



HAL
open science

**Penser le lien pour mieux le panser : vers un
attachement sécure : la thérapie psychomotrice auprès
du tout petit ayant subi un vécu traumatique et des
failles interactionnelles précoces**

Élodie Julien

► **To cite this version:**

Élodie Julien. Penser le lien pour mieux le panser : vers un attachement sécure : la thérapie psychomotrice auprès du tout petit ayant subi un vécu traumatique et des failles interactionnelles précoces. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01615588

HAL Id: dumas-01615588

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615588>

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
Site Pitié-Salpêtrière
91, boulevard de l'Hôpital
75013 Paris



**INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE
PITIE-SALPÊTRIERE PARIS**

Penser le lien pour mieux le panser

Vers un attachement sécure : la thérapie psychomotrice auprès du tout petit ayant subi un vécu traumatique et des failles interactionnelles précoces

Mémoire présenté en vue de l'obtention du

Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Par Elodie JULIEN

Référent de mémoire :

Mme Morgane LEPEINTRE

SESSION JUIN 2017

REMERCIEMENTS

A Morgane, pour nos riches échanges et pour ses remarques pertinentes qui ont si bien nourri ma clinique et mon raisonnement. Mais aussi et surtout pour son soutien, et sa confiance qui m'ont véritablement portée dans mon cheminement de psychomotricienne en devenir,

A Marion, pour m'avoir guidée dans ma réflexion, et toujours poussée à faire du lien, dans mes observations et mes ressentis,

A Sophie, Bénédicte, Laure et Céline, pour leur accueil bienveillant,

A Emmanuelle, Camille, Noémie, Adrien et tous les maîtres de stage qui ont guidé mes pas durant cette formation. Pour leurs conseils, leurs retours constructifs, et pour tout le savoir et le savoir-faire qu'ils ont su me transmettre,

A tous les patients que j'ai rencontrés pendant ces trois années de formation, pour m'avoir fait grandir, chacun à leur façon,

A l'association PSF pour cette riche aventure, et plus particulièrement à l'équipe TEGA avec qui j'ai partagé tant d'émotions au Sénégal,

A Fanny, Lisa, Sevana, Maïalen et Laurina, pour tous les bons moments partagés durant ces trois années de formation, et je l'espère, pour les nombreux à venir,

A Jérémy, Samuel et Nicolas, pour d'innombrables raisons,

A mes parents « suffisamment bons », pour leur soutien inconditionnel, et pour m'avoir appris à persévérer,

Enfin, aux enfants de la pouponnière et à Serena et Amadou qui m'ont tellement touchée, et qui m'ont donné envie d'écrire à leur sujet,

Merci infiniment

« Si la base narcissique de confiance est suffisamment solide, l'absence réelle de la mère sera douloureuse mais pas destructrice. L'enfant s'appuiera sur sa sécurité interne pour sortir de la peur et du chagrin, il pourra suivre son chemin de vie.

C'est l'absence de quelque chose qui n'a jamais été vraiment présent qui est traumatisant. L'enfant doit faire le deuil de quelque chose qu'il n'a jamais possédé. »¹

¹ ROBERT-OUVRAY S., 2007b, p.198-199

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
I - L'HISTOIRE D'UNE STAGIAIRE	9
A. UN PROJET DE SOLIDARITE INTERNATIONALE DANS UNE POUPONNIERE SENEGALAISE	9
1. <i>Le fonctionnement de la pouponnière</i>	9
2. <i>Les enfants de la pouponnière</i>	11
B. MON STAGE EN CONSULTATION PARENTS-BEBE :.....	12
1. <i>Fonctionnement général de la structure</i>	12
2. <i>Un maillage pluridisciplinaire nécessaire pour une temporalité particulière</i>	13
a) Des groupes thérapeutiques : un maillage interdisciplinaire.....	13
b) Les structures du secteur, des partenaires essentiels	14
c) Parcours de soin à la consultation parents-bébé	15
3. <i>La place de la psychomotricité, ma place de stagiaire</i>	16
a) La psychomotricité, au cœur du développement de l'enfant	16
b) La psychomotricité, à la consultation parents-bébé.....	17
c) L'approche sensori-motrice de A. BULLINGER	18
d) Ma place de stagiaire.....	19
II- DEUX ENFANTS, DEUX HISTOIRES	20
A. LE PLACEMENT EN FAMILLE D'ACCUEIL	21
1. <i>L'Aide Sociale à l'Enfance</i>	21
2. <i>Qu'en est-il pour les enfants ?</i>	22
B. SERENA.....	23
1. <i>Environnement familial</i>	23
a) Venue au monde de Serena dans un contexte difficile.....	23
b) Qu'en est-il aujourd'hui ?	24
2. <i>Histoire de vie</i>	24
3. <i>Observation psychomotrice</i>	25
4. <i>Un accompagnement qui s'inscrit dans le temps</i>	27
a) Un début difficile	27
b) Une évolution au fil des mois	28
c) Mon arrivée dans les séances	29
d) les enjeux de la prise en charge.....	30
C. AMADOU	30
1. <i>Contexte familial</i>	31
a) Venue au monde d'Amadou dans un contexte difficile	31
b) Qu'en est-il aujourd'hui ?	31
2. <i>Histoire de vie</i>	32
3. <i>Observation psychomotrice</i>	33
4. <i>Un accompagnement qui s'inscrit dans le temps</i>	34
a) Un début difficile	34
b) Une évolution au fil des mois	35
c) Mon arrivée dans les séances	35
d) Les enjeux de la prise en charge	36
III- LES INTERACTIONS PRECOCES AUTOUR DE LA NAISSANCE : UN CARREFOUR DETERMINANT DANS LE DEVELOPPEMENT DU BEBE ET LA CONSTRUCTION DE LA SECURITE DE BASE	37
A. LES INTERACTIONS PRECOCISSIMES : UN DEBUT <i>IN UTERO</i>	37
1. <i>Le bain sensoriel in utero : quelles premières perceptions pour le bébé ?</i>	38

2. Le « pré-dialogue tonique », P. DELION.....	40
3. Qu'en est-t-il pour Amadou et Serena ?	41
B. LA NAISSANCE, UNE VERITABLE CESURE.....	43
1. De la perte de contenance	43
2. ...aux angoisses archaïques	44
C. APRES LA NAISSANCE, LES INTERACTIONS PRECOCES	45
1. Les interactions comportementales.....	45
a) La place privilégiée du toucher dans les interactions précoces	45
b) Les interactions corporelles et la fonction maternelle primaire: l'apport de D.W. WINNICOTT	46
c) Miroir ô miroir : le regard dans les interactions précoces	47
d) Interactions vocales	48
2. Les interactions affectives :	49
a) Les échanges corps à corps : Le dialogue tonico-émotionnel selon H. WALLON, J. (de) AJURIAGUERRA.....	49
b) l'accordage affectif de D. STERN.....	51
c) Les trois organisateurs de R. SPITZ.....	52
3. Les interactions fantasmatiques.....	52
4. Quelles interactions précoces pour Serena et Amadou ?	53
a) Amadou	53
b) Serena.....	53
D. DES INTERACTIONS AUX LIENS : L'ATTACHEMENT SELON J. BOWLBY.....	54
1. Les comportements d'attachement.....	54
2. La figure d'attachement	55
3. Du sécure à l'insécure : Les différents types d'attachement.....	55
E. LA SECURITE DE BASE DU BEBE	56
1. La sécurité : un besoin fondamental.....	57
2. L'établissement de la sécurité de base : un processus qui débute avant même la naissance	57
3. De la sécurité de base au sentiment continu d'exister	59
4. Les enveloppes psychocorporelles comme garants de la sécurité.....	59
a) Le Moi-peau, D. ANZIEU.....	60
b) La peau psychique, E. BICK	61

IV- ET D'UN POINT DE VUE PSYCHOMOTEUR, QUE NOUS DISENT CES ENFANTS ? « SOUTIENS-MOI, AIDE-MOI A M'APaiser, A GRANDIR, A JOUER ! »

A. REGULATION TONICO-EMOTIONNELLE.....	62
1. Un versant hypertonique	63
2. Absence de modulations toniques et difficultés d'accordage affectif	64
B. AXE CORPOREL ET DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR.....	66
1. Intégration d'un axe comme point d'ancrage	66
2. Quand la solidité de l'axe corporel fait défaut	67
C. DEFAUT D'ENVELOPPES PSYCHIQUES ET MANQUE DE CONTENANCE	68
1. Défaillance des enveloppes psychiques et mise en place d'une « seconde peau ».....	68
2. Vers une instabilité psychomotrice ?	70
E. LE JEU : « IL EST OU ? »	72
1. Une ritournelle qui se répète encore et encore.....	72
2. Que nous dit Serena à travers sa ritournelle ?.....	73
3. Joue-t-elle vraiment ?.....	74

V- QUAND LA SECURITE DE BASE FAIT DEFAUT : QUELS ENJEUX DANS LA THERAPIE PSYCHOMOTRICE AUPRES DE CES ENFANTS ET DE LEUR FAMILLE D'ACCUEIL.....

A. ROLE DE CONTENANCE ET DE SOUTIEN AUPRES DES ENFANTS, MAIS PAS SEULEMENT.....	76
1. Répondre au besoin de contenance de l'enfant	76
a) Le cadre thérapeutique : un outil pour contenir.....	76

b) Le psychomotricien, objet contenant	77
2. <i>Accompagner l'enfant, c'est le porter</i>	79
3. <i>Un soutien pour les assistantes familiales</i>	81
a) Accueillir un bébé en état de souffrance	81
b) S'attacher ou ne pas s'attacher, telle est la question	82
B. ET LE THERAPEUTE DANS TOUT ÇA ?	83
1. <i>La question du contre-transfert en psychomotricité</i>	83
2. <i>Une écoute de soi, une écoute de l'enfant</i>	84
3. <i>Ne pas tout porter seul, ou l'indispensable ouverture au tiers</i>	86
a) La famille d'accueil comme partenaire	86
b) L'enveloppe institutionnelle D. HOUZEL.....	87
C. L'ARRIVEE DU STAGIAIRE DANS LA RELATION THERAPEUTIQUE DYADE-PSYCHOMOTRICIEN	88
1. <i>De la contenance « maternelle » du psychomotricien à un début de sécurité</i>	88
2. <i>Le stagiaire comme « Tiers du tiers »</i>	90
CONCLUSION	93
BIBLIOGRAPHIE	95
ANNEXES	99

INTRODUCTION

Mes premières interrogations à l'origine de ce mémoire sont venues au cours d'un voyage de solidarité internationale dans une pouponnière Sénégalaise. La rencontre avec ces tous petits, totalement insécures, m'a bouleversée et a fait émerger de nombreuses questions quant à leur fonctionnement psychomoteur et à ma place d'étudiante en psychomotricité auprès d'eux.

Quelques semaines plus tard, la rencontre avec Serena et Amadou, deux enfants placés en famille d'accueil a fait écho à ces premiers questionnements. Il y a quelque chose dans leurs postures, dans leur façon de bouger, de s'agripper, de se déplacer, de jouer ... dans leur façon d'être, qui m'interroge. Au regard de leur histoire de vie, bercée très précocement de stress, de violences et d'angoisses, je me suis demandé quel impact un tel vécu avait pu avoir sur leur construction psychocorporelle et sur leur capacité à s'attacher à une figure parentale de manière sécurisée.

Ainsi, l'objet de ce mémoire sera de répondre à la question : Comment un vécu traumatique précoce peut-il enrayer l'établissement des premiers liens d'attachements et compromettre la construction de la sécurité de base ? Quels sont alors les enjeux de la thérapie psychomotrice auprès de ces enfants et de leur famille d'accueil ?

Dès lors il semble nécessaire d'éclaircir différents points. Quand les interactions précoces – voire précocissimes – débutent-elles ? En quoi constituent-elles un carrefour dans l'établissement de la sécurité de base du bébé ? *Quid* de la construction psychocorporelle du tout petit lorsque l'environnement ne lui permet pas de bien intégrer ce noyau interne de sécurité ? Et enfin, comment le psychomotricien, de par sa contenance, son étayage psychique et corporel, peut-il aider ces enfants à éprouver les prémices d'une sécurité de base, pour leur permettre de découvrir l'environnement, et le jeu ?

Afin de suivre le fil logique de ma réflexion, j'ai souhaité dans un premier temps exposer le contexte situationnel à l'origine de mes premières interrogations, pour ensuite décrire les cadres institutionnels qui m'ont permis de rencontrer Serena et Amadou. Cela me permettra d'expliquer plus en détail l'histoire de vie de ces enfants et le cadre de leur suivi en psychomotricité. Puis je montrerai, en m'appuyant sur de nombreux écrits théoriques, ce

qui se joue de déterminant autour de la naissance dans l'établissement des premiers liens d'attachement, dont la qualité déterminera le développement du tout petit. Je poursuivrai mon étude en m'intéressant à ce que ces enfants nous disent avec leur corps : « Soutiens-moi, aide-moi à m'apaiser, à jouer, à grandir ». Enfin, je terminerai ce mémoire en axant ma réflexion sur la façon dont le psychomotricien et son stagiaire peuvent apporter à ces enfants la contenance dont ils ont tant besoin pour commencer à s'apaiser et à s'ouvrir au monde.

I - L'histoire d'une stagiaire

Il me semble essentiel de retracer le contexte dans lequel sont nées mes premières réflexions à l'origine de ce mémoire. Elles sont le fruit d'une longue préparation, au cours de ma deuxième année d'étude, en vue d'un projet de solidarité internationale. Ce voyage a été pour moi extrêmement riche, mais d'une telle intensité qu'il m'a été impossible de réellement développer ma pensée sur le moment. A mon retour, j'ai ressenti le besoin de pousser plus loin ma réflexion quant à de nombreux questionnements qui ont émergé au cours de mes cinq semaines passées en Afrique. J'ai donc commencé un stage en consultation parents-bébé, et entrepris ce travail de longue haleine que représente l'écriture d'un mémoire. J'ai ainsi eu l'occasion de laisser mûrir ma pensée concernant toutes ces rencontres, ces émotions, tout mon vécu auprès des enfants de la pouponnière et de la consultation parents-bébé.

A. Un projet de solidarité internationale dans une pouponnière sénégalaise

Je suis partie au Sénégal dans le cadre de l'association Psychomotricité Sans Frontières², afin de travailler, en tant que bénévole au sein d'une pouponnière. Ce voyage est l'aboutissement d'une année de préparation (administrative, financière, théorique et logistique), pour partir à deux équipes de quatre étudiants en psychomotricité se relayant sur des séjours de cinq semaines. Notre mission sur place consistait à apporter du matériel répondant aux besoins des enfants, et échanger sur les pratiques psychomotrices avec les professionnels de la pouponnière.

1. Le fonctionnement de la pouponnière

La pouponnière a été fondée en 2002 par une Association loi 1901 reconnue d'utilité publique. Cette structure a pour objectif de secourir et recueillir des enfants orphelins, ou dont la mère est en grande difficulté, afin de prendre soin d'eux pendant les premières années de leur vie. Tout au long de leur accueil, les enfants sont entièrement pris en charge. Ils sont hébergés, nourris, soignés, vêtus, par la structure.

² Psychomotricité Sans Frontières (PSF) est une association solidaire d'étudiants en psychomotricité. Elle est régie par la loi du 1^{er} juillet 1901.

Les causes de l'arrivée à la pouponnière des enfants sont nombreuses, mais dans la grande majorité des cas, ce sont des enfants dont la mère est morte en couche. Dès que l'on s'éloigne un peu des grandes villes, les services de maternité et les technologies à disposition se raréfient et le fait d'accoucher devient très risqué pour les femmes sénégalaises. De plus, l'accès aux moyens de contraception est difficile dans certaines régions, et il est malheureusement fréquent que des enfants non désirés soient abandonnés. Enfin, certains enfants sont accueillis à la pouponnière parce-que leur famille est incapable (pour des raisons financières, matérielles, sanitaires, ou autre) de subvenir à leurs besoins. Dans ce dernier cas, la famille est censée récupérer l'enfant une fois qu'il a accès à la marche, mais la réalité est tout autre. Dans la plupart des cas, les enfants qui arrivent à la pouponnière y restent jusqu'à ce qu'ils soient en âge de travailler.

La pouponnière est divisée en trois grandes sections regroupées dans une même enceinte :

- La pouponnière proprement dite regroupe les enfants de la naissance à la marche. Les tatas³ y sont plus nombreuses que dans les autres sections. Avant de marcher, le bébé est considéré comme totalement dépendant, et demande des soins plus réguliers. Toutefois les tatas sont en sous-effectifs, et les temps de repas et de change se révèlent souvent difficiles. Il y a trop de bouches à nourrir, trop de couches à changer, et trop peu de bras pour satisfaire tous ces besoins.
- Les unités familiales ont pour rôle d'accueillir les enfants à partir de 2 ans et demi, ou lorsque la marche est bien installée. Cette unité a été créée pour pallier au dépassement des capacités d'accueil de la pouponnière. Car dans la réalité les familles des enfants (lorsqu'ils en ont) ne sont pas toujours en mesure de les recueillir après leur séjour à la pouponnière. Les tatas y sont moins nombreuses, les enfants davantage livrés à eux-mêmes.
- La grande enfance accueille des enfants de plus de 6 ans, après un séjour en unité familiale, ou non. Dans certains cas les enfants recueillis vivaient dans la rue, ou dans la brousse et luttait contre la faim pour survivre.

