ensuite son anxiété liée à la semaine de vacances prévue chez ses grands-parents paternels. Il dit avoir peur de faire des crises et de se prendre des fessées.

Le cadre contenant de la balnéothérapie et la relation sécurisée que Sandro entretient avec la psychomotricienne et moi-même lui permettent de s’apaiser après sa crise. Il est important de reprendre ce qu’il vient de se passer pour aider le garçon à évoluer du passage à l’acte au passage par l’acte. C. Potel définit le passage à l’acte comme “un débordement pulsionnel (...) qui est une action du corps sans pensée, sans représentation et sans élaboration du conflit.”⁸⁶ Elle nomme passage par l’acte “un passage par l’expérience pour intégrer le réel, (...) les

⁸⁵ Le Petit Robert

⁸⁶ POTE C., 2015, p.84

éprouvés du corps, la sensation des gestes et du mouvement, la manipulation concrète, tout ce qui va permettre de donner matière aux bases d'une réflexion puis d'une pensée."⁸⁷ Il s'agit pour Sandro d'acquérir les capacités représentatives suffisantes pour comprendre et maîtriser son propre besoin de passer par le corps pour résoudre ses conflits internes. Sa possibilité de nous expliquer le déroulement et la raison de sa crise est de bon augure quant au développement de ses capacités de représentation.

Cette séquence illustre les effets du cadre thérapeutique sur Sandro. En commençant la séance de psychomotricité, il entre dans un lieu de partage contenant où il peut revenir sur ses états psychocorporels actuels et antérieurs. Selon moi, sa possibilité d'évoquer sa crise illustre l'alliance thérapeutique établie entre nous. L'espace-temps contenant qu'offre la prise en charge en psychomotricité lui permet d'aborder ses émotions et leurs conséquences corporelles.

Le cadre thérapeutique se définit comme "l'ensemble des conditions pratiques et psychiques qui, ajusté aux possibilités du patient, permet le processus soignant."⁸⁸ La mise en place d'une prise en charge en psychomotricité s'établit autour d'une relation entre le sujet et le professionnel de soin. En pédopsychiatrie, il s'agit de (re)créer autour du patient différentes enveloppes afin de lui assurer un sentiment de sécurité suffisant au déploiement de ses capacités psychocorporelles. Ces enveloppes s'établissent au niveau institutionnel, au niveau de la relation psychomotrice et, dans le projet de Sandro, au niveau de la médiation eau. La prise en charge s'organise donc à différents degrés d'action. "En quelque sorte, il y a trois conditions de base : une *rencontre* effective, un *projet* (...), un *cadre* (...) pour ce projet"⁸⁹.

L'établissement de la relation, le projet thérapeutique et le cadre, tant au niveau institutionnel qu'au niveau de la séance, permettent au patient d'investir et de s'épanouir dans l'espace de travail qui lui est proposé. Avant tout, le sujet doit rencontrer son thérapeute.

a. La rencontre

La construction d'une relation thérapeutique débute par la rencontre entre un thérapeute et la personne avec laquelle il va tisser un projet, visant à terme à solutionner un

⁸⁷ *ibid*

⁸⁸ NAZOU R., 2015, p.46

⁸⁹ MARTIN M., 2001, p.104

problème, qu'il soit le soulagement d'une gêne ou le déploiement de certaines capacités restées inhibées ou entravées dans le développement. "Il nous semble que cela repose sur un « regard » autant qu'une écoute, et un état intérieur de l'intervenant".⁹⁰ Le lien établit lors de la rencontre, qui résulte d'une démarche de soin, est soumis à une attente du sujet envers son thérapeute. L'attente d'un mieux-être, de progrès et d'épanouissement peut être longue, et est génératrice d'émotions auquel le thérapeute devra pouvoir répondre et donner sens. Il lui faudra aussi pouvoir analyser leurs répercussions sur sa propre vie interne.

b. La relation

Le 22 mars 2017, séance n°28 :

Sur le chemin de la piscine, Sandro nous parle de sa famille et de sa future orientation. Il nous raconte sa visite dans le SESSAD qui pourrait potentiellement l'accueillir à la rentrée prochaine. Il ne nomme pas d'émotion particulière, mais semble enjoué. Arrivés dans l'eau, nous prenons le temps de découvrir un nouveau masque aquatique, sans mettre en place de jeu spécifique. Sandro se jette un peu dans l'eau, mais ne montre pas particulièrement d'angoisse ni de comportement adhésif. Il initie un jeu, le même que les séances précédentes, que nous adaptons pour pouvoir jouer à trois avec la psychomotricienne. Celui qui marque prend la fonction d'arbitre. Cet aménagement amène une certaine rythmicité au jeu, et permet à Sandro de très bien supporter d'encaisser des buts. Il ne semble même pas remarquer qu'il termine en seconde position. Son comportement est adapté et tout le monde se félicite mutuellement à la fin du jeu. Il tient tout de même à faire une partie en relation duelle, lors de laquelle il ne montre aucune agressivité. La compétitivité tend à disparaître et nous pouvons inclure des séquences de jeu libre au milieu de la partie. Il tient malgré tout à terminer le jeu, qu'il gagne. La séance se termine sur un temps de portage avec la psychomotricienne.

La verbalisation de Sandro au sujet de son futur proche montre que ce sujet le préoccupe. Les changements qu'annonce une orientation dans une nouvelle structure peuvent être angoissants pour lui.

Le jeu de handball à trois illustre les possibilités d'adaptation et la flexibilité de Sandro. Le tiers permet de désamorcer l'enjeu de la compétition et d'augmenter l'aspect ludique de

⁹⁰ MARTIN M., 2001, p.104

la proposition. Il peut éprouver du plaisir pour l'action de jouer en elle-même et non plus seulement pour la victoire. Il semble sécure et montre une bonne régulation tonico-émotionnelle et des distances interpersonnelles. Il peut également prendre plaisir à nous regarder jouer, sans difficulté avec les temps de transition. Sa compulsion au mouvement et à l'agir semble apaisée.

La contenance relationnelle permet à Sandro de supporter le changement et de s'inscrire pleinement dans une dynamique ludique. L'alliance thérapeutique lui permet d'aborder les sujets qui le préoccupent sans se désorganiser. Son individualité est respectée et il respecte celle des autres, dans un mouvement relationnel harmonieux.

La relation est au coeur de la thérapie psychomotrice. Elle nécessite une implication suffisante du psychomotricien pour que le sujet puisse se laisser aller à expérimenter des situations psychocorporelles nouvelles, ou à redécouvrir ses potentialités affectives et motrices. O. Moyano nomme *implication corporelle*⁹¹ la relation partagée entre l'enfant et le psychomotricien au cours des séances. Il s'agit pour le psychomotricien d'être suffisamment disponible pour soutenir les représentations et les affects du sujet, et dans le même temps avoir la capacité de s'extraire mentalement de l'action pour observer les mouvements psychocorporels du sujet, et ses propres mouvements psychoaffectifs.

L'analyse du transfert et du contre-transfert à l'oeuvre dans la relation entre le psychomotricien et son patient est un outil indispensable à la compréhension des problématiques auxquelles est confronté le sujet, et qu'il peut rejouer dans ses relations. Le transfert se définit comme le "processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux."⁹² Le transfert est un phénomène spontané qui se développe chez le patient de façon indépendante par rapport à l'attitude de l'analyste.⁹³ Le thérapeute écoute son patient, ce dernier devenant dépendant de l'attention et de l'intérêt qui lui est porté. De cette dépendance peut émerger un déplacement des affects originels, infantiles, qui pourront devenir une matière de travail dans la thérapie psychomotrice. C. Potel évoque la notion de transfert corporel pour décrire le phénomène relationnel qui se joue dans la thérapie psychomotrice. "Une expérience a minima qui porte en elle les germes d'une émotion immense, parce que réactivant les traces contenues dans la mémoire du corps. (...) C'est parce qu'il y a une dépendance acceptée à un autre, une relation qui réactive la dépendance originelle (...) portant en elle la possibilité de la

⁹¹ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M., 2014

⁹² LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., 2009, p.492

⁹³ DENIS P., 2006

séparation et de la liberté de soi.”⁹⁴ Il s’agit d’offrir au sujet une zone transitionnelle d’expérience, expérience lors de laquelle le thérapeute sera à la fois actif corporellement et traducteur des affects rencontrés par son patient.

Le contre-transfert est complémentaire à la notion de transfert. Il s’agit de “l’ensemble de réactions inconscientes de l’analyste à la personne de l’analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci. Freud y voit “l’influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin”⁹⁵. Le contre-transfert regroupe l’ensemble des réactions et affects que le thérapeute a à l’égard de son patient. Il semble alors inéluctable dans la relation.⁹⁶ “L’acceptation de l’émotion (...), la prise en compte des perceptions (...), la mise en conscience des résonances induites par le patient, cette somme de mouvements internes va aboutir à une qualité de gestes qui peuvent alors, à certains moments, prendre une valeur quasi interprétative.”⁹⁷ Il s’agit pour le thérapeute d’être conscient de ce qui le traverse, d’y mettre du sens par rapport au vécu du patient et de nommer les possibles ressentis de ce dernier. L’engagement du thérapeute, tant corporellement qu’affectivement, est mis au service du patient pour lui offrir un espace de représentation et d’élaboration de son vécu. L’analyse du contre-transfert du thérapeute lui permet de penser son implication corporelle et les effets qu’il a sur le patient. Bien sûr, des points aveugles peuvent subsister, le thérapeute étant humain et porteur de ses propres défenses psychiques.

Le thérapeute se doit de résister aux attaques de son patient afin de lui montrer la solidité continue et sécurisante qu’il lui offre. Son rôle n’est pas de suppléer aux failles éducatives, mais l’établissement de règles et de limites fermes et contenant est structurant pour le patient, notamment lorsque celui-ci présente une défaillance de l’enveloppe. Il s’agit d’offrir au patient une expérience bienveillante, attentionnée et solide, génératrice d’un processus de structuration psychique. Le but est, à terme, que le sujet puisse s’approprier ces caractéristiques et les utiliser en dehors de sa relation avec le thérapeute.

“Un des besoins fondamentaux de l’être humain est la cohérence psychocorporelle et interactionnelle.”⁹⁸ Le psychomotricien va tendre à offrir au sujet les moyens de trouver cet équilibre.

