

La salle d'attente du psychomotricien : ni dedans, ni dehors, quelle place pour cet espace et ce qu'il s'y passe ?

Mathilde Dupont

► **To cite this version:**

Mathilde Dupont. La salle d'attente du psychomotricien : ni dedans, ni dehors, quelle place pour cet espace et ce qu'il s'y passe ?. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01615464>

HAL Id: dumas-01615464

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615464>

Submitted on 12 Oct 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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie CURIE
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris



La salle d'attente du psychomotricien

Ni dedans, ni dehors, quelle place pour cet espace
et ce qu'il s'y passe ?

Mémoire présenté par

Mathilde Dupont

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Maître de mémoire :

Julia ONIMUS

Session de Juin 2017

Remerciements

Je remercie avant tout tous les patients que j'ai pu rencontrer lors de ma formation, pour avoir partagé tant de choses avec moi. Un merci plus particulier à Juliette, Simon et Antoine.

Merci aussi à Julia Onimus, ma maitre de mémoire, qui a su être présente, m'encourager et me suivre durant toute la rédaction.

Un grand merci à Émilie et Chantal, mes maitres de stage durant cette troisième année, pour leur écoute, leur gentillesse et pour toute la richesse de leur enseignement. Merci aussi pour leur implication et leur soutien durant la rédaction de ce mémoire.

Un merci tendre et affectueux à ma famille québécoise. À mes parents pour leur amour et leur soutien sans faille. Ainsi qu'à mes « *caves* » de frère et sœur pour leurs propositions « Don't Starve » !

Merci aussi à mes grands-parents, pour leurs accueils chaleureux depuis mon retour, leur présence rassurante et leur confiance en moi.

Merci à mes tantes pour leurs encouragements !

Et merci à ma famille plus éloignée qui m'a aussi permis d'en être là aujourd'hui.

Un grand merci à Kévin pour sa présence, ses encouragements, mais aussi pour sa patience... Et merci à Pitouille ! Oui, oui, mon chat.

Merci à mes amis, pour tous ces moments d'amitié si importants !

Un grand merci à Thomas pour ses talents de dessinateur, et à Clément pour sa traduction.

Sommaire

Sommaire	4
Introduction	8
I - Le cabinet libéral et sa salle d'attente	10
A - Présentation des lieux	10
1 - La salle d'attente	10
2 - La salle de psychomotricité	11
B - Présentation de la structure	12
C - Les enjeux théoriques de la salle d'attente	13
1 - L'espace interstitiel	13
2 - La contenance	15
<i>a - L'environnement précoce</i>	<i>16</i>
<i>b - Le dialogue tonico-émotionnel de J. Ajuriaguerra</i>	<i>18</i>
<i>c - Le Moi-Peau de D. Anzieu</i>	<i>20</i>
3 - Le cadre.....	22
<i>a - Qu'est-ce qu'un cadre ?</i>	<i>22</i>
<i>b - Le cadre thérapeutique</i>	<i>23</i>
<i>c - Les différents éléments d'un cadre</i>	<i>24</i>
II - Juliette	28
A - Présentation de Juliette et de son contexte de vie.....	28
B - Première rencontre le 14 septembre 2016	29
C - Son suivi en psychomotricité	30
D - Théorie sur les séances de Juliette.....	40
1 - Le haut potentiel.....	40
2 - La théorie de l'attachement selon R. Spitz et J. Bowlby	40
3 - La capacité à être seul de D.W. Winnicott	41
4 - L'objet transitionnel de D.W. Winnicott	42
5 - Les angoisses : d'abandon, de séparation de dévoration	43
6 - La proxémie de E.T Hall.....	44
7 - Le Moi-peau de D. Anzieu.....	45
8 - La position schizo-paranoïde suivie de la dépression de M. Klein.....	45
9 - Le faux-self ou la lutte maniaque contre la dépression	46
10 - L'identification au thérapeute	46

11 - Conclusion théorique	47
E - La salle d'attente pour Juliette	48
III - Simon	50
A - Description de Simon et de son contexte de vie	50
B - Le suivi de Simon en psychomotricité	51
C - Théorie sur les séances de Simon	55
1 - Les rituels	56
2 - Les angoisses de séparation	56
3 - La recherche du dur	57
4 - Le Moi-peau d'Anzieu	57
5 - La proxémie de E.T Hall	57
6 - L'identité et la subjectivation	58
D - La salle d'attente pour Simon	59
IV- - Antoine	60
A - Présentation d'Antoine et de son contexte de vie	60
B - Le suivi d'Antoine en psychomotricité	62
C - Théorie sur les séances d'Antoine	66
1 - Le handicap visible	66
2 - L'image du corps	66
3 - Les interactions précoces	67
4 - Liens d'attachement	68
5 - Le faux-self	68
6 - L'identité, subjectivation	69
7 - La recherche d'identification aux pairs	69
D - La salle d'attente pour Antoine	71
V - Discussion	72
A - La « salle » d' « attente »	72
B - Les enjeux du cadre	73
1 - Les règles	73
2 - Les absences	74
3 - Le paiement	74
C - Les interactions observées dans la salle d'attente	75
1 - Question méthodologique sur l'observation de ces interactions	75

2 - Les interactions accompagnateur-enfant	76
3 - Les interactions accompagnateur-psychomotricien	77
4 - Les interactions enfant-enfant	80
5 - Les interactions accompagnateur-accompagnateur	80
6 - Les interactions enfant-psychomotricien	81
D - La perméabilité	83
1 - Matérielle	83
2 - Sonore et visuelle	84
E - La confidentialité	86
F - Les changements	87
Conclusion	89
Bibliographie	91
Annexes.....	94
Abstract	97

*« Ah ! Votre salle d'attente ! Heureusement qu'elle existe ! (...)
Je me sens léger, fin prêt pour le voyage. (...)
Cap droit sur le monde de l'inconscient.
Première escale : ma séance toute proche. »*

Michèle Faivre-Jussiaux

Introduction

Lors de mon stage en cabinet libéral, j'ai rencontré Juliette, la première patiente que vous découvrirez dans ce mémoire. À seulement cinq ans, elle patientait seule dans la salle d'attente et semblait être inquiète. Son attitude m'a interpellée. J'ai ainsi commencé à porter une attention toute particulière sur cet espace interstitiel et sur ce qu'il s'y « passe ». L'envie d'approfondir cette idée s'est mêlée aux doutes, lorsque je me suis rendue compte que ce sujet n'avait pas été particulièrement traité.

La salle d'attente pouvait-elle être un espace au service du projet thérapeutique en cabinet libéral ?

Je me suis donc tournée vers des psychomotriciens, enseignants et professionnels, qui m'ont confortée dans ce choix. C. Potel dit que l'« on aurait bien tort de penser ou de croire que le travail se fait uniquement à l'intérieur de la salle »¹.

Au sein du cabinet, la salle d'attente est un passage incontournable pour les accompagnateurs, les enfants mais aussi pour le thérapeute avant et après chaque séance. Mais qu'y a-t-il derrière ces deux notions de « salle » et d'« attente » ? :

- Une salle est une « pièce qui a une fonction particulière »². Elle représente un espace délimité par des murs et dont l'accès y est possible grâce à une porte.
- L'attente correspond à « l'action d'attendre quelqu'un/quelque chose ; de compter sur quelqu'un »³. L'attente représente un certain vide, un moment de flottement, un entre deux. Elle pourrait aussi symboliser le « rien ». Attendre quelque chose de quelqu'un relate une certaine forme de passivité où l'on s'en remet à l'autre.

¹ C. Potel, 2010, p.333

² Dictionnaire Larousse 2017

³ *Ibid* 2017

De la juxtaposition de ces deux termes, on peut faire l'hypothèse que la salle d'attente opère une fonction thérapeutique. Elle est supposée contenir l'attente, le vide, les angoisses liés à cet entre-deux.

Au cours de l'année, je me suis rendue compte que nous pouvions avoir un regard clinique dès la salle d'attente. En effet, les enfants semblent vivre et amener certaines problématiques qui font ensuite écho avec le contenu de leurs séances.

J'ai fait le choix de présenter mon mémoire sous une forme atypique qui relate mon processus de pensée par rapport à ma question centrale. La réflexion que je propose s'est basée sur l'analyse de la salle d'attente du cabinet libéral où j'ai effectué mon stage. Il s'agit donc d'un lieu singulier. Cependant, je pense qu'il est possible de se saisir de certains éléments afin d'appliquer cette analyse à d'autres salles d'attente.

Je présenterai ainsi dans un premier temps, les différents enjeux engagés dans la salle d'attente qui, selon moi, servent le projet thérapeutique.

Dans un second temps, je présenterai Juliette, Simon et Antoine, trois patients avec des problématiques bien différentes. J'exposerai ensuite leur investissement singulier de la salle d'attente et comment cet espace joue un rôle particulier dans leur prise en charge.

Enfin, dans une dernière partie, je discuterai plus globalement des différents enjeux de la salle d'attente et si la perméabilité sonore, visuelle et matérielle de cette salle peut être une entrave à la contenance.

I - Le cabinet libéral et sa salle d'attente

A - Présentation des lieux

Le cabinet libéral se situe dans un immeuble, au rez de jardin. Pour y accéder, les patients sonnent à l'interphone et prennent un ascenseur nécessitant un code. En sonnant, ils nous donnent déjà un premier signal de leur présence et nous leur en donnons un en leur répondant. Plusieurs enfants s'amuse à anticiper le code de l'ascenseur que nous leur reprécisons à chaque fois. Cette première étape peut être considérée comme une sorte de rituel symbolisant le passage du dehors vers le dedans, bien que certains patients entrent sans sonner.

1 - La salle d'attente

Les différents espaces du cabinet⁴ sont pensés pour les prises en charge. Dès l'entrée, nous arrivons dans la salle d'attente⁵.

Ce lieu m'a tout de suite interpellée avec son ambiance « *cocooning* », dès mon entretien pour le stage de troisième année. On y trouve différentes enveloppes sensorielles que j'ai vécues comme apaisantes : une odeur d'huile essentielle, une enveloppe visuelle agréable avec des plantes vertes, positionnées dans un coin de la salle, une peinture jaune et des lumières de faible intensité. Différentes assises apportent chacune une sensorialité particulière (proprioception, tactile) : deux fauteuils plutôt bas et mous, apportant une certaine contenance, deux chaises en osiers plutôt dures (qui seront retirées au court de l'année), et une banquette-méridienne avec un matelas « ni trop dur, ni trop mou ». On y trouve aussi deux petites chaises pour enfants.

Au court de mon stage j'ai pu observer que les enfants et les personnes les accompagnant semblent reprendre la même place pour s'asseoir. Peut-être ont-ils une préférence pour la qualité d'une assise ou son orientation dans l'espace.

⁴ Cf. annexe 1

⁵ Cf. annexe 2

Des magazines sont mis à disposition sur la table basse, elle-même disposée au centre de la pièce sur un tapis. Des livres pour enfants sont placés en hauteur, sur une petite commode dans un coin de la salle. Quelques jouets sont aussi présents dans une caisse.

L'espace est délimité par des portes et des murs. Quatre portes donnent sur la salle d'attente : une grande porte d'entrée, deux portes le long d'un mur (l'une donnant sur la cuisine, l'autre sur les sanitaires), et la porte de la salle de psychomotricité.

Par ailleurs, cette salle d'attente ne possède pas de fenêtre. La cloison la séparant de la salle de psychomotricité est munie de deux plaques de Plexiglas translucides pour fournir de la lumière naturelle. C'est une fois mon stage commencé, que je me suis rendue compte que cette cloison ne permet pas une insonorisation totale ni une réelle coupure visuelle. Les familles ou leurs accompagnateurs peuvent entendre et entrapercevoir certaines choses sans totalement comprendre. Ce qui peut laisser place à de l'interprétation, au fantasme de la séance. De même, dans la salle de psychomotricité nous pouvons entendre et percevoir certaines choses de la salle d'attente. On observe donc une perméabilité sonore et visuelle.

J'ai tout de suite pensé que « cette salle se voulait être agréable » en la comparant aux salles d'attente de mes autres lieux de stage, qui pouvaient être inexistante, peu rangée ou très hospitalière.

2 - La salle de psychomotricité

Le cabinet comporte une salle de psychomotricité qui est assez grande. Une longue baie vitrée fait office de mur et donne sur le rez de jardin. Des voilages parcourent la baie vitrée pour isoler visuellement, rassurer et permettre la confidentialité.

On retrouve un espace bureau où toutes les séances y débutent. Ce moment peut être vécu comme un rituel pour les patients. Deux étagères sont positionnées de chaque côté de la salle et permettent de ranger des jeux, des instruments et du matériel. Les modules de parcours sont rangés au fond de la pièce derrière un rideau. Deux fauteuils sont aussi disponibles au fond de la salle.

B - Présentation de la structure

Le cabinet libéral se situe dans l'Est de Paris. Il a été créé il y a maintenant neuf ans par ma maitre de stage, Émilie. On peut y compter quatre autres collaborateurs.

En fonction de leurs spécialisations, de leurs expériences et de leurs formations, les psychomotriciens du cabinet reçoivent tous types de patients, du bébé à la personne âgée (bien que plus rare) en passant par les enfants, les adolescents et les adultes.

Mon stage se déroulant les mercredis, je n'ai rencontré que des enfants entre 5 et 11 ans présentant des troubles des apprentissages, des retards de développement psychomoteur, des troubles envahissants du développement. Les séances étaient toutes individuelles, d'une durée de 30 à 45 minutes, suivant les difficultés, les capacités attentionnelles et la longévité du suivi, à raison d'une fois par semaine.

Lorsque les enfants sont orientés vers un suivi en psychomotricité, un bilan est réalisé sur deux séances suivi d'un rendez-vous de restitution, sauf exception où quelques séances d'observations spontanées et de rencontres sont nécessaires avant de proposer des tests standardisés. La première rencontre se passe dans la salle d'attente. Il est intéressant de noter la façon dont l'enfant se tient en présence de ses parents et comment il apprécie l'espace de la salle d'attente et de la salle de psychomotricité qui lui sont inconnues. Certains enfants sont très proches de leurs parents qui font parfois office de pilier tandis que d'autres sont tout de suite attirés par le matériel.

Pour moi, la salle d'attente fait donc partie de la prise en charge mais pas de la séance. Cette dernière se commence et se termine dans la salle de psychomotricité. Je pense en revanche, que la prise en charge débute dès que le bilan est planifié. Nous pouvons, à ce moment là, commencer à réfléchir sur la prise en charge de l'enfant et son accueil dans le cabinet en fait partie.

Une partie du travail des psychomotriciens en cabinet libéral s'organise en réseau. En effet les patients suivis en psychomotricité ont parfois d'autres prises en charge à l'extérieur et peuvent-être scolarisés. Il est important que les psychomotriciens puissent travailler en

équipe avec les autres professionnels pour savoir comment se déroulent leurs prises charge et faire du lien.

C - Les enjeux théoriques de la salle d'attente

Je me suis penchée du côté de la théorie afin d'expliquer ce que représente un espace interstitiel, d'où provient le sentiment de contenance, et ce qu'est un cadre. J'ai choisi de développer ces notions car ce sont celles-ci qui m'ont interpellées lorsque je me suis questionnée sur la salle d'attente.

1 - L'espace interstitiel

- Définition espace : l'espace vient du mot latin « *spatium* » qui signifie l'arène, la distance, ou encore la durée. Au milieu du XVIIIe siècle, R. Descartes (1596-1650) donne une définition scientifique à cette notion d'espace. Il la définit comme un « milieu dans lequel ont lieu les phénomènes observés ».⁶
- Définition interstice : « petit espace vide entre les parties d'un tout »⁷.

Ces espaces interstitiels sont aussi nommés « temps vagues » par R. Diatkine (1918-1998) ou plus communément « espaces informels ». Ils représentent les espaces dans lesquels les patients évoluent, passent, circulent sans qu'ils soient pour autant considérés comme thérapeutiques (salle d'attente, couloirs). Depuis plusieurs années, des thérapeutes se sont questionnés sur les intérêts, les enjeux que peuvent apporter ces espaces interstitiels.

M. Carton en 1986 évoque l'aspect contenant des espaces interstitiels avec leurs qualités de limite : « cet espace aidera l'enfant à constituer ce lieu imaginaire interne où les tensions peuvent se relâcher, où les excitations peuvent s'apaiser, où la solitude n'est pas désespoir... »⁸

⁶ Dictionnaire Historique de la langue française

⁷ Larousse, 2017

⁸ M. Benadiba et P. Marciano, 2007, p. 80

P. Delion situe, en 1998, les moments interstitiels de la manière suivante : « Ce temps me semble fondamental parce que c'est à ce moment-là que les enfants ou les adultes fabriquent dans leur appareil psychique des représentations de ce qu'ils viennent de faire juste avant et qu'éventuellement ils anticipent sur ce qu'ils vont faire juste après. Ce faisant, ils éprouvent la solidité de leur système représentatif et leurs capacités à garder ou non, en eux, ce qu'ils viennent de construire avec les soignants ... »⁹

R. Roussillon, en 1987, a beaucoup porté son attention sur l'intérêt de ces espaces interstitiels pour les soignants. Ils représentaient pour lui des lieux indispensables contribuant à la liberté, à la création, à la régulation.

Les enfants dans ces espaces interstitiels ont de grandes difficultés, voire une incapacité à rester seuls. Des comportements de fuite, de protection, d'agressivité ou de réassurance peuvent apparaître. M. Benadiba et P. Marciano disent que ces comportements peuvent témoigner d'un certain nombre de conflits et de processus anxieux présents chez l'enfant ou étant survenu durant la séance. Il est alors important non pas d'essayer d'apaiser l'enfant dans un premier temps mais de tenter de donner du sens à ces manifestations.

Il arrive que les fins de séance soient difficiles et le retour dans la salle d'attente compliqué, « comme si on lui demandait [à l'enfant] de ramasser en un temps rapide, à la fin des séances, les objets psychiques qui avaient émergé en lui et dont il avait fait étalage »¹⁰. C'est le cas pour les trois enfants dont j'ai choisi de parler. Une fois dans la salle d'attente et après la séance, les enfants ressentent souvent le besoin de se rapprocher une dernière fois du thérapeute. « Certains enfants venaient s'approcher des soignants avec lesquels ils étaient il y a un instant, comme pour s'assurer de leur persistance, de leur solidité, et de leur aspect à nouveau pacifié. »¹¹ Comme si les enfants cherchaient à vérifier que notre capacité d'accueil est encore fonctionnelle.

Il arrive que dans ces espaces interstitiels, le cadre soit moins clairement énoncé. « Il ne s'agit bien évidemment pas pour les soignants de tout accepter, mais ces précieux moments

⁹ *Ibid*, p. 80

¹⁰ *Ibid*, p. 81

¹¹ *Ibid*, p.82

permettent de déployer de nouveaux espaces qui autorisent l'enfant à ces mises en acte propices à une mise en sens parfois plus féconde que lors des ateliers eux-mêmes ».¹²

« L'enfant, lors des moments interstitiels, peut parfois laisser libre cours à ses expressions fantasmatiques et à ses manifestations comportementales débordantes. Ceci dans la mesure où il a perçu ces espaces comme de possibles scènes offertes à la mise en jeu de sa vie interne, mais ceci sans risque de punition, et sans risque de rétorsion. C'est cela qui donne à ces moments interstitiels leur incidence hautement thérapeutique. »¹³

En effet, dans ces espaces interstitiels, la présence du thérapeute ne se concentre plus dans une hypervigilance vis à vis de ce que peut faire l'enfant. Nous faisons un retour au parent, puis nous accueillons le patient suivant. L'enfant peut ne plus se sentir sous notre regard et laisser libre cours à certaines actions. Il sait qu'il n'est pas en « danger » puisque son accompagnateur et le thérapeute sont présents. « Cette disponibilité flottante semble éminemment propice à certains enfants pour la mise au dehors de ce qui pourrait correspondre à leur monde interne »¹⁴.

Pour d'autres enfants, cette vigilance « flottante » de la part du thérapeute peut être angoissante. Comme si le fait de passer d'un moment duel et donc privilégié à une vigilance « flottante », faisait naître en eux le sentiment d'abandon, d'oubli, comme une crainte de ne plus compter pour le thérapeute, de ne plus avoir de place.

2 - La contenance

La salle d'attente a une fonction d'enveloppe contenant. Nous allons voir comment cette notion prend forme dans le développement de l'enfant.

La contenance renvoie à un espace permettant l'action de tenir/retenir/contenir quelque chose.

En thérapie, on pourrait associer la contenance à l'aptitude/attitude que doit avoir le psychomotricien, à travers sa disponibilité et sa bienveillance, à contenir les pensées, les

¹² *Ibid*, p. 82-83

¹³ *Ibid*, p. 82

¹⁴ *Ibid*, p. 83

excitations, les « trop pleins » du patient. C. Potel dit que « c'est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est une menace d'inexistence ou de destruction qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques. Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique »¹⁵. Le psychomotricien soutient et contient le patient à travers ses mots, ses pensées et son corps (présence, posture, ...).