La pouponnière est financée par les dons que recueille l'association fondatrice (dons de visiteurs, parrains, entreprises ou donateurs réguliers). Elle est gérée par un bureau

³ Les tatas sont les femmes qui s'occupent quotidiennement des enfants lors des repas et des changes notamment. La profession occidentale qui s'en rapproche le plus serait celle des auxiliaires de puériculture.

composé de la fondatrice de l'association, du directeur de l'établissement, d'un trésorier et du secrétariat. Des employés travaillent dans la pouponnière à l'année : le responsable de l'infirmierie, une assistante sociale, et bien sur toutes les tatas ainsi que le personnel d'entretien. Toutefois la pouponnière fonctionne aussi grâce à la venue de très nombreux bénévoles toute l'année. Ces bénévoles viennent de filières médicales et paramédicales (infirmiers, ostéopathes, kinésithérapeutes, psychomotriciens ...), mais également de tous horizons confondus. Ils apportent leur aide dans les tâches de la vie quotidienne, passent du temps avec les enfants et échangent avec les professionnels de la pouponnière.

2. Les enfants de la pouponnière

Les enfants vivant à la pouponnière, pour la plupart, ont été abandonnés ou sont orphelins. Certains ont vécu dans un climat de négligence, voire de violence, avant d'y être accueillis. Pour me préparer, je me suis donc particulièrement intéressée au développement du petit d'homme et à l'importance des interactions précoces dans sa construction psychocorporelle. Je me suis également renseignée sur les conséquences désastreuses que pouvaient engendrer des carences biologiques et affectives, sur le développement psychomoteur du tout petit.

La préparation, aussi longue et conséquente soit-elle, ne permet pas d'appréhender la réalité. Ces enfants nous bouleversent, nous touchent au plus profond de nous. Lorsqu'on les rencontre, le dialogue-tonico émotionnel est au premier plan, et de puissantes émotions, qui ne peuvent exister que dans le vécu, nous traversent. Je resterai marquée par mon arrivée à la pouponnière et ma rencontre avec certains enfants. J'ai été frappée par le comportement de ces bébés, soit complètement coupés du monde, sans aucun intérêt manifeste pour leur environnement, soit hypervigilants, tentant désespérément de s'agripper à l'adulte en passant les bras à travers les barreaux de leur lit. Les plus grands, de deux à trois ans, oscillent de manière imprévisible entre des attitudes de collage et de rejet, ou de violence. Je me suis alors questionnée sur les répercussions qu'un vécu traumatique précoce, suivi d'un placement dans une structure d'accueil, pouvait avoir sur le développement d'un jeune enfant, et sur ses interactions avec son environnement.

Une autre interrogation importante fut celle de ma posture de future psychomotricienne bénévole dans cette pouponnière. Je me suis demandé quelle place je devais adopter auprès de ces enfants, quel sens avaient mes interventions pour eux étant donné qu'elles ne s'inscriraient pas dans le temps au-delà de mes cinq semaines de

présence. Je me suis ainsi questionnée sur l'importance de la continuité du soin pour ces tous petits.

Le terreau de ma réflexion se trouve donc au Sénégal, dans cette pouponnière, mais j'ai souhaité mener plus loin mon cheminement en effectuant un stage qui me permettrait de travailler auprès d'enfants présentant le même type de problématique.

B. Mon stage en consultation parents-bébé :

Avec l'envie d'approfondir ma réflexion et d'écrire à ce sujet, j'ai effectué mes recherches de stage dans des services de pédopsychiatrie, et ma maîtresse de stage était intéressée pour m'accompagner dans ce long cheminement. J'ai ainsi été accueillie en tant que stagiaire psychomotricienne au sein d'une consultation parents-bébé dans un service de psychiatrie infanto-juvénile. Je choisis ici de consacrer un temps à la présentation de cette structure car il me paraît nécessaire, dans le cadre de ce mémoire de dire quelques mots de l'environnement dans lequel j'ai rencontré les enfants dont je vais parler par la suite.

1. Fonctionnement général de la structure

La consultation parents-bébé est sous la direction d'un centre Hospitalier. Elle dépend du service de psychiatrie infanto-juvénile et accueille des parents et leurs enfants de 0 à 3 ans.

Il s'agit d'une enceinte pensée pour accueillir des familles confrontées à des difficultés rencontrées aussi bien en période périnatale (grossesse pathologique, menace d'accouchement prématuré, deuil, interruption volontaire/médicalisée de grossesse, dépression, anxiété anténatale ...) que post-natale, et jusqu'aux trois ans de l'enfant. Il peut s'agir d'un suivi dans le cadre de différents troubles de développement de l'enfant, d'un suivi d'enfants prématurés, d'un accompagnement auprès d'enfants porteurs de handicaps, ou encore d'une guidance parentale. Les professionnels de la consultation parents-bébé agissent donc de manière préventive et thérapeutique.

L'établissement intervient le plus précocement possible, et accompagne si nécessaire, les familles dès la sortie de la maternité. Les professionnels qui y travaillent sont donc en première ligne dans le dépistage de différentes pathologies et troubles du développement.

Ainsi la volonté de la consultation parents-bébé est de proposer un soutien pour les familles en difficultés dans les plus brefs délais et de proposer un accompagnement au plus

proche des besoins de l'enfant jusqu'à ses trois ans. Toutefois, la particularité de la structure réside aussi dans sa temporalité. En effet, la consultation est hébergée dans les locaux d'un CMP. Elle n'accueille donc des patients que deux jours par semaine. Cela implique de grosses contraintes spatiales et temporelles et il est parfois difficile de recevoir tous les patients adressés à la consultation aussi rapidement que voulu.

2. Un maillage pluridisciplinaire nécessaire pour une temporalité particulière

L'équipe pluridisciplinaire est composée d'un pédopsychiatre, responsable de l'unité, d'une psychologue clinicienne, d'une éducatrice spécialisée et de jeunes enfants, de deux psychomotriciennes, et de la secrétaire médicale. Une assistante sociale intervient ponctuellement. Des réunions de synthèse hebdomadaires sont organisées avec toute l'équipe. Lors de ces réunions sont abordés les projets personnalisés d'accompagnements des enfants et de leur famille au plus près de leurs besoins.

La place de chaque membre de l'équipe est bien définie et la complémentarité des professionnels est un précieux atout dans l'accompagnement des patients. Des prises en charge groupales et/ou individuelles sont proposées, parfois en co-thérapie, afin que chaque suivi soit adapté à l'enfant ainsi qu'à ses parents.

a) Des groupes thérapeutiques : un maillage interdisciplinaire

Les groupes thérapeutiques sont mis en place à partir d'une réflexion préalable de toute l'équipe. Cette réflexion s'étend ensuite tout au long de la durée du groupe. Les groupes sont ainsi pensés, réfléchis ajustés et repris dans un cadre précis et nécessaire. Le lieu, le rythme et la durée des séances sont définis dès le départ et sont fixes. Le matériel et les médiations proposées font aussi partie intégrante du cadre. Le dispositif du groupe prend ainsi forme dans un espace spatio-temporel délimité. Ce cadre du groupe est essentiel car il permet des repères réels, sociaux, mais également des repères symboliques.

Ils sont semi-ouverts. C'est-à-dire qu'ils sont susceptibles d'accueillir de nouveaux arrivants en cours d'année, et une fois qu'une famille fait partie du groupe, elle y a sa place. La continuité est évidemment souhaitable mais pas toujours possible, car les dyades sont prises dans les petits tracas de la vie quotidienne. Probablement que ces expériences de discontinuité sont à l'image des propres discontinuités psychiques des relations mères bébés, discontinuités qui peuvent être fécondes, nécessaires à l'émergence de la vie psychique. Les absents sont toujours nommés, rappelés et accueillis à la séance suivante.

Plusieurs groupes sont proposés, je participe à deux d'entre eux qui abordent la séparation/individuation. Celui des « grands aventuriers », encadré par une psychomotricienne et l'éducatrice spécialisée, rassemble jusqu'à cinq enfants de dix huit mois à trois ans accompagnés de leur(s) parent(s). Le groupe des « petits pas » réunit des tous petits de quelques semaines à environ dix-huit mois et leur(s) parent(s). Il est encadré par une des deux psychomotriciennes et la psychologue.

Les dyades accueillies sont concernées par des problématiques de séparation/individuation. Le groupe semblait, en effet, particulièrement, répondre aux problématiques des mères isolées tant au niveau psychique qu'au niveau social. Notamment pour ces mères dont la relation duelle de la thérapie peut être vécue comme un risque supplémentaire de fusion et d'indifférenciation.

Les thérapeutes sont les garants de la dynamique de groupe. Ils l'assurent en réalisant un vrai travail de binôme pendant les séances, et surtout en dehors, en échangeant sur tout ce qui se joue dans le groupe.

b) Les structures du secteur, des partenaires essentiels

La consultation parents-bébé est une unité du service de pédopsychiatrie, elle travaille en étroite collaboration avec d'autres structures de la petite enfance du secteur. Le secteur est rural et très étendu. Il y a peu de transports, peu de tissus sociaux et la majeure partie des familles accueillies sont isolées avec des problématiques psycho-sociales majeures. Cette configuration permet cependant un travail maillé et très personnalisé avec des partenaires médicaux et sociaux.

Les parents et leurs enfants sont adressés à la consultation par les partenaires soignants du secteur. Ces partenaires sont aussi bien les institutions collectives de l'enfance (école, crèche), que des structures sociales comme l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), ou le Service de Protection Maternelle et Infantile (PMI), ou encore médicales (Service de maternité, de pédiatrie, pédiatres libéraux). La consultation parents-bébé travaille aussi en étroite collaboration avec le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), le Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), le Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), et le Centre Médico-Psychologique (CMP). Elle se trouve au cœur de toutes ces disciplines.

Les professionnels de la consultation parents-bébé prennent vraiment le temps de faire le lien avec tous ces partenaires de soin. Des réunions et, des soirées de présentations des différentes structures sont organisées pour permettre une meilleure collaboration. Ce véritable maillage entre les différents partenaires est essentiel pour garantir la continuité du soin de l'enfant. Une continuité au sortir de la maternité, mais également une continuité au-delà des 3 ans de l'enfant. La temporalité de la consultation est très courte (0 à 3 ans seulement) et il faut penser en amont à ce qui va être proposé à la famille dans une continuité de son accompagnement à la consultation parents-bébé.

c) Parcours de soin à la consultation parents-bébé

La clinique périnatale a sa propre temporalité. En effet, de la naissance à la marche, le bébé change de manière fulgurante et l'attente de soins n'est pas sans conséquence. Il faut donc s'adapter au rythme du bébé et réagir le plus vite possible. Les partenaires de soin évoqués précédemment orientent les familles et font un relais avec la consultation parents-bébé. Ce relais n'est rendu possible que par l'établissement préalable de ce maillage que nous venons d'évoquer.

La consultation se fait à la demande des parents. La demande est reçue par la secrétaire médicale, puis présentée en réunion de synthèse. Un rendez-vous leur est proposé en premier lieu avec la pédopsychiatre ou la psychologue consultante de la structure. A l'issue de ce rendez-vous, elles présentent le dossier à l'équipe pluridisciplinaire qui établit un projet thérapeutique le plus adapté possible, répondant aux besoins de la famille, avec des prises en charges individuelles et/ou groupales.

Lorsque l'enfant atteint l'âge de trois ans, si un accompagnement est encore nécessaire (ce qui s'avère fréquent), encore une fois, la consultation s'appuie sur toutes les structures partenaires pour assurer une continuité dans le soin. Cela demande une certaine anticipation pour pallier au manque de place dans les institutions et aux délais administratifs souvent importants. La réalité institutionnelle s'avère parfois très contraignante. Aussi arrive-t-il que des familles soient suivies à la consultation parents-bébé au-delà des trois ans de l'enfant, par manque de place dans les différentes structures susceptibles de les accueillir.

3. La place de la psychomotricité, ma place de stagiaire

La psychomotricité est indiquée par le professionnel consultant de la famille (pédopsychiatre ou psychologue), suite au premier entretien avec l'enfant et ses parents. Le médecin formule la demande d'un bilan en psychomotricité, et d'un suivi si cela est jugé nécessaire.

a) La psychomotricité, au cœur du développement de l'enfant

De manière générale, il n'est plus à prouver que le rôle du psychomotricien dans les services de périnatalité est essentiel. Le travail avec le jeune enfant qui n'a pas encore accès au langage oral, nécessite de porter une attention particulière aux signaux corporels et sensoriels pouvant apporter une indication sur un état interne, un vécu ou une émotion. Le tout petit nous parle avec son corps, à travers son niveau tonique, ses mimiques, ses postures, son orientation, la qualité de ses mouvements et de sa présence. Tout autant d'indices qu'il nous faut percevoir et interpréter comme des messages. Le psychomotricien va donc s'appuyer sur tous ces indices que lui donne le bébé, pour l'aiguiller sur la façon dont il perçoit son corps, se le représente, ainsi que la façon dont il s'en sert pour investir son environnement, exprimer ses émotions et entrer en relation.

L'organisation psychomotrice prend en compte trois composantes qui fonctionnent en synergie. Chacune d'elle, étayée par les deux autres, peut être à la fois source de trouble psychomoteur et support de prise en charge. Ces trois composantes sont les suivantes :

- L'activité neuro-motrice qui dépend des lois de maturation neurobiologique. Elle concerne la tonicité du sujet, son équipement sensori-moteur, ses coordinations, son équilibre, la genèse de son axe corporel, et de sa latéralité.
- La dimension perceptivo-motrice et affective, qui influencera, dès les premiers échanges relationnels les postures, la gestualité et la genèse du schéma corporel.
- La dimension cognitive qui conduit le sujet à intégrer, comprendre, penser et maîtriser les rapports qu'il entretient avec le temps, l'espace, et sa corporéité.

Ces trois dimensions sont toujours à considérer en lien avec l'environnement du sujet, qui à la fois enrichit et dynamise les expériences personnelles.

L'objectif du travail en psychomotricité avec un nouveau-né ou un jeune enfant, est de lui permettre d'éprouver un vécu corporel agréable et de lui offrir un environnement optimal pour son développement. Notre rôle est d'éveiller l'enfant pour lui donner envie de regarder et de communiquer. Cela lui permet de découvrir ses possibilités motrices et relationnelles. Mais il faut garder à l'esprit « qu'aider un bébé en difficulté ce n'est pas simplement le rendre plus performant sur le plan neuro-moteur, mais c'est lui permettre d'« habiter son corps » avec toute la dimension relationnelle et de subversion libidinale que cela suppose ».⁴

b) La psychomotricité, à la consultation parents-bébé

La plupart des enfants rencontrés dans la structure présentent un retard de développement psychomoteur et ce, pour des étiologies variées (maladie génétique, malformation, trouble des interactions précoces, trouble développemental, pathologies diverses...)

Le fait que l'enfant ne se développe pas comme les autres, génère chez les parents – ou figure parentale - une inquiétude quant à un trouble dans son développement pouvant peser sur leur relation et sur la qualité des échanges et entraîner une anomalie dans la mise en place des liens d'attachement. Dans les premiers mois de vie, c'est le corps du bébé qui est au premier plan dans les interactions précoces. Tout se passe au niveau du dialogue tonique entre lui et sa figure d'attachement⁵. Ainsi, les états toniques et affectifs du bébé et de ses parents s'influencent réciproquement.

On aurait donc tort de penser que la prise en charge en psychomotricité s'adresse exclusivement à l'enfant. Le petit d'homme ne peut être envisagé comme une entité isolée. « Un enfant seul n'existe pas, il fait nécessairement partie d'une relation »⁶. Dans les premières années de sa vie, son développement s'inscrit et s'étaye dans la relation à ses parents. Par conséquent, les troubles ou difficultés de l'enfant ne peuvent rester isolés, ils se répercutent et sont influencés par la relation parents-enfant. En tant que psychomotricien, le travail auprès de ces tous petits implique de penser la place des parents dans le dispositif de soin.

⁴ RODRIGUEZ M., (2009), p.40

⁵ Cf *infra* p.55

⁶ WINNICOTT D.W., (1972), p.115

Dans les séances, le psychomotricien, qui joue le rôle de tiers à la fois neutre et bienveillant, accompagne l'enfant dans son développement. Il porte un regard particulier sur le corps de l'enfant, sur ses compétences. C'est ce regard là qui va mettre en lumière pour les parents les compétences de leur enfant, et qui leur permet de prendre du recul vis-à-vis de ses difficultés. Notre observation clinique ne se limite pas aux symptômes de l'enfant, ou aux inquiétudes évoquées par les parents. Lors des consultations parents-enfant, le psychomotricien doit être sensible et attentif à un ensemble de signaux émis par l'enfant, par les parents, ainsi qu'à ce qui se joue dans la relation entre ces partenaires.

c) L'approche sensori-motrice de A. BULLINGER

Les psychomotriciennes de la structure (et de manière générale, les membres de l'équipe) sont sensibilisés à l'approche sensorimotrice d'A. BULLINGER, fruit d'une synthèse des travaux de J. PIAGET, H. WALLON, R. SPITZ et J. de AJURIAGUERRA.

Le terme « sensorimoteur » est utilisé pour la première fois par J. PIAGET en 1936 pour décrire une période du développement entre la naissance et 24 mois. Cette période sensorimotrice se caractérise par le fait que les matériaux principaux qui alimentent l'activité sont de nature sensorielle et motrice. Dans la perspective sensorimotrice d'A. BULLINGER, le développement de l'enfant n'est pas une succession d'étapes mais un processus. On s'intéresse davantage à la façon dont les acquisitions de l'enfant s'appuient les unes sur les autres plutôt qu'à des repères chronologiques ou à une norme.