⁹⁴ POTEL C, 2015 , p.113-114

⁹⁵ *ibid*, p.103

⁹⁶ DENIS P., 2006

⁹⁷ POTEL C., 2015, p.116

⁹⁸ ROBERT-OUVRAY S., 2007, p.26

c. Le projet thérapeutique

Le projet thérapeutique est construit en fonction des problématiques du patient et des hypothèses cliniques de départ posées suite au bilan psychomoteur ou à une observation psychomotrice. Les choix des modalités de prise en charge en découlent, au niveau de l'espace et du temps des séances, de la prise en charge individuelle ou groupale, de l'implication d'autres professionnels dans la séance, et bien sûr au niveau du choix de la médiation utilisée pour aborder la relation à soi, à l'autre et la construction psychocorporelle du sujet. Le cadre institutionnel influence également la forme du travail psychomoteur qui va s'engager. Les moyens matériels à disposition du psychomotricien, mais également le projet global institutionnel pour le patient sont des facteurs à prendre en compte dans la mise en place de la prise en charge. À mon sens, la séance de psychomotricité doit pouvoir s'inscrire dans une dynamique pluridisciplinaire, notamment au moyen des comptes-rendus et des réunions de synthèse en équipe. Ainsi intégrée au cadre institutionnel, elle sera d'autant plus structurante pour le patient.

“La relation et la communication - organisées par la médiation et dont la forme et le contenu dépendent de la médiation - (...) vont être les objectifs premiers. La médiation devient l'organisateur des temps de rencontre (...)”⁹⁹ Le choix du médiateur est important dans sa dimension de support des représentations et de soutien de l'activité symboligène du patient. M. Milner développe la notion de *Médium Malléable*, comme étant “Une substance d'interposition à travers laquelle les impressions sont transmises aux sens.”¹⁰⁰ Au-delà du seul objet, elle étend également sa compréhension au dispositif thérapeutique et au thérapeute. R. Roussillon reprend et étoffe ce concept en attribuant au Médium la qualité d'objet transitionnel, qui est un intermédiaire entre la psyché du sujet et la réalité perceptive, sous forme de la matérialité spécifique d'un objet. Il attribue au Médium Malléable cinq caractéristiques fondamentales : indestructibilité, extrême sensibilité, indéfinie transformation, inconditionnelle disponibilité et vie propre.

“La médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre.”¹⁰¹ Il s'agit d'un espace transitionnel où, de par l'utilisation de l'objet et de l'activité médiatrice, se créera la possibilité d'un échange corporel et verbal facilitateur de la créativité du sujet. La médiation a pour

⁹⁹ POTEL C., 2010, p.317-318

¹⁰⁰ BRUN A., 2005, p.331

¹⁰¹ POTEL C., 2010, p.365

objectif de proposer un lieu d'expérience propice à l'expression, étayée par la relation entre le sujet et son thérapeute, afin de transformer les ressentis en représentations.

La rencontre, puis la relation, prennent lieu et forme dans un espace qui sera le garant des émotions, des mots, de l'imaginaire et des mouvements psychocorporels du sujet.

d. Le temps

Un jour, une heure et une durée déterminent le temps de la prise en charge. Les repères temporels ainsi établis sont structurants pour le sujet. Le fait d'avoir un rendez-vous possède une dimension symbolique pour le patient. Il peut être intéressant d'observer comment certains enfants s'assurent plusieurs fois dans la journée de l'heure et du lieu de leur prise en charge, comme pour vérifier qu'on ne les a pas oubliés. D'autres oublient leurs rendez-vous, pouvant être le signe d'un mauvais investissement de la prise en charge, mais aussi de difficultés psychiques telles qu'ils ne peuvent vivre que dans l'ici et maintenant. La perspective d'un rendez-vous dans le futur ne prend pas sens. Certains patients peuvent rater délibérément un rendez-vous, ou faire en sorte de ne pas pouvoir l'honorer, ce qui semble réactiver la problématique du désir. Avoir un rendez-vous c'est être attendu, voir sa présence désirée. La régularité des séances s'impose donc comme un élément important, il s'agit d'un facteur sécurisant permettant le soutien du sentiment continu d'existence.

La régularité et la répétition des séances thérapeutiques contribuent à la mise en place d'une fonction contenante du cadre qui permet au sujet d'expérimenter des limites non poreuses. Cependant la séparation et l'absence, consécutives aux vacances par exemple, contribuent au travail de la position dépressive et à l'élaboration de celle-ci.

Les séances s'organisent en différents temps, fournissant au patient des repères supplémentaires bénéfiques à sa structuration. De plus, ils permettent, en balnéothérapie notamment, de travailler l'orientation temporelle, l'autonomisation du sujet, sa capacité à supporter la frustration de la fin et posent un certain rythme dans la séance. Il s'agit, pour le patient, de pouvoir développer ses capacités de régulation interne afin de rester adapté et synchrone avec le rythme du groupe.

e. L'espace

Le 30 novembre 2016, séance n°17 :

La psychomotricienne amène un tapis dans le bassin pour une proposition de portage. Sandro se pose et ma maître de stage sort de l'eau pour aller se doucher. Je reste seule avec lui. Je le promène doucement dans l'espace en lui chantant une chanson enfantine. Sandro ferme les yeux. À chaque fois qu'on approche du bord, il cherche à toucher les murs avec ses mains et ses pieds pour se repousser. Il est difficile pour moi d'annoncer la fin tant le garçon semble détendu. Sa respiration est lente et son tonus est bas. Je le préviens que je vais sortir du bassin, mais qu'il peut rester quelques instants de plus s'il en a envie. Lorsque je rejoins les douches, Sandro me suit sans problème. Dans les vestiaires, nous continuons de chanter des airs enfantins avec la psychomotricienne. Le garçon entonne alors une chanson que ma maître de stage a l'habitude de chanter, comme pour la solliciter et l'intégrer à la relation.

Lors de la proposition de portage, la recherche des limites du bassin vient matérialiser une autre contenance : celle de la piscine. L'espace et sa solidité sont sécurisants et source de détente pour Sandro. Il est porté par un tapis qui dessine les limites de son corps. Il est enveloppé par la contenance délimitée par l'espace de la piscine, l'eau, la relation et par ma présence. Ces facteurs permettent une intégration sécurisée de la détente.

Les chansons enfantines entonnées durant la fin de séance indiquent la possibilité qu'a Sandro, à ce moment, de lâcher sa prestance et son faux-self. Au niveau musical, il est habituellement centré sur un rappeur marseillais dont il est fan. Le plaisir pris à revenir à des références enfantines, au moment même où je le porte tant psychiquement que physiquement, dans une dynamique que je rapproche de celle du holding maternel, montre qu'il est en confiance. Il peut sortir de la relation duelle sans difficulté puisqu'il sollicite spontanément la psychomotricienne pour faire tiers. Sandro a bien intégré la temporalité propre au cadre de la balnéothérapie. Il ne semble plus éprouver de difficultés à accepter la fin du temps de baignade.

L'investissement de l'espace de la piscine est une donnée participant à l'adhésion du sujet à sa prise en charge. Dans cette séquence, le comportement de Sandro illustre clairement l'importance de la solidité de l'espace, qui prend une caractéristique contenantante, support de sa détente. Selon moi, les différentes enveloppes proposées dans la prise en charge en psychomotricité participent, chez Sandro, à l'intégration d'une enveloppe

psychocorporelle harmonieuse. L'espace de la prise en charge contient les activités, les émotions et les relations qui s'y engagent.

E.T. Hall développe les enjeux de l'aménagement spatial et territorial dans les relations humaines. Il dit "Le territoire est au plein sens du terme un prolongement de l'organisme, marqué de signes visuels, vocaux et olfactifs¹⁰²". Le territoire d'un individu implique une sensorialité spécifique qui participe d'un sentiment de sécurité externe. Il est apporté par la reconnaissance des objets, des odeurs et des matières, dont pourra émerger un sentiment de sécurité interne. L'espace induit et construit les comportements humains qui se déroulent en son sein. E.T. Hall définit deux caractéristiques que l'espace peut prendre. L'espace peut être "*sociofuge*", espace qui "*maintient le cloisonnement des individus*" autrement dit qui coupe les relations interpersonnelles et isole les sujets. L'espace peut, à l'inverse, être "*sociopète*", en provoquant les contacts entre individus et en facilitant la relation. Le caractère sociopète ou sociofuge d'un espace dépend de la culture des sujets qui s'y trouvent, du niveau de la conversation, et de leurs relations.

La proxémie est un outil pour l'émergence et la conservation d'une relation de type thérapeutique entre le psychomotricien et son patient. Elle permet au professionnel d'organiser l'espace de sa salle pour la rendre contenante et adéquate au profil du patient. L'importance du cadre dans la relation thérapeutique s'inscrit dans cette idée. Il s'agit d'organiser l'espace de façon à ce que le sujet puisse s'impliquer psychiquement et s'engager corporellement dans un lieu qui le contient, qu'il a appréhendé et intégré comme un lieu de sécurité. Ce sentiment de sécurité externe, apporté par la reconnaissance des objets, des odeurs et des matières, pourra lui procurer un sentiment de sécurité interne au cours de la séance. Il sera également plus facile pour lui d'entrer en relation avec le psychomotricien et d'adhérer à la prise en charge. E.T. HALL affirme que " l'architecture est en mesure de décharger les humains de ce fardeau."¹⁰³ La salle de psychomotricité doit pouvoir être envisagée comme un refuge, un cadre contenant où le sujet pourra s'exprimer sans retenue. L'aménagement spatial de la salle doit permettre à chacun de trouver sa place pour mieux s'investir dans la relation thérapeutique et dans les propositions du psychomotricien.

Le sujet peut être amené à se confronter physiquement la résistance de la salle et du cadre qu'elle instaure. Les murs et les meubles pourront être testés afin d'assurer au patient une solidité et des limites. L'investissement du lieu de la psychomotricité par le sujet peut

¹⁰² HALL E.T., 1971, p.131

¹⁰³ HALL E.T., 1971, p.133

donner à voir les problématiques de ce dernier. La recherche de limites, l'explosion ou l'inhibition corporelle s'observe notamment dans ce rapport qu'entretient le sujet à la salle. De même, l'adhésion du patient à sa prise en charge peut s'observer dans sa réaction à l'entrée dans la salle ou dans le lieu de la prise en charge psychomotrice. Mathys, par exemple, exprime souvent son affection pour les odeurs si spécifiques émanant de la piscine où à lieu la balnéothérapie. J'ai souvent pu observer un relâchement qui s'opérait dès son entrée dans la salle.

Le cadre thérapeutique assure une fonction contenante, une fonction limitante et une fonction de symbolisation permettant au patient de s'inscrire dans le processus thérapeutique de manière sécurisée, porté et soutenu dans son travail psychocorporel par la relation avec son psychomotricien.

B. Du corps à corps au côté à côté : l'ajustement des distances relationnelles

“Toute chose vivante possède une limite physique qui la sépare de l'environnement extérieur. De la bactérie et de la simple cellule jusqu'à l'homme, tout organisme possède une frontière perceptible qui marque son début et sa fin. Toutefois, sur l'échelle phylogénétique, on voit qu'il existe une autre sorte de limite non physique indépendante de la limite physique. (...) Nous l'appelons “le territoire de l'organisme.””¹⁰⁴

¹⁰⁴ HALL E.T., 1959, p.187

a. Définition de la proxémie

Le 11 janvier 2017, séance n°21 :

Je propose à Sandro de se faire des passes à la main, en s'éloignant d'un pas à chaque passe. Il accepte et se concentre. Il ne se précipite pas dans ses gestes, il est précis et reste calme, même lorsque l'on est très loin. Le retour s'effectue selon les mêmes modalités, en faisant un pas en avant à chaque passe. Il n'a pas de mouvement d'agrippement et prend même soin de respecter la longueur des pas. Il montre quelques réactions de prestance lorsque nous arrivons proches l'un de l'autre. Une bonne régulation tonique lui permet de réussir toutes ses passes, malgré la variation des distances. Il est axé, mais reste souple pour pouvoir attraper les balles.