Ce sentiment de contenance se construit tout au long du développement psychomoteur de l'enfant. En effet, à la naissance le bébé ne fait pas la différence entre le moi et le non moi et n'a pas la sensation d'un corps unifié. Grâce à un environnement « suffisamment bon » et à la maturation neurologique, ce sentiment de « moi » unifié et contenu va émerger à travers la construction de l'enveloppe psychocorporelle.

a - L'environnement précoce

La préoccupation maternelle primaire

C'est un état particulier de fusion entre la mère et son bébé que D.W. Winnicott (1896-1971) décrit comme une « maladie normale ». La mère utilise toutes ses ressources corporelles et psychiques afin de donner les premiers soins nécessaires à son enfant. Ces soins prodigués par la mère sont avant tout corporels, mais soutiennent implicitement l'intégration du Moi. Au cours des expériences physiques entre la mère et l'enfant, les besoins de ce dernier vont évoluer du domaine corporel au domaine psychique grâce à « l'élaboration imaginative » de la mère qui va permettre à son enfant de se constituer un moi unifié (différenciation moi non-moi). En effet, le bébé encore immature n'a pas encore la capacité de mettre du sens sur ce qu'il perçoit et ressent. Le rôle de sa mère est de lui prêter son psychisme afin de mettre du sens sur ce qu'il vit. Cet état débute au moment de la grossesse et c'est l'enfant qui l'arrêtera une fois en capacités de penser et d'agir par soi-même.

W. Bion (1897-1979) complète les idées de D.W. Winnicott avec ce qu'il nomme « la capacité de rêverie ». C'est un état d'esprit qui rend la mère réceptive à n'importe quel « objet » mental venant de son enfant. En le soumettant à son propre fonctionnement alpha, elle le

¹⁵ C. Potel, 2010, p. 324

transforme en quelque chose que l'enfant sera à son tour capable d'utiliser et de réutiliser de manière imaginative.

Pour J. Bowlby (1907-1990), l'être humain est avant tout un être social qui a besoin d'une sécurité interne suffisante pour réussir à prendre de la distance vis à vis de l'objet maternel et s'individualiser. Selon lui, le besoin d'attachement est tout aussi important que les besoins fondamentaux de soins physiques.

Les études de R. Spitz (1887-1974) confirment leurs théories. Les besoins d'affects sont tout aussi importants que les soins corporels. Il va même plus loin en affirmant que le bébé dépend des soins de son entourage qui lui permettent de se développer puisqu'à la naissance il se trouve dans un état de « néotonie » (impuissance).

Le Holding, le Handling et l'objet presenting de Winnicott

En plus de ne pas faire la différence entre lui et l'autre, le bébé, à sa naissance et durant ses premiers mois de vie, vit son corps comme morcelé. Grâce à son environnement et à sa maturation neurologique, il se nourrit d'expériences qui feront émerger ce sentiment d'unité psychocorporelle. D.W. Winnicott parle de Holding et de Handling.

- *Le « Holding »*, de l'anglais « *to hold* », se rapporte aux soins de portages tant physiques que psychiques normalement naturels chez la mère. Winnicott précise qu'il suffit d'être une « mère ordinaire, normalement dévouée »¹⁶. Le Holding crée chez l'enfant le sentiment d'exister et de se sentir comme une personne à part entière, différenciée de l'autre. Le Holding permet aussi de protéger l'enfant des menaces extérieurs tant physiques que psychiques. Il a donc un rôle de barrière, de pare-excitation.

- *Le « Handling »* correspond aux soins que la mère va apporter à son enfant par le toucher et qui va lui permettre de progressivement sentir et se représenter les limites de son corps. D.W. Winnicott emploie ce terme de Handling pour nommer « la façon dont la mère aborde le corps de son enfant, la manière dont elle s'y prend lorsqu'elle le change, lui donne son bain, l'habille »¹⁷. Les conditions et effets du Handling participent au développement du fonctionnement mental ainsi qu'à la reconnaissance de la relation soma-psyché.

¹⁶ D.W. Winnicott, 2006

¹⁷ *Ibid*, pp. 34-35

C'est parce que le psychisme du bébé est encore immature qu'il a besoin de ces portages et de ces touchers. En effet, grâce à ce soutien physique mais aussi psychique, la mère donne à l'enfant le sentiment de continuité d'être.

Il arrive cependant que les capacités de Holding ou de Handling soient perturbées. « Certaines [mères] y parviennent avec un enfant et échouent avec un autre. Certaines encore ont du mal à y accéder pour diverses raisons. Elles peuvent avoir du mal à abandonner leurs centres d'intérêts, "ces femmes-là seront incapables d'être uniquement préoccupées par leur enfant" ou elles ont une trop forte identification masculine »¹⁸.

- *L'object-presenting* : c'est la capacité qu'a la mère de mettre à disposition de son enfant un objet psychique, ou physique quand il en a le besoin. C'est à dire ni trop tôt pour qu'il puisse vivre l'expérience du désir, du fantasme, ni trop tard pour éviter une souffrance, une frustration trop importante et risquer que l'enfant n'ose plus désirer quelque chose.

Ces modalités, Holding et Handling, font appel au dialogue tonico-émotionnel, engageant les deux partenaires sur les plans psychiques et affectifs. Ils vont ainsi participer à la création d'une véritable enveloppe corporelle. Enveloppe qui va déterminer les limites entre un soi et un non-soi, entre lui et l'autre.

On peut aussi voir à quel point le Holding est présent en psychomotricité. Le thérapeute ainsi que son cadre soutiennent l'enfant tant physiquement que psychiquement et permettent ainsi la sensation d'enveloppe.

b - Le dialogue tonico-émotionnel de J. Ajuriaguerra

Ce terme est d'abord développé par H. Wallon (1879-1962) sous la forme de « dialogue tonique » et sera repris par J. de Ajuriaguerra (1911-1993) avec le « dialogue tonico-émotionnel ». « La préoccupation constante de H. Wallon a été de montrer 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

¹⁸ E. Courtinat, 2000 p.11

au dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé le dialogue tonique »¹⁹. Ainsi « l'émotion, quelle que soit sa nuance, a toujours pour condition fondamentale des variations dans le tonus des membres et de la vie organique »²⁰.

In-utéro, le bébé est enveloppé dans le ventre de sa mère. À sa naissance et durant son développement, les contacts peau à peau sont très importants pour que le bébé, encore immature, ait ces repères. Dans ses premiers mois de vie, la communication entre la mère et le nouveau-né se base principalement sur des échanges corporels impliquant une sensibilité cutanée. Le bébé est autant acteur dans cette communication que sa mère. Ces derniers vont être capables de ressentir et de s'ajuster corporellement et toniquement à ce qu'ils perçoivent de l'autre. Le portage joue ainsi un rôle fondamental comme expliqué précédemment. Il va permettre au bébé de communiquer sur ses besoins et donner des signes quant aux réponses de sa mère (si elles sont adaptées ou pas). Inversement, cette dernière par sa présence, son portage et ses ajustements toniques va contribuer à la construction des limites psychocorporelles de son enfant.

Lors de ses premiers mois de vie, le bébé présente deux pôles toniques : l'hypotonie axiale et l'hypertonie périphérique qui s'ajusteront progressivement grâce à la maturation neurologique. Au fil de ses expériences, le bébé alterne entre ces deux extrémités toniques. Lors des moments de détente, comme au moment du repas, le bébé est en hypotonie. Au contraire, lorsqu'une situation est vécue comme désagréable, comme la peur ou la faim, le bébé est en hypertonie. La maman perçoit ces deux états, tente de s'y ajuster et de répondre aux besoins de son enfant en le portant et en essayant de mettre des mots sur ses ressentis (Holding, préoccupation maternelle primaire). Si sa réponse convient à l'enfant, celui-ci s'apaisera.

Les émotions du bébé se perçoivent donc bien à travers ses variations toniques. Comme le disait H. Wallon « il n'y a pas d'émotion sans action ».

¹⁹ M. Auzias, 1993, p.96

²⁰ H. Wallon, 1954, p.55

c - Le Moi-Peau de D. Anzieu

Selon D. Anzieu (1923-1999), la construction du Moi et de ses limites psychocorporelles se fait grâce aux expériences impliquant un organe fondamental : la peau. De même S. Freud disait que « le Moi est avant tout un Moi corporel »²¹.

C'est au fil de ses expériences dans un environnement stable, mais aussi grâce au Holding et au dialogue tonico-émotionnel que l'enfant va progressivement se constituer un Moi bien délimité par une enveloppe et prendre conscience de son existence. « La communication originaire est, dans la réalité et plus encore dans le fantasme, une communication directe, non médiatisée, de peau à peau »²².

D. Anzieu décrit huit fonctions du Moi-Peau. J'ai choisi ici de n'en développer que quatre suivant le parallèle que j'ai pu faire avec le rôle que joue la salle d'attente.

- *La maintenance* :

Le Moi-peau remplit une fonction de maintenance du psychisme. Le bébé intègre sa mère comme un appui externe, grâce au Holding et à l'encerclement psychique. Progressivement il va pouvoir trouver son propre appui interne ce qui va lui permettre de prendre conscience de la solidité de son corps pour se verticaliser. Le bébé prend aussi conscience que son psychisme n'est pas mêlé à celui de sa mère.

La salle d'attente est un lieu qui permet de maintenir le psychisme de l'enfant et ses débordements.

- *La contenance* :

« La peau qui recouvre la surface entière du corps et dans laquelle sont insérés tous les organes des sens externes répond à la fonction contenante du Moi-Peau »²³. Tous les soins apportés par la mère vont permettre à l'enfant de prendre conscience des limites de son corps et de se représenter un dedans et un dehors. Le Moi-peau fournit des limites et permet de

²¹ S. Freud, 1981, p.238

²² D. Anzieu, 1995, p 96

²³ *Ibid*, p.125

contenir les pulsions. Un sentiment de sécurité de base, de continuité de soi va pouvoir émerger.

Les murs, la perméabilité du cadre le psychisme du psychomotricien, l'attention de son parent/accompagnateur sont des notions qui vont permettre à l'enfant de sentir qu'il est dans un environnement contenant et sécurisant permettant de faire du lien entre le dedans et le dehors.

- Le pare-excitation :

S. Freud reconnaissait déjà cette fonction de pare-excitation liée au Moi. Il laissait entendre que la mère prenait ce rôle jusqu'à ce que son enfant soit assez mature pour que sa propre peau prenne le relais.

Cette fonction de pare-excitation protège l'enfant de ses propres excitations ainsi que des agressions de l'environnement. Au début, la mère remplit ce rôle pour défendre son enfant des stimulations excessives pouvant être vécu comme désagréables voire dangereuses pour lui.

E. Bick ajoutait que le pare-excitation peut être cherché en appui sur le derme à défaut de l'épiderme : c'est la seconde peau musculaire.

Les différentes sensorialités offertes au patient dans le cadre de la thérapie ainsi que celles proposées dans la salle d'attente doivent faire l'objet d'une attention toute particulière. Les couleurs, les odeurs, les textures ne doivent pas être agressives mais accueillantes et rassurantes.

- L'individuation :

La peau est un élément qui permet de s'identifier les uns par rapport aux autres. Cependant, plusieurs caractéristiques de cette dernière (couleur, odeur, texture, empreintes digitales) nous permettent de nous différencier les uns des autres. Le Moi-peau, à travers cette fonction d'individuation, donne ce sentiment « d'être un être unique »²⁴.

La salle d'attente a elle aussi des enveloppes qui la rendent unique et différentes des autres salles.

²⁴ D. Anzieu, 1995, p. 126

d - L'enveloppe psychique

Comme toutes les enveloppes, elle peut être définie comme une « chose souple qui sert à envelopper »²⁵, « comme ce qui entoure complètement un espace et qui, de ce fait, contient tout ce qui se trouve dans cet espace »²⁶

Toutes les notions de contenance énumérées ci-dessus, permettent à l'enfant, progressivement, de prendre conscience de son enveloppe corporelle (peau) mais aussi de se créer une enveloppe psychique.

Le parent a un rôle très important dans la construction de cette dernière. En effet, c'est lui qui encourage son enfant dans ses expériences et qui lui en propose de nouvelles. L'enfant organise son psychisme au fur et à mesure de ses découvertes afin de développer des « formations de symboles ». L'enveloppe psychique protège, mais elle se doit d'être légèrement perméable pour permettre les échanges entre l'intérieur et l'extérieur afin de se construire, en lien avec l'environnement.

D. Anzieu a ajouté en 1985 à sa théorie du Moi-Peau, qu'elle permet « à l'enfant de se représenter lui-même comme Moi “contenant les contenus psychiques” à partir de l'expérience de la surface de son corps »²⁷.

3 - Le cadre

a - Qu'est-ce qu'un cadre ?

Au sens propre, un cadre est une bordure rigide qui entoure une image, une peinture, une photo, un livre etc. Au sens figuré, un cadre est une notion abstraite. Il représente une limite, une sorte de frontière d'un espace-temps dans lequel peut se dérouler une action. Des règles et des normes y sont présentes afin de donner du sens à cette limite voire de la matérialiser. Selon le dictionnaire le Petit Robert 2017, une règle est « une formule qui indique ce qui doit être fait dans un cas déterminé »²⁸. J'ajouterai à cette définition la

²⁵ Le Petit Robert 2002

²⁶ D. Houzel, 2005, p. 15

²⁷ *Ibid.* p.2

²⁸ Le Petit Robert, 2017, p 2167

précision “*et ce qui ne doit pas être fait*” pour réellement se rendre compte de cette limite. Ainsi tout espace-temps est régi par des règles/normes (cadre légal) qui leurs sont propres et qui délimitent un cadre. Ce dernier a une fonction de contenant, de protection qui délimite un dedans et un dehors.

Au sein de la salle d’attente, les règles ne sont pas clairement énoncées. Cependant, plusieurs affiches sont accrochées, sur un mur, de manière à être lues par tous, les accompagnateurs comme les enfants lecteurs (le règlement des séances, la règle en cas d’absence, et une règle quant aux gouters pris dans ce lieu). Sont aussi affichés, sur un autre mur, les diplômes des psychomotriciens exerçants dans le cabinet. Ces affichages sont nécessaires car ils évoquent les notions d’engagement, de contrat et de respect.

Dans notre profession, le psychomotricien est lui aussi soumis à des règles (légales, thérapeutiques, éthiques). Il est garant de son cadre au sein du cabinet, c’est lui qui pose les règles. De même, l’institution, s’il y en a une, pose aussi un cadre avec d’autres règles et potentialités pour les relations entre les professionnels ainsi que pour les patients et leur famille. Dans cette structure, il y a donc un cadre thérapeutique dans un cadre institutionnel.

b - Le cadre thérapeutique

Il désigne toutes les dispositions tant physiques que psychiques que le thérapeute met en place pour fournir au patient un espace-temps sécurisant afin qu’il puisse y déployer ses capacités et apporter ses difficultés.

C. Potel définit le cadre thérapeutique par ce qui « contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée »²⁹. Chaque prise en charge nécessite un cadre qui doit être réfléchi suivant la pathologie et les potentialités du patient. Il doit être malléable mais contenant pour s’adapter aux évolutions et accueillir les débordements du patient. Pour qu’il assure cette double fonction, il est en partie énoncé au patient et à sa famille au début de la prise en charge et à chaque changement. Faisant partie de la prise en charge des patients, la salle d’attente a aussi un cadre au même titre que la salle de psychomotricité.

²⁹ C. Potel, 2010, p. 321

Le thérapeute a lui aussi une fonction contenant à travers son cadre psychique interne, son corps et ses mots. Cependant, chaque professionnel a sa propre notion du cadre suivant ses réflexions et ses expériences personnelles. Cette notion peut donc s'observer de différentes façons. Le cadre diffère selon les espaces thérapeutiques, selon les professionnels qui l'incarnent avec subjectivité, mais s'adapte aussi en fonction du projet thérapeutique.

c - Les différents éléments d'un cadre

- *Le cadre spatial*

Il concerne le lieu de la prise en charge. Il est important que celui-ci soit pensé et stable durant la thérapie afin de donner un premier repère au patient.

C. Potel précise que « pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps ». L'espace thérapeutique doit donc avoir une fonction contenant pour accueillir les diverses propositions, émotions et excitations du patient.

- La sécurité :

La sécurité est une priorité pour que le patient puisse vivre ses expériences en toute liberté et sans danger dans l'espace de la séance comme dans la salle d'attente. Elle peut être présente par les précautions mises en place (protections des coins de meubles) ainsi que par les règles.

- Les rangements :

Les différents espaces du cabinet sont aussi délimités et le matériel présent est rangé pour éviter les débordements.

- Dans la salle d'attente Émilie demande régulièrement aux enfants de ranger les jeux qu'ils ont sortis ou de replacer les magazines qu'ils ont pris, pour éviter l'excitation, respecter l'espace et les patients à venir. En rangeant, l'enfant se rassemble, se concentre, et se rend disponible pour la suite.

- Dans la salle de psychomotricité le matériel est également rangé à la fin de chaque séance pour les mêmes raisons que dans la salle d'attente. De plus, l'espace de la salle de psychomotricité est aménagé pour que nous puissions guider au mieux les enfants dans la recherche de matériel. N. Boileau Després dit bien que « ce qui se conçoit bien s'énonce clairement et les mots pour le dire arrivent aisément ».

- La confidentialité : elle doit être expliquée au patient ainsi qu'à sa famille ou ses accompagnateurs. Le patient doit se sentir libre d'apporter de son intimité et la famille doit comprendre qu'elle ne pourra pas tout savoir des séances de leur enfant. Cet espace-temps lui est réservé. La cloison du cabinet ne rend pas la confidentialité optimale. Nous en discuterons par la suite.

- Les sensorialités : les différentes sensorialités présentes dans la salle d'attente, comme dans la salle de psychomotricité, ne doivent pas être vécues comme agressives ou débordantes. Il est nécessaire de faire attention en évitant de multiplier les informations sensorielles.

- *Le cadre temporel*

Il détermine les notions temporelles comme la fréquence, la durée des séances voire de la prise en charge. Cela permet au patient de s'inscrire dans une continuité et dans une régularité afin qu'il vive sa prise en charge comme un repère. Ainsi C. Potel précise qu' « une séance où il va s'agir de jouer, d'organiser l'espace, de bouger son corps, demande une durée suffisante et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme repères. »³⁰.

Ce cadre temporel est parfois abstrait. Il est important de bien l'expliquer à l'enfant et à la famille qui ont parfois du mal à le comprendre et à le respecter. L'enfant doit pouvoir vivre cette régularité de séance pour s'investir. Des repères temporels peuvent alors émerger.

La durée des séances peut varier suivant l'institution ou le thérapeute, les pathologies ou les capacités du patient.

³⁰ *Ibid.* p 365

On observe la présence de repères dès l'arrivée du patient. Tout d'abord en sonnant à l'interphone, puis en arrivant dans la salle d'attente où il vit déjà un premier cadre temporel. Ensuite, en allant le chercher dans la salle d'attente et en prenant un temps avec l'enfant et sa famille pour échanger sur l'humeur de jour ou les éléments de la semaine. Ce temps de parole est mis à disposition pour la famille et l'enfant, qui sont libres de s'en saisir ou non. En rentrant dans la salle de psychomotricité, les premiers instants se passent toujours au bureau où nous demandons une deuxième fois au patient comment il va. L'enfant est invité à dire la date et s'il a des désirs pour la séance. Ces repères sont importants et s'inscrivent dans un certain rituel pouvant être rassurant et contenant pour le patient et sa famille.

L'enfant vit deux séparations dans la salle d'attente : celle où il dit au revoir à sa famille et celle où nous nous disons au revoir. Ces séparations peuvent parfois être difficiles. Quand c'est le cas, nous prenons le temps de lui montrer sur l'horloge le moment où il retrouvera son(ses) parent(s)/accompagnateur. Nous prévenons aussi les enfants, cinq minutes avant la fin de la séance, que cette dernière touche à sa fin, pour qu'ils se préparent à nous dire au revoir et à quitter la salle. De même, les moments de séparation plus longs, comme les vacances, sont toujours précisés et verbalisés. Enfin, il est important d'anticiper les séparations à la toute fin d'un suivi et de prévenir le patient quelques séances à l'avance pour qu'il puisse s'y préparer également.