Dans cette perspective, les grandes conditions du développement de l'enfant sont les éléments biologiques (l'organisme), les éléments physiques (les conditions matérielles : lumière, sons, odeurs, ...) et les éléments sociaux (le milieu humain, la culture ...). L'articulation de ces trois éléments conditionne l'accès à un «équilibre sensori-tonique»⁷, comme état interne qui permet de recevoir les signaux extérieurs sans désorganisation. Il existe différents modes de régulation tonique parmi lesquels : les niveaux de vigilance, les flux sensoriels, le milieu humain et les représentations psychiques.

Cette approche est une façon d'envisager les soins de soutien au développement du tout petit. Elle apporte sur le développement sensori-moteur de l'enfant des points d'appuis théoriques et cliniques, qui ouvrent de nouvelles perspectives. Les psychomotriciennes visent ainsi à soutenir le développement et les acquisitions de l'enfant en se basant sur les modes de régulation de l'équilibre sensori-tonique. Notamment en pensant l'installation du

⁷ BULLINGER A., 2004, p.151

bébé pendant les séances, ainsi que dans les différents temps de la journée (au sol, dans les bras, dans le lit, pendant les repas, pendant les temps de transport...). Elles réfléchissent également aux appuis lors de postures facilitatrices en proposant des mises en forme corporelles. Elles prennent aussi en compte les éléments du milieu, tels que la luminosité, l'acoustique, la température, les matières et couleurs du matériel utilisé... Tout autant de canaux susceptibles d'influencer les états du bébé.

d) Ma place de stagiaire

Ma place de stagiaire est bien définie dans l'institution, vis à vis de la psychomotricienne que je suis mais aussi vis à vis de l'équipe et des patients. Je vois beaucoup d'enfants avec ma maître de stage, ainsi qu'un petit garçon avec la deuxième psychomotricienne de la structure. Je participe également à deux groupes thérapeutiques ainsi qu'aux réunions post-groupe et aux réunions de synthèses.

La place de stagiaire dans les séances de psychomotricité, auprès de l'enfant accompagné par ses parents est particulière. Comme auprès de tout type de population, le stagiaire vient s'ajouter à une prise en charge souvent déjà établie, et va induire des modifications de la dynamique installée avant son arrivée. Dans ce cas précis, la particularité réside dans la présence des parents pendant les séances. De manière générale, lorsqu'il y a une problématique de l'ordre du lien, de la relation, le psychomotricien joue un rôle de tiers dans la relation parent-enfant. Quelle place vient alors prendre le stagiaire, « deuxième tiers », dans cet accompagnement parents-bébé ? C'est une question qu'il faut garder à l'esprit afin de s'ajuster le mieux possible à tout ce qui peut se jouer en séance.

L'arrivée d'une personne extérieure peut leur donner l'impression d'être observés, voire jugés, ou encore intrusés dans un espace thérapeutique qu'ils avaient bien investi. Je pense notamment à Rose, une petite fille de deux ans et demi, et sa maman, Mme S. que j'ai suivies en séances individuelles cette année. Elles avaient été prévenues de mon arrivée dans la prise en charge. Les débuts des premières séances ont été difficiles. Rose pleurait beaucoup, me jetait des coups d'œil inquiets et s'agrippait à sa maman. Celle-ci a alors interprété la réaction de sa fille à mon arrivée. « Je ne comprends pas, c'est la première fois qu'elle me fait ça. C'est depuis que vous êtes là. Votre visage lui dit sûrement quelque chose ... peut être une méchante infirmière à l'hôpital ». Elle projette ainsi quelque chose de négatif sur moi. Il est intéressant de constater à quel point ma présence dans cet espace temps qui leur appartenait vient remettre à jour certains vécus traumatisants passés.

Il faut donc garder cela à l'esprit et être vigilant. Il convient de trouver un juste milieu dans la place à adopter, sans envahir la relation parents-enfant-psychomotricien, ni être tout à fait en retrait. Il s'agit de créer un ajustement qui se situe dans une alternance suffisamment structurante entre passivité et activité, attente et action. Ainsi, dans l'ensemble des prises en charges auxquelles je participe, j'ai pu, après un temps plus ou moins long de retrait, m'intégrer pleinement à la dynamique de la prise en charge. Mon intégration dans les séances a induit des changements dans les comportements des enfants, et dans certains cas, donné un nouveau tournant à la prise en charge. Je reviendrai plus tard sur ces changements dans un chapitre consacré à l'intérêt de l'arrivée d'un nouveau tiers dans les séances de thérapie psychomotrice.

II- Deux enfants, deux histoires

Je choisis ici de parler de deux enfants que j'ai rencontrés en séances individuelles à la consultation parents-bébé. Serena et Amadou ont été placés en famille d'accueil très tôt dans leur vie. Il y a quelque chose dans leur façon d'habiter leur corps qui me fait penser qu'ils ne sont jamais tranquilles dans la relation et dans leurs explorations de l'environnement. Lors de notre première rencontre, ils me rappellent d'une certaine façon, les enfants rencontrés quelques semaines plus tôt à la Pouponnière lors de mon projet solidaire au Sénégal. Ils dégagent une certaine dureté, et en même temps ne semblent pas assez sécurisés pour se poser. Lorsqu'on les voit, on a envie de les rassurer, de les apaiser. Ils sont placés depuis les premières semaines de leur vie dans une famille d'accueil et sont suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance⁸ (ASE). Les souffrances éprouvées alors qu'ils étaient encore portés dans le ventre de leur mère, et dans les semaines qui ont suivi leur naissance semblent avoir laissé une trace, dans leur corps et leur psychisme.

Ma rencontre avec eux a suscité l'émergence de nombreux questionnements. Quelle est leur histoire ? Quels ont-ils pu être les retentissements d'une défaillance des premières interactions précoces ? On peut même parler d'interactions « précocissimes » dans leurs cas. Quelle trace a laissé le traumatisme, dans leur développement affectif, cognitif et corporel ? Un placement en famille d'accueil, en plus de la situation carencielle précoce a-t-il pu avoir des répercussions sur leur développement psychomoteur ?

⁸ L'aide sociale à l'enfance (ASE) désigne, en France, une politique sociale menée dans le cadre de l'action sociale, définie par l'article L 221-1 du code de l'action sociale et des familles. Ce terme désigne aussi le service proprement dit qui, dans tel ou tel conseil départemental, met en place cette politique.

A. Le placement en famille d'accueil

Amadou et Serena ont été mis très tôt sous la protection de l'ASE. Il convient donc dans un premier temps de présenter le fonctionnement de ce service afin de mieux comprendre le contexte dans lequel ils évoluent. Car le placement en famille d'accueil demeure un bouleversement dans la vie de l'enfant, dont il est nécessaire de tenir compte dans la prise en soin.

1. L'Aide Sociale à l'Enfance

L'ASE est un service de département géré par la Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé (DASES). Elle regroupe des travailleurs sociaux, des éducateurs, des assistants sociaux, des psychologues, des administratifs, des bénévoles, veillent à l'éducation et aux soins d'enfants qui leurs sont confiés. Il existe plusieurs causes et motifs à l'origine du placement d'un enfant : l'accouchement sous X, le placement volontaire d'un enfant par ses parents (possible dans certains cas particuliers), ou encore le placement d'un enfant sur décision judiciaire. C'est ce dernier cas de figure qui va nous intéresser. Il est mis en place lorsque l'enfant se trouve en danger au sein de la cellule familiale. Cette mesure de protection est valable lorsque le milieu familial ne peut garantir la santé, la sécurité et la moralité de l'enfant, ou lorsque les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel ou social sont gravement compromises.

C'est le cas d'Amadou et Serena, pour qui la décision du placement en famille d'accueil a été prise par le juge pour enfants. La mesure du placement peut durer jusqu'à deux ans maximum et peut être renouvelée. Les parents conservent l'autorité parentale exclusive, mais celle-ci peut être totalement levée sur décision d'un tribunal si elle est jugée nocive pour l'enfant.

Une fois la décision du placement prise, l'ASE se charge de trouver un lieu d'accueil pour les enfants, et continue à faire des projets de vie pour eux. Elle donne son accord et paie les honoraires des consultations thérapeutiques dont a besoin l'enfant. Les enfants peuvent ainsi être placés en pouponnière, ou en famille d'accueil, comme c'est le cas pour Amadou et Serena.

2. Qu'en est-il pour les enfants ?

Pour Amadou et Serena, le placement familial a été mis en place sur décision judiciaire. Après une longue procédure, ils ont donc quitté le milieu intrafamilial pour trouver refuge au sein d'une famille d'accueil, aux conditions de vies jugées plus adaptées.

L'article L421-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), définit l'accueil familial comme il suit : « L'assistant familial est la personne qui, moyennant rémunération, accueille habituellement et de façon permanente des mineurs et des jeunes majeurs de moins de vingt et un ans à son domicile. Son activité s'insère dans un dispositif de protection de l'enfance, un dispositif médico-social ou un service d'accueil familial thérapeutique. Il exerce sa profession comme salarié [...] après avoir été agréé à cet effet. L'assistant familial constitue, avec l'ensemble des personnes résidant à son domicile, une famille d'accueil. »⁹

L'enfant est ainsi confié à une assistante familiale agréée rémunérée, qui l'accueille au sein de sa famille. L'enfant fait alors partie intégrante de la vie de famille. Il reçoit la même éducation que les enfants de l'assistante familiale et participe à la vie quotidienne de la maison. Les familles d'accueil doivent «élaborer pour l'enfant un environnement relationnel dans lequel la famille d'accueil assure des fonctions parentales supplétives sans se substituer pour autant aux parents, c'est-à-dire en tenant compte de leur existence et des liens qui unissent l'enfant à ses parents »¹⁰.

Cela n'est pas toujours évident, compte tenu des éventuels traumatismes qu'a vécu l'enfant avant d'être placé, qui ébranlent profondément son sentiment de sécurité interne, rendant compliquées les interactions avec son environnement.

Par ailleurs, l'enfant a le droit de voir ses parents dans des conditions particulières définies par le juge. Il prévoit la durée, la fréquence et le lieu des rencontres avec les parents. C'est également à lui de décider si ces visites sont médiatisées ou non. L'enfant qui est en famille d'accueil n'est pas adoptable car il n'est pas légalement abandonné, et à moins qu'une décision judiciaire n'indique le contraire, les parents conservent leurs droits parentaux sur l'enfant. La situation peut donc être relativement ambiguë pour des enfants qui tentent de se développer dans une famille d'accueil où ils ont été placés très tôt, mais pour qui une certaine forme de lien perdure avec les parents, sans qu'il soit tout à fait solide et sécurisant. Nous verrons comment Serena et Amadou le vivent.

⁹ Article L421-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles

¹⁰ DAVID M., 2014, p.17

B. Serena

Je rencontre Serena à l'occasion d'une séance individuelle à la consultation parents-bébé. Lors de notre rencontre elle a deux ans et un mois. C'est une petite fille très menue, aux cheveux châtain courts et fins. Elle dégage une impression de dureté dans ses mouvements. Elle a du mal à tenir en place, et je remarque qu'elle est très agrippée à son assistante familiale, Mme D. Elle est soit totalement collée à elle, soit complètement perdue dans l'espace, à déambuler, ou à courir d'une activité à une autre sans pouvoir réellement se poser. C'est sa façon particulière d'habiter son corps, et d'investir l'espace qui m'a questionnée sur son histoire.

1. Environnement familial

Serena vient au monde dans un contexte familial compliqué. Cet environnement peu sécurisant a forcément eu un impact sur sa construction psychocorporelle. Je vais donc aborder ce contexte social et familial au moment de sa naissance, puis faire état de ce qu'il en est aujourd'hui.

a) Venue au monde de Serena dans un contexte difficile

Serena est la troisième d'une fratrie de quatre enfants. Son grand frère et sa grande sœur, sont déjà placés en famille d'accueil à la naissance de Serena. L'aînée, Sabrina, présente un développement non-pathologique et est scolarisée normalement. Erthon, le benjamin, est suivi depuis sa petite enfance en CMP pour d'importants troubles du comportement et de la relation. Tous ne sont pas du même père. Sabrina est née d'un autre père que celui de Serena, à une période où sa mère se prostituait. Le père de Serena, de son grand frère Erthon et de sa petite sœur Renesmée est toxicomane avec un passé carcéral. Les parents sont fragiles et n'ont pas de situation sociale fixe. Ils sont tous les deux sans emploi. Le contexte familial de la venue au monde de Serena est donc compliqué et manque de manière évidente de sécurité et de stabilité.

Nous savons également que durant les cinq derniers mois de grossesse, la mère de Serena était sans domicile fixe. Elle errait de foyer en foyer sans savoir où elle allait manger ou même dormir le soir. Elle vivait donc dans des conditions très précaires, ne mangeant sûrement pas à sa faim. Elle n'était pas seule, le père de Serena vivait avec elle. Mais elle

aura tout de même confié plus tard à l'assistante familiale de Serena que ce fut pour elle une période extrêmement angoissante.

b) Qu'en est-il aujourd'hui ?

Une fois leur fille placée en famille d'accueil, l'investissement des parents de Serena vis-à-vis d'elle s'est montré fluctuant. Ils venaient régulièrement aux visites au début, mais ne viennent plus du tout aujourd'hui. La mère a quitté le père de Serena, et a tout abandonné pour partir avec un autre homme, sans laisser aucun moyen de la joindre. C'est un schéma qu'elle a reproduit au moins quatre fois depuis la naissance de Serena : partir du jour au lendemain, dans un accès de fuite, suivi d'une sorte d'errance, sans donner de nouvelles, avant de réapparaître quelques semaines voire quelques mois plus tard.

La vie de Serena est ainsi bercée d'incertitudes ; ponctuée de procès et d'attentes de décisions de justice. Les mesures judiciaires prennent beaucoup de temps et plongent Serena ainsi que sa famille d'accueil dans une incertitude constante quant à l'avenir. Dans le courant du mois de janvier, sur demande de l'ASE, suite à de nombreuses informations préoccupantes et de nombreux courriers de professionnels, les droits parentaux sont retirés lors d'un procès, et les visites médiatisées sont suspendues. La décision de placement est renouvelée pour trois ans, et la question de l'adoption de la fratrie commence à émerger. Tous ces questionnements sont autant de sources d'anxiété face à un avenir incertain pour Serena, Sabrina, Erthon et Renesmée.

2. Histoire de vie

Serena est une petite fille née le 1^{er} août 2014. L'accouchement se fait par voie basse, sans complication majeure. La famille étant bien connue des services de l'ASE, Serena est suivie dès sa naissance. Elle et sa mère passent huit jours dans le service de pédiatrie, afin d'évaluer la qualité de leurs interactions. Serena sort de l'hôpital à huit jours pour être directement placée dans une famille d'accueil où elle vit aujourd'hui avec ses frères et sœurs.

Durant les premiers mois de sa vie, Serena voyait fréquemment ses parents lors de visites médiatisées hebdomadaires. Lors de ces visites (et dans les jours qui suivaient), elle se désorganisait de façon globale. Elle pleurait énormément, son assistante familiale nous dit même qu'elle était « inconsolable ». Durant ces périodes, Serena montrait un besoin d'être portée constamment. Elle refusait le biberon, et peinait à trouver le sommeil. Ces troubles

significatifs de l'humeur, du comportement, de l'alimentation et du sommeil font penser à un état de stress post-traumatique¹¹. Les troubles de l'alimentation sont tels qu'au mois de mars 2015, après avoir cassé sa courbe de poids, elle subit une hospitalisation de trois semaines pour anorexie du bébé. Cette hospitalisation marque une rupture dans son vécu traumatique. Pendant ces trois semaines passées dans un autre espace, hors du temps, elle reprend du poids, et semble légèrement s'apaiser. Toutefois, devant l'état de santé de Serena, la fréquence des visites parentales médiatisées a fortement diminué au fil du temps sur décision de l'ASE.

Quoi qu'il en soit, les premiers mois qui ont suivi le placement de Serena ont été très difficiles aussi bien pour elle que pour sa famille d'accueil. Je parlerai plus tard¹² du point de vue des assistantes familiales dans ce genre de situation et de la nécessité de les soutenir autant que l'on soutient l'enfant.

Serena est adressée à la consultation parents-bébé par le médecin du centre de protection maternelle et infantile (PMI) de secteur. Elle est reçue en entretien avec Mme D, son assistante familiale. La première consultation se fait en binôme avec la psychomotricienne et la psychologue consultante (cette dernière a quitté le poste depuis, et c'est la pédopsychiatre consultante qui a repris le suivi du dossier). Lors de cette première consultation, le 18 décembre 2014, elle est décrite par son assistante familiale comme un bébé tendu, pleurant beaucoup, ayant des difficultés à s'apaiser, dormant et mangeant peu. Depuis ce jour, Serena est suivie en psychomotricité à la consultation parents-bébé. Elle voit aussi régulièrement la pédopsychiatre consultante.