La proposition suivante permet un travail d'ajustement tonique et d'ancrage corporel. Sandro doit réajuster constamment la force de ses tirs, et doit faire preuve d'un ancrage corporel assez solide, mais également assez souple, pour réceptionner efficacement la balle que je lui envoie. Il ne peut simplement s'enfermer dans une hypertonie axiale pour maintenir sa posture, il doit travailler ses appuis pour pouvoir attraper les balles qui n'arrivent pas directement au niveau de ses mains.

Cette proposition permet également à Sandro d'expérimenter la distance relationnelle. Il s'agit de l'éprouver pour mieux se la représenter. Il est acteur de la distanciation qui s'opère entre nous à chaque tour du jeu, et il a le temps de ressentir les différences qu'entraînent les changements de distance. S'il ne peut verbaliser les émotions que cela provoque chez lui, son langage infraverbal l'exprime assez clairement. Il reste concentré et calme tout au long du jeu, mais je note une augmentation tonique et des réactions de prestance à chacune des deux extrémités spatiales, au plus loin et au plus proche. Je ressens fortement sa tension lorsque nous sommes proches, grâce au dialogue tonique, mais il la gère bien et peut terminer le jeu sans problème. Le ballon matérialise le lien qui persiste malgré la distance corporelle.

Sandro expérimente ainsi les différentes bulles proxémiques mentionnées par l'anthropologue E.T. Hall. Il s'agit, lors de cette proposition, de permettre au garçon d'expérimenter la distanciation tout en étant contenu dans le cadre de la prise en charge en psychomotricité. Le sentiment de sécurité acquis dans cet espace relationnel peut lui permettre d'intégrer la possibilité d'être en relation sans être en contact corporel.

Selon E.T. Hall, la communication passe par des données spatiales dont le contenu est propre à chaque culture.¹⁰⁵ P. Parlebas définit la proxémie comme une “discipline scientifique qui étudie l'organisation signifiante de l'espace des différentes espèces animales et notamment de l'espèce humaine.” Elle est directement liée à la notion de territorialité. Chaque culture perçoit et organise son espace différemment. Il en découle de fortes retombées symboliques qui influencent, notamment, les distances physiques de communication. Ces distances physiques, apparentées à des “bulles” psychologiques, correspondent à l'espace nécessaire à chaque individu pour s'épanouir ou assurer sa sécurité. E.T. Hall nomme *espace informel* la distance que nous observons dans nos contacts avec autrui. Les distances physiques préservées par les membres d'une même culture ne résultent pas d'un apprentissage concret ni d'une pensée consciente de se positionner à une distance précise par rapport à l'autre.

Les bulles proxémiques introduisent la notion de dedans et de dehors dans la relation. Il existe 4 territoires, délimités chacun par la distance la plus proche et la plus lointaine à laquelle un individu donné peut se tenir. Il s'agit, dans un ordre de la plus proche à la plus lointaine, des distances: intime, personnelle, sociale et publique. La nature de la relation entretenue entre deux individus de même culture déterminera la distance à laquelle ils se tiendront naturellement. Si cet espace n'est pas respecté, un sentiment de malaise et d'intrusion peut être ressenti, pouvant mener l'individu à se couper de la relation pour restaurer son sentiment de sécurité interne.

L'espace devient alors une donnée intime. La présence d'un individu dans un des territoires proxémiques inadapté au niveau d'intimité à l'œuvre dans la relation peut être dérangeante et désorganisée. L'espace a donc une influence sur les relations entre les individus. Il conditionne en partie les impressions émergeant d'un échange entre deux personnes. De ces impressions peut être extraite une matière de travail pour la prise en charge psychomotrice.

La proxémie s'impose comme un outil au service de la prise en charge, un moyen d'intégration par l'expérience. Je propose ainsi d'envisager, dans le cas de cette prise en charge, la proxémie comme une médiation. Il s'agit d'aider Sandro à se représenter les distances dans la relation.

¹⁰⁵ HALL E.T., 1971

Le cadre contenant de la prise en charge en psychomotricité, ainsi que la relation établie entre le garçon, la psychomotricienne et moi, permettent d'apaiser les angoisses de séparation de Sandro qui le poussent parfois à avoir des mouvements adhésifs.

b. Proxémie et psychomotricité

De manière générale, la connaissance des codes proxémiques par le psychomotricien lui permet de favoriser la création d'une alliance thérapeutique. Il est nécessaire pour lui de conscientiser sa façon de se présenter à son patient, sa prosodie, de réguler sa position par rapport à lui. Il ne doit ni se tenir trop proche ni trop loin du sujet, rester au maximum à sa hauteur pour ne pas induire une relation de dominance et permettre l'épanouissement corporel et psychologique du patient au cours de la séance. Il s'agit de s'adapter à l'autre pour établir une relation de confiance, qui facilitera par la suite l'engagement corporel et l'adhésion du patient à la prise en charge. Si "Notre façon d'occuper l'espace en présence de l'autre est un des marqueurs de l'identité"¹⁰⁶, il semble primordial pour le psychomotricien d'être capable d'observer la gestualité de son patient et son investissement de l'espace pour comprendre son fonctionnement et pouvoir entrer en relation avec lui.

L'analyse proxémique va permettre au psychomotricien de déceler les conduites d'évitement, d'agressivité ou de repli, qui ne peuvent pas toujours être verbalisées. *Les habiletés sociales* désignent "les savoir-faire comportementaux de nature verbale et non-verbale qui permettent à chacun de nouer et d'entretenir des relations avec ses congénères au sein d'un groupe culturel donné"¹⁰⁷. Pour le sujet, elles visent à trouver dans l'environnement des réponses à ses besoins fondamentaux. La relation thérapeutique peut être échouée par une défaillance dans l'acquisition des habiletés sociales d'un patient, qui peut se traduire par une non-reconnaissance des signaux infra-verbaux, leur incompréhension, par des difficultés dans l'expressivité corporelle et verbale ou par des difficultés dans la régulation des distances interpersonnelles. Si le psychomotricien détecte ces difficultés au niveau des habiletés sociales, qui comprennent le champ de la communication, il peut axer son travail sur l'éprouvé des différentes distances, sur l'accès à une écoute de soi et de l'autre et sur les différents registres émotionnels pour aider le sujet à établir des relations adaptées avec autrui.

¹⁰⁶ <https://www.psychologie-sociale.com/index.php/fr/dossiers-de-lecture/30-la-proxemie>

¹⁰⁷ REBELLE S, LAPASSET J.-A., 1995, p.38

Le 8 mars 2017, séance n°26 :

Sandro entre dans l'eau rapidement. Il est peiné d'avoir oublié ses lunettes de piscine et manifeste son soulagement lorsque la psychomotricienne lui en trouve une paire de remplacement. La séance débute de manière atypique puisque nous prenons le temps de nous installer dans l'eau avant de commencer un jeu. Sandro s'immerge et nous nageons côte à côte, puis à contresens l'un de l'autre. Le contact visuel est préservé, et Sandro ne montre pas le besoin de chercher un contact physique. Il peut s'immerger et expérimenter la profondeur de l'eau et ses effets sur son corps sans se préoccuper spécialement de la psychomotricienne et moi.

Sandro semble encore avoir besoin de repères stables pour assurer son sentiment de sécurité interne. Son inquiétude par rapport à l'absence de lunettes de piscine montre l'importance pour lui de garder une continuité dans nos propositions.

Il ne présente pas de mouvements d'agrippement malgré l'absence de jeu organisé du début de séance. Cette séquence semble témoigner d'une certaine sécurité interne et relationnelle chez Sandro. Elle marque aussi des progrès au niveau de la régulation des distances interpersonnelles. Je prends soin de rester à une distance correcte de Sandro pour marquer la possibilité d'être ensemble à juste distance. Ma connaissance des espaces proxémiques me permet d'ajuster ma position afin que chacun évolue à son aise dans le bassin sans que nous soyons pour autant être trop éloignés l'un de l'autre. Il montre alors qu'il peut être en relation sans avoir besoin d'un contact corporel pour lutter contre l'angoisse d'une éventuelle séparation.

Sandro semble apaisé, tant au niveau tonique qu'au niveau relationnel. Il ne semble plus autant en proie à des angoisses massives d'abandon et de séparation, et peut à présent se reposer sur ses propres capacités de contenance. Son enveloppe psychocorporelle semble constituée de manière plus harmonieuse.

Sandro semble expérimenter sa capacité d'être seul, au travers de cette proposition où il est centré sur lui-même, tout en étant en notre présence. Il peut se concentrer sur ses propres ressentis sans manifestation d'angoisse. Il semble sécurisé.

C. L'eau, l'autre et moi : la prise en charge en balnéothérapie

a. L'eau

“L'eau est un liquide incolore inodore et insipide, qui constitue un milieu indispensable à la vie.”¹⁰⁸ Le liquide amniotique baigne le bébé pendant la grossesse. Le corps est originellement dépendant de l'eau, qui le compose à 65%. L'eau est indispensable à la vie. Les propriétés physiques de l'eau consistent en :

- Une diminution des effets de pesanteur, nécessitant de la part du sujet une réorganisation des appuis plantaires, de l'équilibre et du tonus. Elle procure également un effet de portage au sujet.
- Une pression hydrostatique, pression constante de l'eau sur l'ensemble du corps, amenant une sensation d'enveloppement par la stimulation sensorielle permanente du corps.
- Une résistance hydrodynamique, liée à la densité de l'eau, augmentant les informations proprioceptives et extéroceptives lors des mouvements. De cette propriété découle notamment une possibilité d'une perception accrue des limites du corps.
- Un échange thermique influant sur le tonus, car la chaleur amène généralement une détente des muscles et l'eau froide une stimulation dans le sens de l'augmentation tonique.
- La profondeur, qui plonge le sujet dans un nouvel espace tridimensionnel où il pourra explorer les notions spatiales, notamment celles de dedans et de dehors.
- La transparence permettant au sujet de conserver une perception unie de son corps. Les déformations visuelles apportées par l'eau peuvent toutefois s'avérer angoissantes.
- La surface de l'eau assure une limite mouvante et traversable. Elle est indestructible, inaltérable, et peut dès lors recevoir toutes les projections du sujet, qu'elles soient douces ou agressives.