- *Le cadre matériel*

Dans la salle d'attente, des jeux, des livres et des magazines sont mis à disposition. Parfois, certains objets sont utilisés de façon ritualisée ou sont investis plus particulièrement (objet transitionnel). Les objets présents sont tous différents et permettent aux enfants de choisir ce qui leur convient le mieux suivant leur état du moment. La psychomotricienne ne conserve que les objets en bon état. Cela permet de marquer une première règle « on ne casse pas », mais aussi de montrer symboliquement l'enveloppe contenant de cet espace à travers son côté intact. Le matériel mis à disposition dans la salle d'attente appartient à cet espace. Sauf exception, nous demandons aux enfants de le laisser avant leur séance ou leur sortie.

À travers ce paradigme, je tente ainsi de comprendre comment la salle d'attente peut être un espace-temps qui s'intègre dans le cadre de la prise en charge. Dans le sens où il contribue à une continuité entre un dedans et un dehors, à un entre deux, à une limite, à une forme de cadre incluse dans l'espace thérapeutique.

II - Juliette

A - Présentation de Juliette et de son contexte de vie

Juliette est une petite fille de 6 ans (18 décembre 2010) née par césarienne, 15 jours avant le terme. Elle est actuellement scolarisée en grande section de maternelle.

Physiquement, Juliette semble assez frêle avec des cheveux courts, bruns et de grands yeux bleus. Très souriante et dynamique, elle sait, quand elle le veut, s'imposer avec son fort caractère et sa voix grave. Il arrive que d'autres enfants de la salle d'attente pensent que Juliette est un garçon. Dans ses mouvements identificatoires, il reste difficile d'affirmer qu'elle a bien intégré la différence des sexes et qu'elle s'identifie plus du côté du féminin. Cependant, Juliette est plutôt attentive à nos tenues, accessoires ou coiffures. Elle nous fait régulièrement des compliments. Il semblerait que ses remarques soutiennent l'identification au féminin et la question sexuelle de l'image du corps. Juliette peut aussi être très touchée par ce qu'elle entend. Il est arrivé qu'un garçon de sa classe lui dise qu'elle est moche, ce qui l'a beaucoup touchée.

Juliette est l'aînée de sa fratrie, elle a un petit frère de 17 mois, et vit au domicile familial avec ses deux parents.

Ces derniers s'absentent régulièrement pour leur travail. Ils semblent être peu disponibles pour Juliette et son frère, y compris dans la prise en charge (difficile d'échanger avec eux par téléphone ou en direct). Le père précise qu'ils rentrent tous les deux très tard de leur travail et que les enfants peuvent être couchés à leur arrivée.

Au début de la prise en charge, Juliette et son frère étaient gardés par une nourrice d'origine étrangère, avec qui il était difficile de communiquer. Mais au cours de l'année deux nouvelles nourrices se sont succédées, sans nous informer.

En mai 2016, un bilan psychologique est proposé dans le but de faire passer le WPPSI-IV³¹ à Juliette. Ce bilan révèle des éléments de précocité³² dans le registre verbal,

³¹ Évaluation du quotient intellectuel pour les enfant âgés de 4-6 ans

³² Avance par rapport à son âge chronologique en termes de compréhension et d'acquisitions.

dans celui de la mémorisation, mais quelques difficultés dans le registre spatio-temporel entraînant une orientation en psychomotricité. Aucune difficulté affective n'est mentionnée.

Un bilan psychomoteur a été réalisé par la suite en Juin 2016 par une psychomotricienne d'un autre cabinet libéral, conseillée par la psychologue. Pour des raisons qui me sont inconnues, Juliette arrive au cabinet libéral en septembre 2016 où elle commence ses séances de psychomotricité. À la lecture du bilan, elle est présentée comme une petite fille au profil dysharmonique. Très spontanée, elle s'exprime avec un langage élaboré. Juliette semble cependant avoir quelques difficultés sur le plan de l'organisation spatio-temporelle, de la motricité globale, de l'apprentissage du graphisme mais aussi un manque de confiance en elle pouvant entraîner des stratégies d'évitement. De plus, contrairement aux observations du bilan psychologique, le bilan psychomoteur révèle que Juliette est dans une certaine quête affective avec des relations parfois inappropriées.

Des séances de psychomotricité sont instaurées une fois par semaine, afin d'envisager :

- Dans un premier temps, un travail thérapeutique sur la confiance en soi et le relationnel
- Puis un travail rééducatif, pour le graphisme, l'organisation spatio-temporelle, et la motricité globale

B - Première rencontre le 14 septembre 2016

La première séance de Juliette s'est passée la semaine précédente. Son papa était présent.

Lorsque nous arrivons dans la salle d'attente, je remarque immédiatement que Juliette patiente seule. Situation inhabituelle car, normalement, les enfants ne doivent pas rester seuls. Elle est assise dans un fauteuil (très mou et enveloppant, rappelant la contenance). Elle porte sur ses genoux, une peluche de la salle d'attente (un lapin) qu'elle blottit contre elle. J'associe ce mouvement de contenance au Holding et au Handling ainsi qu'à l'objet transitionnel de D.W. Winnicott, comme pour faire ce dont elle aurait eu besoin dans cette attente solitaire. Nous apprendrons ensuite que sa nourrice, devant récupérer le petit frère de Juliette, n'a pas pu attendre avec elle. Cette situation semble être vécue comme abandonnique pour Juliette. Émilie n'avait pas prévu cela avec la maman et en a donc reparler avec elle ultérieurement.

Lorsque nous sortons de la salle de psychomotricité, Juliette se précipite sur Émilie pour lui faire un câlin sans attendre qu'elle finisse de dire au revoir à l'enfant qui sort de séance. Elle ne semble pas faire attention à moi. Je me demande si elle ne me voit pas car l'attente fut longue, si elle avait hâte de retrouver Émilie, ou si ma présence lui apporte de l'inquiétude et qu'elle préfère ne pas me prêter d'attention ?

Émilie tente de mettre du sens sur ce besoin en supposant oralement que l'attente a été longue et difficile. Juliette ne répond pas. Émilie me présente et lui rappelle pourquoi je suis ici. Juliette l'écoute mais ne me regarde pas. Ce n'est qu'une fois arrivée dans la salle de psychomotricité qu'elle commence à m'observer et à me demander pour combien de temps je serai là, pour quelles raisons je suis ici, pourquoi je suis encore à l'école, et enfin pourquoi il y a écrit son prénom sur une page de mon cahier. Des questions qui sont pertinentes et pas systématiquement posées par les enfants. Mes réponses semblent convenir sur le coup à Juliette, mais elle me les reposera lors des deux séances suivantes et finira même par formuler l'idée que je pourrais la prendre en séance une fois que j'aurai mon diplôme. J'émet l'hypothèse que je représente à ce moment-là pour Juliette un objet d'identification en tant que femme, qu'étudiante mais aussi future professionnelle soignante (Juliette souhaite devenir docteur). Peut-être anticipe-t-elle aussi la séparation future ?

C - Son suivi en psychomotricité

Séance du 28 septembre 2016

Juliette patiente, accompagnée de sa nourrice dans la salle d'attente. Après lui avoir dit bonjour, nous demandons à sa nourrice qui se dirigeait déjà vers la sortie (sans lui dire au revoir), si elle a une information particulière à nous communiquer sur la semaine. À sa réponse négative, Juliette nous dit (en regardant le sol) avoir la diarrhée. La nourrice fait alors une moue dubitative et suggère un léger mal de ventre, avant de s'en aller. Cette plainte somatique sera la première d'une longue série formulée par Juliette. Je me suis demandée si la plainte somatique de Juliette n'était pas une tentative pour retenir sa nourrice. Par ailleurs, je mets en lien la diarrhée avec un défaut de contenance.

Une fois en séance, Juliette ne revient pas sur cette scène, mais elle nous demande pour la première fois d'inventer une histoire. Émilie lui propose de choisir des petits personnages en plastique puis, de nous narrer ce qui va se passer avant de la jouer. Juliette a beaucoup de mal à se limiter dans le choix des personnages mais finit par prendre un docteur, et deux enfants (une fille et un garçon). Je fais à ce moment le lien avec sa fratrie. Juliette distribue ensuite les rôles : elle se donne celui de la petite fille, celui du docteur à Émilie et m'attribue celui du garçon. Elle nous raconte que cette histoire parle de deux enfants, un frère et une sœur, qui font appel à un médecin car ils se sentent malades. Or ce dernier doit leur faire une piqûre. Sa sœur rassure son frère en lui disant que ça ne fait pas mal. Je me demande si Juliette ne rassure pas son frère dans un but de se rassurer elle-même, ou pour prendre le rôle du parent, absent dans son histoire. On peut aussi constater d'une part, la présence d'angoisses archaïques avec la perforation de l'enveloppe corporelle, et d'autre part, la demande de soin et d'attention qu'apporte le médecin. Au cours de son récit, Juliette est très excitée, elle bouge et rigole beaucoup. La fin de l'histoire finit par changer car la petite fille prend la voiture du médecin et s'enfuit avec son frère qui tombe car elle roule trop vite. Le médecin le soigne, leur rappelle la loi et la différence des générations.

Juliette semble être dans un sentiment de toute puissance et ne pas tenir compte de cette différence des générations et de l'aspect irréalisable de la situation.

Elle demande ensuite à faire une seconde histoire : une sœur et un frère mettent le feu et se brûlent en voulant s'amuser avec des pétards. Un médecin arrive et doit leur refaire le visage. Juliette nous attribue les mêmes rôles. Le contenu de cette seconde histoire révèle des éléments beaucoup plus archaïques (angoisses corporelles, et identitaires avec le visage et la peau) que la première. Juliette semble se désorganiser psychologiquement.

À la fin de la séance, la nourrice attend Juliette dans la salle d'attente. Juliette va facilement la retrouver.

Séance du 05 octobre 2016

Dans la salle d'attente, Juliette joue avec le même lapin. Pendant que nous parlons avec la maman de Simon, elle en profite pour rentrer dans la salle de psychomotricité, mais en

ressort tout aussi vite pour nous attendre. Les enfants savent qu'ils doivent attendre d'y être invités pour entrer.

À la fin de cette séance, la nourrice n'est pas là. Juliette ne semble pas inquiète, mais nous mettons quand même du sens sur cette absence en lui expliquant qu'elle a du retard et qu'elle va arriver. Juliette peut l'attendre dans la salle d'attente aux côtés de la maman de l'enfant suivant.

Une fois la journée terminée, nous remarquons avec Émilie que Juliette a déposé, sur un fauteuil tout au fond de la salle, le lapin. C'est la première fois qu'elle apporte dans la salle de psychomotricité un objet de l'extérieur. Juliette avait déjà tenté de l'emporter avec elle, mais Émilie lui avait alors expliqué que les jeux de la salle d'attente doivent y rester. En revanche, elle a déjà apporté des cadeaux, ou des idées de jeu qu'elle souhaitait nous montrer. Il est important que les enfants viennent en séance avec ce qu'ils ont en eux, dans leur tête et dans leur corps. Exceptionnellement nous les laissons venir avec ce qu'ils souhaitent et faisons le lien avec ce qui les habite à ce moment-là.

Séance du 12 octobre 2016

Juliette est à nouveau seule dans la salle d'attente, alors que cette question a été abordée avec la maman lors du dernier échange.

Pendant que nous faisons un retour avec le papa de Simon (l'enfant qui la précède), Juliette nous interpelle pour nous montrer le lapin (qu'elle venait d'habiller). Juliette semble chercher notre attention car il lui est probablement difficile de rester dans l'attente de notre disponibilité alors que nous sommes là. Peut-être qu'en nous montrant la façon dont elle prend soin de la peluche, elle cherche à nous communiquer sa demande soin à ce moment-là, alors qu'elle est seule ?

Juliette remarque depuis la salle d'attente nos tasses de thé sur le bureau et nous dit qu'elle aimerait en avoir une aussi car elle a mal à la gorge. Émilie lui propose exceptionnellement une tisane qu'elle accepte volontiers.

Puis elle nous montre un pochoir éléphant (symbolique du dedans/dehors, de la limite) qu'elle a créé à l'école. Un objet qu'elle apporte de l'extérieur. Elle aimerait que l'on travaille avec, comme à l'école. Émilie accepte car nous sentons que Juliette ne se sent pas totalement en sécurité et qu'elle a besoin de faire du lien entre l'extérieur et la salle de psychomotricité. Juliette utilise son pochoir exactement de la même façon qu'à l'école (en jaune comme la couleur qui est déjà sur le pochoir), ce qui semble la ravir.

Nous remarquons avec Émilie que cela fait plusieurs fois que Juliette ramène du matériel de chez elle ou de l'école pour nous le montrer ou travailler avec. Peut-être est-ce pour que l'on reconnaisse son travail car elle n'a pas l'occasion de le montrer à ses parents qui rentrent tard ? Je me demande aussi pourquoi ce besoin d'apporter du matériel de l'extérieur persiste. Peut-être est-elle inquiète et ce besoin d'apporter un objet de l'extérieur lui donne le sentiment de continuité et de réassurance ?

Séance du 23 novembre 2016

Nous arrivons dans la salle d'attente, la nourrice est présente et Juliette lit un livre avec le papa de Simon. On pourrait interpréter sa demande de lecture ainsi que son rapprochement par la recherche d'un référent masculin en lien avec le complexe d'œdipe. Peut-être aussi que sa nourrice ne peut pas lui lire de livre compte tenu de la barrière de la langue. Quand elle nous aperçoit, elle se lève et vient nous montrer son doudou (apporté de chez elle). Il semble que son besoin de faire du lien persiste. Mais à la demande d'Émilie, elle accepte de le laisser dans la salle d'attente. Juliette montre qu'elle s'est familiarisée avec le règlement du cabinet et que, pour cette séance, elle peut entrer en séance sans objet extérieur. Le fait que le doudou reste dans la salle d'attente durant la séance, alors que sa nourrice n'y est pas, la rassure peut-être ?

En arrivant dans la salle de psychomotricité, Juliette s'assoit et met deux doigts dans sa bouche. Je me demande si elle fait cela pour combler l'absence de son doudou, comme pourraient faire certains enfants qui prennent leur pouce. Elle nous dit faire cela pour s'endormir le soir car « ça lui donne chaud à la tête, et ça lui apporte de la délicatesse dans la bouche ». Je mets ce geste de régression en lien avec le stade oral développé par S.Freud

(1856-1939), qui constitue le premier stade de l'évolution libidinale de l'enfant, où le plaisir est avant tout lié à la cavité buccale. Puis Juliette ajoute avoir mal aux jambes car « un dinosaure lui mord fort les jambes quand les copains se moquent d'elle ». Elle nous dit qu'elle ressent souvent les morsures du dinosaure quand elle est inquiète. Je mets cela en lien avec les angoisses de dévoration.

Durant la suite de la séance, Juliette nous sidère car elle tient un discours totalement délirant et désorganisé avec de nombreuses plaintes somatiques. On observe de nombreuses bizarreries. Émilie lui demande si elle souhaiterait rencontrer une psychologue pour pouvoir discuter de tout cela. Juliette accepte et préfère que ce soit Émilie qui prévienne sa maman. Elle prend alors un post-it pour noter l'information et Juliette lui en demande un aussi. Elle se met à écrire des calculs dessus, se trompe et nous dit en rigolant qu'elle a « fermé sa tête ». Elle semble avoir un vécu corporel étrange avec de nombreuses angoisses archaïques. Je mets sa remarque en lien avec le Moi-peau d'Anzieu. Les limites psychocorporelles semblent être assez fragiles et effractables pour Juliette.

En ressortant de la séance, la nourrice n'est pas encore arrivée. Je remarque que Juliette retourne chercher son doudou et le livre qu'elle lisait avec le papa de Simon : un livre sur les dinosaures. Je constate qu'elle a utilisé la salle d'attente pour transformer ses angoisses archaïques de manière à les amener ensuite en séance.

À la fin de la journée, Émilie contacte sa maman pour discuter avec elle et aborder l'éventualité d'un suivi en psychothérapie. Celle-ci semble dire que sur le plan somatique, Juliette ne se plaint que très rarement à la maison, voire qu'« au contraire elle est très courageuse ». Il semble qu'inconsciemment, la maman de Juliette perçoive les somatisations et les demandes de Juliette mais que consciemment elle les sous-estime. Elle raconte aussi que chez elle, Juliette joue beaucoup « au docteur ». Ce qui confirme nos observations. La maman ne semble pas être contre un suivi en psychothérapie et note le contact qu'Émilie lui conseille.

Séance du 7 décembre 2016

Juliette patiente à nouveau seule dans la salle d'attente avec la maman de Simon, sa nourrice n'est pas là malgré les demandes faites par téléphone aux parents. Après l'avoir accueillie, elle nous montre une loupe que son papa lui a donnée et l'apporte dans la salle. Elle se met à regarder mes yeux, mes dents, ma bouche, avec la loupe, ce qui la fait beaucoup rire car je suis déformée. On retrouve la question de l'intérieur du corps, de l'oralité et du langage si étrange de la semaine dernière, ainsi que la notion d'enveloppe. Émilie lui propose de le faire sur elle devant un miroir. Mais elle semble préférer observer les autres. Juliette nous dit qu'elle souhaiterait être archéologue et danseuse plus tard « pour être jolie et admirée ». Je m'interroge sur un possible lien entre le dinosaure de la semaine dernière et le fait qu'elle envisage de devenir archéologue. Il semble que la question des origines de la vie, et peut-être des siennes, semble très présente. De plus, le fait qu'elle souhaite devenir danseuse renvoie à une identification du côté du féminin.

Puis, elle enchaine en nous disant qu'elle a mal dans le coin de la bouche, mais ne semble pas être en mesure de nous dire où exactement, et ajoute qu'elle a eu mal à la tête cette semaine. Les plaintes somatiques sont très récurrentes. La zone orale et la tête semblent être les lieux du corps qui reviennent du côté de la somatisation.

Juliette demande ensuite à faire « une petite histoire ». Nous trouvons que Juliette décompense beaucoup à travers ses récits. Émilie lui propose de créer un cahier des émotions dans lequel elle peut écrire puis dessiner une émotion comme elle la ressent. Le fait de pouvoir dessiner permet de laisser une trace et le cahier donne un certain contenant à ses idées. Juliette semble apprécier cette proposition.

Elle commence par « la colère » qu'elle écrit en rouge. Puis elle la représente en dessinant un dinosaure qu'elle entoure et indique son niveau de gentillesse sur le côté (une colonne « gentillesse » et une colonne « méchanceté » qu'elle remplit à différents niveaux). La colère est en lien avec l'agressivité et la dévoration que peut symboliser le dinosaure.

Elle nomme ensuite « la tristesse » qu'elle écrit en bleu. Elle fait un tout petit dessin d'une petite fille qui s'est fait mal (la tête de la petite fille n'est pas fermée sur le dessus). Puis elle l'entoure et précise à à nouveau le degré de gentillesse.

Enfin elle nomme « l'espoir » qu'elle écrit en jaune. Elle dessine une petite fille qui « *prie son papou qui devient papa* ». À nouveau Juliette fait preuve d'un discours incohérent.

Je suis étonnée de voir que les deux premières émotions qui viennent à l'esprit de Juliette ne sont pas des émotions toujours agréables alors qu'elle est une petite fille qui semble joyeuse et dynamique. Juliette ne serait-elle pas dans un faux-self en nous montrant ce qu'elle voudrait que l'on voie d'elle et non ce qu'elle ressent/veut réellement. Juliette est sûrement en colère contre quelqu'un (elle ? ses parents ? sa nourrice ? ses amis qui se moquent ?) mais en étant dans un faux-self peut-être souhaite-elle protéger ses parents ou ne pas montrer et polir sa « différence » ?

Nous nous demandons aussi si Juliette n'a pas une défense maniaque qui lui permet de lutter contre la dépression.

Par ailleurs le fait qu'elle enchaîne la colère puis la tristesse me rappelle la position schizo-paranoïde suivie de la culpabilité et de la dépression dont parle M. Klein (1882-1960) et qui renvoie au clivage et à l'enveloppe.

Séance du 14 décembre 2016

Une nouvelle prise en charge débute après celle de Juliette.

Nous sortons de séance avec Juliette qui rencontre, elle aussi, pour la première fois, la famille et l'enfant de la séance suivante. Après avoir dit bonjour, Juliette part chercher un livre et se dirige vers le papa du nouvel enfant. Elle lui attrape immédiatement la main et lui tend le livre sur les dinosaures en lui demandant de lui lire. Elle utilise le tutoiement et ne manifeste aucune méfiance à l'égard d'un adulte qu'elle ne connaît pas. On pourrait se questionner sur ses acquis quant aux codes sociaux, sur sa recherche de référent masculin et sur sa peur de l'étranger. Juliette est la seule patiente à aller à la rencontre des adultes qu'elle ne connaît pas. De plus, jusqu'à présent Juliette a toujours sollicité les papas, alors qu'elle pouvait aller vers des mamans.