3. Observation psychomotrice

Au mois de janvier 2015, Serena, est reçue avec Mme D pour une première séance de psychomotricité. Elle est alors âgée de 5 mois et 15 jours. L'observation psychomotrice est basée sur l'évaluation des capacités et des difficultés d'organisation de l'enfant. C'est à partir de cette observation que le psychomotricien peut élaborer le projet thérapeutique de l'enfant et définir les axes de travail à poursuivre. Cette évaluation se fait systématiquement en présence d'au moins un parent (ou figure d'attachement), et se déroule sur une seule séance. Les différents items abordés sont le regard, la présence du bébé, son organisation tonico-posturale ainsi que sa motricité globale, ses capacités sensorielles, ses praxies, ses

¹²Cf *Infra* p.80

capacités de régulation tonico-émotionnelle, et enfin tout ce qui concerne l'alimentation et la sphère orale.

- Regard/présence :

Serena est une enfant bien présente dans le regard. Elle recherche activement la présence de l'adulte par un écarquillement des yeux important et un agrippement au visage. Ce sont des signes d'hypervigilance.

- Organisation tonico-posturale et motricité globale :

Serena présente une bonne organisation symétrique, elle bascule son bassin et tient ses pieds avec sa main gauche. C'est une enfant hypertonique, particulièrement du bas du corps. Elle fait des mouvements de flexion/extension des jambes et tape fort des pieds sur le plancher. Les mouvements ne sont pas variables ni complexes, la motricité du bas du corps est raide, saccadée, et n'est pas dissociée. Serena ne roule pas sur le côté seule, les retournements ne sont pas possibles. On peut noter un tiré assis normal. Toutefois, la torsion n'est pas installée chez Serena, elle n'a pas les appuis nécessaires à une bonne stabilité corporelle. Il en découle une hypertonie visant à pallier à ce manque de stabilité.

- Capacités sensorielles/ praxies, préhension/ intérêt pour les objets :

Lors de l'évaluation de la modalité visuelle, nous notons un écarquillement des yeux lors de la présentation du panneau texturé en focal avec un agrippement du regard aux objets forts en contrastes. La poursuite visuelle lente est laborieuse pour Serena, avec un détournement du regard au passage de l'axe médian. Elle a besoin de beaucoup d'appuis corporels, et notamment d'un soutien au niveau du bassin. L'orientation par stimulation visuelle seule est possible à droite mais laborieuse ; elle est absente à gauche. L'orientation est favorisée lorsqu'elle est soutenue par une stimulation auditive ou lorsqu'elle est soutenue en position assise sur les genoux de son parent.

Le système auditif est un appui pour l'exploration sensorielle. Serena présente une coordination audio-visuelle bien installée. Elle aime particulièrement les stimulations auditives fortes qui présentent une vertu apaisante.

Serena présente des irritabilités tactiles et se désorganise au passage des bâtonnets sur ses avant-bras ainsi que sur ses jambes. Elle présente des difficultés à attraper un objet au contact, surtout à droite.

Le système vestibulaire est un appui important pour Serena. Les bercements verticaux la calment. Elle s'endort très vite en voiture ; les stimulations fortes l'apaisent.

L'exploration sensorielle de l'environnement semble très réduite. Les modalités sensorielles sont utilisées comme des agrippements et non comme des outils d'exploration. Serena montre des difficultés à s'orienter et à organiser sa motricité dans un but précis.

- Capacités de régulation tonico-émotionnelle

Lorsqu'elle se désorganise, elle se rassemble en se tenant les mains et en les mettant en bouche, et ce à condition d'être soutenue par l'adulte ; elle n'en est pas capable seule au tapis. Serena ne parvient pas à se calmer seule et a besoin d'être bercée dans les bras de son assistante maternelle, ainsi que d'être enveloppée par le son de sa voix. Seules les stimulations vestibulaires et auditives intenses lui permettent de retrouver une certaine stabilité. Serena est par ailleurs très fatigable.

- Conclusion :

Le développement psychomoteur de Serena n'est pas harmonieux. Elle présente une hypertonie qui compense sa difficulté à construire des appuis corporels stables. Elle présente des irritabilités tactiles et un investissement prédominant des systèmes vestibulaire, visuel et auditif auxquels elle s'agrippe, ce qui réduit les possibilités d'exploration. Il est important de noter des difficultés de régulation sur le plan tonico-émotionnel avec des signes d'hypervigilance. Son équilibre sensori-tonique paraît très réduit. Elle se désorganise très vite, et est incapable de s'apaiser seule.

4. Un accompagnement qui s'inscrit dans le temps

Serena est suivie à la consultation parents-bébé depuis ses premiers mois, et l'évolution est lente. C'est un travail de très longue haleine qui a été entrepris auprès d'elle et de sa famille d'accueil.

a) Un début difficile

Le suivi en psychomotricité débute le 15 janvier 2015 à raison d'une séance hebdomadaire en individuel, avec l'assistante familiale. Lorsqu'elle rencontre Serena, la psychomotricienne est tout de suite frappée par l'insécurité affective dans laquelle elle se trouve enfermée. Elle voit en elle un bébé hypertonique et agrippé à sa sensorialité

(agrippements visuels, sonores et vestibulaires en particuliers). Cela ne lui permet pas d'explorer son corps et de construire des appuis corporels et psychiques stables. Cette carapace entraîne Serena dans une grande dépendance à l'adulte, sans pouvoir s'y attacher de façon sécurisée. Serena dort peu, mange peu, ne joue pas et pleure beaucoup. Elle a sans cesse besoin de verticalité ; la position allongée la désorganise très vite. Elle semble lutter contre la pesanteur, contre la possibilité de donner son poids ; contre un attachement possible.

Les premiers mois de prise en charge sont très compliqués : la sécurité de base n'est pas installée chez Serena, elle est vraiment dépendante de sa figure. La psychomotricienne avait même l'impression de représenter une menace pour Serena. Elle me décrit ce contre-transfert négatif : « Un jour, dans les premières séances, alors qu'elle était dans mes bras, je lui ai présenté un petit jouet. Elle l'a regardé, puis m'a regardé, et dans ses yeux, dans son corps, j'ai senti que je pouvais être dangereuse pour elle. » Nous verrons que ce contre-transfert négatif est récurrent auprès des enfants comme Serena, et il faut réussir à travailler avec ; à être suffisamment contenant et étayant pour passer au-delà, et permettre à l'enfant de s'apaiser.

b) Une évolution au fil des mois

L'évolution de la prise en charge s'est faite petit à petit. La psychomotricienne a cherché à mettre en place un fond de continuité suffisamment sécurisant pour permettre à Serena de lâcher quelque chose, de commencer à se laisser porter sans avoir continuellement peur de tomber. Elle a ainsi entrepris un travail visant à permettre à Serena de construire sa sécurité interne et de prendre conscience que son corps peut être un appui. Elle lui apporte les stimulations auditives et vestibulaires dont elle a besoin pour se sentir un minimum contenue et sécurisée.

Suite à son hospitalisation de trois semaines pour anorexie du bébé, Serena s'est un peu apaisée. En effet, à son retour, la psychomotricienne note une nette amélioration : elle a pris du poids, montre des capacités à se détendre partiellement, un plaisir à se mettre en mouvement, et une appétence pour les objets et l'environnement. Des nouveautés apparaissent en séances. Le jeu en lien avec l'autre (même primaire) devient possible. Elle commence également à enruler le bas de son corps de manière active, ce qui implique qu'elle trouve des appuis. C'est comme si cette hospitalisation avait donné un nouveau tournant dans le développement de Serena.

Au fil des mois, Serena a continué à réaliser des progrès. Elle commence à marcher au mois de novembre 2015, ce qui lui permet d'être un peu plus tranquille, les jeux de coucou/caché deviennent possibles. Mais elle reste très tonique, et instable au niveau de ses appuis plantaires : elle marche en avant avec les doigts de pieds en griffe. Au mois de janvier 2016, Serena est plus posée dans l'espace, elle s'apaise plus facilement. Elle commence à accepter qu'on la touche, et un travail sensoriel est donc possible, ce qui apporte de nouvelles perspectives à la prise en charge. Toutefois sa sécurité de base n'est toujours pas en place. L'angoisse de séparation de sa figure d'attachement est bien présente. Serena a toujours besoin de la proximité de son assistante maternelle et elle se désorganise dès qu'elle s'éloigne.

c) Mon arrivée dans les séances

Je rencontre Serena et Mme D. à l'occasion d'une séance individuelle à la consultation parents-bébé au mois d'octobre 2016. Je l'avais aperçue quelques semaines plus tôt dans les couloirs de l'établissement. Elle m'avait fait l'effet d'une petite tornade qui tourbillonne, et se cogne un peu partout sans pouvoir s'arrêter sereinement. Le jour de notre véritable rencontre, je me demandais comment elle allait réagir à ma présence durant sa séance de psychomotricité. J'ai été surprise de la facilité avec laquelle elle est venue vers moi alors que je n'étais encore qu'une étrangère pour elle. Comme je m'y attendais, elle est restée collée à son assistante familiale un moment en début de séance, mais elle me regardait beaucoup, me souriait. Elle me donnait l'impression d'avoir envie de venir vers moi pour me découvrir. Elle a fini par venir, pour me donner un petit jouet que lui avait proposé la psychomotricienne. Puis elle n'a plus cessé de faire des allers-retours entre Mme D., la psychomotricienne et moi, comme si un nouvel espace existait pour elle entre nous trois. C'est quelque chose qui m'a beaucoup questionnée.

Après avoir longuement échangé au sujet de Serena avec la psychomotricienne, il est apparu que ce grand changement que constituait mon arrivée, avait d'une certaine manière apporté un autre tournant dans l'évolution de Serena. Le lien à l'autre est abordé sous un nouvel angle, de nouveaux jeux sont possibles. Finalement l'accompagnement en binôme s'est avéré être extrêmement enrichissant dans le cadre du suivi de Serena.

d) les enjeux de la prise en charge

Depuis le début de son suivi en psychomotricité, Serena a beaucoup évolué. Et les enjeux de la thérapie psychomotrice ont évolué avec elle. Il a d'abord fallu travailler sur le corps de Mme D, proposer des portages, des mises en forme corporelles, des massages, etc. Le premier objectif était de permettre à Serena d'être autonome au tapis, sous le regard de l'adulte.

Quoi qu'il en soit, au fil de l'évolution de Serena, la psychomotricienne a dû jouer un rôle de pilier pour elle, pour son assistante familiale, et pour leur relation figure d'attachement-bébé. Un pilier qui tienne, quelles que soient les angoisses que projetait Serena sur elle ; afin de garantir un espace sécurisé et stable. C'est cette base de continuité qui a permis à Serena de commencer à se construire des appuis, des repères suffisamment sécurisants pour ne pas se désorganiser lors de l'introduction de changement. Mon arrivée dans les séances apporte des changements intéressants dans l'évolution de la prise en charge sur le plan relationnel. En effet, la venue d'une personne étrangère dans cet espace/temps qui lui est consacré demande à Serena une certaine adaptation. Par ailleurs, cela vient ajouter une nouvelle dimension de tiers dans la relation dont je parlerai plus tard.¹³ Je pense que si mon arrivée dans les séances a pu permettre à Serena de réaliser de nombreux progrès, c'est grâce aux fondations d'une sécurité interne qui commençaient déjà à se dessiner chez elle.

Aujourd'hui, Serena est beaucoup plus autonome, elle mange bien, dort bien, mais une certaine agitation perdure. Elle a encore besoin d'un gros étayage pour construire une sécurité affective interne sur laquelle elle puisse s'appuyer pour explorer l'environnement et l'autre de manière sereine. Elle conserve une motricité très raide (« en bloc »), et un besoin régulier de réassurance, vestiges de son vécu traumatique « précocissime ».

C. Amadou

Je rencontre Amadou lors d'une séance individuelle à la consultation parents-bébé. Lors de notre rencontre, il a 18 mois. C'est un petit garçon d'origine malienne. Sa peau est noire, il a les cheveux courts et crépus. Comme Serena, il dégage cette impression de dureté dans sa façon d'être. Lui aussi présente un mode d'attachement particulier à son assistante familiale. Il stoppe toute activité dès qu'elle se déplace, et se désorganise lorsqu'elle

¹³ Cf *infra* p.

s'éloigne. Par ailleurs, sa façon d'investir l'espace me rappelle d'une certaine façon celle de Serena, qui déambule d'un point à un autre, et s'agrippe aux objets sans les utiliser. J'ai pensé que ce n'était pas un hasard et j'ai voulu en connaître davantage sur son histoire.

1. Contexte familial

Avant toute chose, il faut savoir que le suivi d'Amadou est beaucoup plus récent que celui de Serena. Comme pour cette dernière, il a été compliqué de connaître dans le détail l'histoire de vie de l'enfant étant donné que nous ne sommes pas en contact direct avec les parents. En effet, dans ces cas de figure où les enfants sont placés, il y a souvent un ou plusieurs intermédiaires entre le thérapeute et les parents et il est parfois difficile de recueillir des informations complètes et détaillées sur l'enfant ; bien souvent ces informations, pourtant précieuses, arrivent au compte-goutte.

a) Venue au monde d'Amadou dans un contexte difficile

Amadou est le dernier d'une fratrie de six enfants. Il a deux grandes sœurs (les plus âgées) et trois frères. Nous avons peu d'informations concernant le contexte de la venue au monde d'Amadou, mais nous savons qu'il a passé son premier mois de vie porté par sa mère, dans une écharpe de portage de manière continue. Amadou était donc toujours allaité du même côté, et a vécu pendant plusieurs semaines dans la même posture : collé à sa mère, avec les jambes écartées et la tête tournée toujours du même côté. Durant cette période, très précoce dans le développement d'Amadou, sa mère aurait régulièrement été violente par son mari. Ces violences physiques auraient d'ailleurs débuté avant même la naissance d'Amadou, pendant la grossesse. Nous apprenons au mois de décembre que toute la fratrie était également la cible de négligences et de maltraitances importantes. Sur décision judiciaire, Amadou est placé au bout d'un mois dans une famille d'accueil de l'ASE où il vit aujourd'hui avec Moussa, l'un de ses frères (le plus jeune).

b) Qu'en est-il aujourd'hui ?

Amadou et ses frères et sœurs sont tous répartis dans trois familles d'accueil, deux par deux par ordre d'âge. Il est à noter que deux des familles d'accueil (celle d'Amadou et Moussa, et celle de leurs deux frères du milieu) ont des liens de parenté : les assistantes familiales sont mère et fille. Amadou voit donc ses trois frères très régulièrement. Les deux

sœurs aînées vivent dans une troisième famille d'accueil et voient occasionnellement les quatre garçons.

Sur le plan judiciaire la situation est particulièrement compliquée. Une enquête judiciaire débute au mois d'octobre, avec onze chefs d'inculpation (maltraitance grave, violences physiques, négligences, etc.) à l'encontre des parents d'Amadou. Dès le mois de décembre, à la demande de l'ASE, appuyée par d'innombrables informations préoccupantes et plusieurs courriers de différents professionnels (y compris de la psychomotricienne), un procès visant à la perte des droits parentaux est entamé. Toutes ces démarches, les longues périodes d'attente de jugement et l'incertitude quant aux décisions qui seront prises, perturbent significativement Amadou et ses frères et sœurs ainsi que leurs familles d'accueil.

Par ailleurs, les visites médiatisées avec les parents se passent de plus en plus mal. Amadou et ses frères sont « ingérables » (propos de l'assistante familiale) après chaque entrevue avec les parents, ils se désorganisent, pleurent, peuvent devenir violents. Nous le constatons également en séance de psychomotricité. Il semble que le père fasse peur aux enfants, un des frères d'Amadou aurait dit du père pendant une des visites « Il fait les mêmes yeux que quand il frappait Amadou ». Au mois de décembre j'apprends que les frères et sœurs aînés d'Amadou refusent désormais de se rendre aux visites médiatisées pour voir leurs parents. Finalement, dans le courant du mois de février, les visites médiatisées sont suspendues sur décision de l'ASE, suite à une visite qui a mal tourné. Le père aurait eu des propos et des gestes violents à l'encontre de la médiatrice référente de l'ASE durant la visite (donc en présence des enfants).

2. Histoire de vie

Amadou est un petit garçon né le 25 mars 2015, par voie basse et sans complication notable au moment de l'accouchement. Après un court séjour dans le service de maternité, il vit pendant un mois chez ses parents. Nous avons vu que durant ce premier mois de vie, Amadou est continuellement porté en écharpe par sa mère, toujours du même côté. Nous savons également durant cette période, elle est la cible de violences conjugales. Amadou est alors mis sous la protection de l'ASE et placé dans une famille d'accueil sur décision judiciaire.

Durant les premiers mois qui ont suivi le placement, Amadou voit ses parents au cours de visites médiatisées plus ou moins régulières. Lorsque Mme B. (l'assistante familiale) nous parle du comportement d'Amadou et Moussa dans les jours qui suivaient ces visites,

elle décrit quelque chose d'assez proche du comportement de Serena. « Les garçons devenaient ingérables », « Ils pleuraient sans arrêt, criaient, tapaient », « c'était la guerre pendant les repas ». Ce comportement montre la présence d'angoisses dévastatrices chez Amadou. Encore une fois, on peut penser à un état de stress post-traumatique. Mme B se confie parfois en nous disant que ces premiers mois ont été très difficile moralement et physiquement. Les difficultés dont elle nous fait ainsi part, font écho à celles rencontrées par la famille d'accueil de Serena.