L'eau dispose également d'une dimension symbolique forte où s'entrecroisent des images liées à la vie, à la mort, au plaisir ou à l'angoisse.¹⁰⁹ Chaque personne possède son propre rapport et sa propre histoire avec l'eau.

¹⁰⁸ Le Petit Larousse illustré, 1998, p.354

¹⁰⁹ DURAND L., 2012

Le choix de la médiation eau dans une prise en charge en psychomotricité ne peut occulter l'appétence ou non du sujet pour l'eau, bien qu'elle possède des propriétés d'intérêt thérapeutique indéniables.

b. La médiation balnéothérapie en psychomotricité

“Il est envisageable de baptiser psychothérapeutique la démarche du psychomotricien qui accompagne son patient sur le chemin de la prise de conscience de ses sensations corporelles (...), de sa capacité à lâcher-prise et d'être présent à soi-même, de ses émotions (...) L'effet ainsi obtenu est thérapeutique dans la mesure où il y a mise en mots et mise/remise en route de certaines possibilités d'introspection”¹¹⁰.

Le 21 septembre 2016, séance n°9 :

Sandro va, de sa propre initiative, chercher un tapis pour une proposition de portage. Il se relâche, peut atteindre un bon niveau de détente, mais ne ferme pas les yeux . La psychomotricienne reste proche de lui, sans toutefois le toucher directement. Le portage reste médiatisé par le tapis. Je m'écarte un peu afin de laisser de l'espace à Sandro, de peur que ma présence trop proche ne l'angoisse dans ce moment de détente. La psychomotricienne déplace le tapis doucement et investit tout l'espace du bassin. Sandro adopte une position fœtale, posture du nouveau-né en enroulement. Il cherche ensuite des stimulations tactiles au niveau de la tête en demandant à être dirigé vers les jets d'eau de la piscine.

Cette séquence a lieu en septembre 2016. C'est la première proposition de portage à laquelle j'assiste. Sandro semble nous présenter spontanément la problématique autour de laquelle il a besoin de travailler à ce moment.

Il semble qu'il puisse, au travers de ces propositions, intégrer quelque chose de la détente. À cette période de la prise en charge, il est encore difficile pour lui de se remobiliser après l'avoir expérimentée. L'abaissement tonique et du niveau de vigilance amoindrit le ressenti des limites corporelles, et la réaction de Sandro semble l'illustrer.

La séquence présentée ci-dessus illustre une partie de l'intérêt thérapeutique de la prise en charge en psychomotricité via la médiation eau. La balnéothérapie est une médiation

¹¹⁰ PIREYRE, 2011, p.18

offrant à Sandro une triple contenance : l'eau, la relation avec la psychomotricienne et le cadre. Ces trois enveloppes l'assurent d'une contenance suffisante pour qu'il se laisse aller à une régression temporaire, bénéfique dans la construction et dans l'intégration de sa propre sécurité interne. Il peut dès lors s'épanouir dans la découverte de son espace interne matérialisé par ses sensations corporelles. La psychomotricienne offre à Mathys un holding sécurisant et bénéfique dans la construction de son enveloppe psychocorporelle.

La balnéothérapie est une médiation psychomotrice s'articulant entre le champ thérapeutique et le champ éducatif. En effet, le lieu spécifique que représente la piscine nécessite du sujet une certaine autonomie et une certaine discipline. Pour assurer sa sécurité, l'enfant doit pouvoir respecter les règles établies dans et autour du bassin. La mise du maillot de bain et la douche axe le travail autour de l'autonomisation du sujet. Je vais développer plus amplement l'aspect thérapeutique de la balnéothérapie, cette notion intéressant plus fortement ma pratique clinique.

La balnéothérapie représente en premier lieu un espace de rencontre entre le psychomotricien et son patient, rencontre effectuée dans des conditions si différentes de celles de l'unité. La sensorialité et la créativité y sont différentes, du fait des propriétés de l'eau. Médium malléable, l'eau peut supporter toutes les projections du patient. L'accompagnement du psychomotricien est fondamental, dans le jeu et la détente, pour soutenir les effets excitants et les possibles angoisses éveillées dans l'exploration aquatique.

Le travail en balnéothérapie peut permettre une approche des notions d'axe corporel et de verticalité. L'eau et sa résistance induit pour chaque déplacement la nécessité de bons appuis plantaires et une gestion de l'équilibre renforcée. Ces conditions entraînent rapidement un travail postural par jeu d'équilibre-déséquilibre.

L'eau permet un travail autour de l'enveloppe, contenu dans la relation avec le psychomotricien et le cadre de la balnéothérapie. L'eau enveloppe le corps sur toute sa surface, en fait ressentir ses limites et ses influences sur l'environnement. Le mouvement de l'un, transmis par l'eau, peut toucher l'autre en un contact indirect. Les massages et les contacts de l'eau sur la peau fournissent une sensation de contenance permanente. L'eau contient le corps et peut favoriser l'émergence ou la consolidation de l'enveloppe psychocorporelle du sujet.

Le sentiment de sécurité découlant de la contenance relationnelle et aquatique apportée par balnéothérapie peut permettre au sujet d'accéder à un état de détente, possiblement nouveau pour lui. L'abaissement tonique peut être soutenu par un portage, médiatisé ou non, exercé par le psychomotricien. Malgré la baisse du tonus, le sujet conserve une bonne perception de ses limites corporelles grâce au contact de l'eau. Le psychomotricien doit anticiper un éventuel effondrement tonique suite à ces séances. Si le sujet n'est pas en mesure de trouver les ressources nécessaires à la remobilisation psychique, il faut que le psychomotricien l'y amène. Il s'agit de ne pas engendrer de désorganisation trop importante chez son patient. En balnéothérapie, un travail autour de la régulation tonique est possible.

La sensorialité, modifiée sous l'eau, plonge le sujet dans une expérience nouvelle, peut-être étrange, du réel. Il peut redécouvrir ses sensations, et la différence de perception entre le milieu aérien et le milieu aquatique peut lui permettre de retrouver ses capacités à conscientiser ses sensations. Ses perceptions touchent au corps et le replacent au coeur de l'attention du sujet. L'étayage du psychomotricien peut éventuellement permettre à l'enfant de parler de son corps et des émotions qui le traversent dans cette (re)découverte induite par l'eau. Un travail s'effectue autour de la conscience corporelle, et autour des possibilités de verbalisation.

L'immersion dans l'eau nécessite une régulation respiratoire et un sentiment de sécurité assez fort pour s'abandonner aux distorsions sensorielles aquatiques. Il est alors possible d'amorcer un travail autour du souffle via l'apnée, mais aussi du lien. En effet, l'eau isole le sujet des sons de l'extérieur et floute sa vision. S'il supporte de garder les yeux ouverts sous l'eau, le lien visuel est précaire, la silhouette de l'autre déformée. Le regard, premier sens relationnel, ne fait plus fonction d'appui rassurant sur l'autre. Le psychomotricien, présent dans l'eau, porte son patient psychiquement et fait perdurer le lien malgré la rupture sensorielle. La transparence permet à la personne émergée de suivre du regard l'immergée. Il s'agit alors de se quitter quelques instants pour se retrouver ensuite, s'accueillir, se féliciter ou se rassurer si l'absence momentanée a été trop angoissante. Un travail des distances relationnelles s'amorce.

La balnéothérapie s'impose comme un espace de travail de la relation à soi et à l'autre. "Ce travail peut rouvrir un espace de pensées qui s'ancre dans les éprouvés corporels (...)"¹¹¹ La subjectivité du sujet rencontre celle du psychomotricien dans l'espace transitionnel qu'offre la médiation balnéothérapie. "Ce travail corporel ne se soutient que s'il

¹¹¹ POTEL C., 1999, p.72

s'accompagne d'une élaboration qui passe par les mots, le ressenti des affects et des émotions mises en jeu dans cette rencontre avec soi, et avec l'autre, rencontre médiatisée par l'eau."¹¹² Le travail de l'enveloppe est primordial, de par la contenance offerte par la matière eau, mais surtout par celle proposée par le psychomotricien dont l'étayage constant permet au sujet une exploration de ses capacités motrices, représentatives et relationnelles dans un sentiment de sécurité.

Le 18 janvier 2017, séance n°22 :

Sandro va dans l'eau rapidement. Il ne sort pas de jouet. Il se met beaucoup sous l'eau, en expérimentant le dedans et le dehors, ainsi que les distorsions sensorielles induites par l'eau. La psychomotricienne ramène un tapis, et Sandro passe plusieurs fois dessous. Il est maintenant capable de nager la longueur du bassin sous l'eau. Il le fait d'abord spontanément, puis nous sollicite pour le regarder. Il revient verbalement sur sa traversée en la décrivant et s'assure que nous l'ayons vu.

Sandro investit de plus en plus l'eau en elle-même. Il a moins besoin de matériel pour occuper l'espace-temps de la séance. Son investissement corporel en est amélioré, et sa motricité est plus contrôlée. Il semble avoir une écoute plus attentive de ses ressentis corporels.

Ses allers-retours sous-marins sont intéressants, car Sandro doit retenir et gérer l'air à l'intérieur de lui. Il expérimente ainsi la contenance de son corps. Il peut tenir de plus en plus longtemps en apnée, peut-être maîtrise-t-il mieux sa respiration ou est-il moins angoissé par l'immersion totale. Ses traversées l'isolent temporairement de nous sur le plan sensoriel. Il ne nous voit plus et ne nous entend plus. Sa capacité à supporter de plus en plus longtemps d'interrompre la relation sans être en proie à des angoisses est relativement nouvelle, et il semble répéter l'expérience comme pour l'intégrer. Ces progrès coïncident avec ses capacités à mieux gérer les distances interpersonnelles. Nos encouragements et le renforcement positif le valorisent et permettent un renforcement narcissique.

La médiation est un outil indispensable à la prise en charge psychomotrice. La créativité du psychomotricien et sa subjectivité ouvrent le champ des possibles. La seule exigence fondamentale est de proposer un travail autour d'une médiation la plus adaptée possible aux objectifs visés par le projet thérapeutique. La prise en charge globale mise en place en

¹¹² *ibid*, p.72

psychomotricité permet d'observer, chez Sandro, une évolution sur plusieurs plans de son développement. Les enjeux du travail thérapeutique semblent peu à peu se modifier. Ces changements introduisent une nécessaire remise en question des modalités de sa prise en charge.

Quels sont les effets de la prise en charge en psychomotricité sur le fonctionnement de Sandro ? Comment assurer l'ajustement des soins qui lui sont proposés ?

IV. ÉVOLUTION ET REMISE EN QUESTION : LE RÉAJUSTEMENT THÉRAPEUTIQUE.

La prise en charge globale du sujet, en psychomotricité comme au niveau institutionnel, vise à proposer un projet juste et structurant afin d'accompagner l'enfant dans le déploiement de ses capacités. Elle est adaptée aux problématiques du sujet et s'élabore selon ses besoins spécifiques. À l'issue d'une année d'hospitalisation à temps complet, l'évolution de Sandro est franche, et nécessite un réajustement de son projet thérapeutique.