Pendant que nous sommes dans la salle de psychomotricité avec les parents de ce nouvel enfant et lui-même, Juliette attend sa nourrice dans la salle d'attente et joue avec le

petit frère de ce nouvel enfant. Nous entendons régulièrement des rires, des cris ou des bruits d'objets tombant par terre. Émilie doit intervenir pour rappeler les règles et contenir les excitations des enfants. La salle d'attente ne pouvait pas contenir leurs débordements à ce moment-là.

Séance du 11 janvier 2017

Juliette est accompagnée d'une nouvelle nourrice et de son petit frère. Nous n'avons pas été prévenues de ce changement. Juliette joue avec des bougies à pile. Simon vient de terminer sa séance et semble intéressé par ce qu'elle fait. Mais Juliette refuse qu'il participe car « il ne fait pas comme elle veut et qu'il fait tout trop vite ». Elle se montre assez rigide et autoritaire. Un comportement qu'elle a du mal à supporter quand il s'applique à elle.

Quand nous rentrons dans la salle de psychomotricité, Juliette nous demande de faire une histoire mais, pour la continuité des séances, nous lui proposons de reprendre son cahier des émotions. Juliette accepte et nomme la joie. Mais juste avant de dessiner, elle commence à nous tenir un discours logorrhéique totalement désorganisé, passant d'un sujet à un autre sans jamais suivre de chronologie. Bien que réexpliqué, nous ne comprenons pas ce qu'elle souhaite nous dire. Juliette se remet à dessiner. Elle trace un personnage qui tente de faire peur à une fille (alors que Juliette avait nommé la joie). Émilie l'écoute parler sans intervenir, puis lui demande si elle a parfois l'impression que quelqu'un d'autre est avec elle. Juliette répond « Oui, mon frère » et ajoute « Bouh, ils sont dans un labyrinthe » en dessinant un serpent. Juliette semble particulièrement anxieuse et envahie à ce moment-là. Elle fait à nouveau preuve d'un discours désorganisé.

Quand elle a terminé, Juliette redemande « une petite histoire » mais Émilie lui explique que ce n'est pas possible compte tenu de l'heure. Juliette se met alors à pleurer. Émilie vient se placer à côté d'elle, lui tend un mouchoir et lui explique qu'elle sait que ces histoires sont importantes pour elle mais qu'aujourd'hui nous avons fait autre chose. En sortant de la salle, Juliette se dirige vers son frère et lui essuie les yeux à l'aide du mouchoir donné par Émilie, comme si c'était lui qui avait pleuré. Il semble qu'il y ait pour elle une certaine indifférenciation avec son frère. Puis elle prend le doudou de ce dernier et nous demande comment le recoudre. Une demande que je mets en lien avec la réparation de

l'enveloppe, de la contenance. Émilie lui dit qu'il faudra demander à sa maman. Cette fin de séance aura été plus difficile que d'habitude. Juliette nous retient plusieurs fois pour nous donner un bonbon, le paiement ou un câlin.

Cette séance est particulièrement marquante. C'est la première fois que Juliette est autant désorganisée dans son discours. Plusieurs changements peuvent éventuellement expliquer son attitude (retour des vacances, changement de nourrice, sa présence et celle du petit frère dans la salle d'attente pendant la séance, le refus des « petites histoires »). Nous remarquons que Juliette semble d'autant plus se désorganiser lorsque c'est l'émotion « peur » qu'elle met en scène.

À la fin de cette journée, Émilie me raconte son appel avec la psychologue. Il semble que la maman de Juliette n'ait pas trouvé de disponibilité pour prendre rendez-vous, et qu'elle ait mis de côté cette idée pour l'instant. Je mets ainsi en lien la décision de la maman sur ce suivi avec la désorganisation de Juliette observée lors de cette séance. Peut-être était-elle dans l'attente de cette rencontre, et que cette absence de rendez-vous l'envahit.

Un travail rééducatif ne semble pas envisageable pour l'instant étant donné les angoisses que Juliette amène en séance et du fait de sa non prise en charge en psychothérapie. Le travail reste donc orienté sur le versant thérapeutique.

Séance du 01 mars 2016

Émilie me confie qu'elle n'a toujours pas pu avoir la maman de Juliette au téléphone et qu'il est de plus en plus compliqué de trouver un moment pour échanger avec elle.

À la fin de la séance, pendant que nous faisons un retour à la nourrice, Juliette m'explique que son frère la suit partout et que je peux donc lui faire un câlin. Je me sens désemparée par sa demande et ne sais comment y répondre. Juliette réitère sa requête, je réponds alors que je ne peux pas faire un câlin à son frère car je ne le connais pas et réciproquement, de plus ce n'est pas mon rôle. Juliette râle mais semble comprendre et accepter ma réponse. Je lui dis alors au revoir et rentre dans la salle de psychomotricité, mais Juliette me répond « au revoir maman ». Sa nounou réagit immédiatement en disant que je ne

suis pas sa maman, ce que je confirme. Juliette nous répond « si, elle est ma maman ! C'est comme ça que je l'appelle ».

J'interprète le comportement de Juliette comme une demande de soin, de maternage. Comme si elle transférait le rôle de sa maman sur mon rôle de stagiaire thérapeute. Peut-être exprime-t-elle le fait qu'elle apprécie que je prenne soin d'elle, que je lui porte de l'attention, en lien avec le manque de disponibilité de sa maman ?

D - Théorie sur les séances de Juliette

Afin de mieux expliquer l'importance et l'intérêt de la salle d'attente pour Juliette, il me faut dans un premier temps, articuler quelques éléments théoriques à ses séances.

1 - Le haut potentiel

Selon L. Vaivre-Douret « l'enfant à “hautes potentialités” dispose d'un fonctionnement cérébral spécifique avec de hautes capacités de traitement de l'information à son service [...] qui lui donnent des atouts considérables sur le plan de la plasticité, mais il n'en est pas moins vrai qu'il est d'autant plus vulnérable. »³³. Elle ajoute que les premiers ajustements de l'environnement sont très importants dans les constructions identitaires de l'enfant. Ainsi, « toute la difficulté pour ces enfants est de conserver un développement sans morcellement précoce [...] qui risquerait d'entraîner la dissociation du corps et de l'esprit »³⁴.

J-C. Terrassier parle de dyssynchronie qui « décrit le développement hétérogène spécifique et normal des enfants intellectuellement précoces (dyssynchronie interne) ainsi que les particularités de leur relation et intégration au contexte de vie (dyssynchronie sociale) »³⁵. Un des aspects de la dyssynchronie interne s'exprime par le décalage entre le développement intellectuel et le développement affectif. J-C. Terrassier parle d'un « effet loupe ». L'intelligence de l'enfant lui ferait vivre ses expériences en analysant encore plus précisément chaque détail. Mais n'ayant pas toutes les réponses à ces afférences, des dommages peuvent apparaître (angoisse, anxiété, colère).

On voit que sur le plan psycho-affectif, les enfants à haut potentiel ont des particularités qu'il est important de prendre en compte.

2 - La théorie de l'attachement selon R. Spitz et J. Bowlby

R. Spitz (1887-1974) parle d'« hospitalisme » lorsqu'il étudie les séparations entre la mère et l'enfant et les symptômes de dépression.

³³ L. Vaivre-Douret, 2003, p. 35

³⁴ *Ibid*, 2003, p.35

³⁵ J-C. Terrassier, 2005, p. 1

J. Bowlby s'intéresse avant la Guerre aux séparations, au deuil et à la perte. En 1969 il va mettre en évidence les mécanismes de formation et de développement des relations d'attachement. Durant la Guerre, il va s'intéresser aux différents liens mère-enfant et aux conséquences des séparations précoces.

Il décrit l'attachement comme étant « le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. C'est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui. »³⁶

« La fonction de l'attachement est, pour J. Bowlby (1969), une fonction adaptative à la fois de protection et d'exploration. La mère, ou son substitut, constitue une base de sécurité pour son enfant. Le nouveau-né dispose d'un répertoire de comportements instinctifs, tels que s'accrocher, sucer, pleurer, sourire, qui vont pouvoir être utilisés au profit de l'attachement. Après 7 mois, une relation d'attachement, franche et sélective, à une personne privilégiée, s'établit. J. Bowlby parle de monotropisme, c'est-à-dire d'une seule et unique relation. »³⁷

Selon J. Bowlby, la figure d'attachement peut être toute personne susceptible de répondre aux besoins de l'enfant et de prendre soin de lui. Généralement il s'agit de la mère, mais il arrive que les comportements d'attachement de l'enfant se dirigent vers plusieurs personnes. J. Bowlby admet donc un principe de hiérarchie d'attachement.

Il démontre aussi le rapport entre la proxémie et les explorations. En effet, plus l'enfant aura été soutenu par ses figures d'attachement, plus il sera capable de s'en éloigner pour découvrir son environnement. « L'attachement va bel et bien servir l'autonomie et non la dépendance. »³⁸

3 - La capacité à être seul de D.W. Winnicott

Être seul pour D.W. Winnicott, c'est d'abord être seul mais en présence de quelqu'un. Avoir cette capacité à être seul, c'est avoir une grande maturité dans son développement affectif.

Mais pour pouvoir se sentir seul et être en capacité d'être seul, il faut d'abord être capable de se sentir « Je », de se savoir et se reconnaître comme sujet. Il faut aussi être en

³⁶ N. Savard, 2010. p. 10

³⁷ *Ibid*, p. 10

³⁸ *Ibid*, 2010, p. 12

capacité de dire « Je suis ». C'est à dire être capable d'avoir peur, d'être vulnérable, mais pour cela il est nécessaire d'avoir un environnement suffisant bon et protecteur. Enfin, l'enfant doit progressivement faire l'expérience de l'éloignement de sa mère tout en gardant d'elle une perception interne. Il est alors en capacité de dire « Je suis seul » et de vivre cette solitude car il sait qu'il n'est pas abandonné ou menacé.

Juliette n'a peut-être pas bien expérimenté dans un cadre suffisamment sécurisant sa capacité à être seule. Ce qui mettrait du sens sur son besoin d'objet transitionnel à travers le lapin et les objets qu'elle ramène depuis chez elle ou de l'école.

4 - L'objet transitionnel de D.W. Winnicott

Ce terme est introduit par D.W. Winnicott. Il représente la première possession de l'enfant que Winnicott décrit comme un « attachement addictif ». Cet objet transitionnel ou plus communément appelé « *doudou* » apparaît durant l'air transitionnel de l'enfant, c'est à dire le passage d'un état de fusion avec la mère à un état de différenciation. Il prend alors le rôle d'un substitut maternel et permet d'apaiser l'enfant. Le doudou a pour fonction de faire la transition entre le monde extérieur et l'enfant, ce que la mère faisait avant. Selon D.W. Winnicott, cet objet va permettre à l'enfant de réunir la réalité interne et la réalité extérieure. L'objet transitionnel devient essentiel lors des moments angoissants pour l'enfant et permet de mettre en place une stratégie de réassurance. Quand la mère n'est pas là, le doudou permet d'apaiser et aide l'enfant à mieux vivre le manque ou la séparation.

Pour D.W. Winnicott, l'objet transitionnel est un phénomène universel et « son absence témoignerait d'un développement émotionnel très perturbé »³⁹.

³⁹ M-P. Blondel, 2004, p. 460

Il semblerait que le lapin et les objets que Juliette ramène, depuis l'extérieur, dans la salle d'attente aient une fonction d'objet transitionnel.

Juliette semble avoir trouvé une stratégie pour palier à ses angoisses lorsqu'elle patiente seule ou qu'elle se déplace d'un lieu vers un autre. Il semble qu'elle ait des difficultés à être seule. Les éléments archaïques observés dans ces séances peuvent aussi laisser penser à un défaut de subjectivation.

5 - Les angoisses : d'abandon, de séparation de dévoration

S. Freud définit l'angoisse comme une détresse psychique du Moi devant un danger qui le menace.⁴⁰

L'angoisse d'abandon arrive très tôt dans la petite enfance. Elle peut se manifester lors de l'absence de la mère, ou de sa potentielle absence, alors qu'un besoin se fait ressentir. Cette angoisse peut réapparaître plus tard lorsqu'un désir se heurte à un interdit qui pourrait provoquer un rejet, un abandon.

Les angoisses d'abandon peuvent être liées à une faille narcissique en lien avec le stade du miroir. En effet, l'enfant a besoin de se sentir exister dans le regard de sa mère. Sans ce regard, l'enfant risque de se sentir absent, abandonné.

« L'angoisse d'abandon diffère de l'abandon réel car la mère demeure présente. Il n'y a pas de travail de deuil mais plutôt un désinvestissement de la mère »⁴¹ se faisant ressentir dans ses absences psychiques et/ou physiques vis à vis de son enfant.

La mère de Juliette semble être présente mais non disponible physiquement et psychiquement pour Juliette.

L'angoisse de séparation est universelle. Elle peut se faire ressentir car le sujet appréhende le non-retour de la personne et donc un abandon.

⁴⁰ <http://www.psychoparis.com/les-troubles/langoisse/langoisse-de-separation/> - Angoisse de séparation - consulté le 15/04/2017

⁴¹ http://aidepsy.be/en_savoir_plus_angoisse_abandon/ - Angoisse d'abandon, consulté le 15/04/2017

Mais cette angoisse caractérise les relations affectives que nous avons tous et qui sont éphémères. Progressivement, l'enfant se construit une capacité à être seul qui va lui permettre d'évoluer dans son environnement. Sans cette capacité, des angoisses de séparation peuvent être très présentes voire envahissantes.

Aux alentours du 8^{ème} mois, le bébé prend conscience de sa séparation avec sa mère et des risques potentiels dus à son absence. R. Spitz parle de « la peur de l'étranger ». Le bébé reconnaît sa mère comme personne différenciée mais à laquelle il est lié. Elle garde un rôle privilégié. L'approche d'un inconnu est par la même occasion source d'angoisse pour le bébé.

L'angoisse de dévoration est liée à la peur d'être dévoré comme l'enfant a pu dévorer et détruire un objet ayant suscité le manque pendant un moment (comme le sein de la mère). Cette angoisse est présente durant le stade oral de S. Freud. Le rôle de la mère est d'accepter et de mettre du sens (à travers la préoccupation maternelle primaire) sur ces besoins afin que l'enfant les intègre comme faisant partie de lui.

6 - *La proxémie de E.T Hall*

C'est un terme introduit par E.T. Hall (1914-2009) lors de son étude sur les différentes distances sociales. Il a démontré que chacun de nous avait autour de lui un « bulle » délimitant un espace, un périmètre de sécurité individuel. La taille de ces bulles peut varier suivant les cultures.

Grâce à son étude, il met en évidence quatre catégories de distance interindividuelle⁴² :

- la distance intime (entre 15 et 45 cm) : contact physique avec échange sensoriel élevé. La vision est très limitée compte tenu du rapprochement, mais permet de voir des détails.
- la distance personnelle (entre 45 et 135 cm) : conversation de type personnelle.
- la distance sociale (entre 1,35 et 3,70 m) : Interaction entre amis ou collègues de travail.
- la distance publique (> à 3,70 m) : conversation groupale.

⁴² E.T Hall, 1971 , pp.147-157

La distance choisie dépend des rapports individuels, des sentiments et des activités des individus concernés.

On peut voir dans la salle d'attente que Juliette peut parfois se tenir à une distance personnelle voire intime d'un adulte qu'elle ne connaît pas ou qui n'est pas de son environnement familial. Il semble que Juliette n'ait pas acquis la « peur de l'étranger » dont parle R. Spitz et qui est à mettre en lien avec les angoisses de séparation.

7 - *Le Moi-peau de D. Anzieu*

Cf. p. 20

On peut remarquer dans les histoires de Juliette et parfois dans ses verbalisations que son enveloppe psychocorporelle ne semble pas totalement construite. En effet, on sait que pour se construire une enveloppe psychocorporelle fermée, il est important que l'environnement soit suffisamment bon. La mère ou son substitut doit être présent pour offrir à son enfant des soins corporels et psychiques mais aussi un espace sécurisé où il pourra être libre de faire ses expériences tout en se sentant en sécurité. L'enfant prend ainsi conscience de son corps et de son environnement. Or, on sait que les parents de Juliette ne sont pas assez disponibles pour elle. Elle n'a peut-être pas pu profiter d'un soutien physique et psychique suffisant.

8 - *La position schizo-paranoïde suivie de la dépression de M. Klein*

C. Bolgert explique que « pour faire face à ces tensions extrêmes, le nourrisson va tenter de maintenir séparé (clivage) le bon et le mauvais, en lui comme dans « l'objet » (le « bon sein » et le « mauvais sein »), et d'expulser les parties mauvaises de soi dans l'objet lui-même clivé : M. Klein introduit alors le terme de « position schizo-paranoïde » pour décrire la problématique auquel le nourrisson a à faire face, et celui d'« identification projective » pour décrire ce processus ».

9 - Le faux-self ou la lutte maniaque contre la dépression

D.W. Winnicott définit le faux-self comme un mécanisme de défense contre un environnement potentiellement menaçant si le sujet dévie des attentes. On peut observer chez ces personnes une forme de conformation, de polissage, de soumission à l'environnement. « Ces personnes perçoivent des risques importants à montrer leur vraie personnalité, à dévoiler leurs vrais désirs »⁴³. En satisfaisant les attentes de l'environnement, la personne se sent protégée.

Je me demande si Juliette ne fonctionne dans un certain faux-self. En effet, elle paraît toujours joyeuse et dynamique. C'est d'ailleurs la première impression qu'elle m'a donnée.

Cependant on peut la sentir débordée par de nombreuses angoisses sur lesquelles ils nous est encore difficile de travailler. Ses parents ne semblent pas conscients de ses difficultés psychiques. Elle est toujours très joyeuse lorsqu'elle les retrouve. Peut-être ne souhaite-t-elle pas communiquer sur ses angoisses pour répondre à une certaine attente de leur part ? Peut-être cherche-t-elle à les protéger ? Peut-être aussi que, quand elle retrouve ses parents, Juliette est simplement heureuse et ne montre pas à ce moment-là son mal être ?

Juliette pourrait aussi être dans une lutte maniaque contre la dépression ? On peut voir durant ses séances qu'elle transforme dans ses jeux, sa tristesse et ses angoisses. Ses sourires, sa bonne humeur sont peut-être un moyen de se défendre contre une certaine dépression.

10 - L'identification au thérapeute

J. Laplanche et JB. Pontalis définissent l'identification comme un « processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identification »⁴⁴

⁴³ Dubouloy M. 2006, p. 23

⁴⁴ J.Laplanche et JB.Pontalis, *Vocabulaire de psychanalyse* p187

De l'enfance et jusqu'à l'adolescence, l'enfant s'identifie essentiellement aux images que renvoient ses parents, comme quand l'enfant reproduit ce que fait son parent (ex : bricolage, cuisine, ...)

II - Conclusion théorique

La question du diagnostic de Juliette reste entière. Elle présente une hétérogénéité en lien avec un profil haut potentiel. Mais durant ses séances, Juliette s'est à plusieurs reprises désorganisée psychiquement. Il semble que d'un point de vue psychoaffectif, elle soit restée fixée à un stade très archaïque (entre 8 et 18 mois), pouvant laisser penser à une forme de psychose. Cependant, au regard de son âge, elle profite encore de possibilités pouvant aller vers un fonctionnement plus névrotique. Il est important de rester vigilant quant au développement psychoaffectif de Juliette.

E - La salle d'attente pour Juliette

À de nombreuses reprises, Juliette m'a décontenancée avec ses discours désorganisés et ses bizarreries. Je pense que le sentiment de contenance est précisément quelque chose qui lui fait défaut. On sait que les relations avec ses parents semblent rares. Or, l'environnement joue un rôle fondamental dans la constitution d'une enveloppe psychocorporelle contenant. Juliette n'a peut-être pas pu vivre ses expériences dans un cadre suffisamment sécurisant et rassurant.

De plus, on voit que Juliette a très souvent apporté des objets dans la salle d'attente et/ou dans la salle de psychomotricité. On a pu observer une certaine perméabilité. Il semble que Juliette ressente le besoin d'apporter des objets afin de créer une continuité entre l'extérieur et l'intérieur du cabinet. La sentant assez en confiance au sein de ce dernier, nous lui avons demandé, vers le mois de mars, de laisser les objets dans la salle d'attente. Déçue par ce changement, Juliette a quand même accepté. Elle continue cependant de nous apporter de nouvelles idées pour les séances que nous accueillions avec plaisir.

Au sein de la salle d'attente, Juliette dépose ses angoisses. Ce lieu lui permet de les transformer afin de pouvoir les jouer ensuite en séance. On peut voir que les angoisses de dévoration de Juliette se sont manifestées à travers le dinosaure et que Juliette a utilisé un livre sur les dinosaures de la salle d'attente juste avant et après sa séance.