Amadou est adressé à la consultation parents-bébé par le médecin du centre de protection maternelle et infantile (PMI) de secteur. Il est reçu par la pédopsychiatre pour une première consultation le 26 mai 2016, alors qu'il est âgé de quatorze mois. La pédopsychiatre, consultante de la famille d'accueil, reçoit Amadou et Mme B une fois par mois environ. Il est également suivi en psychomotricité avec comme motif initial un retard global de développement lié à une hypertonie massive.

3. Observation psychomotrice

Au mois de mai 2016, Amadou, est reçu avec Mme B pour une première séance de psychomotricité. La psychomotricienne, a alors réalisé une observation psychomotrice basée sur l'évaluation des capacités et des difficultés d'organisation de l'enfant, comme nous l'avons vu pour Serena. Cette observation lui a permis de mieux comprendre le fonctionnement d'Amadou et de définir les axes de travail à poursuivre. N'ayant pas de trace écrite du compte rendu de cette évaluation, j'ai choisi de rendre compte de ma propre observation d'Amadou au moment de notre rencontre. Il était alors âgé de 18 mois.

L'organisation tonico-posturale d'Amadou très particulière. On peut le décrire comme un bébé hypertonique. Il dégage une extrême dureté et, dans certaines situations, de l'agressivité. Une grosse asymétrie reste présente : tout un côté du corps sert d'appui, et l'autre sert à explorer. Il n'y a pas d'alternance dans les transferts d'appuis. Son moyen de locomotion est atypique. Il se déplace assis, avec une jambe qui se déplie pour avancer, et l'autre qui sert d'appui ; il en est de même pour les membres supérieurs. Lorsqu'il essaye de se mettre debout, il peut passer par la position du chevalier servant, mais le transfert reste très coûteux (la respiration se bloque, il se tient à sa respiration et a recours au tonus pneumatique). Amadou se déplace beaucoup dans l'espace, mais pas toujours de manière organisée. Lorsqu'il a un objectif à atteindre, il ne s'organise pas toujours pour faire le trajet le plus court, ou le plus simple.

Sur le plan sensoriel, Amadou présente certaines irritabilités. C'est comme si des stimulations trop intenses pouvaient le perforer, l'intruder. Des stimulations tactiles passives sont susceptibles de le désorganiser. Il accepte plus facilement le contact actif de certaines matières : c'est lui qui choisit de toucher ou non l'objet, il contrôle ainsi la durée et l'intensité de la stimulation. Chez Amadou, la vue de l'objet déclenche une excitation, qui ne peut devenir une curiosité sensorielle et se déployer en un jeu investi. L'objet est capté par le regard, saisi par les mains, et aussitôt délaissé et oublié, ou agité sans réelle intention. On dirait que l'avidité d'avoir ne se transforme pas en plaisir de chercher et de savoir.

Sur le plan relationnel, il a visiblement fait de gros progrès. Il parvient à s'éloigner de son assistante familiale, en gardant un contact visuel (elle doit rester dans la pièce), et en retournant de temps en temps retrouver un contact de réassurance. Des échanges de balles sont possibles sans qu'il ne se désorganise, mais la distance à l'autre reste une grande problématique pour Amadou. Il va parfois venir complètement se coller à l'autre (y compris à moi, alors qu'il vient de me rencontrer), puis va s'en éloigner et lancer très fort la balle dans sa direction. Les allers-retours entre son assistante familiale et l'autre, le jeu, la relation, sont désormais possibles.

4. Un accompagnement qui s'inscrit dans le temps

Cela va faire un an qu'Amadou est suivi à la consultation parents-bébé. Douze mois dans la vie d'un tout petit c'est très long. Sur cette période, Amadou a fait de nombreux progrès. Comme pour Serena, l'évolution est lente, et pas toujours évidente mais chaque petit pas en appelle un autre et il n'y a pas de petite victoire.

a) Un début difficile

Amadou est suivi en psychomotricité par la deuxième psychomotricienne de la consultation parents-bébé. Elle le voit depuis le mois de mai 2016 en séances hebdomadaires, et en présence de son assistante familiale, Mme B. Il n'est pas rare que son frère Moussa et la fille de l'assistante familiale, Lena, soient également présents lors des séances. Lorsque nous parlons d'Amadou, la psychomotricienne m'explique que les six premiers mois de prise en charges ont été difficiles. Elle était en proie au doute, avait l'impression de ne pas avancer. Amadou pleurait énormément pendant les séances, et c'était difficile de réellement *faire* quelque chose. En réalité elle faisait déjà beaucoup, en proposant un espace-temps qui tienne, quelles que soient les attaques d'Amadou vis-à-vis

de ce cadre. Elle a tenu et a continué la prise en charge malgré le doute, le sentiment d'impuissance et l'impression de ne pas avancer dans ses axes thérapeutiques. Malgré toutes les projections négatives qu'avait Amadou, elle a maintenu le cadre des séances de psychomotricité, un cadre solide, contenant ; par la même occasion elle a conservé la relation thérapeutique, indestructible, bien que mise à mal. Finalement, ces premiers mois, bien qu'éprouvants, ont permis d'ancrer les choses, et d'offrir ainsi à Amadou cet espace sûr et stable dont il a tant besoin.

b) Une évolution au fil des mois

Comme nous l'avons vu, pendant les premiers mois, il était impossible pour Amadou de se détacher, voire même de se « décrocher » de son assistante familiale. Le simple fait de perdre le contact physique avec elle était source d'une trop grande angoisse qui le débordait et il se désorganisait complètement. Il était donc totalement agrippé à elle. Elle le dit elle-même lors de notre rencontre au mois de novembre : « Il était vraiment collé à moi, comme s'il voulait rentrer. » Cela a compliqué la prise en charge. Il était très difficile pour la psychomotricienne de faire un réel travail avec Amadou qui pleurait beaucoup et refusait toute proposition. C'est au bout de quelques mois que les séances commencent à être moins chaotiques et que de réels progrès sont visibles.

Aujourd'hui Amadou a beaucoup évolué. Il a fait de gros progrès, notamment sur le plan de l'organisation posturo-locomotrice et des capacités de régulation tonico-émotionnelles. Mais il présente encore de nombreuses difficultés relationnelles et un important retard de développement psychomoteur.

c) Mon arrivée dans les séances

Je rencontre Amadou au mois de novembre 2016, au cours d'une séance de psychomotricité. Il est alors âgé de 1 an et 7 mois. Ce jour là il est accompagné de Mme B et de son frère Moussa. C'est la psychomotricienne qui, au bout de quelques semaines, m'a proposé de la suivre pendant ses séances avec Amadou, pensant qu'il serait intéressant pour moi de le rencontrer.

Dès la première séance il vient facilement vers moi, me réclame des câlins. Je suis une étrangère pour lui, et pourtant je ne note pas de différence significative entre sa distance avec la psychomotricienne et avec moi. Très rapidement, un petit jeu s'est mis en

place avec un échange de balle entre Amadou, Mme B, la psychomotricienne et moi. Puis il a attrapé la balle, et il a continué à faire le trajet de la balle lui-même. Allant de genoux en genoux, pour poser son dos contre le buste de l'adulte pendant quelques instants, avant d'aller vers la personne suivante. Pour moi cela fait écho aux allers-retours de Serena évoqués plus haut, et à ce nouvel espace de relation nouvellement créé par l'arrivée d'une nouvelle personne.

En discutant avec la psychomotricienne de la prise en charge d'Amadou, je n'ai cessé de faire des liens avec le travail réalisé auprès de Serena. Elle aussi trouvait que mon arrivée dans les séances apportait de nouvelles perspectives et permettait à Amadou de jouer de nouvelles choses dans cet espace-temps qui lui est consacré. Encore une fois l'accompagnement en binôme s'est avéré être très intéressant.

d) Les enjeux de la prise en charge

L'accompagnement d'Amadou en psychomotricité est encore récent. Nous avons vu que pendant plusieurs mois, le travail entrepris a consisté à accueillir Amadou et Mme B chaque semaine, dans une continuité suffisante, et à s'ajuster le mieux possible. Le travail qu'a entrepris la psychomotricienne auprès d'Amadou et de son assistante familiale a été de mettre en place un cadre sécurisant, et suffisamment solide pour permettre à Amadou de se détacher de son assistante afin d'aller vers l'exploration des objets et de l'environnement. Au fil de l'année de nombreux progrès sont réalisés. Au mois d'avril, la marche est bien acquise, et Amadou semble un peu apaisé, une fois cette étape franchie. Il peut désormais se déplacer plus librement, et régulièrement venir se réassurer auprès de son assistante. Quoi qu'il en soit, le petit garçon a toujours grand besoin d'être contenu. La notion de continuité est ici très importante, car c'est elle qui vient apporter des repères au petit garçon, qui peut ainsi commencer à éprouver ce sentiment de sécurité dont il manque tant.

Chez Serena et Amadou, un vécu traumatique extrêmement précoce, suivi d'un placement en famille d'accueil a bouleversé la construction schéma relationnel « normal » avec une figure d'attachement. Il semble nécessaire de revoir les bases théoriques à ce sujet pour mieux comprendre la façon dont ils ont pu se construire.

III- Les interactions précoces autour de la naissance : un carrefour déterminant dans le développement du bébé et la construction de la sécurité de base

La construction, le maintien et la thérapeutique des liens précoces parents-bébé concernent au premier plan le travail du psychomotricien en service de la psychiatrie périnatale. Nous allons voir, avec Amadou et Serena, qu'un vécu traumatique, avant même la naissance, peut perturber les premiers liens, et être à l'origine de troubles du développement ou de symptômes psychosomatiques et comportementaux chez le bébé. On peut alors se demander ce qui se joue de déterminant, avant la naissance, dans la mise en place de ces interactions précoces - voire même *précocissimes*. Au regard de l'insécurité flagrante chez Amadou et Serena, on peut également s'interroger sur la façon dont la qualité des interactions précoces déterminera le développement du tout petit et la construction d'une sécurité de base satisfaisante.

A. Les interactions précocissimes : un début *in utero*

« Qui ne s'est un jour, interrogé sur la vie ?

Qui ne s'est, une fois, demandé ce qu'elle est ?

Questions trop ambitieuses.

Et sans réponses.

Mais à qui, plus modestement, demande :

'Où la vie commence-t-elle ? Et quand ?'

Une réponse vient, immédiate, aussi simple qu'évidente :

'La vie commence à la naissance.'

Et toute inquiétude disparaît.

Evidence ?

La vie commence à la naissance ...

Vraiment ?

Dans le ventre ...

Dans le ventre de sa mère, l'enfant n'est-il pas déjà vivant ?

Ne bouge-t-il pas ?

Sans doute, il bouge. Mais il n'y a là, disent certains, que simple activité réflexe.

Activité réflexe ! Non !

Nous savons, aujourd'hui, que, bien avant d'avoir 'vu le jour', l'enfant perçoit la lumière. Et qu'il entend. Et que, de son obscure retraite, il est à l'écoute du monde.

Nous savons même qu'il passe de la veille au sommeil. Et même qu'il rêve !

En sorte que, faire commencer la vie à la naissance, c'est se tromper grossièrement.»¹⁴

Comme le dit magistralement LEBoyer F. dans son œuvre, la vie du bébé commence bien avant la naissance. Nous allons alors nous intéresser à ce qui s'inscrit dans le vécu sensorimoteur du bébé, alors qu'il est porté dans le ventre de sa mère.

1. Le bain sensoriel in utero : quelles premières perceptions pour le bébé ?

BUSNEL M-C., GRANIER-DEFERRE C., LECANUET J-P., et LEHMANN A., ont présenté un résumé¹⁵ de nombreuses études réalisées sur la sensorialité fœtale, en ajoutant aux informations recueillies chez l'homme, les résultats d'expérimentations conduites sur diverses espèces de mammifères. Leurs recherches sur le développement fonctionnel des systèmes sensoriels du fœtus démontrent que ces systèmes fonctionnent *in utero*. Ainsi, dans le développement fœtal, au fil des mois et des étapes de maturations du système nerveux, apparaissent des modalités sensorielles, permettant au fœtus de percevoir la richesse du monde intra-utérin où tout n'est que sensorialité. Tout est constamment en mouvement pour le bébé porté dans le ventre de sa mère. Nous allons nous intéresser à la manière dont tout cela va s'inscrire dans le développement sensori-moteur de l'enfant.

La modalité auditive apparaît au cinquième mois de grossesse, lorsque le développement de la structure de l'oreille interne est achevé. L'environnement sonore intra-amniotique, essentiellement constitué de fréquences sonores inférieures à 500-700 Hz comprend tous les bruits de fond biologiques maternels et fœtaux (respiratoires, cardiaques, gastro-intestinaux, frottements liés aux mouvements ...), ainsi que certaines composantes de bruits externes.

Le fœtus est dans un environnement sonore varié, composé de bruits endogènes (rythme cardiaque de la mère, circulation sanguine, placentaire, borborygmes intestinaux) et

¹⁴ LEBoyer F., (1976), p.11

¹⁵ LEBOVICI S., et WEIL-HALPERN F., (1989) pp.157-163

exogènes (voix parlée et chantée, musique, bruits de l'environnement extérieur). En réponse à un son, une voix ou une mélodie, le bébé bouge. La voix maternelle est perçue grâce à son rythme et son intonation et le bébé peut percevoir les états affectifs de sa mère. Il semble alors exister un premier partage émotionnel. Tous ces sons perçus par le fœtus dans le ventre de sa mère, sont les premiers repères de rythmicité, de continuité, qui s'inscrivent dans la mémoire sensorielle du fœtus. Ainsi le système auditif constitue un puissant opérateur de continuité : il marque un lien entre la vie du bébé dans le ventre de sa mère, et le milieu extérieur.

Le fœtus est sensible à l'effleurement dès la septième semaine de gestation et la maturation du système somesthésique est achevée au sixième mois, lorsque tout le corps présente des récepteurs sensoriels tactiles.

Le système vestibulaire, lui, commence à se mettre en place au quatrième mois, avec l'achèvement de la maturation des canaux semi-circulaires de l'oreille interne.

Les sensibilités tactile et vestibulaire du fœtus sont liées surtout en fin de gestation. « Toute la peau du fœtus est en contact étroit avec la « peau » amniotique. Si bien que la moindre variation de mouvement de posture ou de crispation maternelle frotte contre le dos du petit. »¹⁶ Par ailleurs, le fœtus est soumis, de façon croissante avec l'avancement de la grossesse, à des contacts avec les parois de l'utérus et le cordon ombilical, entre les différentes parties de son corps, à l'occasion de mouvements propres ou de déplacements maternels.

Les systèmes olfactif et gustatif sont étroitement liés. Le premier est fonctionnel à partir de la huitième semaine de grossesse, avec la maturation des bulbes olfactifs qui paraissent en mesure de détecter les molécules odorantes en milieu liquidien. Le second se met en place à partir de la douzième semaine avec la maturation des récepteurs gustatifs.

Dans l'utérus, les cavités nasales et buccales du petit sont remplies du liquide amniotique qu'il va goûter, et auquel il va se familiariser. Selon B. CYRULNIK, la mère « parfume son liquide amniotique avec son propre corps »¹⁷ et par sa propre atmosphère olfactive. Le bébé lui-même s'en saisit, si bien qu'une fois venu au monde aérien, on comprend pourquoi il s'apaise au contact d'un coton imprégné de l'odeur familière de sa mère. Les différentes stimulations sensorielles perçues par le fœtus *in utero* s'inscrivent donc dans sa mémoire neurologique, lui permettant de se repérer après la naissance.

¹⁶ CYRULNIK B., 2000, p.59

¹⁷ CYRULNIK B., 2000, p.57

La vision se développe autour de la vingtième semaine de gestation. Le fœtus bat des paupières, et fait des mouvements oculaires dans toutes les directions. Toutefois, à la naissance le système visuel n'est pas mature. Le nourrisson a une très faible acuité visuelle et s'intéresse davantage aux contrastes.

« Les bébés sont compétents bien avant de naître. Ils sont équipés d'une organisation neuropsychologique qui les rend aptes, avant toute expérience, avant tout apprentissage, à percevoir, traiter et structurer les informations venues de leur environnement. »¹⁸ Ainsi, lorsqu'il naît, le bébé possède déjà une histoire sensorielle intra-utérine. Au fil de la maturation de ses systèmes sensoriels, il réalise ses premières expériences tactiles, olfactives, gustatives et auditives qui constituent une première enveloppe sécurisante. Cette expérience sensorielle fœtale a des effets structuraux qui contribuent à l'ajustement des systèmes sensoriels et des comportements d'orientation vers tel ou tel type de stimulation fœtale. La familiarisation à certaines caractéristiques olfactives, gustatives et vocales de la mère peut faciliter l'installation du lien en assurant une continuité entre les perceptions fœtales et les perceptions néonatales reconnues comme similaires.

Le nouveau-né peut ainsi, dans une certaine mesure, se repérer après la naissance, et s'orienter vers sa mère. Il s'agit là d'un phénomène très important dans l'évolution des interactions précoces mère-bébé, et dans le processus d'attachement. Le bébé, par le toucher, la vue, l'audition, l'odorat et le système vestibulaire pourra ainsi réagir au toucher, au regard, à la voix, à l'odeur et aux variations vestibulaires engagées dans la relation avec son parent.