A. Évolution psychomotrice de Sandro

Pour rappel, Sandro est hospitalisé pour des troubles du comportement avec une agitation psychomotrice, liés à des angoisses massives d'abandon et de séparation. Il présente une forte auto et hétéro agressivité. Il souffre également de difficultés à l'endormissement et de troubles du sommeil.

Au niveau psychomoteur, Sandro présente, à son arrivée, un défaut d'ancrage corporel, des troubles de la régulation tonico-émotionnelle, une défaillance de l'enveloppe dans les fonctions de contenance et de pare-excitation, et une construction fragile de l'image du corps.

a. Dans l'institution

L'arrivée de Sandro dans l'unité a été difficile. Il demandait souvent à être en relation duelle avec les adultes, et il pouvait se montrer particulièrement adhésif, en réclamant un enveloppement corporel constant et une attention soutenue. Il avait beaucoup de difficultés à rester seul dans sa chambre. Très angoissé, il faisait des crises d'agitation plurihebdomadaires, généralement situées en fin de journée, ou suite à des conflits de rivalité avec les autres enfants du service. Il avait une intolérance massive à la frustration. Il ne supportait pas de rester seul, et il montrait de grandes difficultés à l'endormissement et durant les temps calmes. Le processus de subjectivation était entravé par ses angoisses. Il imitait beaucoup d'autres enfants et n'investissait pas la trace écrite. Enfin, il montrait beaucoup de difficultés à verbaliser ses affects, avec une possibilité restreinte d'élaboration de son vécu.

Progressivement, les crises d'agitation de Sandro se sont espacées dans le temps et se sont atténuées en termes de violence. Actuellement, ses crises d'agitation sont très rares. Il gère mieux ses angoisses et ses inquiétudes, il est très réceptif à la mise en sens que l'on peut lui faire et l'étayage verbal l'apaise. Il n'a plus de difficultés à s'endormir et peut supporter les temps calmes seul. Il peut jouer avec les autres enfants, attendre son tour, et se montre moins hétéro-agressif. Cependant, la jalousie et la frustration le poussent encore à recourir à la violence. Il a acquis une grande autonomie et aime aider les adultes dans les tâches de la vie quotidienne. Il est beaucoup plus régulé au niveau des distances interpersonnelles et montre moins d'adhésivité. Il investit fortement l'école, même si l'écriture est toujours un domaine fragile. La différenciation des sexes et des générations semble beaucoup plus claire pour lui, ce qui démontre une évolution dans son développement affectif. Il accède mieux à la verbalisation de ses émotions.

Le 22 mars 2017 :

Sur l'unité, malgré la tension ambiante et les difficultés comportementales des autres enfants, Sandro ne se désorganise pas et ne fait pas de crise d'agitation. Il peut encore déborder lors de situations de grande frustration, par exemple lorsqu'il réalise qu'il ne passera pas le week-end chez sa mère, mais dans sa famille d'accueil.

Il trouve les moyens de se réguler pour éviter l'explosion psychomotrice. Il peut comprendre et exprimer de mieux en mieux sa colère ou sa tristesse. L'agir n'est plus son seul recours émotionnel, et bien qu'il reste partie intégrante de son fonctionnement, Sandro semble avoir accès à de meilleures capacités de représentations. Cela lui permet d'exprimer ses émotions verbalement.

b. Dans la prise en charge en psychomotricité

Au début de la prise en charge en psychomotricité, Sandro réclamait beaucoup d'aide à la psychomotricienne, il manquait d'autonomie pour changer de tenue notamment. Il manifestait beaucoup d'angoisse lorsqu'il se relâchait toniquement et ne supportait pas qu'on lui touche la tête. Il avait un comportement très adhésif, et la distinction soi - non-soi semblait parfois floue pour lui. Il avait de grandes difficultés de régulation tonique aboutissant souvent à des débordements, surtout lors des jeux moteurs où il se positionnait majoritairement sur un mode compétiteur. Il montrait parfois quelques difficultés à sortir seul du bassin, et

regagnait les vestiaires dans un comportement de repli, en imitant un de ses camarades autistes. La relation était alors difficilement conservée. Il ne supportait pas de rester seul dans un espace, dans les vestiaires ou dans sa chambre pour le temps calme suivant la séance. La verbalisation de ses affects et de ses sensations était très pauvre.

Aujourd'hui, Sandro est complètement autonome dans la prise en charge. Il peut proposer de nouveaux jeux spontanément, et manifeste un meilleur engagement corporel. Il investit de plus en plus le milieu aquatique en lui-même, et il peut prendre le temps d'explorer son environnement et ses propres capacités corporelles sans nous solliciter continuellement. Il semble peu à peu intégrer une capacité de contenance autonome. Il peut également accéder à la détente sans se désorganiser. Ses angoisses d'échec ont diminué et il peut prendre du plaisir à jouer sans forcément s'attacher au score. Son comportement est moins adhésif et il a acquis une meilleure régulation des distances. Il est capable de s'épanouir seul dans un espace, sans manifester d'angoisse de séparation. Les temps de transition entre les propositions sont moins compliqués à supporter pour lui, et il accepte la fin de la séance facilement. Il peut prêter plus d'attention à ses propres désirs et choisir ce dont il a envie. Les changements de Mathys sont grands, notamment dans la vision qu'il semble avoir de moi.

Le 29 mars 2017, séance 29 :

Sandro peut tout de même aller se doucher calmement et entamer la séance directement par notre jeu de handball habituel. Il est ajusté au niveau tonico-émotionnel et il ne se préoccupe pas du score. Il prend plaisir à jouer sans aucune compétitivité. Nous poursuivons le jeu par des tirs au but et il peut se montrer empathique lorsque la psychomotricienne ou moi échouons. Il décide de ne pas terminer la séance par un temps de portage, mais par quelques parties de bâtons lestés. Il peut proposer différentes règles, et ne montre aucune difficulté à sortir du bassin. Lors de la douche, il vient s'agripper fortement à moi, dans une grande hypotonie. Son contact est ambivalent, oscillant entre celui d'un jeune enfant et celui d'un garçon approchant de la puberté. Il se récupère en lavant le dauphin, objet transitionnel, et en parlant de l'école.

Il peut à présent refuser le temps de portage au profit d'une activité plus cognitive. Peut-être a-t-il senti qu'il aurait du mal à se récupérer ou à supporter l'abaissement tonique, garant du sentiment d'enveloppe, et la situation régressive, possiblement génératrice d'un sentiment de vulnérabilité ? Son choix lui permet de supporter la fin de la séance sans problème.

L'effondrement tonique ayant lieu dans la douche peut être lié à la sortie de l'eau. La contenance permanente n'étant plus assurée, il cherche à s'accrocher à moi dans un mouvement adhésif. Cette séquence semble illustrer les questionnements identitaires auxquels Sandro est confronté. Son départ approche, un autre garçon remet en question sa place dans l'unité, enfin il grandit et ses désirs évoluent : beaucoup d'éléments perturbant son sentiment d'identité et les repères qui le soutiennent.

De plus, de par l'évolution de son développement affectif, Sandro commence à discriminer plus amplement les filles des garçons, et les générations. En découle un comportement ambivalent, commençant à être sexualisé.

c. L'apport de la prise en charge psychomotrice pour Sandro

Suite à la prise en charge en balnéothérapie de Sandro, on observe une évolution impressionnante sur le plan comportemental et relationnel. Un apaisement global des angoisses est perceptible. Il manifeste de plus amples capacités de régulation tonique et une harmonisation de l'enveloppe. Son image du corps semble moins fragile. Il a accès à une meilleure régulation des distances interpersonnelles. Ces progrès sont imbriqués, comme l'étaient les problématiques de base, et il est difficile de déterminer quel progrès a engendré les autres. Je pense personnellement que la prise en charge en psychomotricité a permis d'offrir à Sandro un espace l'envisageant dans sa globalité, accepté avec ses capacités et ses difficultés, où il a pu s'épanouir tout aussi globalement. L'ensemble de ses progrès sont liés les uns aux autres, et si certains domaines restent plus fragiles que d'autres, il a pu acquérir la sécurité interne suffisante pour trouver un fonctionnement plus harmonieux.

Les progrès observés en psychomotricité ont ainsi pu s'étendre à son comportement dans l'institution. L'intérêt du travail effectué en balnéothérapie vise à permettre à Sandro de trouver les ressources nécessaires à la conservation de son équilibre, dans toutes les situations auxquelles il est confronté. J'ai précédemment exposé l'influence de l'image du corps, de l'enveloppe psychocorporelle et du tonus sur le fonctionnement du sujet. La consolidation de ces éléments dans une perspective thérapeutique globale accroît les capacités d'intégration et de régulation du sujet état-limite, si perméable et dépendant de son environnement. L'évolution de Sandro au sein de l'institution, au niveau de la vie groupale, de son ajustement relationnel et de ses capacités de régulation émotionnelle prouve que la prise en charge en psychomotricité a une incidence sur sa vie quotidienne. Le

travail pluridisciplinaire, éducatif, psychologique et médical, a évidemment contribué à l'apaisement global de Sandro, et à sa reprise développementale.

d. Ma vision de la psychomotricité dans la prise en charge de Sandro

La psychomotricité dans la prise en charge psychomotrice de Sandro en balnéothérapie s'est établie comme une (ré)expérimentation des processus à l'oeuvre lors du développement affectif précoce. J'ai précédemment développé le rôle des interactions mère-bébé dans la mise en place du fonctionnement psychocorporel du sujet. La différenciation soi-non soi, l'instauration d'une sécurité de base et du sentiment continu d'exister, l'intégration des capacités de contenance et de pare-excitation, la construction de l'enveloppe psychocorporelle, du narcissisme, de l'identité et l'élaboration de l'image du corps dépendent des premiers liens et des premiers soins prodigués au bébé par sa mère. Le développement affectif, aboutissant à l'acquisition de la capacité d'être seul, permet à l'enfant de pouvoir prêter attention à sa vie interne, à ses désirs et à ses besoins. Il acquiert une qualité de présence à lui-même grâce à la sécurité interne construite à partir de l'introjection de son environnement "suffisamment bon"¹¹³. En découlent les facultés de représentation, de symbolisation, et de communication aboutissant à un fonctionnement global harmonieux.

La psychomotricienne et moi-même avons agi auprès de Sandro comme un environnement suffisamment bon. L'eau a permis à cet enfant de s'engager dans un mouvement régressif, contenu dans le cadre thérapeutique, nécessaire au travail psychomoteur visé. La balnéothérapie a été le lieu d'une remise en acte des premiers soins par les propositions de portage et par la relation thérapeutique centrée sur Sandro. La consolidation de l'enveloppe psychocorporelle a permis, à terme, d'apaiser les angoisses du garçon, de restaurer son image du corps et d'enclencher, chez lui, une nouvelle dynamique relationnelle.