On voit aussi que, dans la salle d'attente, Juliette ressent le besoin de se rapprocher des papas des autres enfants. On pourrait penser que Juliette manifeste ce besoin pour palier à ses angoisses archaïques d'abandon et de séparation. Mais s'ajoute à cela le fait qu'elle ne se dirige que vers des papas. On pourrait mettre en lien ce rapprochement avec le stade œdipien. Mais d'un point de vue psychique, Juliette semble encore dans un niveau très archaïque.

J-C. Terrassier dit aussi que les enfants à haut potentiel ont beaucoup de défense face à la problématique œdipienne. « Leur palette de mécanismes de défense et de camouflage apparaît d'une grande richesse mais dans la mesure où, ici, ils sont confrontés à une

problématique d'ordre affectif, leur tentative de maîtrise intellectuelle de la situation s'avère inefficace »⁴⁵.

Nous continuons de nous interroger sur ces relations car nous n'arrivons pas encore à y mettre du sens.

Ainsi, la salle d'attente pour Juliette a tout d'abord une fonction d'enveloppe contenant perméable afin de lui permettre de se sentir en sécurité, de créer une continuité entre le dedans et le dehors et donner une première symbolisation à ses angoisses archaïques.

⁴⁵ J-C. Terrassier, 2005, p.3

III - Simon

A - Description de Simon et de son contexte de vie

Simon est jeune garçon de 6 ans (10/12/2010). La grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans incident. Simon est aujourd'hui en CP ordinaire et va aussi dans une école russe (origines de la maman) les mercredis pour la chorale.

Simon vit au domicile familial avec ses deux parents. Il a un petit frère de 5 ans. Les parents de Simon semblent impliqués dans la prise en charge. Le père pose beaucoup de questions. La mère semblait très évitante et sur la défensive durant la première période de la prise en charge de Simon. Elle a pu dire par la suite qu'elle avait peur de ne pas être comprise, mais semble à ce jour plus en confiance.

Le suivi en psychomotricité a commencé en septembre 2013 sur le conseil de l'instituteur de petite section suite aux agitations et au refus du travail scolaire par Simon.

Le bilan psychomoteur révèle des traits autistiques⁴⁶ avec un retard de langage, des difficultés d'intégrations sensorielles (fuite du regard, contact tactile difficile avec certains textures), motrices (globale et fine), des capacités relationnelles fragiles (jeux à répétitions, isolement, agitation motrice) ainsi que des difficultés d'intégration de l'enveloppe psychocorporelle.

Des séances de psychomotricité sont instaurées afin de permettre à Simon de favoriser les relations, de renforcer son attention visuelle, d'amener des expériences sensorielles diverses, d'améliorer sa régulation tonique, de renforcer son équilibre unipodal et de travailler la précision manuelle.

Aujourd'hui Simon a fait beaucoup de progrès. Il s'exprime verbalement mais les relations sont encore fragiles, (agitation motrice, logorrhée, regards parfois fuyants). La motricité fine est meilleure et il accepte de laisser une trace. La motricité globale s'améliore. Les fins de séances sont encore difficiles. Simon se cache, cherche les limites du cadre et

⁴⁶ OMS : trouble envahissant du développement qui affecte les fonctions cérébrales. C'est un trouble sévère et précoce du développement de l'enfant apparaissant avant l'âge de 3 ans. Il est caractérisé par un isolement, une perturbation des interactions sociales, des troubles du langage, de la communication non verbale et des activités stéréotypées avec restriction des intérêts.

court d'un bout à l'autre de la salle. Des angoisses sont encore présentes ainsi que des difficultés d'intégration de l'enveloppe psychocorporelle.

En janvier 2014, les parents ont consulté un pédopsychiatre au CMPP, suite aux difficultés relationnelles et au retard langagier de Simon, qui les a orientés vers un neuropédiatre. Le bilan de ce dernier a permis d'exclure des troubles fonctionnels ou anatomiques du langage. Le discours des parents reste évasif sur les consultations avec le pédopsychiatre, mais le diagnostic d'autisme serait écarté. En psychomotricité, nous continuons de nous interroger sur ce diagnostic. Émilie n'a jamais réussi à joindre (par écrit ou par téléphone) le pédopsychiatre.

B - Le suivi de Simon en psychomotricité

Le 14 septembre 2016

C'est la première fois que Simon et moi nous nous rencontrons.

Lorsque nous arrivons dans la salle d'attente avec Émilie, Simon est assis sur la méridienne et lit un livre d'enfant à côté de son papa, comme un « petit adulte », les jambes croisées. Émilie me présente. Simon est très concentré sur son livre et ne nous prête pas une grande attention. Il ne nous regarde pas lorsque nous lui proposons d'entrer et dit vouloir terminer son livre. Soudain, il se lève en nous disant qu'il est fatigué et court dans la salle de psychomotricité, où il longe les vitres en passant derrière les rideaux pour se jeter ensuite au sol, comme pour ressentir les limites physiques de la salle avant de commencer la séance. Émilie dit qu'elle ne l'avait pas vu faire ça depuis longtemps. Peut-être que ma présence nouvelle, modifiant le cadre, suscite de l'inquiétude chez Simon et qu'il a besoin de se rassurer en allant sentir le cadre physique de la salle qui, lui, n'a pas changé ?

Simon demande à prendre un de ses jeux récurrents du moment. Je remarque qu'il parle, rit et a beaucoup de mal à rester assis sur sa chaise. Il se lève beaucoup, glisse, se met à genoux.

Durant la séance, il aperçoit en haut de l'armoire une peluche de motricité fine, nommée *Didi la chenille*, qu'il apprécie particulièrement depuis quelques mois. Il demande à jouer avec elle. Tout en la prenant, Émilie lui demande pourquoi il l'aime tant, mais Simon ne répond

pas, glisse le long de sa chaise et disparaît sous la table (effondrement, chute tonique). Émilie et moi nous nous regardons et demandons à haute voix où peut bien être passé Simon, qui réagit immédiatement en se levant et en rigolant. Lors du jeu de laçage avec *Didi*, Simon lui fait de grandes déclarations d'amour, mais ne cesse de lui demander pourquoi elle ne l'aime pas. Je me demande s'il ne pose pas la question implicitement à Émilie plutôt qu'à *Didi* ou s'il joue sa peur du rejet. Les « au revoir » avec la chenille sont compliqués. Simon finit même par lui dire qu'il ne souhaite plus jamais la revoir.

Les difficultés de séparation se retrouvent aussi à la fin de la séance. Quand nous lui annonçons qu'elle touche à sa fin, Simon refuse. Il court au fond de la salle puis s'enroule dans les rideaux. Émilie le contient physiquement et lui dit qu'elle est consciente que les séparations sont difficiles pour lui, mais qu'elle sait qu'il est capable de sortir tranquillement. Simon se lève, nous dit au revoir sans nous regarder et court vers la porte. Dans la salle d'attente, il reprend son livre en attendant que Émilie fasse un retour à son papa et nous redit au revoir à la demande de ce dernier, toujours sans nous regarder.

Je suis marquée par les difficultés de Simon à contenir sa parole lorsque son corps est en action et réciproquement. Tandis que lorsque qu'il ne parle pas, il arrive à rester plus posé.

Les séparations semblent difficiles pour lui, il présente de fortes angoisses de séparation et d'effondrement et semble préférer provoquer le rejet chez l'autre plutôt que de le sentir sans l'avoir initié. Les débuts et fins de séances sont marqués par son agitation, probablement dans le but de sentir physiquement les limites du cadre de la salle.

Séance du 28 septembre 2016

Simon arrive avec 15 minutes d'avance dans la salle d'attente. Lorsque nous arrivons sa maman et la maman de l'enfant précédent discutent. Il semble que depuis plusieurs séances elles échangent et peuvent parfois s'attendre.

Simon lui, est très excité. Lorsque la maman de l'enfant précédent se lève, il court dans la salle de psychomotricité. Nous lui demandons de ressortir puisqu'il n'a pas été invité à entrer, le temps que Émilie fasse un retour à la maman de l'enfant précédent. Sa maman s'énerve et sans le regarder lui demande de se calmer. Je remarque que le regard semble compliqué pour elle aussi à ce moment-là. Peut-être qu'il est plus difficile pour elle de faire

preuve d'autorité devant le thérapeute et l'autre parent présent dans la salle d'attente. Peut-être aussi qu'il lui est difficile de voir les difficultés de son enfant et qu'elle a du mal à le regarder dans cette situation donnée.

En rentrant dans la salle, Simon va s'asseoir au bureau et commence à s'appuyer sur moi, comme si j'étais un support à son effondrement. Il regarde ma bouche et ce qu'il y a dedans. Émilie lui propose de se mettre devant le miroir pour regarder aussi sur lui. Je me mets à son niveau et nous regardons et comparons ce qu'il y a dans nos bouches. Or, Simon s'avance pour me faire un bisou sur la bouche. Je recule et lui dis que cela n'est pas possible. Nous lui expliquons que les bisous sur la bouche sont pour les amoureux et pas entre un enfant et un adulte. Simon nous répond, en s'agitant d'un bout à l'autre de la salle, que personne ne l'aime et ne l'aimera jamais. Émilie lui répond que sa famille l'aime et qu'il a le temps de trouver une amoureuse. Je me demande si Simon ne cherche pas à vérifier sa capacité à être aimé. Simon nous répond qu'il « va devenir un jouet parce que personne ne l'aime ». Il a l'air d'avoir peur d'être objectalisé si personne ne l'aime. Les angoisses d'abandon, de rejet, de mort semblent très présentes en lui.

Séance du 16 novembre 2016

Simon arrive 10 minutes en avance.

Lorsque nous arrivons dans la salle d'attente, il est en train de regarder un livre. Comme d'habitude, Émilie lui demande s'il est prêt, mais Simon nous dit « non ». Il semble finir de regarder les images puis se lève et court dans la salle de psychomotricité où il tombe volontairement par terre et fait semblant de s'être fait mal pour « nous faire plaisir, pour qu'il meurt ». Il se lève et demande *Didi* la chenille. Il lui demande pourquoi elle aussi le déteste et souhaite sa mort. Émilie rentre dans son jeu, et en prenant le rôle de la chenille répond « Ah oui ! Bon débarras ! ». Simon raconte en rigolant qu'il va se mettre du produit chimique dans les yeux. Il dit à nouveau adieu à *Didi* car il pense qu'elle ne souhaite plus jamais le revoir.

En sortant de séance, et compte tenu du manque d'enveloppe sonore entre la salle d'attente et la salle de psychomotricité, Émilie fait un retour au papa de Simon en lui expliquant les angoisses que Simon peut vivre et qu'elle a joué le jeu pour qu'il puisse

transférer ses inquiétudes dans le faire-semblant. Le papa ne semble pas étonné et nous dit que depuis plusieurs semaines Simon est dans ce discours de « personne ne m'aime ». Il ajoute que l'école russe aurait refusé qu'il chante à la représentation de la chorale car Simon bouge trop.

Durant cette séance, Simon a peut-être cherché à rejouer le rejet de l'école russe à travers son histoire de « personne ne m'aime ».

Séance du 23 novembre 2016

Simon a 15 minutes d'avance.

Comme à son habitude, il regarde un livre et ne réagit pas à notre arrivée. Il finit de regarder les images de sa page, pose le livre et court dans la salle. Il nous demande s'il peut nous montrer un jeu qu'il a fait à l'école et où il est très doué. Émilie l'invite à nous expliquer. Ce jeu s'appelle « le jeu de la statue ». Tant que la musique est en marche nous devons danser, mais dès que celle-ci s'arrête, nous ne devons plus bouger au risque d'être éliminé. Il me nomme « chef de la musique » et nous commençons le jeu. Effectivement Simon se débrouille très bien et à chaque arrêt de la musique nous demande de confirmer le fait qu'il est très doué (« je suis fort hein ? »).

Il est intéressant de noter, à nouveau, un lien possible entre la décision de l'école russe de la semaine précédente (refus de la présence de Simon car il bouge trop) et le jeu de la statue de cette semaine. D'autant plus que la première règle est celle d'être éliminé si on bouge quand il ne faut pas. Simon s'applique et nous demande d'approuver ses capacités dans ce domaine.

Séance du 14 décembre 2016

Simon se jette sur la porte de la salle de psychomotricité et nous demande s'il peut faire la même chose « qui fait du bruit » que l'enfant précédant (à savoir : un ballon de basket). Émilie feint de ne pas savoir et lui demande ce qui, selon lui, aurait pu faire ce bruit. Simon se lance à la recherche du matériel pouvant faire le même bruit et sort un ballon de basket avec lequel il tente de dribbler.

Dans cette séance, il est intéressant de voir que Simon souhaite reproduire la même chose que l'enfant précédant mais pourquoi ? Cherche-t-il à avoir une relation particulière avec le thérapeute ? Ou bien à s'identifier aux autres enfants ? En effet, il peut être rassurant de se sentir comme les autres, comme « tout le monde ». On peut donc se demander où en est sa problématique de différenciation de l'autre.

Séance du 11 janvier 2017

Simon regarde un livre dans la salle d'attente. Émilie s'approche de la maman de l'enfant précédant et passe devant lui. Simon la remarque et lui attrape la main pour lui faire des bisous, ce qui fait beaucoup rire l'enfant qu'elle raccompagne. C'est la première fois que Simon réagit comme cela en nous voyant dans la salle d'attente. D'habitude il nous ignore. Émilie lui explique qu'elle est en train de parler et qu'il peut attendre qu'elle ait terminé. Simon se jette alors sur moi, en me demandant des bisous. Je tente de mettre du sens sur son attitude en lui disant qu'effectivement, cela fait longtemps que l'on ne s'est pas vu tous les deux (trois semaines). Émilie s'approche de nous, Simon se décolle de moi et court vers elle. Étant donné qu'ils se sont vus la semaine dernière, Émilie lui explique qu'il est assez grand pour que les bisous soient exceptionnels (anniversaires, longues séparations, retrouvailles). Simon « joue le malheureux » et revient vers moi. Il nous a semblé alors important qu'une de nous deux accepte son attitude pour cette séance, afin de ne pas susciter le rejet qui l'angoisse tant.

Simon semble dans une sorte de quête affective.

C - Théorie sur les séances de Simon

De même que pour Juliette, avant de discuter de l'importance de la salle d'attente pour Simon, je vais succinctement articuler des éléments théoriques à ses séances, sans revenir sur ceux détaillés précédemment.

1 - Les rituels

« Ensemble des règles et d'habitudes fixées »⁴⁷

Les personnes avec des particularités autistiques peuvent facilement être inquiètes. Les rituels leur permettent de garder des repères, une certaine routine et de limiter les imprévus angoissants.

2 - Les angoisses de séparation

Cf. p. 43

E. Pireyre met en lien les angoisses d'effondrement avec les difficultés de séparations.⁴⁸ Il dit que lors d'un moment impliquant un vécu émotionnel fort tel que la séparation, le tonus s'effondre.

Les moments où Simon ressent le besoin de se jeter sur le sol ou sur les murs de la salle correspondent aux moments des séparations. Au début de la séance, quand il doit dire au revoir à son parent, et à la fin de la séance, lorsque nous devons nous dire au revoir. Ces séparations suscitent de l'angoisse et il semble qu'il ressente le besoin d'aller sentir la contenance de la salle ainsi que les limites de son propre corps en allant au contact de surfaces dures. On sait que le processus de subjectivation est en jeu lors des séparations. Simon ressent peut-être le besoin de vérifier qu'il existe sans son parent ou le thérapeute ?

Simon semble constamment dans une hypertonicité, excepté lors de ces moments d'effondrement où une hypotonie axiale est visible.

L'hypertonicité permet de ressentir la solidité, les limites du corps et de se sentir exister. C'est ce qu'E. Bick (1902-1983) nomme « le phénomène de seconde peau ». Les variations toniques seraient une sorte de seconde peau, représentant un contenant, qui permettrait de retenir/contenir les expériences sensorielles.

⁴⁷ Larousse, 2017

⁴⁸ E. PIREYRE. Cours 3ème année , Image du Corps, 2017

Les états de variations toniques peuvent être un recours pour conscientiser ces enveloppes. A. Bullinger (1941-2015) disait « Si ces variations cessent, la “consistance” disparaît »⁴⁹.

3 - La recherche du dur

A. Bullinger émet l’hypothèse que les enfants avec des traits autistiques/autistes expérimenteraient de façon privilégiée des sensations impliquant les distinctions entre dur/mou, chaud/froid, lisse/rugueux.

4 - Le Moi-peau d’Anzieu

Cf. p. 20

Il semble que le Moi-peau de Simon ne tienne pas correctement ses différentes fonctions. C’est une des particularités que l’on retrouve dans l’autisme.

On voit en effet que Simon ne perçoit pas les limites tant physiques que psychiques de son corps, qu’il peut ressentir le besoin de se coller à l’adulte comme pour fusionner, et d’aller à la rencontre du dur pour ressentir les limites de son corps, etc. Il semble que ces besoins se retrouvent chaque semaine comme s’il n’intégrait pas les différentes sensations qu’il rencontre.

On peut ainsi se demander si Simon se perçoit comme individu.

5 - La proxémie de E.T Hall

Cf. p. 44

Les psychologues parlent aussi de « l’identité adhésive ».⁵⁰ Il s’agit d’une illusion comme si la frontière, la limite, entre deux personnes n’existait plus. On retrouve un stade archaïque de fusion comme avec l’objet maternel. Les séparations peuvent aussi être difficile car cette fusion cesse. Un sentiment d’arrachement, de morcellement peut ainsi être ressenti par le patient.

⁴⁹ A. BULLINGER, 2011, p.32

⁵⁰ E. Pireyre, cours 3ème année, Image du corps, 2017

Lors des séances du 16/11/16 et du 11/01/17, on voit que Simon ressent le besoin de s'approcher à une distance intime de nous. Lorsqu'il s'appuie sur moi, je mets tout d'abord cela en lien avec ses effondrements. Comme s'il s'appuyait sur moi pour éviter de chuter.

Lorsqu'il s'approche de nous pour nous faire des bisous, je mets cela en lien avec sa quête affective et son besoin de vérifier qu'il est « aimé et aimable ».

Je me demande aussi si les rapprochements de Simon ne sont pas à rapprocher de la notion de fusion, qui est l'une des particularités de l'autisme. Ce qui pourrait aussi expliquer ses difficultés de séparation.

6 - L'identité et la subjectivation

Grâce à son environnement et ses expériences le bébé va progressivement prendre conscience de sa place en tant que sujet unique et différencié. Les parents ont un rôle fondamental dans la construction de l'identité de leur enfant. Ils représentent les premières figures d'attachement. C'est à travers leur regard que l'enfant finit par se penser sujet. Toutes les expériences qu'il va vivre, vont lui fournir une sorte de bagage sensoriel qui va lui permettre de sentir son corps comme unifié et différencié des autres.

D - La salle d'attente pour Simon

Simon fait partie des enfants qui arrivent toujours avec plusieurs minutes d'avance dans la salle d'attente. Peut-être que le planning leur impose cette heure d'arrivée mais il semble que cela soit devenu un rituel pour Simon et qu'il ait besoin de ce temps pour se poser. En effet, lorsque nous arrivons dans la salle d'attente, il est toujours assis à la même place et regarde le même livre. Une des particularités du spectre autistique est la ritualisation mais cela permet à Simon de garder une certaine maîtrise sur son environnement et ainsi de se poser pour se préparer à la séance.

Il est arrivé une fois que Simon et sa maman aient cinq minutes de retard. Pensant qu'il n'aurait pas le temps de faire comme à son habitude (prendre un livre et de se poser), Simon s'est totalement désorganisé dans la salle d'attente. Il s'est à plusieurs reprises laissé tomber au sol et faisait preuve d'une logorrhée verbale. Nous lui avons alors laissé un temps pour s'asseoir et prendre un livre avant de commencer la séance. Simon a pu ensuite entrer sans difficulté. On voit que le rituel de la salle d'attente pour Simon est important.

Au regard de la théorie sur les séances de Simon, on peut constater qu'il a des difficultés d'intégration du Moi-peau entraînant des angoisses identitaires, de séparation et de chute. La salle d'attente permet de donner une première sensation d'enveloppe contenante pour Simon. Le rituel qu'elle représente lui donne déjà un premier sentiment rassurant. On retrouve aussi une contenance à travers les murs qui donnent un sentiment de limite, de sas (sur lesquels il ne s'est jamais jeté contrairement aux murs de la salle de psychomotricité), à travers notre psychisme, à Émilie et moi, qui l'accueillons et mettons du sens sur ce qu'il peut vivre. La salle d'attente joue aussi un rôle de pare-excitation en limitant les stimulations afin de permettre à Simon de se préparer physiquement et psychiquement à sa séance.

La salle d'attente peut offrir à Simon une première enveloppe psychique contenante pour qu'il puisse faire le lien entre ce qu'il a fait avant et ce qu'il va potentiellement faire ensuite en séance. Cette première salle peut ainsi lui donner un sentiment de continuité entre un dedans et un dehors.