2. Le « pré-dialogue tonique »¹⁹, P. DELION

Alors qu'il est porté dans le ventre de sa mère, le bébé est enveloppé dans une véritable cavité protectrice, formée par la paroi utérine, le liquide amniotique, et le placenta. Il est continuellement bercé par les mouvements de sa mère et par sa voix. La paroi utérine offre un appui-dos au bébé permettant, dans un premier temps, de contenir ses réactions réflexes en extension. Dans sa position fœtale, le bébé est bien enroulé, avec les bras et les jambes repliées, protégeant le plexus solaire et l'abdomen contenant tous les organes. Le muscle de la paroi utérine confère un appui-dos allant de la nuque jusqu'au bassin, et induit une position de réelle détente pour le bébé.

¹⁸ CYRULNIK B., 1989, p.30

¹⁹ DELION P., 2011, p.21

Ce muscle qui tapisse la paroi utérine et entoure le fœtus assure une continuité entre les deux êtres, permettant au bébé de ressentir des variations toniques liées aux états émotionnels, affectifs, de sa mère. Le dialogue tonico-émotionnel entre la mère et son bébé, commence, en ce sens, bien avant la naissance. P. DELION parle d'un « ajustement postural intra-utérin, sur fond de pré-dialogue tonique »²⁰. Il est intéressant de se dire que les états toniques de la mère peuvent déjà influencer ceux du bébé. B. CYRULNIK établit un lien entre la détente de la mère lorsqu'elle rêve et celle du fœtus. « Depuis l'échographie on peut avancer l'explication suivante : lorsque la mère rêve, son sommeil paradoxal provoque un intense relâchement musculaire qui modifie le tonus de la cavité utérine [...]. L'hypotonie musculaire de la mère, provoquée par l'état de rêve, provoque un relâchement du fœtus. »²¹. L'haptonomie proposée au fœtus est d'ailleurs un moyen de communication établissant un lien par ce flux, en communiquant par un toucher sensible avec le fœtus à travers le ventre de la mère. Après la naissance, un ajustement de qualité entre le bébé et son parent permettra au nouveau-né de retrouver ce contact rassurant. Cela l'inscrit dans une continuité de l'être entre deux espaces.

3. Qu'en est-t-il pour Amadou et Serena ?

Ayant pris connaissance de ce que peut percevoir le bébé de lui-même, de sa mère et du monde extérieur à travers sa sensorialité et le « pré-dialogue tonique » au cours de la grossesse, nous pouvons nous intéresser à ce qu'ont vécu Amadou et Serena. Ils ont été porté dans le ventre de leur mère, et ont eux aussi baigné dans ce bain sensoriel que nous venons de décrire. Ils ont pu percevoir tous les sons extérieurs, les mouvements de leurs mères, leurs propres mouvements, les odeurs, les éventuels contacts extérieurs avec le ventre maternel, etc. Mais ont-ils réellement vécu cette détente psychocorporelle, cette contenance, cette sécurité absolue dans laquelle se trouve le bébé porté dans le ventre de sa mère ?

Il me semble pertinent de présenter ici une vignette clinique qui pour moi fait écho à ce qu'ont pu vivre Serena et Amadou *in utero*. Il s'agit de Nolan, un bébé dont la mère présente un trouble psychiatrique de type psychopathique. Lors de notre rencontre, Nolan a six semaines et il semble avoir « perdu » son enroulement physiologique, permettant le rassemblement autour de l'axe. Il présente des postures d'extension de la colonne vertébrale, avec les bras en chandelier. Nous relevons chez lui des attitudes dénotant une

²⁰ DELION P., 2011, p.21

²¹ CYRULNIK B., 2000, p.60

hypervigilance. A la lecture du dossier, nous apprenons que l'obstétricien qui a suivi la grossesse, avait relevé une hypertension du fœtus *in utero*. Si l'on se base sur les écrits de P. DELION au sujet du pré-dialogue tonique, qu'a ressenti Nolan dans le ventre de sa mère présentant des troubles tonico-émotionnels massifs et une agitation importante ? Comment appuyer son dos sur une surface dérégulée, peu contenante ?

Nous savons que la mère d'Amadou, durant sa grossesse, a été victime de violences conjugales. Nous pouvons imaginer le climat de stress, de peur, peut-être de colère, qui a été son quotidien durant cette période. Que de sentiments sources de mal-être et de tension pour elle. Qu'a alors perçu Amadou de tout cela alors qu'il était porté dans le ventre de sa mère ? On peut d'ailleurs supposer qu'il a ressenti, à l'intérieur même de la « cavité utérine protectrice » des coups portés contre elle. Cela inscrirait la notion de douleur dans son vécu corporel *in utero*, censé être davantage emprunt de sécurité. Qu'a-t-il gardé de ce vécu traumatique ?

Par ailleurs, nous avons Serena, dont la mère, rappelons-le, a passé les derniers mois de grossesse dans des conditions extrêmement précaires : sans domicile fixe, à errer de foyer en foyer. Elle confie elle-même que cette période a été pour elle extrêmement stressante. Elle a également souffert physiquement, d'une insatisfaction de ses besoins biologiques de base (nourriture, hygiène, chaleur, sommeil, confort ...). On peut, ici aussi, se questionner sur ce qui est resté ancré de cette période, dans le corps de Serena qui était alors portée dans le ventre de sa mère. Qu'a-t-elle perçu du stress de sa mère par le biais du pré-dialogue tonique à travers la paroi utérine ? Quel impact a eu cette tension omniprésente dans un espace où elle aurait dû commencer à intégrer la détente et la sécurité ?

Les agressions diverses à l'encontre du corps de leur mère ont dû être ressenties par Serena et Amadou, notamment à travers le pré-dialogue tonique, principalement localisé dans le dos, haut lieu de l'intégration de la sécurité de base du bébé. Il est difficile d'évaluer quantitativement ce qu'ils ont pu percevoir, mais il est certain que quelque chose de cette violence, de cette souffrance, s'est inscrit dans leur vécu corporel durant leur vie fœtale. Amadou et Serena, au lieu d'être dans une détente associée à l'enroulement et au bien-être, se sont ainsi développés sur un versant hypertonique lié au stress et au mal-être découlant des conditions de vie anxigènes de leur mère. Cela se ressent encore aujourd'hui.

B. La naissance, une véritable césure

« J'ai montré le jeune aventurier, assailli dès qu'il se risque hors de sa retraite, par les mille monstres que sont les sensations du monde au-dehors. Elles l'attendent et le terrassent de leur fracassante nouveauté. »²²

F. LEBOYER, nous parle ainsi de la rupture que représente la naissance dans le vécu du bébé. L'interaction affective parents-bébé vécue durant cet évènement est alors d'une importance primordiale pour assurer une certaine continuité.

1. De la perte de contenance ...

La naissance marque la fin d'un état symbiotique avec la mère : les corps se séparent. C'est un vrai bouleversement pour le bébé. En quittant la matrice utérine, il entre dans un univers où il est soumis à de nouvelles conditions de vie. Les enveloppes sensorielles construites *in utero* sont effractées par la multitude des stimuli sensoriels et surtout par leur intensité. Le bébé est pour la première fois exposé à la lumière ; la température chute brutalement de quinze degrés ; la sensorialité tactile n'est plus alimentée de la même façon ; et surtout, les effets de la pesanteur s'exercent et pèsent sur leur corps de l'enfant.

Il passe ainsi d'un espace contenu et restreint où il était enveloppé et soutenu, à un milieu aérien où il doit gérer le vide et la pesanteur. E. BICK²³ compare la situation du nouveau-né à celle d'un astronaute qui serait projeté dans l'espace sans combinaison spatiale. Ce passage du dedans au dehors le propulse dans un espace beaucoup moins contenant et sécurisant que celui qu'il a connu jusque là. C'est toute l'organisation tonique et posturale du bébé qui doit faire face à ces nouvelles contraintes. Il subit la perte du regroupement dont il bénéficiait dans l'espace utérin. Il perd également l'arrière fond qui était assuré par les contractions du muscle utérin maintenant le regroupement et la détente musculaire.

De plus, la naissance marque l'arrêt de la continuité entre l'émergence d'un besoin et sa satisfaction. Les besoins du bébé ne sont plus directement comblés avant-même qu'il les ressent, il y a toujours un léger décalage. D. HOUZEL parle de « gradient entre le Self

²² LEBOYER F., 1976, p.13

²³ BICK E. in BRIGGS A., 2006, p.92

naissant de l'enfant et son objet libidinal »²⁴. Cet écart n'est pas seulement géographique, ni temporel, ce n'est pas seulement une distance ou un délai. C'est aussi un « écart dynamique, c'est-à-dire une sorte d'attraction qui attire le self vers l'objet avec une forme irréprouvable ».²⁵ Cette attraction est extrêmement puissante, et est source de turbulences, menaçant le Self de perte de cohérence et de destruction.

2. ...aux angoisses archaïques

Le nouveau-né se trouvant dans un « état de non-intégration »²⁶, c'est à dire dans une situation passive de totale impuissance, ne peut se représenter ce qu'il vit corporellement, comme la sensation de faim par exemple. Il se trouve ainsi l'objet d'« angoisses archaïques »²⁷ définies par M. KLEIN, également appelées « angoisses de précipitations »²⁸ par D. HOUZEL, ou encore « agonies primitives » par D.W. WINNICOTT. Ces angoisses extrêmement violentes, impensables, sont décrites comme la sensation de tomber en morceaux, sans fin, et n'avoir aucune relation avec son corps. Elles sont la manifestation d'une expérience que tout bébé connaît temporairement.

Pour que l'enfant se sente échapper à ces angoisses de précipitation, il faut que le système dynamique qui s'est créé avec la césure de la naissance se stabilise. Cela se fait grâce à la préoccupation maternelle primaire dont parle D.W. WINNICOTT, que l'on peut encore rapprocher de la capacité de rêverie maternelle, ou fonction alpha de W. BION²⁹. Elle permet à la mère de fournir un cadre et une adaptation suffisamment bons pour que l'enfant ressente un sentiment continu d'exister. La fonction alpha de la mère lui permet de détoxifier les projections de son bébé (éléments bêta) en s'identifiant à ses angoisses et en lui permettant de les réintrojecter sous forme d'éléments alpha, plus tolérables. La mère joue ainsi pour son enfant le rôle de contenant psychique. Cela suppose une relation d'intimité, de confort, de tendresse, qui nécessite une proximité physique entre la mère et le bébé. Elle s'étaye sur la proximité physique entre la mère et le bébé, leur contact peau à peau, et l'ensemble des interactions précoces que nous allons aborder.

²⁴ HOUZEL D., 2010, p.19

²⁵ HOUZEL D., 2010, p.19

²⁶ WINNICOTT D.W., 1969

²⁷ KLEIN M., (1976)

²⁸ HOUZEL D., (2010), p.20

²⁹ Cf *infra* p.52

C. Après la naissance, les interactions précoces

Les interactions *précocissimes*, que nous venons de voir, sont les premières mailles des liens qui vont se tisser progressivement entre la mère et son enfant. Une fois né, le bébé est immergé dans un monde inconnu, où il est totalement dépendant de l'adulte pour exister en tant que sujet. La qualité de la relation qui va s'établir avec son entourage, en particulier avec la figure maternelle, sera garante de l'harmonie de son développement affectif, cognitif, comportemental et social. Ces interactions se déclinent sur plusieurs modalités étroitement liées, nous allons nous appuyer sur différents auteurs pour essayer d'en cerner les enjeux.

S. LÉBOVICI, P. MAZET et J-P VISIER ont défini trois niveaux d'interactions précoces entre le bébé et la mère ou l'objet substitutionnel. Il s'agit des interactions comportementales, affectives et fantasmatiques.

1. Les interactions comportementales

Ces interactions, aussi appelées interactions réelles, définissent la façon dont les comportements de la mère et du bébé vont s'agencer l'un par rapport à l'autre. C'est un ensemble d'échanges directement observables entre le nourrisson et sa mère, suivant différents registres : corporel, visuel et vocal.

a) La place privilégiée du toucher dans les interactions précoces

« Chez les bébés, la peau prime tout. Elle est le premier sens. C'est elle qui sait. »³⁰ F. LEBOYER donne le ton : le toucher semble incontournable lorsque l'on parle d'interactions précoces. Dès les premiers jours de vie du bébé, il est touché par sa mère. Dans les soins, mais aussi à travers les caresses qu'elle lui fait. Le toucher lui permet d'investir une relation privilégiée avec son bébé. Elle peut, à travers ses mains, ses doigts, sa peau, exprimer son amour et sa tendresse pour le nourrisson. Le bébé ainsi enveloppé du contact chaleureux de sa mère aimante se sent exister et il peut éprouver un sentiment de sécurité.

³⁰ LEBOYER F., 1976, p.22

A. MONTAGU nous parle même d'un *besoin* pour le bébé d'être touché : « Le besoin d'une stimulation tactile tendre est un besoin primaire qui doit être satisfait pour que le bébé se développe et devienne un être humain sain et équilibré »³¹. Cela nous donne une idée de la nécessité de cette relation de toucher entre la mère et son bébé, dans les premiers jours et les premiers mois de vie.

b) Les interactions corporelles et la fonction maternelle primaire: l'apport de D.W. WINNICOTT

D.W. WINNICOTT introduit la notion de « préoccupation maternelle primaire »³² pour parler d'un état spécifique de la mère, qui se développe pendant la grossesse et dure ensuite quelques semaines après la naissance. Durant cette période, elle développe une sensibilité accrue et une empathie débordante à l'égard de son bébé. « Elle fait alors preuve d'une étonnante capacité d'identification à son bébé, ce qui lui permet de répondre à ses besoins fondamentaux comme aucune machine ne peut le faire et comme aucun enseignement ne peut le transmettre. »³³. La disponibilité de la mère et cette capacité à répondre immédiatement aux besoins du nourrisson, participent à l'étayage du Moi de l'enfant, permettant à ce dernier d'évoluer dans un milieu sûr, stable et adapté à ses besoins. Cette intégration psychocorporelle, induite par la mère, émane de trois fonctions essentielles dont nous parle D.W. WINNICOTT.

- Le *holding*, ou « maintien »³⁴ est la manière dont l'enfant est porté et tenu. Il est décrit par l'auteur comme un maintien physique et un maintien psychique. La mère, de par la qualité du portage offert, soutient son enfant et lui offre une contenance chaleureuse. La mère qui tient son bébé physiquement s'engage avant tout affectivement dans la relation. C'est une première forme d'amour qui donne au bébé le sentiment continu d'exister. Le *holding*, par la façon dont la mère soutient son bébé, procure à ce dernier des sensations données par le contact du dos et de la nuque sur le corps, le bras, la main de la mère ou divers plans soutenant. G. HAAG insiste sur « l'importance du contact-dos pour retrouver la sensation-sentiment de sécurité chez le nouveau-né »³⁵ Ainsi le vécu corporel d'une angoisse de

³¹ MONTAGU A., 1979, p.123

³² WINNICOTT D.W. 1992, p.59

³³ WINNICOTT D.W. 1992, p.59

³⁴ WINNICOTT D.W., 1992, p.92

³⁵ HAAG G., (1988), p.2

morcellement que nous avons évoquée, peut évoluer vers une perception et une représentation unifiée, globale, et différenciée du corps de l'enfant. D.W. WINNICOTT ajoute : « Quand le *holding* a été bon, le bébé ne s'en souvient pas mais, quand il a été insuffisant, le bébé garde le souvenir d'une expérience traumatique. »³⁶.

- Le *handling* ou « maniement »³⁷ désigne l'ensemble des soins corporels prodigués à l'enfant, tels que les changes, le bain, l'habillage, les caresses, ou encore les échanges cutanés lors de jeux interactifs entre la maman et son bébé. La qualité du *handling* se définit dans la répétition des soins quotidiens. L'auteur nous explique qu'il permet à l'enfant d'élaborer une conscience corporelle efficiente et participe à l'édification du Moi corporel.
- L'*object presenting*, que l'on peut tenter de traduire en français par « la présentation de l'objet ». Désigne la capacité de la mère à mettre à disposition de son bébé, un objet physique ou psychique au bon moment. Celui-ci vit alors une expérience d'illusion féconde, celle de se croire lui-même créateur de l'objet. C'est ainsi que l'enfant fait l'expérience du « trouvé-crée » à l'origine du sentiment d'omnipotence.

L'enfant qui reçoit ces soins maternels « suffisamment bons » va développer une confiance envers son environnement qui est favorable et donc développer la capacité d'être seul. La capacité d'un enfant, à être seul en présence de l'autre, est pour D.W. WINNICOTT primordiale pour une bonne maturité du développement affectif et l'émergence du Moi.

c) Miroir ô miroir : le regard dans les interactions précoces

Le regard est un des modes de communication privilégiés entre le nourrisson et sa mère. Il constitue dès les premiers jours de vie du bébé une modalité interactive essentielle. « Le regard a une fonction essentielle dès les premières interactions d'attachement. Dès la naissance, une mère parle des yeux de son nouveau-né, lui parle de son regard comme le

³⁶ WINNICOTT D., 1992, p.93

³⁷ WINNICOTT D., 1992, p.92

lien privilégié d'échange, premier lien sensoriel tendu entre eux ; le bébé recherche activement le contact œil-œil. »³⁸

Nous pouvons surtout l'observer lors de la tétée, lorsqu'une bulle se crée entre la maman et son enfant, entre autre, via le regard. A. COEMAN parle d' « espace de rencontre dans lequel le bébé en tant que partenaire d'interaction va être capable de manifester ses désirs, ses intentions. »³⁹. Ce moment particulier de la tétée (sein ou biberon) permet au bébé de regarder sa mère et réciproquement, pendant qu'elle le nourrit, en établissant avec lui des épisodes de regard mutuel. G. HAAG, dans son étude sur l'importance du contact-dos dans le développement psychique du nouveau-né, met en exergue « l'importance particulière des sensations du contact-dos dans sa liaison avec les éléments d'interpénétration bouche-mamelon et des regards, partie constituante notable des premières 'peaux psychiques' »⁴⁰. La tétée constitue ainsi un temps relationnel privilégié pour le bébé et sa mère.