Ses difficultés actuelles à investir la prise en charge en psychomotricité illustrent peut-être l'évolution du transfert consécutive au progrès de l'enfant. Il semble être en recherche de subjectivation dans un mouvement de séparation nécessaire à l'individuation totale, comme un enfant qui désinvestirait peu à peu l'identification à ses parents au profit d'une identification à ses pairs. Sandro s'engage dans la préadolescence, période où le groupe et la reconnaissance des pairs prennent une place importante. Son orientation doit pouvoir

¹¹³ WINNICOTT D.W., 1958, p.53

répondre à ses mouvements, en l'inscrivant dans une dynamique groupale propice à la poursuite de son développement psycho-affectif, tout en assurant un cadre contenant et sécurisant pour répondre à la recherche de limites encore présente.

L'évolution de Sandro a été rendue possible par la prise en charge globale dont il a bénéficié au sein de l'unité. Le suivi éducatif, psychologique, pédopsychiatrique et psychomoteur a influencé son développement, et les progrès de Sandro résultent du travail pluridisciplinaire mis en place dans l'institution.

B. Vers la fin de l'indication en balnéothérapie : grandir

a. Le questionnement sur l'intérêt de la poursuite de la prise en charge en balnéothérapie

L'évolution de Sandro mène à une remise en question du projet thérapeutique élaboré pour lui en psychomotricité. Sandro s'inscrit actuellement dans une dynamique préadolescente, avec l'émergence de nouveaux désirs, plus sexualisés, notamment envers les stagiaires, dont je fais partie. Son comportement en témoigne.

Le 8 mars 2017 :

Sandro se montre très tactile toute la première partie de la matinée. Son comportement est très différent de ses mouvements d'agrippement habituels. Il caresse mes mains et son contact et ses intentions ne semblent plus être seulement celles d'une recherche de contenance, mais semblent teintées d'un désir de plaire. Je suis très mal à l'aise face à ses gestes intrusifs et je lui demande de se décoller.

Cette séquence semble marquer un tournant dans le développement affectif de Sandro. À ce moment, il ne semble plus me considérer seulement comme une adulte. Je suis une fille, plus jeune que ses soignantes. La différenciation des générations se développe. Déstabilisée par ce changement de comportement brutal, je n'ai pas pu à lui signifier directement que ses gestes étaient inappropriés aux vues de son âge et de sa maturité. Sandro grandit, et son attitude est normale. Cependant, les comportements d'érotisation de la relation sont une contre-indication à la balnéothérapie. "Tous les cliniciens soulignent la soif de contact des

adolescents qu'ils suivent, mais aussi leur promptitude à se fermer et à rompre."¹¹⁴ Les attitudes adhésives, ici teintées de séduction, sont caractéristiques du fonctionnement limite.

De plus, Sandro recherche de plus en plus la confrontation physique avec les soignants hommes. "L'adolescent cas-limite teste les représentants de la fonction paternelle, les défie, parce qu'à ses yeux ils sont disqualifiés (...)"¹¹⁵ Il semble cependant avoir encore particulièrement besoin de leur attention, dans un mouvement identificatoire important. Il semble préoccupé par l'idée de savoir comment se comporter en tant que garçon. "L'identification, c'est l'action de s'identifier à quelqu'un ou à quelque chose. En ce sens, l'identification est une assimilation d'un certain nombre de propriétés d'un autre que soi."¹¹⁶ L'attention portée par Sandro à l'égard des soignants hommes se justifie donc dans cette quête de sens liée à ses questionnements identitaires.

Il est encore très perméable à son environnement. Il lui est difficile d'accepter la relation des soignants avec les autres enfants, Sandro semble ainsi craindre qu'il puisse être remplacé à leurs yeux. Il grandit, et sa place change au sein du groupe, en même temps que sa propre image du corps évolue. Son comportement est ambivalent, il lui faut se positionner entre l'enfant qu'il est encore et l'adolescent qui émerge en lui. Il n'a plus la possibilité d'adopter certains comportements, trop infantiles pour son âge et les désirs qui le traversent, mais d'autres activités s'ouvrent à lui. Cette période de transition semble être difficile à gérer, et il me semble important de pouvoir l'accompagner dans sa quête de réponse identitaire, au travers d'un travail psychomoteur. L'identité correspond à "un ensemble de significations (...) apposées par des acteurs sur une réalité physique et subjective, plus ou moins floue, de leurs mondes vécus, ensemble construit par un autre acteur. C'est donc un sens perçu donné par chaque acteur au sujet de lui-même ou d'autres acteurs."¹¹⁷ Elle s'élabore donc à partir de la relation et d'un savoir constitué d'informations internes (sensations corporelles, émotions, pensées) et d'informations externes (sensations, perceptions issues de l'environnement). "C'est ce savoir sur soi-même qui est la source du sentiment d'identité personnelle."¹¹⁸ L'identité est toujours en transformation, car liée aux domaines biologique, psychologique, temporel, matériel, relationnel, normatif, culturel et politique, eux-mêmes en constante évolution. À l'adolescence, le positionnement identitaire est d'autant plus complexe que le sujet se trouve dans une phase de transition entre deux stades des domaines constitutifs de

¹¹⁴ RICHARD F., 1998, p.43

¹¹⁵ *Ibid*, p.46

¹¹⁶ MUCCHIELLI A., 1986, p.57

¹¹⁷ *Ibid*, p.10

¹¹⁸ MUCCHIELLI A., 1986, p.51

l'identité listés précédemment. Pour intégrer les changements liés à la puberté, l'adolescent passe par le corps. "Le corps devient l'instrument de la différenciation et de la lutte pour l'identité."¹¹⁹

Le 15 mars 2017 :

L'ambiance est très tendue sur l'unité, l'agitation gagne tous les enfants. Ils font régulièrement des crises d'agitation. L'environnement institutionnel est compliqué, car les équipes sont divisées suite à des problèmes internes. Les répercussions du contexte institutionnel sur les enfants sont fortes. Sandro, qui avait fait de grands progrès comportementaux fait trois crises aujourd'hui. Néanmoins, il semble de plus en plus extérioriser ses affects dépressifs. Il s'allonge plusieurs fois, en grande hypotonie, au milieu du service aujourd'hui. Il est intéressant qu'il puisse exprimer ainsi sa tristesse.

De plus, ajouté à cette ambiance agitée, un enfant de 11 ans évoluant sur le même fonctionnement psychique que Sandro a fait son entrée dans l'unité pour un séjour d'observation. La rivalité entre les deux garçons est grande et Sandro semble angoissé par la possibilité que l'autre garçon prenne sa place dans le groupe et auprès des soignants. Il est tendu et supporte mal l'attention reçue par son camarade. Il semble attaqué dans son sentiment d'identité. Moins imposant physiquement, Sandro ne peut rivaliser avec la force de l'autre garçon et ressent des sentiments de jalousie et de frustration sans pouvoir trouver de solution autre que la colère et la tristesse. Il peut être pertinent de se questionner sur l'influence de l'environnement sur les changements comportementaux de Sandro. De plus, son départ de l'institution approche et cela peut réactiver ses angoisses de séparation et d'abandon. La question de sa place dans le groupe est, elle aussi, importante dans ce contexte.

De ces changements émergent de nouvelles problématiques, nécessitant l'ajustement du projet thérapeutique. Comment l'accompagner, en psychomotricité, dans son questionnement identitaire ? Comment l'aider à intégrer ses limites corporelles ? Quelle est l'évolution de son image du corps ?

b. Changer de médiation ?

¹¹⁹ POTEL C., 2015, p.75

Au niveau de la prise en charge en psychomotricité, la balnéothérapie ne semble plus être une médiation adaptée aux problématiques de Sandro. L'aspect régressif, offert par l'eau, la relation et le cadre de la séance, ne correspond plus aux besoins de cet enfant. Sandro y investit plus volontairement les jeux réflexifs tels que la recherche subaquatique de bâtons lestés numérotés selon un ordre croissant, décroissant, ou selon leurs couleurs. Il délaisse peu à peu les propositions de portage pour s'épanouir dans un registre actif et cognitif. De plus, ses désirs nouvellement sexualisés ne peuvent trouver d'expression en balnéothérapie, pour la conservation d'une relation thérapeutique équilibrée.

Il nous faut donner du sens à sa recherche de limites, tout en poursuivant le travail de conscience corporelle afin d'entretenir son sentiment de vie interne. Pour lutter contre la sensation de vide et le non-sens angoissant de ses éprouvés, la psychomotricité doit se faire lieu de parole et d'expérimentation autour de son corps. Il pourrait être intéressant de réévaluer Sandro sur certains items psychomoteurs afin de bien cerner ses besoins actuels. Je pense notamment à une évaluation de son image du corps et du schéma corporel, en lui proposant une épreuve du dessin du bonhomme. Un test de Stroop permettrait d'évaluer ses capacités attentionnelles et l'incidence de ses angoisses d'échec sur celles-ci. Les épreuves de rythme de Mira Stambach nous laisseraient entrevoir son tempo spontané et son accès au symbolisme. Enfin, un test d'adaptation à l'espace et l'orientation spatiale de Marthe Vyl permettrait d'observer son adaptation à l'espace et sa capacité à élaborer un projet moteur. Il sera important d'observer ses réactions tonico-émotionnelles et ses stratégies d'adaptation face aux difficultés éventuellement rencontrées.

Le projet thérapeutique doit s'axer vers la consolidation des limites corporelles pour renforcer encore son sentiment de sécurité interne et son image du corps. La prise en charge en psychomotricité doit également être un lieu d'expression et d'expérimentation autour du corps et de sa symbolique, afin d'accompagner Sandro dans son questionnement identitaire. Il s'agit, enfin, d'offrir à Sandro un espace d'intégration et de compréhension de ses ressentis pour renforcer ses capacités de régulation tonique.

Le travail en psychomotricité avec Sandro pourrait prendre la forme d'un groupe de jeu dramatique. Cette médiation offre un espace d'expression et d'approche du symbolisme, dans un engagement du corps en relation à soi et à l'autre. Elle permet également de poursuivre le travail de conscience corporelle.

Il pourrait être intéressant de proposer à Sandro un espace d'exploration corporelle à travers le mouvement, sous-tendu par la création d'un corps humain en papier mâché ou en pâte à sel. Il s'agirait de lui permettre, par le mouvement, de repérer sur lui même la localisation des muscles, des os, et de certains organes. Il pourrait accéder à une représentation de son corps et son intériorité, en s'appuyant sur son intérêt pour le domaine cognitif.

Le projet global mis en place pour Sandro dans l'institution doit également évoluer. L'équipe pluridisciplinaire se questionne sur la manière de répondre à l'évolution globale de Sandro, et à sa recherche manifeste de confrontation avec les soignants masculins. Il s'agit de lui offrir le moyen d'expérimenter sa force et son action sur son environnement, dans un cadre sécuritaire lui permettant d'intégrer ses limites corporelles.