IV- - Antoine

A - Présentation d'Antoine et de son contexte de vie

Antoine est un jeune garçon de 6 ans (10 septembre 2010). Lors de l'accouchement, il a subi une anoxie⁵¹ entraînant des dommages cérébraux. À ce jour aucun diagnostic officiel n'est posé. Mais Antoine présente plusieurs malformations physiques (voire génétiques) :

- Il est né avec un doigt en plus sur une main, ce qui a nécessité une opération.
- Aujourd'hui, il présente des mains et des pieds plus petits proportionnellement au reste du corps, ce qui entraîne des troubles de l'équilibre, de coordinations et de motricité fine.
- Antoine a un œil gauche « *mal formé* » depuis sa naissance. Sa vision s'en trouve donc affectée. Il ne perçoit que les contrastes d'intensité lumineuse, les couleurs, les formes et les mouvements larges. Il compense bien avec son œil droit. Antoine a subi de nombreuses opérations sur son œil, afin qu'il ait le mouvement (de fermeture) de sa paupière, nécessitant de longues hospitalisations.

Les parents expliquent les malformations d'Antoine par l'utilisation des forceps au moment de l'accouchement. Ils semblent hermétiques aux explorations génétiques proposées par les services hospitaliers.

Antoine est l'aîné d'une fratrie de trois enfants. Il a deux petites sœurs de 3 ans et 9 mois. Il vit au domicile familial avec ses soeurs et ses parents. Pour des raisons professionnelles, ces derniers ont fait garder les enfants par une même nourrice depuis la naissance d'Antoine et ce jusqu'à l'année dernière. Antoine fut particulièrement affecté par le départ de celle-ci. S'en est suivi une succession de plusieurs nourrices. La mère, pensant protéger ses enfants, ne les prévenait pas de ces changements fréquents. Depuis le début de l'année scolaire, une certaine stabilité semble s'être installée, ce qui a apaisé Antoine. On peut sentir une réelle complicité entre la nourrice actuelle et les enfants.

Actuellement, Antoine est scolarisé au CP à la demande de ses parents, alors que l'école conseillait un maintien en grande section,. Ces derniers se disent conscients que le parcours scolaire ordinaire sera plus difficile pour Antoine, mais ils l'en pensent capable.

⁵¹ Diminution importante de la quantité d'oxygène distribuée par le sang aux tissus.

Antoine semble avoir une certaine pression de réussite scolaire. Il est courageux et nous a confié une fois, dire à ses parents « préférer l'école aux vacances » pour éviter de se faire disputer.

La demande de soin en psychomotricité s'est faite en grande section suite aux difficultés d'Antoine dans les premiers apprentissages. Un bilan est réalisé en juillet 2015. Il conclue à un profil hétérogène. Antoine a des difficultés d'organisation spatiale qui sont à pondérer avec ses difficultés visuelles. Il présente une hypervigilance modifiant sa régulation tonique (versant hypertonique). Il a du mal à gérer ses émotions et peut vite s'inquiéter. Ce qui perturbe ses capacités attentionnelles, de concentration, de mémorisation et de compréhension. Sa régulation tonique, sa motricité large et fine en sont touchées. De plus, avec ses petites mains et ses petits pieds, Antoine présente des difficultés de coordinations, d'équilibre et de motricité fine et large.

Des séances de psychomotricité sont mises en place afin de travailler :

- la gestion de ses émotions, la régulation tonique et le relationnel,
- la motricité globale et fine.

Antoine investit bien les séances de psychomotricité. Il a encore de fortes angoisses de performance et peut faire preuve de stratégie d'évitement. Il a tendance à poser beaucoup de questions (logorrhée verbale).

Il demande régulièrement à faire un cahier d'écriture pour s'améliorer à l'école. Il est lui-même demandeur de boucles à faire à la maison. Antoine semble plus volontaire que désirant. Antoine semble angoissé par ses performances scolaires. Il a pu dire une fois être inquiet à l'idée de décevoir ses parents. Il demande régulièrement à faire des puzzles en séance (contenance, rassemble les morceaux). Lors des parcours, il peut être très vite essoufflé et son visage devient rouge (vasodilatation). Un bilan cardiaque a été conseillé aux parents mais nous n'avons pas de retour.

Émilie me confie qu'Antoine se serait aussi beaucoup attaché à la stagiaire de l'année précédente et la séparation a été compliquée.

B - Le suivi d'Antoine en psychomotricité

Séance du 23 novembre 2016

Nous sortons de séance avec Jules, l'enfant précédant Antoine. Pendant que nous discutons avec le papa de Jules, Jules demande à Antoine « pourquoi son œil est bizarre ? ». Sans attendre la réponse, il se tourne vers son papa pour lui reposer la question puis vers Émilie. Antoine me semble totalement démuni. Il regarde Jules, nous regarde ensuite mais semble sidéré. Je me sens très gênée pour lui. Il se dirige vers sa nourrice, qui répond à Jules que l'œil d'Antoine n'est pas bizarre. Antoine simule un appel téléphonique auquel il doit répondre, comme pour couper court à cette conversation. De son côté, le papa de Jules répond à son enfant qu'il pose des questions bizarres. Émilie intervient alors en disant que chacun a des particularités et qu'Antoine n'est pas obligé de répondre car c'est une information personnelle.

Témoins de la sidération d'Antoine, il nous semble important de revenir sur ce qui vient de se passer. Nous souhaitons l'aider à mettre du sens sur la réaction de Jules et sur sa propre réaction afin qu'il trouve une réponse qui lui convienne et qui lui permette de s'affirmer. Antoine nous explique que cette situation lui arrive régulièrement, surtout au parc, et que dans ce cas, il dit aux autres enfants que son œil est comme ça depuis sa naissance car celui-ci est « feignant et qu'il guérira » (comme lui dit sa maman). Émilie lui explique que s'il le souhaite, il peut en effet donner cette réponse, mais qu'il peut aussi leur répondre que ça ne les regarde pas, que ce ne sont pas leurs affaires. Antoine nous demande ensuite pourquoi son œil est bizarre mais répond lui-même à sa question « parce qu'il est bizarre, c'est comme ça ». Il semble que les explications de sa maman ne le satisfont pas totalement. Émilie lui dit qu'il a le droit de poser des questions au médecin.

Plus tard dans la séance, nous proposons un jeu de rôle. Émilie enfle sa veste à l'envers et me demande discrètement d'enrouler mon écharpe autour d'un de mes genoux. Lorsqu'Antoine remarque ces détails, il nous observe sans rien dire, puis ajoute « je sais pourquoi vous avez fait ça, vous voulez que je vous demande pourquoi vous avez quelque chose de bizarre ». Émilie et moi jouons une première scène, mais Antoine ne semble pas rentrer dans le jeu et vouloir nous poser de questions. Je demande alors à Émilie pourquoi sa

veste est à l'envers. Elle m'explique que ça ne me regarde pas. Antoine nous regarde, mais n'ose vraiment pas participer. Émilie me demande ensuite pourquoi j'ai une écharpe autour de mon genou. Je réponds que je n'ai pas envie de lui en parler, mais que j'aimerais bien jouer. Nous décidons tous les trois de jouer à cache-cache. Ensuite, nous demandons à Antoine si le fait de ne pas avoir dévoilé les raisons de nos particularités nous ont empêché de jouer. Sa réponse est immédiate : « non ». Émilie rajoute que maintenant que nous nous connaissons et que nous sommes devenus des « copains », on peut, si on le souhaite, répondre à la question. Mais Antoine n'ose toujours pas nous demander. Je redemande alors à Émilie pourquoi elle a mis son gilet à l'envers, elle me répond que c'était pour toucher la fourrure toute douce de sa capuche. À ce moment Antoine se retourne et me demande pourquoi j'ai une écharpe autour du genou, je lui répond que je me suis cognée le genou et que c'est pour le protéger.

Je vois qu'Antoine a eu du mal à participer à ce jeu de rôle. Je me demande s'il a attendu la fin de la scène pour participer car il voulait être sûr qu'on lui réponde ? Ou s'il ne voulait pas nous mettre dans l'embarras comme lui l'a été dans la salle d'attente ?

Séance du 4 janvier 2017

J'étais absente pour cette séance.

Émilie sort de la salle de psychomotricité avec Jules qui questionne à nouveau Antoine sur son œil. Antoine reste muet. Émilie lui demande ce qu'il pourrait répondre, il se tourne alors vers Jules et lui dit « ce ne sont pas tes affaires ». On peut se demander si la réponse d'Antoine est réellement intégrée ou si elle est plaquée. Cependant il a été capable de répondre et a pu constater l'impact de sa réponse. Il semble rassuré car Jules, effectivement, ne lui pose plus cette question.

Depuis, on observe qu'Antoine est beaucoup plus dans la revendication en séance (« je sais faire », « non », « laisse-moi faire », « oui, je sais déjà », « non, moi je fais pas comme ça »). Il négocie aussi beaucoup plus les activités que nous lui proposons. Il est même arrivé qu'Antoine mente à Émilie en voulant cacher une bêtise qu'il venait de faire.

Séance du 22 février 2017

Après avoir fait un parcours psychomoteur, Antoine se met au tableau pour dessiner ce qu'il vient de faire. Nous l'accompagnons dans sa démarche. Il commence à tracer un premier module, puis souhaite dessiner quelque chose qu'il n'a pas utilisé car « les autres enfants, eux, l'utilisent ». Nous lui demandons pourquoi c'est important, selon lui, de dessiner ce que font les autres ? Antoine nous dit qu'il s'y intéresse pour savoir ce qu'ils font ici et surtout pour connaître leur prénom. Nous lui faisons remarquer qu'il s'intéresse beaucoup aux autres enfants, et lui expliquons que chacun est unique et a le droit d'aimer et de faire des choses différentes. Antoine écoute attentivement en continuant de dessiner.

Est-ce pour s'identifier à eux, les faire exister, les imaginer ? Cherche-t-il à savoir ce que les autres font de manière à voir s'il est différent, ou semblable, et donc si la relation avec le thérapeute est unique ? A-t-il peur d'être unique ? Ou peut-être voulait-il juste utiliser ce qu'il dessinait mais n'osait pas nous le demander ?

Séance du 8 mars 2017

Nous proposons à Antoine un jeu de quilles qu'il accepte volontiers. Une fois le jeu installé, Antoine me demande si Jules a lui aussi fait ce jeu. Je lui demande pourquoi c'est important pour lui de savoir ce que Jules a fait ? Il me répond qu'il veut savoir si Jules n'a fait que ça durant sa séance. Je lui réponds que non.

Par la suite, Antoine nous demande un puzzle. Émilie lui demande s'il choisit ce jeu parce qu'il pense que Jules y a joué (sachant que non). Il nous dit que non, mais demande si Jules a effectivement fait un puzzle. Émilie lui demande pourquoi c'est important de faire la même chose que Jules. Antoine nous répond qu'il aime faire comme Jules car il trouve qu'il a de beaux vêtements, de beaux cheveux, un beau visage et fini par nous dire qu'il a de beaux yeux. Émilie lui demande comment, lui, trouve ses propres vêtements, ses cheveux, son visage et ses yeux. Ce à quoi il répond « beau(x) aussi ». Nous lui proposons d'aller voir ses yeux dans le miroir. Antoine se place devant mais de manière à n'apercevoir que son œil droit dans la glace et nous dit que « son œil est beau, qu'il a une belle couleur ». Je lui demande s'il

n'a qu'un œil, Antoine rigole et dit qu'il en a un autre mais que celui-ci est feignant, mais vert aussi.

Durant cette séance, Antoine semble admirer Jules alors que ce dernier n'est pas « agréable » avec lui. On dirait qu'Antoine cherche à s'identifier à ses pairs, et qu'il ne semble pas avoir assez confiance en lui pour se défendre ou affirmer ce qu'il souhaite vraiment. Peut-être que le fait qu'il se sente différent des autres avec son handicap est déjà trop important pour lui et qu'il cherche à faire comme les autres pour se prouver qu'il est « comme tout le monde » ?

C - Théorie sur les séances d'Antoine

Dans le but d'expliquer l'importance et l'intérêt de la salle d'attente pour Antoine, il me faut dans un premier temps, éclairer ses problématiques à l'aide d'éléments théoriques sans revenir sur ceux détaillés ci-dessus.

1 - Le handicap visible

Comme son nom l'indique, le handicap visible signifie qu'un détail physique ou matériel peut être observé et montre une différence. Avec cette distinction, la personne porteuse de handicap est directement jugée comme handicapée. L'œil d'Antoine est un handicap visible.

La construction de l'identité et de l'image que l'on a de soi se construit tout au long de la vie sous le regard des autres.

Ainsi, cette différence visible ainsi que le regard des autres rappellent constamment à la personne portant un handicap visible qu'elle est différente.

2 - L'image du corps

L'image du corps est un terme introduit par P. Schilder (1886-1949) en 1935. Il en donne cette définition : « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes »⁵². Il ne fait pas la différence entre schéma corporel et image du corps. Selon lui, il s'agit d'une gestalt, une forme, que la psyché investit pour encadrer l'ensemble des mouvements qui la traversent »⁵³. L'image du corps est une représentation que le sujet a de son corps dans son expérience.

F. Dolto est la première à faire une distinction entre schéma corporel qui serait la représentation cognitive du corps et l'image du corps qui correspondrait à la représentation fantasmatique du corps dont une grande partie est inconsciente.

⁵² P. Schilder, 1968, p.35

⁵³ M. Petit-Garnier, L'image du corps, cours 3ème année, psychologie, 2017

Avec un handicap, l'image que l'on se fait de son corps peut être influencée par l'estime de soi et le regard des autres.

Lors de la séance du 08 mars 2017, on voit qu'Antoine évite son œil handicapé lorsqu'il se regarde dans le miroir. Son schéma corporel est bon, (il a même été capable de parler de « nos » yeux, mais parle de « son » œil). Cependant, son image du corps est biaisée car il ne semble pas prendre pleinement en considération son œil gauche.

3 - *Les interactions précoces*

Les interactions précoces se définissent comme l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre un nourrisson et ses différents partenaires. On distingue différentes interactions :

- des interactions comportementales,
- des interactions vocales,
- des interactions visuelles : « le dialogue œil à œil » ou comment la communication se fait à travers le regard. Ainsi que la notion du « miroir » introduite par D.W. Winnicott : « la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit ».

D. Marcelli dit bien que les jeux de regards sont cruciaux entre la mère et son enfant. Il faut être regardé pour se sentir exister, et regarder pour trouver sa place dans le monde. « Sans regard sur lui, le nourrisson ne peut pas se développer psychiquement de manière normale. C'est un puissant stimulant pour le bébé et inversement. Les premiers regards échangés entre la mère et son bébé vont conditionner la qualité émotionnelle, la tonalité dans laquelle la relation va se déployer »⁵⁴.

Toutes ces interactions précoces vont permettre à l'enfant de se construire une sécurité de base/interne lui permettant de vivre ses expériences et de grandir en confiance.

⁵⁴ D. Marcelli, 2006

Antoine a été hospitalisé à de nombreuses reprises lors de ses premières années de vie afin de subir des opérations sur son œil. Il a donc été séparé plusieurs fois de sa famille. On pourrait utiliser le terme employé par R. Spitz d' « hospitalisme ». On peut se questionner sur ses interactions précoces et sur sa sécurité interne.

4 - Liens d'attachement

Cf. p. 40

Quels liens d'attachements Antoine a-t-il pu créer durant son enfance suite à ses hospitalisations ?

Par ailleurs, je me demande si ses angoisses de séparation ne sont pas à mettre en lien avec toutes les séparations qu'Antoine a pu vivre (ses nourrices, ses hospitalisations, la stagiaire) ? Je me demande où en sont ses capacités d'attachement ?

5 - Le faux-self

Cf. p. 46

Lors d'une séance, Antoine nous a dit préférer l'école aux vacances. Il semblait alors très convaincu des propos qu'il tenait. Il nous a avoué ensuite préférer les vacances mais avoir peur de décevoir ses parents et de se faire gronder s'il leur disait avoir des difficultés en classe.

Antoine semble très préoccupé par les attentes de ses parents qui pensent qu'Antoine est capable de réussir en CP alors que le maintien en grande section était conseillé. Il peut en modifier son discours afin de se conformer aux attentes de ses parents. On peut se demander si Antoine n'est pas parfois dans un faux-self.

On peut s'interroger aussi quant à l'attitude des parents. Ne sous estiment-ils pas les difficultés et le handicap de leur enfant ? Ils semblent être dans une forme de déni.

Enfin, Antoine a peut-être peur d'être « feignant » et de devenir comme son œil s'il ne travaille pas ? Avouer que l'école est difficile, c'est décevoir ses parents, mais c'est aussi reconnaître une nouvelle différence, et il n'est sans doute pas prêt à l'accepter pour le moment.

6 - L'identité, subjectivation

Cf. p. 58

On sait que la mère joue un rôle fondamental dans le sentiment d'identité de son enfant. Les interactions visuelles de la mère, dont parle D.W. Winnicott avec le « premier miroir » qui sont les yeux de la mère, permettent à l'enfant de se percevoir comme sujet.

S. Korff-Sausse dit que l'être humain se constitue l'image qu'il se fait de lui-même à partir de l'image que les autres renvoient de lui-même.⁵⁵

On pourrait se demander comment Antoine perçoit son œil sachant que sa maman lui tient un discours en lui affirmant que son œil est « feignant et se soignera » ? Quelles ont été leurs interactions visuelles ? Le regard de la maman sur Antoine bébé a-t-il joué un rôle dans sa construction identitaire, dans sa sécurité interne ainsi que dans la représentation qu'il se fait de son œil gauche ?

7 - La recherche d'identification aux paires

Mais qu'est-ce qu'un pair ? Un pair désigne un semblable, une personne occupant la même fonction, le même poste, le même rôle.

L'identification fait appel à la notion d'identité. Avoir une identité c'est pouvoir se reconnaître comme sujet distingué de l'autre.

La personne atteint d'un handicap visible présente un stigmatisme que E. Goffmann (1922-1982) définit comme « un signe dont l'effet spécifique est d'attirer l'attention sur une faille honteuse dans l'identité de celui qui la porte »⁵⁶. Chacun est unique et différencié. Mais se reconnaître comme personne stigmatisée n'est pas rien dans le processus identitaire. Cela rajoute une différence pouvant marginaliser la personne.

⁵⁵ Lionnet A-H, p. 53

⁵⁶ *Ibid*, p.9

Antoine semble avoir conscience de sa différence avec les autres et que ce stigmate lui donne une place particulière. Le fait qu'il cherche à s'identifier aux autres laisse peut-être paraître sa demande d'être exactement comme eux afin d'estomper cette différence visible.

D - La salle d'attente pour Antoine

La salle d'attente pour Antoine aurait un enjeu identitaire.

C'est dans la salle d'attente, au moment où nous faisons le retour avec le papa de Jules et où la notion d'attention flottante est présente, que Jules s'est permis à plusieurs reprises de demander à Antoine pourquoi son œil était bizarre. C'est lui, au sein du cabinet qui lui a fait remarquer sa différence alors que ses parents semblent minimiser ses difficultés et son handicap.

Jules est un enfant avec des troubles des apprentissages et des troubles relationnelles en lien avec ses difficultés attentionnelles. Il n'a donc pas un handicap visible, et Antoine ne connaît pas ses difficultés et les raisons de sa prise en charge. Il semble idéaliser Jules et souhaite être comme lui. Par ailleurs, les parents de Jules accompagnent leur enfant en séance contrairement aux parents d'Antoine. On pourrait se demander si Antoine n'envie pas aussi ce lien d'attachement.

Dans la salle d'attente une fonction miroir est en jeu. À travers le regard de Jules, Antoine se perçoit comme différent. Nous pouvons voir par la suite en séance que cette différence est difficile à supporter pour Antoine et à quel point il cherche à ressembler et à s'identifier à Jules. Antoine cherche sûrement à estomper sa différence qui, elle, est visible.

Ne pas reprendre ce qui s'était passé dans la salle d'attente, avec Antoine, aurait pu avoir une fonction anti-thérapeute dans sa prise en charge. En effet, il semble avoir une problématique d'attachement et d'image du corps. Il nous semblait important de l'accompagner et de mettre du sens sur cette interaction.

La contenance de la salle d'attente permet à Antoine de vivre ces interactions dans un espace sécurisé et thérapeutique. Nous pouvons l'accompagner en séance et l'aider à mettre du sens sur les réactions de Jules, dans l'acceptation de sa différence ainsi que dans son processus de subjectivation.

V - Discussion

Nous avons pu voir tout au long de ces présentations clinico-théoriques que la salle d'attente a une place importante pour les patients, les accompagnateurs mais aussi pour le thérapeute, s'il fait le choix de travailler avec ce qu'il s'y passe.