Par ailleurs, D. WINNICOTT écrivait : « 'Que voit le bébé quand il (ou elle) regarde le visage de sa mère ?' Je suggère ici que, d'ordinaire, ce que le bébé voit est lui-même (ou elle-même). En d'autres termes, la mère regarde le bébé et l'image qu'elle donne d'elle-même est liée à ce qu'elle voit devant elle. »⁴¹. Ainsi, le bébé se voit lui-même, mais il voit aussi les sentiments de la mère à son égard. Il pourra également contempler ses propres émotions dans le visage de sa mère. Elle offre donc un miroir corporel qui va permettre à l'enfant de se reconnaître.

d) Interactions vocales

Les échanges vocaux constituent un autre lien important entre la mère et son enfant. Les cris et les pleurs du bébé forment l'équivalent d'un « cordon ombilical acoustique »⁴². Ils suscitent chez la mère des affects intenses et un sentiment d'urgence auxquels elle donne un sens, la poussant à intervenir et agir pour mettre un terme à l'état de détresse de son enfant.

La mère parle à son bébé, et elle modifie et adapte son langage lorsqu'elle s'adresse à lui. Elle utilise le « parler bébé ». Elle prend une prosodie particulière avec un timbre de

³⁸ GAUBERTI M., 1993, p.34

³⁹ COEMAN A., RAULIER H (de) FRAHAN M., 2004, p.81

⁴⁰ HAAG G., 1988, p.1

⁴¹ LEBOVICI S., et STOLERU S., 2003, p.159-160

⁴² LEBOVICI S., et STOLERU S., 2003, p.162

voix plus aiguë, et une voix plus chantante et rythmée. D. STERN a mis l'accent sur l'importance de la prosodie du langage maternel, les intonations et le rythme qui paraissent parfois plus importants que le contenu du message. De plus, le parent présente un rôle de « porte-parole ». N'ayant pas encore accès au langage pour s'exprimer, le bébé a besoin du psychisme parental pour que des mots soient mis sur ses éprouvés. Cette verbalisation donne sens aux émotions corporelles éprouvées par le bébé et l'humanise. « La parole de la mère peut aider l'enfant à surmonter ses peurs, à comprendre ce qu'il lui arrive, ce qui se passe autour de lui, l'aider à grandir, à mûrir, à devenir doucement indépendant. »⁴³ On voit ici toute l'importance de la parole au cours des premières interactions.

Ainsi, dans les interactions comportementales, par son regard, ses caresses et la façon dont elle touche le bébé, le porte, le regarde et lui parle, la mère lui permet de se forger sa propre enveloppe corporelle, qui va déterminer les limites entre le Soi et le Non-Soi. L'enfant acquiert ainsi une représentation unifiée de lui. « Des soins maternels satisfaisants, il découle l'édification chez l'enfant d'un sentiment de continuité d'être, base de la force du Moi. »⁴⁴

2. Les interactions affectives :

Les interactions comportementales, décrites précédemment, sont un réel support aux interactions affectives. Grâce à une sensibilité accrue, et une empathie naturelle, la mère va être capable de percevoir l'état émotionnel de son petit et de proposer une interprétation en lui prêtant sa psyché. Il s'agit des influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de celle de la mère.

a) Les échanges corps à corps : Le dialogue tonico-émotionnel selon H. WALLON, J. (de) AJURIAGUERRA

Le tonus musculaire est un élément clé de la relation mère-bébé. Il apparaît comme toile de fond indispensable à toute activité motrice. Il est aussi le support essentiel et premier des émotions, véritable vecteur de la communication infra-verbale : c'est une communication non médiatisée et immédiate. Ainsi, il possède un rôle déterminant dans le développement corporel et psychique de l'enfant. C'est H. WALLON qui met en évidence le lien entre tonus et émotions et qui a posé les bases du dialogue tonico-émotionnel. Plus tard

⁴³ BINEL G., 2000, p.38

⁴⁴ WINNICOTT D.W., 1969, p.375

c'est J. (de) AJURIAGUERRA qui enrichit ces bases et instaure la notion de dialogue tonique. Cette notion est fondamentale dans les interactions précoces mère-bébé, nous allons donc nous intéresser plus précisément aux travaux des deux auteurs.

- Le concept de H. WALLON

Durant les premiers mois de la vie, le bébé communique avec sa mère par le biais du tonus. H. WALLON a mis en avant le lien unissant tonus et émotions en parlant de la « fusion affective primitive ». Ce terme désigne l'état de symbiose et la notion de résonnance affective interactive se produisant entre la mère et son enfant à ce moment là. Pour lui le bébé possède un seul bagage lui permettant de communiquer avec son environnement : l'émotion qui se transmet via ses postures et ses variations toniques. Il nous dit ainsi que l'émotion est le premier vecteur de la communication et s'étaye sur la fonction tonique. « L'émotion, quelle que soit sa nuance, a toujours pour condition fondamentale des variations dans le tonus des membres et la vie organique. »⁴⁵. Il développe le concept de « dialogue tonico-émotionnel » pour décrire la communication non verbale qui s'établit entre le nouveau-né et sa mère, dans une modalité tonique permettant des ajustements corporels interactifs. Le bébé présente des manifestations, des réactions toniques qui vont être lues par la mère. Elle leur donne alors un sens et répond à ce qu'elle interprète comme une demande. La dynamique de ce dialogue tonique est en lien avec la façon dont le parent est sensible ou non aux différentes manifestations de confort ou d'inconfort de son bébé en adéquation à son attitude corporelle et ses variations, ainsi qu'à la réponse qu'il lui donne.

- Le dialogue tonique de J. (de) AJURIAGUERRA

J. (de) AJURIAGUERRA s'appuie sur les travaux de H. WALLON pour décrire la notion de « dialogue tonique ». Il complète ainsi les écrits de son prédécesseur : « La préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers de phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude du dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé le 'dialogue tonique' »⁴⁶. Il ajoute que « ce dialogue tonique qui jette sur le sujet tout entier dans la communication affective ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps. »⁴⁷.

⁴⁵ WALLON H., 1954, p.55

⁴⁶ AJURIAGUERRA J. (de), 2009, p.171

⁴⁷ AJURIAGUERRA J. (de), 2009, p.171

Par ailleurs, J. (de) AJURIAGUERRA reconnaît les travaux de D.W. WINNICOTT, et note que le *holding* fait partie intégrante du dialogue tonique. Grâce aux processus d'assimilation et d'accommodation entre le corps de la mère et le corps de l'enfant existant pendant le portage, les deux partenaires de la dyade intègrent dans leur corps propre les structures toniques, posturales et émotionnelles qui viennent de l'autre. Par exemple, lorsque l'enfant bouge dans les bras de sa mère à la recherche d'une position de confort, la mère s'adapte et modèle son corps afin d'apporter les points d'appuis nécessaires à un maintien agréable. C'est ainsi qu'il considère que le dialogue tonique participe aux comportements d'attachement.

La tonicité du bébé renseigne donc la mère sur son état affectif et corporel. Elle ressent, par l'intermédiaire de sa tonicité, les états tonico-émotionnels de son enfant. S. ROBERT-OUVRAY va encore plus loin en disant : « les variations de sa tonicité sont l'un des premiers éléments qui nous entraînent vers la compréhension de la vie psychique du bébé »⁴⁸. La mère va donner une signification, en fonction de sa propre affectivité, aux différentes postures de son enfant. Elle ajoute : « Être deviné est donc un besoin fondamental chez l'être humain, [...] le bébé bouge et la mère parle. Il se crée un accordage affectif entre les deux modes d'expression qui passe par la tonicité »⁴⁹.

b) l'accordage affectif de D. STERN

D. STERN parle d'accordage affectif, ou d'harmonisation des affects, entre la mère et le nourrisson. Cette interaction permet au bébé de faire l'expérience du partage de sa vie émotionnelle avant même de savoir parler.

L'accordage se produit par la mise en relation d'une conduite de l'adulte différente de celle de l'enfant : la mère reprend l'affect de l'enfant et le traduit dans une autre modalité de comportement. « L'accordage affectif et son caractère transmodal – c'est-à-dire l'utilisation par la mère d'un autre canal de communication que celui du nourrisson, par exemple celui de la voix en réponse à la mimique – constituent l'une des manières dont les états affectifs peuvent être communiqués et partagés au sein de la dyade. »⁵⁰.

L'accordage affectif permet à l'enfant de prendre conscience de ses états affectifs et émotionnels et notamment le fait que ceux-ci sont transmissibles. L'émergence de la conscience de soi, pour D. STERN est indissociable des interactions précoces avec des

⁴⁸ ROBERT-OUVRAY S., 2007b, p.44

⁴⁹ ROBERT-OUVRAY S., 2007b, p.105

⁵⁰ MAZET P. et STOLERU S., 1998, p.83

personnes privilégiées de l'enfant. C'est de par ces expériences journalières que l'enfant élabore sa construction identitaire et celle d'autrui.

c) Les trois organisateurs de R. SPITZ

R. SPITZ estime que « le développement du système psychique du bébé est lié à sa relation avec sa mère : de l'indifférenciation initiale, il est conduit au développement d'une relation différenciée avec un objet interne stable, sa mère, à travers 'des points d'organisation' »⁵¹. Par ces observations, l'auteur décrit la reconnaissance progressive par l'enfant du monde extérieur et de l'objet maternel.

Il parle de trois organisateurs : la réponse par le sourire au visage humain, la réaction de détresse face à l'angoisse de l'étranger – autrement dit l'angoisse du huitième mois, et le « non ». Ces organisateurs sont à considérer comme de nouvelles modalités d'expression affective chez le bébé, qui influent le contenu des affects au sein des interactions.

3. Les interactions fantasmatiques

Ces interactions concernent l'influence réciproque de la vie psychique du bébé et de sa maman, et la façon dont elles interagissent, aussi bien dans leurs aspects imaginaires, conscients, que fantasmatiques, inconscients. La vie imaginaire et fantasmatique des parents est très liée à leur vie affective, leur enfance, leur histoire et à leur relation avec leurs propres images parentales. « En effet, l'imaginaire des parents en interaction avec leurs propres bébés est 'peuplé' des relations infantiles qu'eux-mêmes ont vécues et des fantasmes liés à ces relations. »⁵².

Nous pouvons rapprocher ce type d'interactions de « la capacité de rêverie », encore appelée « fonction alpha » concept développé par W. BION. Ce dernier postule que la vie psychique du bébé est étroitement liée à celle de la mère ou de son substitut. « La rêverie décrit l'état d'esprit réceptif à toutes les projections de l'objet aimé, et capable d'accueillir ses 'identifications projectives », bonnes ou mauvaises. »⁵³. C'est donc la capacité de la mère à accueillir les informations sensorielles brutes de l'enfant, éléments bêta, et à les transformer en éléments alpha, permettant au psychisme de l'enfant d'assimiler ces

⁵¹ LEOVICI S., et STOLERU S., 2003, p.70

⁵² MAZET P., et STOLERU S., 1998, p.118

⁵³ ALBARET J-M. GIROMINI F., SCIALOM P., (dir), 2011, p.290

multiples informations afin d'y donner un sens. C'est en soi une première forme de représentation mentale, accompagnée de la mère. En s'identifiant aux angoisses de son enfant et en les accueillant, la mère joue pour lui le rôle de contenant psychique.

4. Quelles interactions précoces pour Serena et Amadou ?

A la lumière des différents courants théoriques développés par les auteurs que nous venons de voir concernant le tissage des premiers liens mère-bébé à travers les interactions précoces dans un schéma relationnel « normal », nous pouvons nous intéresser à la réalité de ces interactions pour Serena et Amadou.

a) Amadou

Nous n'avons que peu d'informations concernant le début de vie d'Amadou. Nous savons toutefois que dès la sortie de la maternité, il a été porté continuellement en écharpe contre sa mère ; et que cette dernière était victime de violences conjugales. Cela nous laisse imaginer la qualité des interactions précoces dont il a pu bénéficier. Les interactions comportementales via le regard, et la parole ont probablement été réduites.

Ensuite, « Porté contre sa mère », pourrait laisser entendre qu'il a bénéficié d'un bon *holding*, toutefois, était-elle en mesure de réellement le porter psychiquement ? Par ailleurs, si l'on se réfère au dialogue tonico-émotionnel que nous avons vu, on peut supposer qu'Amadou a vécu, lui aussi, le stress, la tension extrême que vivait sa mère à cette époque. Ainsi porté, de quel «contact-dos » a-t-il bénéficié ?

La mère d'Amadou n'était sûrement pas en mesure d'être disponible sur le plan affectif pour son enfant. On peut donc imaginer que pendant ce premier mois de vie, Amadou n'a pas bénéficié d'un accordage affectif avec elle, et n'a donc pas pu se représenter ses propres affects, ni s'apaiser face aux différentes angoisses qui l'assaillaient.

b) Serena

Serena n'a passé que ses huit premiers jours auprès de sa mère, à la maternité, avant d'être placée en famille d'accueil. Il est difficile de se représenter ce qu'ont pu être ses interactions avec sa mère durant ces premiers jours de vie, mais son placement extrêmement rapide indique qu'elles n'étaient sûrement pas de suffisamment bonne qualité.

Nous savons que par la suite elle a été accueillie dans la famille de Mme D., et nous pouvons alors nous baser sur le témoignage de cette dernière. Serena, selon elle, était extrêmement irritable, ne supportait pas le toucher et pleurait continuellement. Les repas étaient souvent très difficiles. Tous ces comportements rendent compliquée la mise en place de bonnes interactions précoces. En effet, le dialogue tonique, les interactions vocales, l'accordage affectif... que de modes de communication entravés par la souffrance de Serena. Même la tétée, censée être un moment privilégié, où le contact-dos, joint à l'interpénétration des regards et aux douces paroles de l'adulte, procure au bébé le sentiment basal de sécurité et d'intégrité, ne pouvait pas se dérouler sans tensions.

D. Des interactions aux liens : l'attachement selon J. BOWLBY

La conception de la théorie de l'attachement a été développée par J. BOWLBY. Il avance l'existence d'un besoin inné de contact social chez le bébé. Selon lui l'attachement est un besoin primaire spécifique. Dès sa naissance, le bébé est un être immature et vulnérable qui a besoin de sécurité et de protection. Il va alors s'attacher instinctivement à la personne qui s'occupe de lui et lui prodigue des soins. Cette base d'attachement sécurisée permet de mettre en place de nouvelles compétences, telle que la capacité de s'éloigner afin de découvrir l'environnement, de l'explorer. C'est finalement un équilibre entre le lien d'attachement sécurisé et le système d'exploration qui permet à l'enfant de pouvoir développer un processus d'individuation et de séparation.

1. Les comportements d'attachement

J. BOWLBY a décrit cinq schèmes de comportement chez le bébé favorisant l'attachement. Les pleurs et les cris, les sourires, les comportements de poursuite et d'agrippement, la succion non nutritionnelle, et enfin l'appel par des petits cris, puis par le nom. « Les comportements d'attachement ont pour but de rapprocher l'adulte du bébé afin qu'il prenne soin de lui et reste tout près de lui. [...] Ce n'est pas uniquement par le regard ou les vocalises qu'il s'oriente vers sa maman, mais par tout son corps. Le corps garde la mémoire de cette interaction »⁵⁴

Ces comportements d'attachement de l'enfant ont pour fonction et conséquence d'induire et de maintenir la proximité ou le contact avec la figure d'attachement, le réconfort, ainsi que d'activer le système motivationnel de « *caregiving* » du parent, qui

⁵⁴ DELION P. et VASSEUR R., 2011, pp. 37-38

pourrait être traduit par « donner des soins ». J. BOWLBY décrit le *caregiving* comme le versant parental de l'attachement. Il représente sa capacité à donner des soins, à s'occuper de l'enfant, que ce soit au niveau physique ou affectif. C'est ainsi que le lien d'attachement se crée et que la réciprocité des interactions mère-enfant prend toute son importance.

2. La figure d'attachement

La figure d'attachement est la personne vers qui l'enfant dirige son comportement d'attachement. Ce rôle est souvent tenu par la mère qui assure le rôle de *caregiving* que l'on vient de voir. Si la figure d'attachement représente une personne s'engageant dans une interaction sociale, comportementale et affective avec le bébé, elle n'en demeure pas pour autant l'unique. Il existe en effet plusieurs figures d'attachement, hiérarchisées de par la nature des soins qu'elles prodiguent au bébé, mais aussi de par la qualité de ces soins. Généralement, la mère devient figure d'attachement dite privilégiée.

Ainsi naissent des sentiments tels que la confiance et l'assurance, piliers de la sécurité de base, permettant à l'enfant de se sentir autonome dans ses explorations de l'environnement, tout en gardant le précieux souvenir de la disponibilité psychocorporelle de sa figure d'attachement. Nous allons voir que cette notion de base de sécurité⁵⁵ est primordiale pour le bon développement de l'enfant.