Le questionnement identitaire à l'œuvre actuellement, chez Sandro, peut trouver une réponse dans une activité encadrée par les deux infirmiers de l'unité, dans une optique de transmission d'un savoir-faire ou dans une activité sportive. L'intérêt réside dans le fait de décaler les situations de face à face pour désamorcer la tension lors des temps de vie quotidienne, tout en offrant un lieu d'expression aux pulsions agressives du garçon. L'accent est porté sur le fait de faire avec Sandro, car dans la pathologie limite de l'enfance, c'est le temps partagé avec l'enfant qui permet la structuration. La relation s'impose comme un support du développement.

Les activités évoquées en réunion de synthèse sont la boxe et un atelier mécanique. Cependant, il est important pour les soignants encadrant cette activité d'opter pour une médiation avec laquelle ils ont une affinité particulière afin de favoriser l'échange. L'implication et le plaisir pris par les soignants influenceront sur l'adhésion de Sandro à l'activité, ce dernier étant en proie à des mouvements identificatoires forts.

Si le changement de médiation se révèle inenvisageable, il faudra réfléchir à arrêter le suivi de Sandro en psychomotricité.

c. Arrêter la prise en charge en psychomotricité ?

Si l'arrêt de la prise en charge en psychomotricité devait être envisagé, la raison serait uniquement organisationnelle. L'année d'hospitalisation de Sandro touche à sa fin. Il s'agit

d'un choix important que de l'inscrire dans une nouvelle dynamique de prise en charge, et le travail serait très limité dans le temps. De plus, il serait intéressant de commencer le nouveau travail en cothérapie avec un des deux infirmiers hommes, pour répondre au besoin d'identification masculine de Sandro. Cependant, les soignants ne peuvent se rendre disponibles sur le créneau horaire de la prise en charge en psychomotricité.

Selon moi, ces contraintes ne peuvent être une raison à l'arrêt du suivi de Sandro. En effet, le travail psychocorporel comporte un grand intérêt aux vues des problématiques du garçon. La pathologie limite de l'enfance allie des défaillances autour de l'image du corps, de l'enveloppe psychocorporelle et de la relation, trois notions fondamentales en psychomotricité. De plus, Sandro approche de l'adolescence, et commence à se confronter aux épreuves de passage vers l'âge adulte.

En effet, à l'adolescence s'engage une quête identitaire liée à la transformation pubertaire, à l'évolution de la place du sujet dans la société et à l'émergence de nouveaux désirs. Il s'opère une remise en question de la place de l'individu en tant que sujet, avec des enjeux identitaires et de subjectivation. L'image du corps se fragilise, et la relation à soi et aux autres prend une nouvelle dimension avec l'émergence de la sexualité. Dans la pathologie limite, l'enjeu de subjectivation est accru, et "la massivité de la question identificatoire peut tourner, au-delà de l'hystérie, à la folie de l'ascétisme, de la tentative de suicide et de l'errance."¹²⁰ Si des manifestations psychotiques sont rarement observées à l'adolescence du sujet état-limite, les risques se concentrent sur de possibles comportements addictifs, une évolution vers des fonctionnements pervers ou vers des pathologies de l'agir. L'évolution vers une déficience intellectuelle est aussi possible, mais, dans le cas de Sandro, le risque semble faible au vu de son appétence pour les activités réflexives et ses progrès scolaires. La persistance du fonctionnement limite est possible. Cependant, "À l'adolescence se joue l'orientation, soit vers une réintégration favorable des capacités cognitives, soit vers une cristallisation aggravante, ceci en fonction de la qualité des relations objectales et de l'efficacité du clivage qui maintient en secteur isolé certaines capacités d'adaptation."¹²¹ L'évolution vers un rétablissement, c'est-à-dire vers une équilibration du fonctionnement psychique, est envisageable. "L'adolescence, qui s'amorce dans et par le corps, période de danger maximal, va avoir des effets de relance, bénéfiques pour la personnalité tout entière."¹²²

¹²⁰ RICHARD F., 1998, p.43

¹²¹ *Ibid*, p.41

¹²² POTEL C., 2015, p.19

L'environnement et les relations de Sandro joueront un rôle important dans son devenir. "L'approche thérapeutique doit viser la constitution d'un cadre contenant pare-excitation, garant d'une suffisante continuité, se référant à une loi d'essence paternelle et susceptible de proposer un espace transitionnel, une aire de jeu, au sein duquel puisse éventuellement s'opérer une sorte de symbolisation primaire, à l'abri de tout ce qui (...) pourrait évoquer une emprise ou une violence de l'objet."¹²³ La psychomotricité a encore un rôle à jouer dans l'accompagnement de cet enfant à travers les épreuves qui l'attendent pour atteindre l'équilibre personnel. Son cheminement vers l'équilibre psychocorporel avance et, au vu de ses progrès sur cette première année de soin, ses perspectives d'avenir sont favorables.

¹²³ RICHARD F., 1998, p.47-48

CONCLUSION

À l'issue de cette année de travail, mais surtout d'échange, avec Sandro et la psychomotricienne, je peux confirmer l'intérêt de la psychomotricité dans la prise en charge du sujet état-limite. Ce stage en pédopsychiatrie m'a permis de découvrir et d'expérimenter toutes les possibilités d'action de la psychomotricité dans sa dimension thérapeutique. Le travail n'a de limite que là où la créativité du psychomotricien s'arrête. Lorsque la subjectivité du patient rencontre celle de son thérapeute, c'est une nouvelle histoire qui débute. Le déploiement des potentialités de l'enfant en est l'aboutissement.

L'étude de l'évolution de Sandro au cours de l'année, au sein de la prise en charge comme lors des temps de vie quotidienne, montre la pertinence du projet psychomoteur conçu pour lui. La possibilité de transposition des progrès observés en psychomotricité à un autre environnement vient légitimer l'intérêt du travail effectué en balnéothérapie.

L'eau, le cadre thérapeutique et la psychomotricité agissent comme une triple enveloppe structurante et contenant pour le sujet. La conception particulière du soin soutenue en psychomotricité, consistant en l'abord du sujet dans sa globalité, prend une importance toute particulière lorsque l'individu en question est soumis au clivage et à une forte ambivalence. Il s'agit d'offrir au sujet état-limite une stabilité, habituellement entravée par la défaillance de son enveloppe psychocorporelle et sa fragilité narcissique. La psychomotricienne et moi-même, avec le support de l'eau, du cadre thérapeutique et de la proxémie, avons accompagné Sandro dans la construction de sa propre sécurité pour le libérer, notamment, de sa dépendance à l'environnement, source d'angoisses majeures. Le travail effectué autour de l'image du corps, de la régulation tonique et des distances relationnelles a participé à l'émergence de nouvelles possibilités d'adaptation et de relation chez Sandro.

Le séjour d'un an à l'internat pédopsychiatrique touchant à sa fin, la question de l'orientation de Sandro se pose. La médecin-chef de service et la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) travaillent conjointement à l'élaboration du projet d'orientation correspondant au mieux au profil du garçon. L'équipe pluridisciplinaire de l'unité préconisait, en première intention, une intégration à temps plein dans un Institut Thérapeutique Éducatif et pédagogique (ITEP). La MDPH proposait, quant à elle, un suivi en

Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD), craignant que l'ITEP ne soit un milieu trop violent pour Sandro.

Actuellement, le projet s'axe vers une inclusion en internat thérapeutique, au sein d'une structure assurant les soins quotidiens et la vie en communauté afin de permettre à Sandro d'évoluer dans un environnement contenant au contact d'autres enfants. Cette structure propose également des ateliers préprofessionnalisant, auxquels Sandro pourra participer à l'avenir. Pour le suivi thérapeutique, une intégration complémentaire en SESSAD est envisagée. Au niveau scolaire, l'inclusion de Sandro dans une école normale, financée par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), est proposée grâce à ses progrès comportementaux.

Une question me préoccupe. Hors du cadre de l'unité, l'équilibration psychomotrice et relationnelle de Sandro se maintiendra-t-elle ?

L'internat pédopsychiatrique offre aux enfants un soin institutionnel basé sur les fonctions de contenance, de médiation, de tolérance et de substitution au cadre familial.¹²⁴ Il est aussi le lieu où, durant près d'un an, Sandro a créé des liens avec ses soignants, avec les autres enfants, et s'est approprié chaque lieu comme des repères, garants d'une certaine continuité. Malgré les progrès importants de Sandro, le risque d'une réminiscence des angoisses de séparation et d'abandon lors de son changement d'institution existe. Il lui faudra trouver les ressources nécessaires à l'apaisement sans recourir à la solution adhésive ou à l'explosion tonique.

Après plusieurs décennies de débat nosographique, l'état-limite s'impose actuellement comme une entité psychopathologique clairement différenciée des champs névrotique et psychotique. La pathologie limite de l'enfance est de plus en plus fréquemment rencontrée en situation clinique. Pourrait-elle être la témoin d'une société où les limites s'évanouissent et n'assurent plus de cadre structurant à l'enfant ? L'état-limite interroge également l'identité et la problématique du lien. L'expression de la souffrance y est majoritairement corporelle. La psychomotricité, entre relation à soi et à l'autre au travers du corps, s'impose comme une indication pertinente dans le soin des enfants état-limite.

BIBLIOGRAPHIE

¹²⁴ MARCELLI D., BRACONNIER A., 2008.

Ouvrages :

- ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., (2004), *Corps et psychiatrie*, Paris, Heures de France.
- ANDRE J., (2014), *Actualité des états limites*, Toulouse, Erès.
- ANZIEU D., (1995), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod.
- BALLOUARD C., (2008), *L'aide-mémoire de psychomotricité*, Dunod, Paris, 2011.
- BOUTINAUD J., (2016), *Image du corps, figures psychopathologiques et ouvertures cliniques*, Paris, In Press.
- BION W., (1979), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF.
- BULLINGER A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche*, Ramonville Saint-Agne, Erès.
- DOLTO F., (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil.
- DUPONT R., (1996), *Troubles de la régulation et de la maturation tonique*, Paris, Vernazobres-Grego.
- ESTELLON V., (2014) *Les états limites*, Paris, PUF.
- GAUBERTI M., (1993), *Mère-enfant : à corps et à vie, analyse et thérapie psychomotrice des interactions précoces*, Paris, Masson.
- HALL E.T., (1959), *Le langage silencieux*, Paris, Seuil, 1984.
- HALL E.T., (1971), *La dimension cachée*, Paris, Seuil.
- JOLY F., LABES G., (2008), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, vol.1, Montreuil, Ed. du Papyrus.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (2009), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Quadrige.
- LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., (1985) *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, tome 2*, Paris, PUF.
- LEFÈVRE A., (2012), *100% Winnicott*, Paris, Eyrolles.
- MARCELLI D., BRACONNIER A., (2008), *Adolescence et psychopathologie*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
- MISÈS R. et N.QUEMADA, *Classification Française Des troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent - R-2000, Classification Internationale des Maladies - CIM 10 (chapitre V - Troubles mentaux et du comportement)*, 4e édition, Paris, édition du CTNERHI.
- MONTAGU A., (1979), *La peau et le toucher, un premier langage*, Paris, Seuil.
- MUCCHIELLI A., (1986), *L'identité*, Paris, PUF, 2011.
- PIREYRE E., (2011), *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, Paris, Dunod.
- POTEL C., (1999), *Le corps et l'eau, une médiation en psychomotricité*, Toulouse, Erès.