Maintenant que nous avons vu comment nous avons mis cet espace au service de la prise en charge, on peut se demander quels sont ses enjeux et dans quelle mesure la perméabilité matérielle, sonore et visuelle risque de représenter une entrave à la fonction contenante ?

A - La « salle » d' « attente »

L'attente est une sensation vécue de manière très subjective et pas toujours agréable. Elle peut laisser place à l'imagination, au fantasme, mais peut aussi susciter de l'angoisse, de l'inquiétude, parfois de l'excitation. La salle d'attente permettrait de contenir les élaborations psychiques et les débordements.

On peut attendre quelque chose, ou quelqu'un. On peut aussi attendre quelque chose de quelqu'un. C'est probablement ce qui se joue dans la salle d'attente, dans ce qui est peut être attendu du psychomotricien et de moi, stagiaire. Avec beaucoup de précautions, je me représente qu'ils attendent de nous notre engagement, notre disponibilité, notre bienveillance et notre travail.

On nous a souvent dit dans nos études que nous n'avions pas choisi cette profession par hasard. Peut-être que le psychomotricien a aussi des attentes inconscientes vis à vis de lui même, des expériences narcissisantes, des tentatives de réparation ?

Nous pouvons attendre les patients quand leur séance arrive, mais il est important de ne pas avoir d'attente sur eux (au risque de susciter une certaine pression) mais de rester dans un accueil et un accompagnement.

C'est cette position d'attente asymétrique qui contribue au processus thérapeutique.

Une autre attente est celle du retour du patient par son accompagnateur ainsi que, parfois, un petit mot sur la séance. Ce dernier est d'autant plus attendu lorsque le parent a pu entendre des bribes d'éléments sur lesquelles, on pense, qu'il pourrait avoir besoin de mettre du sens. Ces temps d'accueil et de fin de séance représentent des temps privilégiés pour les parents. Et ils ont lieu dans la salle d'attente.

Cependant, ce ne sont pas les seuls moments de lien avec le thérapeute. À titre exceptionnel, comme lorsque nous ressentons un état d'inquiétude ou de tristesse, nous pouvons leur proposer de venir un instant dans la salle de psychomotricité. De plus, à leur demande ou à la nôtre, nous pouvons leur proposer un entretien ultérieur voire un entretien téléphonique, même si le face à face est privilégié. L'enfant est notre priorité. Il faut penser à son bien-être avant tout en collaborant avec ses parents.

Les informations communiquées dans la salle d'attente sont des informations de type informel, et les enfants semblent beaucoup apprécier communiquer à ce moment-là (humeur du jour, lieux des vacances, ce qu'ils ont fait le week-end). Cependant, dès qu'une information devient personnelle, nous proposons aux parents ou à l'enfant de venir en parler dans la salle de psychomotricité.

B - Les enjeux du cadre

1 - Les règles

Les règles de la salle d'attente ne sont pas clairement énoncées mais les plus importantes, comme le paiement, les absences et le goûter, sont affichées sur les murs. Les autres règles implicites sont surtout éducatives (ne pas monter sur les assises, chuchoter, ranger).

Nous nous sommes rendues compte qu'il était plus délicat pour nous d'intervenir pour demander quelque chose à l'enfant dans cet espace. Dans la salle d'attente, l'accompagnateur a, d'un point de vue légal, la responsabilité de l'enfant.

Les accompagnateurs ont chacun leur conviction éducative. Émilie s'est déjà permise d'intervenir mais toujours comme soutien aux parents. Il est déjà arrivé qu'elle dise à un

enfant être d'accord avec l'adulte. Parfois certaines familles quittent la salle d'attente sans que les enfants aient rangé les jeux ou les livres sortis ou en ayant laissé les traces d'un goûter. Dans la mesure du possible, on demande à ce que le matériel soit rangé, au risque de se substituer au rôle du parent. Progressivement, l'accompagnateur s'approprie les règles et assure un petit peu plus le cadre.

Il semble que pour certaines familles, les règles ont besoin d'être explicitées alors qu'elles sont affichées.

2 - Les absences

Suite au trop grand nombre d'abus, les séances annulées moins de 48h à l'avance sont facturées. Des exceptions peuvent parfois avoir lieu.

Lorsque nous apprenons que l'enfant sera absent la semaine suivante, nous lui expliquons que nous penserons bien à lui et que nous attendrons de le retrouver. Cela permet de montrer à l'enfant que, même dans l'absence, il existe toujours pour nous et de créer ainsi un sentiment de continuité d'exister.

À leur retour, nous rediscutons de leur absence et leur rappelons que nous avons pensé à eux. Nous pouvons leur demander ce qu'ils ont fait et comment cela s'est passé. Ils prennent souvent du plaisir à nous raconter ce qu'ils ont fait. Parfois ils ont oublié ou ne souhaite pas nous raconter.

« Quoiqu'il advienne, la séance manquée aura eu lieu. Elle se sera effectuée à travers la présence obstinée de l'analyste incarnant cet autre qui l'attend, depuis toujours, sur un chemin, dans un espace et en un temps où, sans le savoir encore, le sujet s'avance déjà. »⁵⁷

3 - Le paiement

Le paiement se fait dans la salle d'attente. Certains parents profitent de ne pas avoir de stylo pour entrer dans la salle de psychomotricité. Dans ce cas, Émilie leur demande s'il est possible de faire le chèque dans la salle d'attente et de le glisser sous la porte afin de ne pas retarder la séance de l'enfant suivant.

⁵⁷ M. Faivre-Jussiaux, 2010, p.134

Les parents ont des attentes quant au travail du psychomotricien. D'autant plus, qu'en libéral, ils payent les séances (à la différence de l'institution) et pour un travail qui, à l'exception du compte rendu de bilan, est immatériel. Ils peuvent ainsi être dans l'attente d'un retour sur la séance de l'enfant. Il est important de protéger l'enfant et de ne pas se sentir dans l'obligation de faire un retour. Mais nous verrons plus tard que ne pas travailler avec le parent peut aussi être un risque.

Le paiement direct peut susciter divers sentiments de la part du psychomotricien, tel que la culpabilité, la dépendance, le fait de se sentir redevable. Il faut parfois faire un travail sur soi et pouvoir trouver un équilibre entre notre travail et le paiement. La supervision est un espace où le professionnel peut faire ce travail.

C - Les interactions observées dans la salle d'attente

1 - Question méthodologique sur l'observation de ces interactions

Durant mes questionnements, on m'a suggéré l'idée de placer une caméra ou de m'installer dans la salle d'attente, pendant une journée, afin d'observer toutes les situations vécues par les patients et leur famille. J'étais réticente à cette idée que je trouve intrusive. Pour le respect des patients et des accompagnateurs, je me voyais mal leur expliquer qu'il pourrait être filmé ou observé. Pendant les séances des enfants, le moment d'attente des accompagnateurs peut être vécu comme un moment pour soi (de détente, de lecture...) et je ne me voyais pas m'immiscer. De plus, le fait de se savoir observé ou filmé aurait modifié, même de manière inconsciente, leurs comportements. Un papa, une fois, s'est endormi dans la salle d'attente ; on peut penser que filmé, il n'aurait pas eu accès à cet état de détente. J'ai aussi pensé aux enfants, à leur éventuelle incompréhension et à mon manque de professionnalisme, si je restais dans la salle d'attente alors qu'ils étaient en séance.

Enfin, mon intention est, avant tout, de me questionner sur la place de la salle d'attente du point de vue du thérapeute, dans des conditions réelles.

Les interactions dont je vais parler ne sont donc que celles que j'ai pu observer avant et après chaque séance. Je suis consciente que ces dernières, au sein de la salle d'attente ne se

limitent pas à celles observées et que notre présence les modifie. Dans un souci de clarté, je vais présenter cinq interactions de façon duelle. Cependant, en situation réelle, elles peuvent s'entremêler.

2 - Les interactions accompagnateur-enfant

Au sein du cabinet, on peut observer des investissements différents de la part des familles. Il y a des parents très investis, avec qui il est facile d'échanger. Au contraire, il y a des parents avec qui les échanges sont plus compliqués, et qui se limitent parfois à des appels téléphoniques. Nous n'avons alors de contact qu'avec l'accompagnateur (nourrice, grand-parent).

J'ai pu remarquer que les interactions au sein des familles sont bien différentes les unes des autres. On peut voir des familles qui ne se parlent pas mais où le non-verbal est en jeu (dialogue tonico-émotionnel, contacts, regards). On peut aussi voir des familles avec des échanges verbaux. Il arrive aussi, comme dans le cas de Juliette, que le parent ou l'accompagnateur ne soit pas là. Il n'y a donc pas d'interaction.

Sous le regard du thérapeute, le comportement des parents vis à vis de leur enfant peut changer. C'est peut-être le cas pour la maman de Simon qui semblait gênée de rappeler à l'ordre son enfant devant nous et l'autre famille.

Le comportement de l'enfant peut aussi changer en entrant dans le cabinet. La maman de N. (10 ans, haut potentiel) nous a fait part, une fois, de sa stupéfaction face au changement de comportement de son enfant dès son entrée dans la salle d'attente. Elle disait « voir deux enfants totalement différents au niveau du comportement ». Il aurait été très dur à l'extérieur et d'un coup totalement sympathique et souriant dans le cabinet. Ce n'est pas la première fois que des parents nous font part de ce changement d'attitude. Le cabinet est un lieu où la majorité des enfants prennent plaisir à venir car cet espace-temps leur est dédié avec une attention différente.

Des relations entre un enfant et un parent qui n'est pas le sien peuvent aussi émerger. C'est le cas de Juliette avec le papa de Simon ou celui du nouvel enfant qu'elle investit (trop) facilement. C'est aussi arrivé pour Simon. Sa maman ayant quelques minutes de retard, il avait enfilé son manteau et souhaitait partir la retrouver. Nous l'avions rassuré et lui avons expliqué que sa maman allait arriver. Une autre maman présente dans la salle d'attente lui avait proposé de prendre un livre. Simon s'était alors appuyé sur elle pour attendre. D'un point de vue extérieur, elle semblait avoir ressentie la présence et la contenance dont Simon avait besoin à ce moment-là. Cette situation a été discutée avec la maman de Simon par la suite.

Ce moment où le psychomotricien arrive dans la salle d'attente est un espace-temps d'accueil. Nous sommes dans une position activo-passive. Disponibles, à l'écoute, nous recevons les informations que l'enfant et/ou l'accompagnateur souhaitent partager.

3 - Les interactions accompagnateur-psychomotricien

a - À notre arrivée

En venant chercher l'enfant, le psychomotricien représente un tiers séparateur, qui vient séparer l'enfant de son accompagnateur.

Avant de rentrer dans la salle de psychomotricité, nous disons bonjour et donnons un temps à la famille pour communiquer, si besoin, une information particulière.

Certains parents en profitent pour nous demander des conseils. C'est le cas de la maman de W. (10 ans, atteint du trouble du spectre autistique) qui nous demande parfois si nous avons des astuces face à certaines situations (comment lui couper les ongles, éviter qu'il traverse la rue pour s'attaquer aux pigeons). Lorsque nous n'avons pas de réponse dans l'immédiat, nous prenons le temps de réfléchir posément pour en rediscuter en fin de séance ou la semaine suivante. Pour certaines questions, (comment faire pour que W. ne tape pas ses camarades d'ULIS lorsqu'ils touchent son sac) nous reprenons directement cela avec lui en séance. Très souvent, nous passons par des petits jeux de faire-semblant qui nous permettent de reproduire une situation vécue.

Reprendre avec l'enfant une situation qu'il vit dans son quotidien lui permet de la revivre en séance, d'élaborer une mise en sens de la situation, de revenir sur sa réaction et de trouver d'autres comportements possibles pour y répondre.

Il arrive parfois que certains parents communiquent sur une information gênante pour l'enfant. La maman de N. (10 ans, haut potentiel) nous a raconté une fois qu'il leur avait avoué être amoureux. N. s'était alors caché sous des coussins. Face à cette réaction régressée, la maman nous a fait part de son incompréhension. Compte tenu de la réaction de N., Émilie a tenté d'y mettre du sens en expliquant qu'il était peut-être un peu gêné.

b - À notre retour

Un petit retour de la séance est fait à la famille/l'accompagnateur après la séance. Nous pouvons citer une activité que l'enfant a faite, en valorisant ses compétences (« on a fait un peu de graphisme, il a été courageux », « on a fait un parcours, il s'en est bien sorti ») sans pour autant parler de ce que le patient a pu amener de confidentiel. Nous l'invitons à parler lui-même de sa séance s'il le souhaite.

Nous touchons ici à la question de la confidentialité. En effet, il semble assez angoissant pour les parents de n'avoir aucun élément sur ce qui se passe en séance. Nous leur fermons déjà une première porte, au sens propre, avec la porte de la salle. Si nous leur fermons une seconde porte, au sens figuré, ils peuvent avoir le sentiment que nous les empêchons de s'investir dans la prise en charge de leur enfant.

Le retour est une façon de leur donner de la place et de les laisser s'impliquer dans la prise en charge. Comme le dit D.W. Winnicott : un enfant n'existe pas seul, il a besoin de sa famille. En disant succinctement ce que nous avons fait, le parent peut s'en saisir et peut-être se réapproprier. Cela permet de créer une continuité entre le cabinet et l'extérieur.

Ce juste milieu entre alliance thérapeutique et confidentialité peut être difficile à trouver et peut varier suivant les familles. Le cadre institutionnel n'est pas présent en libéral. L'alliance thérapeutique avec la famille est donc une nécessité. Cependant, il faut être vigilant et ne pas confondre « alliance » avec « dette du paiement ».

Quels sont les limites de la confidentialité ? Jusqu'ou communiquer des éléments de la séance aux parents pour que le thérapeutique soit préservé ? Des questions que nous soulèverons ultérieurement.

Lorsque nous sortons de la salle de psychomotricité, nous nous retrouvons face à différentes situations :

- Le parent/l'accompagnateur n'est pas là. Que ce soit inattendu ou convenu, nous rassurons l'enfant et lui expliquons qu'il doit attendre son parent qui va arriver. En revanche, si cela se répète, nous réfléchissons avec le parent pour trouver une solution.

- Le parent/l'accompagnateur est là et tente de rentrer dans la salle de psychomotricité. Cela nous est arrivé avec la maman de A. (13 ans, troubles du spectre autistique) qui attendait devant la porte au moment de notre sortie. Émilie a sursauté à plusieurs reprises en se retrouvant nez à nez avec cette maman. À la fin de plusieurs séances, elle pouvait rentrer dans la salle de psychomotricité, sans y être invitée, en se faufilant, pour payer et/ou attendre un retour. Cette maman a une tendance légèrement intrusive et, au regard de la pathologie d'A. il nous semblait pertinent de protéger l'espace de l'enfant. Pour cette raison, nous avons essayé de ne pas la faire rentrer. Petit à petit elle a intégré le cadre.

Nous pensions que ce besoin de rentrer pouvait correspondre à un manque de communication de notre part. Nous lui avons alors proposé un rendez-vous pour pouvoir discuter.

De plus, dans les comportements d'ajustements à la distance sociale il y a aussi un facteur culturel. Cette maman d'origine chinoise avait peut-être besoin de rentrer dans la salle de psychomotricité pour le retour et le paiement qu'elle jugeait confidentiel.

- Le parent/l'accompagnateur est là, reste assis ou se lève à notre arrivée dans une attitude d'écoute et d'échange verbale.

4 - Les interactions enfant-enfant

Les enfants se croisent avant et après les séances. Certains ne communiquent pas comme s'ils ne se prêtaient pas attention ou s'ignoraient. Peut-être ont-ils juste besoin de l'attention d'un adulte présent (accompagnateur/nous).

D'autres enfants, lorsqu'ils se croisent, communiquent, jouent, cherchent les interactions (certains s'échangent des bonbons).

Dans les deux cas, lorsque la séance d'un patient change exceptionnellement, j'ai remarqué que les patients peuvent s'en trouver très étonnés voire dérangés. Le fait de ne plus voir les mêmes enfants et leur famille avant et après leur séance peut susciter de l'incompréhension. Même si les enfants s'ignorent, le simple fait de se croiser représente peut-être un repère.

On peut penser qu'à travers les interactions, se jouent des mouvements d'identifications entre certains enfants. Comme pour Antoine et Jules. Pour Jules, cette situation participe à l'intégration de certains codes sociaux : on ne peut pas dire sans filtre ce que l'on pense et il faut pouvoir accepter de ne pas avoir de réponse. Pour Antoine : cette situation lui a peut-être permis de trouver des réponses et des stratégies de défense pour l'extérieur.

Certains enfants veulent aussi prendre le rôle du « petit chef » dans la salle d'attente. C'est le cas de R. (5 ans, haut potentiel), qui a déjà dit à G. ce qu'il avait le droit de faire et de ne pas faire. Lorsque G. est entré dans la salle de psychomotricité, R. l'a interpellé en lui disant « eh calme toi, tu peux pas rentrer seul ! ». Que le parent reprenne ou pas, Émilie rappelle qu'ici c'est elle qui décide et qui donne les règles.

5 - Les interactions accompagnateur-accompagnateur

Le plus souvent, les accompagnateurs se saluent simplement et ne se parlent plus ensuite.

À travers les relations des enfants, certains parents entrent en contact. C'est le cas du papa de Jules et de la nourrice d'Antoine. Or, depuis la question de Jules sur l'œil d'Antoine,

la nourrice et le papa se saluent mais ne se parlent pas comme si la relation était devenue plus délicate.

Il arrive aussi que des parents « tissent des liens » et communiquent à chaque retrouvaille. Les mamans de W. et de Simon peuvent avoir de longs échanges lorsqu'elles se retrouvent.

Il arrive aussi que certains accompagnateurs se connaissent de l'extérieur et se retrouvent dans la salle d'attente car les séances des enfants se succèdent. C'est arrivé avec la maman de N. et la maman de G.. Nous ne savions pas qu'elles se connaissaient et elles ne savaient pas qu'elles se retrouveraient dans le cabinet libéral.

Il ne faut pas oublier que les accompagnateurs viennent aussi avec leurs ressentis (inquiétude, confiance, besoin de se rassurer, colère)

Les accompagnateurs sont attentifs aux autres enfants et à leurs difficultés. Ils peuvent être aussi témoins de certaines réactions des autres adultes et/ou autres enfants. La maman de W. a, une fois, lancé un regard étonné à la grand-mère d'un enfant qui nous a tourné le dos alors que nous lui parlions et que nous lui tendions la main pour se dire « au revoir ».

6 - Les interactions enfant-psychomotricien

C'est lors de cet entre-deux, ce moment où nous disons « au revoir » à un enfant et « bonjour » au suivant, que nous pouvons remarquer diverses attitudes de la part des patients et dans leur relation au psychomotricien.

Pour celui qui part, ce moment de fin, de séparation peut être compliqué.

Certains enfants ressentent le besoin de venir nous parler jusqu'au dernier moment. S'imaginent-ils que nous allons les oublier une fois la séance suivante commencée ?

D'autres ressentent le besoin de dire plusieurs fois au revoir : dans la salle de psychomotricité, dans la salle d'attente, et une dernière fois en ouvrant la porte de la salle d'attente.

Certains enfants quittent directement la salle d'attente une fois la séance terminée et attendent juste devant, dans le hall. Peut-être que la fin de la séance est tellement difficile qu'ils la gèrent en quittant le cabinet au plus vite ?

Pour d'autres c'est le fait de dire « au revoir » qui est compliqué. W. aura mit beaucoup de temps avant de pouvoir nous le dire. Au départ, il ne pouvait prononcer ces mots que dans la salle de psychomotricité. Maintenant il peut dire « au revoir » plusieurs fois, y compris dans la salle d'attente.

Pour celui qui attend le début de sa séance, notre arrivée dans la salle d'attente annonce que c'est bientôt à lui. Il a souvent du mal à attendre que nous prenions le temps de dire au revoir à l'autre famille. Comme si, une fois dans la salle d'attente, nous devons être tout de suite à sa disposition. Nous expliquons aux enfants qu'ils savent que nous prenons le temps de dire « au revoir » et qu'ils peuvent attendre. Si Émilie est particulièrement occupée, les enfants peuvent trouver un étayage à mes côtés. Suivant l'enfant et ce que je perçois de son état du moment, je peux lui demander d'attendre ou me rendre disponible. Comme pour Simon, qui avait du mal à attendre et qui semblait avoir besoin d'être écouté et contenu.

Ensuite, la première prise de contact où nous demandons à l'enfant comment il va, confirme parfois nos observations non-verbales. Mais parfois aussi, sa présentation verbale est différente de ce que l'on a perçu dans la salle d'attente. Dans ce cas, en séance, nous pouvons donner à l'enfant notre sentiment (« je suis étonnée, toi tu dis que tu vas bien, mais moi quand je te regarde, j'ai l'impression que tu es contrarié ») et discuter avec lui si besoin.