- POTEL C., (2010), *Etre psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Erès, 2013.
- POTEL C., (2015), *Corps brûlant, corps adolescent : des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents*, Toulouse, Erès.
- POTEL C., (2015), *Du contre-transfert corporel, une clinique psychothérapique du corps*, Toulouse, Erès.
- RICHARD F., (1998), *Les troubles psychiques à l'adolescence*, Paris, Dunod.
- RIVIERE J., (2000), *Le développement psychomoteur du jeune enfant, idées neuves et approches actuelles*, Marseille, De boeck solal.
- ROBERT-OUVRAY S., (2002), *Intégration psychomotrice et développement psychique*, Paris, Desclée de Brouwer.
- ROBERT-OUVRAY S., (2007), *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, DDB.
- SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M., (2011), *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*, Louvain-la-Neuve, De boeck solal, 2014.
- WALLON H., (1942), *De l'acte à la pensée*, Paris, Flammarion.
- WINNICOTT D.W., (1958), *La capacité d'être seul*, Paris, Payot & Rivages, 2015
- WINNICOTT D.W. (1975), *Jeu et réalité*, Malesherbes, Gallimard, 2016.
- WINNICOTT D.W., (1989), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.
- WINNICOTT D.W., (janvier 1989), *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot.
- WINNICOTT D. W., (1992), *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot.

Articles :

- AUZIAS M., (1993), Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur de Henri Wallon, *enfance*, vol. 46, n°1, PUF
- BACHOLLET M-S., MARCELLI D., (2010), Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements, *Enfances & Psy*, n°49, Erès.
- BRUN A., (2005), Historique de la médiation artistique dans la psychothérapie psychanalytique, *Psychologie clinique et projective*, n°11, Erès.
- BRUCHON M. (2004), Quand elle me prend dans ses bras ... ou la fonction de contenance en thérapie psychomotrice, *thérapie psychomotrice et recherches*, n°138, S.N.U.P.
- CICCONE A., (2001), Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques, *Cahiers de psychologie clinique*, n°17, De Boeck supérieur.
- COINCON Y., (2013), Classifications : sœurs et rivales. Enjeux pour la pédopsychiatrie, in *l'information psychiatrique* vol. 89, n° 4, Infos psy.

- MARTIN M., (2001), Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité, *cahier de psychologie clinique*, n°17, De Boeck Supérieur.
- PIRARD R., (2003), La question des états-limites, *La clinique lacanienne n°6. Du symbole au symptôme*, Erès.
- REBELLE S., LAPASSET J.-A., (1995), Psychomotricité et entraînement aux habiletés sociales, *Evolutions Psychomotrices*, vol.7, n°29, Fédération européenne des psychomotriciens.
- TCHERNICHEFF I., (2010), Le vrai-self, une épure de l'intime, *Empan, L'intime au travail*, n°77, Erès.

Mémoires :

- DURAND L., (2012), *La fonction du cadre thérapeutique : Expérience d'un atelier jeux d'eau avec des enfants atteints de troubles graves de la personnalité*, Mémoire D.E. de psychomotricité, Université Paris VI.
- JOUDAIN A., (2016), *Sous la carapace, l'étendue des possibles. Comment régulation tonique et créativité se nourrissent l'une l'autre en séance de psychomotricité ?*, Mémoire D.E. de psychomotricité, Université Paris VI.
- MAQUIN A. (2016), *“Une enveloppe à fleur de peau” la psychomotricité : une relation thérapeutique contenant pour panser l'enveloppe psychocorporelle défaillante des enfants trachéotomisés*, Mémoire D.E. de psychomotricité, Université Paris VI.
- NAZOU R., (2015), *L'élaboration d'un cadre contenant en psychomotricité*, Mémoire D.E. de psychomotricité, Université Paris VI.
- RIZOU L., (2013), *Les troubles du tonus et du contrôle tonico-postural dans l'autisme infantile*, Thèse pour le Doctorat en Médecine, Faculté de Rouen.
- VIVANT A., (2013), *Juste au bord du corps, le dialogue tonique outil de la prise en charge psychomotrice de deux personnes hypertoniques*, Mémoire D.E. de psychomotricité, Université Paris VI.

ANNEXE

La correspondance entre la CFTMEA et la CIM 10 :

3. Pathologies limites, troubles de la personnalité

Les pathologies limites de l'enfant s'expriment à travers des manifestations très diversifiées, variables d'un cas à l'autre et qui peuvent se modifier dans le cours de l'évolution. Beaucoup se présentent sous l'aspect dominant de troubles de la personnalité qui occupent une place originale entre troubles névrotiques et organisation psychotique.

Au point de vue clinique et psychopathologique, on relève les éléments suivants :

- Des défauts précoces d'étayage d'où résultent des failles et des distorsions dans l'organisation de la vie mentale ; cependant l'enfant met en oeuvre des capacités adaptatives notables, en s'appuyant sur des fonctionnements en faux-self.
- Des défaillances portant sur l'abord du champ transitionnel et sur les supports de la pensée : en découle une dominance des expressions par le corps et par les agirs.
- Des atteintes portées au travail de séparation et d'élaboration de la position dépressive : elles ne permettent pas l'intégration des angoisses dépressives ; elles entraînent une extrême vulnérabilité à la perte d'objet ; néanmoins, l'enfant accède à une différenciation soi - non-soi où se marque l'écart vis-à-vis des psychoses.
- Des failles narcissiques constantes : elles peuvent inclure une représentation de soi inacceptable, au point de porter atteinte au sentiment d'identité ; à titre défensif, l'enfant est souvent conduit à développer des réactions de prestance qui mènent à des affrontements répétitifs avec le milieu.

En dépit de ces composantes péjoratives, des ouvertures de type névrotique se dessinent, mais sans permettre un véritable affrontement aux conflits de désir et d'identification. En résulte une hétérogénéité structurelle, soutenue par des clivages, de sorte que, d'un côté, se développent des capacités d'adaptation, tandis que, sur un autre versant, persistent des modalités archaïques de symbolisation et de fonctionnement mental.

Les sous-catégories proposées ci-dessous constituent des regroupements syndromiques parmi les plus fréquents.

3.0 Les dysharmonies évolutives

Classer ici des troubles à symptomatologie variable et dont les traits et les mécanismes caractéristiques s'inscrivent dans une perturbation évolutive multi-factorielle d'instauration précoce, toujours avant six ans, qui entraîne un développement dysharmonique.

- Les troubles du langage, de la psychomotricité, des fonctions cognitives, se présentent principalement comme des dysharmonies fonctionnelles en rapport avec des défauts

d'investissement, des insuffisances d'apprentissage, des modes d'échanges inadaptés avec l'environnement, mais ils peuvent progressivement conduire à une restriction durable des potentialités

- Les troubles de la personnalité pris dans ce processus s'expriment principalement par l'insécurité de fond, l'immaturation, l'existence d'angoisse dépressive et de séparation liées aux difficultés d'individuation. La composante dépressive tient une place importante, qu'elle s'exprime ouvertement ou qu'elle soit recouverte par des troubles dominants des conduites.

(...) Correspondance CIM 10 : les dysharmonies évolutives recoupent des éléments des catégories F92 - Troubles mixtes des conduites et des émotions et F94 - Troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance ou à l'adolescence, sans leur être entièrement assimilable.

La CIM-10

F92 - Troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels :

Groupe de troubles caractérisés par la présence d'un comportement agressif, dyssocial ou provocateur, associé à des signes patents et marqués de dépression, d'anxiété ou d'autres troubles émotionnels. Pour un diagnostic positif, le trouble doit répondre à la fois aux critères d'un trouble des conduites de l'enfant et d'un trouble émotionnel de l'enfant ou d'un trouble névrotique de l'adulte ou d'un trouble de l'humeur.

F94 - Troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance ou à l'adolescence.

Groupe relativement hétérogène de troubles caractérisés par la présence d'une perturbation du fonctionnement social, survenant durant l'enfance, mais qui ne présentent pas les caractéristiques d'une difficulté ou d'une altération sociale, apparemment constitutionnelle, envahissant tous les domaines du fonctionnement (à l'encontre des troubles envahissants du développement). Dans de nombreux cas, des perturbations ou des carences de l'environnement jouent probablement un rôle étiologique primordial.

Résumé

L'internat pédopsychiatrique accueille des enfants souffrant de pathologies psychiatriques diverses, dans l'environnement thérapeutique contenant de petites unités de soin. J'y rencontre Sandro, un petit garçon âgé de 9 ans, souffrant d'une pathologie limite de l'enfance. Ce fonctionnement psychopathologique intègre des défaillances profondes au niveau de l'enveloppe psychocorporelle, de l'image du corps et de la régulation tonique. Pendant un an, je vais participer au suivi de cet enfant en balnéothérapie. Ce mémoire étudie l'apport de la psychomotricité dans la prise en charge d'un enfant état-limite. Ma réflexion porte sur les effets de la triple enveloppe du cadre, de l'eau et de la relation thérapeutique sur l'évolution de Sandro, tant dans le cadre de la prise en charge en psychomotricité que dans celui de l'institution. À l'issue de cette année d'accompagnement, Sandro a grandi, et de nouvelles problématiques lui font face, nécessitant un réajustement thérapeutique.

Mots-clés : Balnéothérapie - Enveloppe psychocorporelle - Image du corps - Pathologie limite de l'enfance - Proxémie - Régulation tonique - Réajustement thérapeutique.

Summary

The children's psychiatric full-time hospitalization accommodates children suffering from various psychiatric pathologies, within a therapeutic framework containing small units of care. I meet Sandro, a small boy of 9 years old, suffering from a borderline pathology of childhood. This psychopathological functioning integrates deep defects in the psycho-corporal envelope, body image and tonic regulation. For one year, I will participate in the monitoring of this child in balneotherapy. This thesis studies the contribution of psychomotricity to the management of a borderline child. My reflection concerns the effects of the triple envelope of the therapeutic framework, water and the therapeutic relationship on the evolution of Sandro, both as part of the management in psychomotricity and that of the institution. At the end of this year of support, Sandro grew up, and new problems faced him, requiring a therapeutic readjustment.

Keywords : Balneotherapy - Psychocorporal envelope - Body image - Childhood borderline pathology - Proxemia - Tonic regulation - Therapeutic readjustment.