Nous pouvons voir que les enfants et les accompagnateurs vivent et investissent la salle d'attente de façon bien différentes. Au final, toutes les interactions sont originales et notables non seulement par rapport aux personnalités engagées mais aussi suivant chaque situation.

D - La perméabilité

« Propriété des corps qui se laissent traverser par des liquides, des gaz. [...] La propriété sélective est la propriété des cellules vivantes d'absorber certaines substances, quelle que soit leur concentration, et d'en refuser d'autre »⁵⁸

1 - Matérielle

Nous pouvons remarquer au sein de certaines prises en charge une perméabilité matérielle. Plusieurs enfants ont ce besoin de ramener du matériel depuis chez eux (comme Juliette), ou demandent de ramener du matériel du cabinet chez eux (comme Antoine). On voit aussi que certains demandent ou essaient de faire passer du matériel de la salle d'attente vers la salle de psychomotricité.

Émilie autorise cette perméabilité à travers le matériel qu'elle peut prêter aux enfants (guide doigts, cahiers). Tout au long du suivi, nous expliquons aux enfants que ce qui est fait en séance reste ici. Ils sont libres de récupérer toutes leurs productions lors de leur dernière séance.

Les parents sont aussi autorisés à emprunter certains livres de la salle d'attente. Les échanges entre le dedans et le dehors sont réfléchis. Lorsque nous laissons un objet entrer ou sortir du cabinet, c'est que nous sentons que l'enfant a besoin de se rassurer en matérialisant le lien entre le dedans et le dehors.

Le travail du psychomotricien est de permettre à l'enfant de se réapproprier les ressources que nous lui proposons en séance à l'extérieur.

La perméabilité matérielle de la salle d'attente est complémentaire à la fonction de contenance. En effet, pour qu'une enveloppe soit contenante et favorise les relations, il est indispensable qu'elle permette la continuité à travers les échanges entre le dedans et le dehors. C'est l'idée que développe G. Haag avec sa notion de « boucles retours ». Selon elle, « l'intériorisation de l'enveloppe et le sentiment d'enveloppe se déploient et se construisent à partir des boucles retours »⁵⁹. Elles construisent ainsi une circularité, une contenance.

⁵⁸ Larousse, 1972.

⁵⁹ A. Ciccone, 2001, p. 93

2 - Sonore et visuelle

Durant notre formation l'importance d'un cadre contenant et confidentiel a été régulièrement abordé. Cependant la réalité du terrain peut être différente et demande à être intégrée dans la façon de travailler. Comme déjà précisé, dans ce cabinet libéral, le mur séparant la salle d'attente de la salle de psychomotricité n'est pas totalement insonorisé ni totalement opaque.

- D'un point de vue *sonore* : les familles et les enfants peuvent deviner ce qui est dit en tendant l'oreille et entendre quelques sons. Réciproquement, depuis la salle de psychomotricité nous entendons les bruits les plus importants ainsi que les conversations à voix fortes. On peut supposer que cela engendre des effets sur le sentiment de liberté et de sécurité de parole des enfants en séance.

- D'un point de vue *visuel* : les enfants et accompagnateurs perçoivent les contrastes, les contre-jours et les déplacements.

La confidentialité en séance n'est donc pas respectée. Les enfants peuvent ne pas se sentir libres, ou assez sûres, pour amener totalement leur intimité. C'est pourquoi ma maitre de stage a entamé des procédures afin de faire des travaux et améliorer cette cloison. Nous parlerons de cela par la suite.

Pour Émilie, la perméabilité sonore peut parfois être dérangeante mais peut aussi devenir un outil. Elle permettrait au parent de pouvoir s'approprier des éléments de ce qu'ils entendent. Comme lorsque le psychomotricien se positionne (oui/non), qu'il s'applique à prévenir l'enfant de la fin de la séance, ou qu'il rappelle à l'enfant de ranger un jeu avant d'en sortir un autre. Un jour, la grand-mère de L. (5 ans, troubles des apprentissages) nous a raconté que son petit-fils avait refusé d'arrêter son jeu, à la maison, pour se rendre au cabinet. Nous avons discuter de cela avec L. en séance et avons tenter de trouver, avec lui, des solutions. Peut-être que la grand-mère pouvait le prévenir plus tôt afin qu'il se prépare à arrêter son jeu ? Peut-être que L. pouvait aussi faire un effort et accepter d'arrêter, même si c'est difficile ? Après avoir partagé ces éléments de réponse avec la grand-mère, celle-ci nous a semblé plus souriante et apaisée en quittant le cabinet qu'à son arrivée.

Il peut aussi arriver que certains parents ne supportent pas cette perméabilité et préfèrent quitter la salle d'attente. C'est le cas de la maman d'E. (5 ans) qui nous a dit préférer partir, plutôt que d'entendre les difficultés de son fils. Cela nous donne un indice sur l'acceptation des difficultés de son enfant, et nous montre le travail que nous devons aussi faire avec elle.

Il est arrivé que l'on entende la réaction de certains parents (les parents, jamais les accompagnateurs) quant aux réponses de leur enfant durant la séance. La maman de W. a par exemple rit lorsque son fils s'est trompé. Elle est allée jusqu'à, un jour, toquer à la porte pour nous faire passer un tube de crème car elle avait entendu que W. s'était cogné.

Ces interventions sont problématiques pour l'enfant car il sent la présence de son parent. Une meilleure insonorisation est donc préférable.

Face aux contraintes du réel, et en attendant les travaux, comment ajustons-nous nos propositions et notre accompagnement ? Le fait que les parents puissent entendre ce qui se passe dans la séance force le psychomotricien à penser différemment les réponses qu'il donne à l'enfant. C'est une discussion qui a déjà eu lieu entre collaborateurs afin de réfléchir sur les différents ajustements possibles pour préserver au maximum le contenu de la séance.

Il est déjà arrivé qu'une psychomotricienne du cabinet se retrouve face à une maman beaucoup trop intrusive. Témoin de leurs réflexions communes, je sais qu'ils ont déjà proposé à certains parents de s'installer juste à côté du cabinet, à la médiathèque ou d'allumer le poste de radio dans la salle d'attente.

Il arrive que pour d'autres enfants le fait de se savoir écouté soit trop intrusif et oblige un aménagement pour préserver le contenu de la séance. Il est arrivé une fois que la maman de Juliette soit présente dans la salle d'attente alors que cette dernière demandait « une petite histoire » en séance. Nous nous sommes alors installées tout au fond de la pièce pour éviter que Juliette, comme sa maman, ne soit éventuellement gênée par la perméabilité sonore. Là encore, une meilleure insonorisation reste évidemment préférable.

Il arrive parfois que le contenu cru ou inquiétant évoqué en séance soit entendu par les parents. Ces situations exceptionnelles nécessitent d'être rediscutées en fin de séance en présence du parent et de l'enfant, pour que le parent puisse comprendre les enjeux des mises

en scène de l'enfant et que celui-ci soit protégé d'éventuelles questions intrusives, une fois sorti, par rapport à son discours qui appartient à la séance. Dans ce cas-là, une meilleure insonorisation serait aussi souhaitable.

À chaque fois qu'un parent s'exprime depuis la salle d'attente, nous ignorons au mieux ses remarques. Lorsque la maman de W. est intervenue, nous lui avons répondu que nous avions ce qu'il fallait. Il est important de pouvoir préserver au maximum cet espace-temps pour l'enfant, au maximum des interventions des parents.

E - La confidentialité

La confidentialité se définit comme le « caractère d'une information confidentielle ; un secret »⁶⁰

Revenons, tout d'abord, sur le retour que nous pouvons faire à l'accompagnateur dans la salle d'attente. Réalisé en présence de la famille suivante, celui-ci peut être vécu comme dérangeant et non-confidentiel de la part de l'enfant, ou du parent, comme une autre famille est présente et témoin.

Nous avons vu ci-dessus que le retour fait aux familles reste nécessaire. Il faut être vigilant quant aux informations que nous leur communiquons et respecter l'enfant. Cependant, si les patients ne se croisaient pas, l'autre famille ne serait plus présente et le retour pourrait ainsi être préservé.

Beaucoup de psychologues ou de psychanalystes souhaitent justement que leurs patients ne se croisent pas. L'entrée du cabinet est ainsi différenciée de la sortie et les séances sont suffisamment espacées pour qu'aucune rencontre n'ait lieu. Cela permet d'éviter une certaine gêne en se croisant et rend la confidentialité la plus totale.

En psychomotricité, nous l'avons vu, les interactions dans la salle d'attente sont importantes, tant quantitativement que qualitativement. Dans son développement, l'enfant a besoin d'être en relation avec son environnement et ses pairs. En réorganisant la salle d'attente afin qu'elle ne soit plus commune aux entrées et aux sorties, ou en décalant suffisamment les rendez-vous, nous empêcherions les patients et les accompagnateurs de se

⁶⁰ Larousse, 2017

croiser et d'interagir. Certains familles trouvent un certain réconfort en se rencontrant, en discutant et peuvent se renseigner, prendre du recul, s'identifier. Nous nous priverions aussi d'informations conséquentes sur ces capacités relationnelles que la situation de la salle d'attente met en lumière.

Par ailleurs, nous avons vu que la cloison ne permet pas une confidentialité optimale lors des séances de psychomotricité.

Ce manque de confidentialité n'entrave-t-il pas à la contenance des séances ? La confidentialité se rapporte à la notion de sécurité. Tandis que la contenance se ressent plus à travers les espaces, les relations, les expériences. La confidentialité ne peut s'exercer que si la dimension contenant est efficace. C'est à travers notre capacité à protéger et à contenir le patient qu'un sentiment de sécurité va se construire progressivement et qu'il va pouvoir amener de son intime. C'est la raison pour laquelle, lorsqu'une information nécessite d'être protégée, nous nous adaptons. Comme lorsque nous nous sommes placées au fond de la pièce pour jouer une « petite histoire » avec Juliette et éviter ainsi que sa maman entende.

Le manque de confidentialité reste dérangeant et demande une adaptabilité constante. C'est pourquoi des travaux envisagés prochainement dans le cabinet d'Émilie.

F - Les changements

Durant cette année, et à plusieurs reprises, ma maitre de stage a régulièrement fait des changements au sein du cabinet et des espaces thérapeutiques. Depuis que nous réfléchissons ensemble à ce sujet et que nous tentons de répondre à de nombreuses questions qu'il a suscitées, Émilie réalise combien l'insonorisation de son cabinet pose de véritables soucis et qu'il est nécessaire d'envisager des modifications.

Par ailleurs, elle entame une activité de psychothérapeute et souhaite créer une salle dédiée à cette activité.

Elle profite de travaux faits dans l'immeuble pour modifier l'agencement de son cabinet⁶¹ :

- la cloison entre la salle d'attente et la salle de psychomotricité sera refaite pour permettre une insonorisation totale et sera totalement opaque,

- la cloison sera décalée pour diminuer la taille de la salle d'attente et lui donner ainsi un sentiment encore plus contenant,

- la porte d'entrée du cabinet sera remplacée par une porte vitrée afin de permettre à la lumière naturelle de rentrer dans la salle d'attente (la perméabilité se déplace entre la salle d'attente et l'extérieur),

- la salle d'attente ne donnera plus sur l'espace cuisine,

- une cloison divisera la salle de psychomotricité en deux ; la seconde et nouvelle partie sera ainsi destinée aux séances de psychothérapie.

Enfin, au cours de cette année, plusieurs objets de la salle d'attente ont été retirés ou ont été déplacés dans la salle de psychomotricité. Les deux sièges en osiers ont été retirés. Émilie a aussi échangé un fauteuil de la salle de psychomotricité avec la méridienne. J'ai pu remarquer que certains enfants étaient sensibles à ces changements tandis que d'autres ne semblaient pas y prêter attention.

⁶¹ Cf. Annexe 3

Conclusion

Nous avons vu tout au long de ce mémoire que la salle d'attente comprend de nombreux enjeux et que sa perméabilité favorise le sentiment de contenance en permettant des échanges entre le dedans et le dehors. Le manque de confidentialité n'est pas une entrave à la contenance à condition que le psychomotricien fasse preuve d'adaptabilité (mais la question reste suffisamment délicate pour exiger une certaine vigilance de la part du thérapeute). Nous pouvons voir que ce sentiment de contenance est fondamental dans la salle d'attente car il permet aux enfants d'apporter leurs problématiques dès leur entrée dans le cabinet.

Selon moi, la salle d'attente est un espace qui doit être pensé au même titre que la salle de psychomotricité. Il s'y joue des processus psychiques qui peuvent être intégrés à la prise en charge.

Cet espace peut avoir un rôle différent suivant l'investissement du thérapeute qui l'utilise. Il rend compte en partie de l'identité du psychomotricien. La salle d'attente est le premier lieu auquel les patients sont confrontés et l'attente peut être bien différente suivant la salle d'attente. Un espace plutôt froid et impersonnel peut mettre mal à l'aise tandis qu'une salle pensée pour être chaleureuse peut favoriser un sentiment de bien-être. La salle d'attente peut ainsi témoigner de l'attention du thérapeute à ses patients avant même qu'ils se rencontrent.

En psychomotricité, il paraît donc important de porter une attention particulière à cet espace. L'agencement spatial, le matériel mis à disposition, l'ameublement, les enveloppes sensorielles sont autant d'éléments sur lesquels il semble nécessaire de s'attarder afin d'accueillir au mieux les patients dès leur entrée dans le cabinet. Cela ouvre ainsi la porte sur de nouvelles réflexions.

*Ce mémoire aura été ma salle d'attente,
par le passage qu'il représente entre un dedans et un dehors.*

Bibliographie

Livres :

- ANZIEU D. (1985), *Le Moi-Peau*, 2ème édition, Paris, Dunod, 1995
- BALLOUARD C. (2008), *L'aide mémoire du psychomotricien*, 2ème édition, Paris, Dunod, 2011
- BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Érès, 2011
- FAIVRE-JUSSIAUX M. (2010), *La salle d'attente de mon psychanalyste*, Toulouse, Érès
- FREUD S. (1981), *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot
- HALL E.T (1966), *La dimension cachée*, Éditions du seuil, 1971
- HOUZEL D. (2005), *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, In press
- LE LAROUSSE poche (2017), *dictionnaire*, Collection
- LE LAROUSSE (1972), *dictionnaire*, Édition Française
- LE PETIT ROBERT (2017), *dictionnaire*, nouvelle édition de Paul Robert sous la direction de Josette Rey-Debove et Alain Rey
- MARCELLI D. (2006), *Les yeux dans les yeux : l'énigme du regard*, Albin Michel, Essais
- POTEL C. (2010), *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, éditions Érès
- REY A. (1999), *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 2012
- SCHILDER P. (1968), *L'image du corps*, Gallimard, 1980
- WALLON H. (1954), *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris : PUF.
- WINNICOTT D.W (1953), *La mère suffisamment bonne*, Paris, édition Payot & Rivages, 2006
- WINNICOTT D.W. (1971), *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Gallimard , Folio Essais, 2015

Articles :

AUZIAS M. (1993), *Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon*, Enfance, Volume 46, n°1, pp. 93-99

BENADIBA M. et MARCIANO P. (2007), *Temps et espaces interstitiels : dans un hôpital de jour pour enfants*, Vie sociale et traitements n°95, éditions Erès

BLONDEL M-P. (2004), *Objet transitionnel et autres objets d'addiction*, Revue française de psychanalyse, Vol. 68, p. 459-467

BOLGERT C.(2003), *L'identification projective*, gestalt, n° 24, pp. 141-159

CICCONI A. (2001), *Enveloppe psychique et fonction contenant : modèles et pratiques* Cahiers de psychologie clinique, n° 17, p. 81-102

COURTINAT E. (2000), *La préoccupation maternelle primaire*, 1956, Donald Wood Winnicott

DUBOULOY M. (2006), « *Les « hauts potentiels » et le « faux-self »* », Le Journal des psychologues, vol. 236, no. 3, 2006, pp. 22-26.

DUFLOT C. (2003), *quelques réflexions autour du concept d'espace transitionnel*, collection Marionnette et Thérapie n° 34

SAVARD N. (2010), Dossier thématique, *La Théorie de l'attachement : Une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance*, observatoire national de l'enfance en danger

VAIVRE-DOURET S. (2003), *Les caractéristiques précoces des enfants à hautes potentialités*, Journal français de psychiatrie n°18, p. 33-35, Erès

TERRASSIER J-C. (2005), *les dyssynchronies des enfants intellectuellement précoces*, écrit de la conférence psychiatrie de Rennes.

Mémoire :

NAZOU R. (2015), *L'élaboration d'un cadre contenant en psychomotricité*

RUGET C. (2011), *Une histoire de contenance*

LIONNET A-H. (2014), *Rôles des paires dans le processus de construction identitaire des processus des personnes vivant l'expérience du handicap : un long chemin vers la reconnaissance*

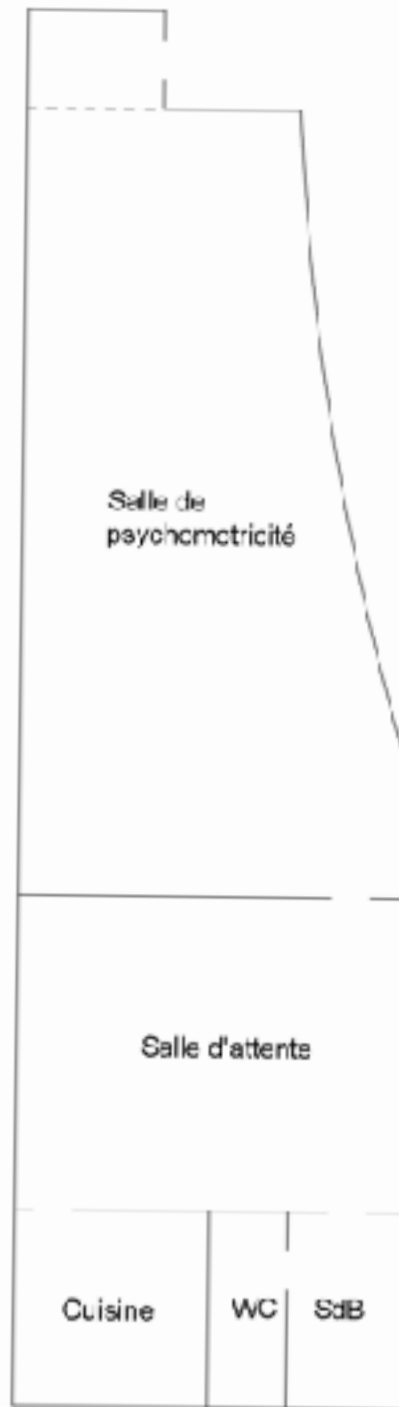
Cours :

POTEL C. (2006-2007), *Introduction aux médiations psychomotrices*, Psychomotricité première année

PIREYRE E. (2016-2017), *L'image du corps*, Cours psychomotricité troisième année

Annexes

Annexe 1



Plan du cabinet libéral

Annexe 2



Dessin panoramique dans la salle d'attente (Par T. Muia)



Dessin de la cloison entre la salle d'attente et la salle de psychomotricité (par T. Muia)

Annexe 3



Plan du cabinet libéral après travaux

Résumé

Juliette, Simon et Antoine sont trois patients du cabinet libéral de psychomotricité. Leur passage dans la salle d'attente est inévitable. Tous les trois y amènent des problématiques bien différentes. Ce mémoire tente de comprendre la place de cet espace et ce qu'il s'y passe au sein des prises en charge.

Après avoir présenté la salle d'attente du cabinet, nous détaillerons notre réflexions avec des références théoriques abordant l'espace interstitiel, la contenance et le cadre. Puis à partir d'une articulation clinico-théorique, nous tenterons de comprendre l'intérêt de la salle d'attente pour chacun des enfants. Enfin, nous discuterons des différents enjeux de la salle d'attente et tenterons de voir si la perméabilité sonore, visuelle et matérielle est une entrave à la contenance.

Mots clefs : psychomotricité - salle d'attente - espace transitionnel - contenance - cadre - interaction - perméabilité - confidentialité

Abstract

Juliette, Simon and Antoine are three patients of the Psychomotricity surgery. All three have very different health conditions. The time they share into the waiting room is inevitable. This thesis tries to understand the role of this particular place in the whole caring process.

After presenting the waiting room of the cabinet, we will draw parallels with theoretical references approaching the interstitial space, the capacity and the framework. Then, based on a clinico-theoretical point of view, we will try to understand the interest of the waiting room for each child. Finally, we will discuss the different stakes of the waiting room and will try to assess if the sound, visual and material permeability is a hindrance to the capacity.

Key words : Psychomotricity - waiting room - interstitial space - capacity - framework - interaction - permeability – confidentiality