3. Du sécure à l'insécure : Les différents types d'attachement

M. AINSWORTH met en évidence trois catégories d'attachement, à savoir l'attachement sécure, l'attachement insécure évitant, et l'attachement insécure ambivalent. Elle a voulu montrer que l'enfant est disponible pour l'exploration du monde environnant, à condition de disposer d'une figure d'attachement comme base de sécurité. Les réactions de l'enfant à la séparation avec la figure d'attachement sont en fonction de la qualité de l'attachement établi.

- L'attachement sécure est favorisé par une figure d'attachement réceptive et sensible aux besoins de l'enfant. Si les interactions sont caractérisées par une disponibilité affective, une souplesse des réponses de l'adulte, ainsi qu'une stabilité, une continuité et une cohérence dans le temps, elles facilitent un développement

⁵⁵ Cf *infra* p.57

harmonieux de l'enfant. Il sera autonome par la suite car il aura acquis une sécurité interne.

- L'attachement inséure évitant se caractérise par l'incapacité pour l'enfant de se tourner vers la figure d'attachement lors de leur séparation. Il tente de masquer sa détresse émotionnelle par un détachement de la situation et un accrochage à l'environnement physique. L'enfant semble ne pas avoir pu développer une base de sécurité en relation avec sa figure d'attachement et donne une impression d'indépendance précoce.
- L'attachement inséure ambivalent, concerne l'enfant qui proteste au moment de la séparation avec la figure d'attachement et qui ne peut pas être rassuré, rendant difficile la possibilité d'explorer son environnement. A son retour il peut adopter une attitude ambivalente qui vacille entre recherche de contact et de résistance. Bien souvent, dans ses relations précoces, l'enfant a rencontré une figure d'attachement ambivalente qui pouvait se montrer tout à la fois réceptive et ignorante à ses besoins, avec des réactions souvent imprévisibles.

A priori, il semble que si l'on se réfère aux différents attachements décrits par M. AINSWORTH, Serena et Amadou sont dans un schéma qui se rapproche de l'attachement inséure ambivalent avec leur assistante familiale. Ils ne supportent pas qu'elle quitte la pièce et cessent toute activité lorsque c'est le cas. Ce qui nous laisse penser que leur sécurité de base est défaillante.

Tout au long de cette partie sur les interactions précoces, nous avons vu des notions qui renvoyaient à la mise en place du sentiment de sécurité chez le bébé. Nous allons maintenant particulièrement nous intéresser à cette notion de sécurité, véritable appui interne qui semble faire défaut à Serena et Amadou.

E. La sécurité de base du bébé

Les soins maternels constituent un ensemble de sensations à tous niveaux permettant à l'enfant d'intégrer progressivement le sentiment de permanence, de continuité, qui constitue la base de la relation. Les échanges sensori-toniques entre l'enfant et la figure d'attachement soutiennent en ce sens l'intégration d'une conscience de soi sécurisante. Tout l'enjeu, des « interactions précocissimes », au processus d'attachement, réside dans la construction d'une sécurité de base indispensable au développement du bébé.

1. La sécurité : un besoin fondamental

Le terme « sécurité », issu du latin *securitas* est défini par le dictionnaire LAROUSSE comme « la situation de quelqu'un qui se sent à l'abri du danger, qui est rassuré ». Il est intéressant de relever que le mot « sécurité » est relié directement à son opposé, « danger ». Or le danger pour l'intégrité de quelque chose ou de quelqu'un renvoie à la notion de péril, voire de mort. La sécurité sous-entend donc une dimension instinctive de l'ordre de la survie : le petit d'homme (et l'Homme au sens plus large) a besoin de se préserver de la menace pour pouvoir survivre et se développer. Le sentiment de sécurité s'inscrit de manière archaïque dans l'ontogénèse de l'Homme, il est donc primordial dans le développement de l'enfant. D'autre part, la sécurité se désigne comme un état de confiance, autrement dit, une disposition physique et mentale associée à un sentiment. La notion de sécurité paraît donc être reliée aux affects de l'individu et se ressent dans le corps autant que dans la psyché.

A. COEMAN et M. RAULIER H (de) FRAHAN nous parlent la sécurité de base, comme d'un pré-requis absolument nécessaire au bébé pour se développer en tant que sujet. « Pour pouvoir grandir, créer des relations qui se vivent dans l'autonomie et non dans la réactivité, la dépendance, la marginalité non désirée, le bébé doit développer à l'intérieur de lui une forme de « sécurité de base », une forme de conscience de soi forte et stable sur laquelle il pourra s'appuyer tout au long de son parcours socio-affectif.⁵⁶

2. L'établissement de la sécurité de base : un processus qui débute avant même la naissance

La sécurité de base se construit dans l'interaction avec le parent, tout au long de la vie, de la fécondation jusqu'à la mort. Dès la vie intra-utérine, le bébé est réceptif aux contacts affectifs : il y réagit, y répond et garde en mémoire ces expériences. *In-utero*, le bébé est entouré par la cavité utérine qui le moule, s'adapte, s'ajuste à ses mouvements et à ceux de sa mère. Cela fait référence au « pré-dialogue tonique », évoqué plus tôt⁵⁷ avec la « maman paroi »⁵⁸. Le dos est parfaitement soutenu, du bassin jusqu'à la tête, favorisant l'appui-dos, haut lieu de sécurité interne. L'enroulement fœtal favorise une position de repliement autour du centre, en rassemblant les extrémités. La courbe du dos induite par la

⁵⁶ COEMAN A., RAULIER H DE FRAHAN M., 2004, p.35

⁵⁷ Cf *supra* p.40

⁵⁸ DELION P., 2011, p.21

paroi utérine, donne un appui arrière, véritable contenant de sécurité. Complètement rassemblé, entouré, porté, comblé, il vit déjà la sécurité de base, dans une parfaite détente.

Comme nous l'avons vu, la naissance représente une véritable césure dans le vécu du bébé, à l'origine de nombreuses angoisses. Le bébé perd son « entourance utérine »⁵⁹ et se retrouve propulsé dans un monde ouvert dans lequel il peine à trouver des limites, à se rassembler. Il dispose d'un équipement biologique lui permettant de se défendre *a minima* de toutes ces menaces porteuses d'angoisses. Ce qui se joue autour de cette période semble alors déterminant dans l'établissement d'une bonne sécurité de base. Le milieu humain s'organise pour répondre à ses besoins et le sécuriser et le rôle de la figure maternelle est de recréer autour de lui un « entourage maternant »⁶⁰ suffisamment contenant pour apaiser ses angoisses de chute et de morcellement. « Et puis dans cet océan de nouveauté, d'inconnu, il faut leur redonner des sensations du passé. Qui seules, pour l'instant, sont capables d'apporter un sentiment de paix, de sécurité. Cette peau, ce dos n'ont pas oublié.»⁶¹.

En effet, en favorisant l'enroulement physiologique, la mère permet de relier et tenir ensemble toutes les parties du corps, elle recrée une unité corporelle. C'est durant ces premiers mois que le bébé investit sa figure d'attachement comme un support suffisamment sécurisant pour y lâcher son poids.

Par la suite, les interactions précoces permettent d'ancrer encore davantage le sentiment de sécurité chez l'enfant. Le concept de sécurité implique avant tout une certaine stabilité, indispensable pour le développement du fonctionnement psychique. C'est dans la répétition que l'enfant peut créer des liens de cause à effet et comprendre que ses actions ont des répercussions sur l'environnement. A partir de ces invariants, peuvent naître une confiance en sa capacité à être acteur, ainsi qu'une confiance en le monde qui l'accueille et lui répond. Le concept de sécurité implique par ailleurs une certaine dynamique, qui dépend de l'environnement. Il s'agit donc d'un état variable, en fonction des interactions avec l'entourage, mais aussi de l'histoire généalogique, de la grossesse, de la naissance ... Toutes les interactions entre le bébé et son environnement, établissent ainsi les fondements du « sentiment du droit d'exister, du droit à Être là, droit sans lequel aucune sécurité ne peut naître ni exister »⁶²

⁵⁹ DELION P., 2011, p.21

⁶⁰ ANZIEU D., 1995, p.77

⁶¹ LEBOYER F., 1976, p.19

⁶² COEMAN A., RAULIER H DE FRAHAN M., 2004, p.37

3. De la sécurité de base au sentiment continu d'exister

Un environnement « suffisamment bon » va permettre à l'enfant de se sentir en sécurité et reconnu dans ses besoins fondamentaux. La sécurité de base, dans ses fonctions de soutiens et de rassemblement va permettre que se constitue le « noyau de la sécurité de base, donnant à l'enfant le droit d'exister tel qu'il est »⁶³. Ce sentiment de *droit d'exister* est déterminant dans le développement psychomoteur et la construction identitaire. Il nous faut alors comprendre la notion de conscience de soi, de sentiment d'exister, pour pouvoir comprendre en quoi il s'attache au concept de sécurité.

Par définition, « avoir conscience de soi » pourrait se traduire par le fait de savoir que l'on existe. Pour D. WINNICOTT, ce «sentiment continu d'exister » permet la structuration du Moi en faisant face aux angoisses de mort primitives qu'il appelle « menaces d'annihilation » : morcellement, précipice, désintégration...⁶⁴ Il est intéressant de remarquer que le sentiment continu d'exister – comme le concept de sécurité défini plus haut – renvoie directement à la notion de danger, à savoir danger de mort. Il concourt donc à acquérir l'état de sécurité. Par ailleurs, l'apposition du mot « continu » inscrit le sentiment dans une linéarité.

En 1999, A. DAMASIO éclaire le concept de sentiment continu d'exister à la lumière de la neurologie. Il introduit le concept de « conscience noyau », donnant un sentiment de soi archaïque dans l'ici et le maintenant. Ce phénomène biologique simple concourt à une forme de représentation du corps accessible à la conscience, dont la sensorialité est l'objet principal. Elle réactualiserait à chaque instant la preuve de l'existence. Le sentiment continu d'exister place ainsi le corps au centre de sa définition : il constitue l'un des besoins vitaux de l'humain, s'inscrit dans une tonalité affective par le sentiment de sécurité ou d'angoisse qu'il sollicite.

4. Les enveloppes psychocorporelles comme garants de la sécurité

Nous allons voir que l'enveloppe, qui limite et qui définit différencie un dedans d'un dehors, va assurer une fonction contenante, indispensable à la construction de la sécurité de base. Elle permet d'intégrer une certaine stabilité interne, dans un moi cohérent.

⁶³ COEMAN A., RAULIER H DE FRAHAN M., 2004, p.37.

⁶⁴ WINNICOTT D.W. 1969

a) Le Moi-peau, D. ANZIEU

D. ANZIEU a mis en avant le rôle fondamental de la peau dans la genèse du psychique de l'enfant. Il a conceptualisé la notion de Moi-peau qui désigne « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps »⁶⁵. Le Moi-peau fournit ainsi à l'appareil psychique un cadre sécurisant.

Le Moi-peau trouve son étayage sur les fonctions de la peau, qui devient alors une enveloppe corporelle et psychique, limitante et contenante. D. ANZIEU décrit huit fonctions du Moi-peau⁶⁶ : Les fonctions de maintenance, de contenance, de pare-excitation, d'individuation du Soi, d'intersensorialité, de soutien de l'excitation sexuelle, de recharge libidinale du fonctionnement psychique, d'inscription des traces sensorielles tactiles. Dans le cadre de notre propos sur l'importance de la contenance dans la construction de la sécurité de base, je fais le choix de ne détailler que les fonctions les plus pertinentes.

- Fonction de maintenance : De même que la peau assure une fonction de maintien du squelette et des muscles, le Moi-peau remplit une fonction de maintenance du psychisme. Cette fonction psychique se développe par des intériorisations du *holding* maternel décrit précédemment. Cet appui externe sur le corps de la mère permet à l'enfant d'acquiescer un appui interne sur sa colonne vertébrale. Autrement dit, le soutien de la mère assure la continuité corporelle du bébé et lui permet de faire l'expérience de sa solidité et de son unité.
- Fonction de contenance : De même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique. Le Moi-peau comme enveloppe contient la psyché. La fonction de contenance se développe par intériorisation du *handling* maternel décrit précédemment. Les soins corporels donnés par la mère, tout comme les jeux de corps à corps contribuent à faire de la peau un sac contenant les sensations et les émotions du bébé et du Moi-peau un sac contenant tout son appareil psychique. Par la, le sentiment de continuité de soi se fonde.
- Fonction de pare-excitation : Le Moi-peau protège la psyché contre les excès d'excitation externe, tout comme la peau protège des angoisses extérieures. Cette

⁶⁵ ANZIEU D., 1995, p.61

⁶⁶ ANZIEU D., 1995, p.121-129

fonction délimite donc un dedans qu'elle protège des agressions du dehors. Tant que le Moi de l'enfant n'est pas suffisamment autonome pour assurer seul cette fonction, la mère sert de pare-excitation auxiliaire

b) La peau psychique, E. BICK

Dans son article de 1968, E. BICK élabore le concept de « peau psychique ». Tout comme D. ANZIEU, elle décrit le rôle primordial de la peau dans le développement psychique de l'enfant. « Sous la forme la plus primitive, les parties de la personnalité sont ressenties comme n'ayant aucune force liante entre elles et doivent de ce fait être tenues passivement ensemble grâce à la peau faisant office de frontière. Mais cette fonction interne de contenir les parties du Self dépend à l'origine de l'introjection d'un objet externe, reconnu apte à remplir cette fonction »⁶⁷. Ainsi, selon elle, la peau psychique est constituée par l'introjection de la fonction contenante de l'objet externe : la mère.

Au départ, « le besoin d'un objet contenant apparaît dans l'état infantile non intégré comme la recherche effrénée d'un objet – une lumière, une voix, une odeur ou tout autre objet sensuel – qui peut maintenir toute l'attention et de ce fait être expérimentée momentanément tout au moins comme tenant ensemble les parties de la personnalité »⁶⁸ : on parle alors d'objet sensuel momentané. Cet objet sensuel momentané doit progressivement laisser place à l'objet optimal décrit comme le mamelon dans la bouche, accompagné du portage, des paroles et de l'odeur familière de la mère, dont le prototype se dégage de l'expérience de la tétée, détaillé précédemment. L'introjection de l'objet optimal donne à la peau de l'enfant sa fonction de frontière, délimite les espaces psychiques interne et externe et soutient le processus psychique de séparation-individuation. L'enfant acquiert le sentiment d'une unité psychique, séparée de l'extérieur par une peau psychique contenante.

Si l'on reprend les toutes premières étapes de développement chez Serena et Amadou, des interactions précocissimes *in utero*, au processus d'attachement, il semble que dès le départ, les sentiments de stress et d'insécurité liés au trauma soient présents. Ainsi pour ces deux enfants, l'établissement d'un noyau identitaire interne solide a été rendue difficile voire impossible. Ils ont développé une insécurité sur le plan affectif ainsi qu'un

⁶⁷ BICK E., in BRIGGS A., 2006, p.83

⁶⁸ BICK E., in BRIGGS A., 2006, p.83

manque de repères stables et fiables sur lesquels ils peuvent s'appuyer. Nous allons maintenant nous intéresser aux répercussions de ces failles interactionnelles, et des difficultés d'attachements qui en découlent, sur leur développement psychomoteur.

IV- Et d'un point de vue psychomoteur, que nous disent ces enfants ? **« Soutiens-moi, aide-moi à m'apaiser, à grandir, à jouer ! »**

Dès la naissance, le bébé est entièrement dépendant de son parent, il a besoin d'un autre pour reconnaître ses besoins et les combler. Mais qu'en est-il lorsque l'enfant ne bénéficie pas d'un environnement suffisamment bon, ne lui permettant pas de développer une sécurité de base et de bons appuis internes ? L'enfant vit alors un sentiment de vulnérabilité intense, et comme il ne peut pas se défendre sur le plan psychique il va réagir avec son corps. Cette organisation tonico-posturale réactive est particulièrement observable chez Serena et Amadou, deux enfants présentant un défaut de sécurité interne, deux enfants qui s'accrochent à leur assistante maternelle comme ils s'accrochent à la vie. Nous allons voir que cela semble avoir des répercussions sur la construction de leur axe corporel, et de leurs enveloppes psychocorporelles.

Ils ne nous en disent pas grand-chose avec des mots, mais expriment beaucoup à travers leurs corps. Lorsque je les vois, j'entends « Soutiens-moi, aide-moi à m'apaiser, à jouer, à grandir ! ».

A. Régulation tonico-émotionnelle

Dès que l'on rencontre ces enfants, on ne peut que remarquer de manière évidente leurs troubles toniques. Ils sont présents dans chacun de leurs gestes, dans leurs postures, dans leur façon d'être au monde. « Depuis la naissance jusqu'à la fin de notre vie, la tonicité est notre baromètre et notre carte d'identité psychocorporelle »⁶⁹. Comme le dit justement S. ROBERT-OUVRAY, le tonus traduit tous nos états internes, et chez le bébé c'est d'ailleurs le premier mode de communication. Il faut donc s'intéresser en premier lieu à ce niveau d'organisation psychomotrice chez Serena et Amadou.

⁶⁹ ROBERT-OUVRAY S., 2007b, p.45

1. Un versant hypertonique

D'une part nous avons Serena, chez qui la posture de force, la brutalité et l'extrême dureté contrastent avec la morphologie fluette. Nous avons vu que le vécu anténatal de Serena était probablement empreint de stress, et que l'accordage tonique dans ses premières interactions en avait sûrement pâti. C'était un bébé tendu, crispé, elle réagissait au stress par une hyperextension postérieure et des pleurs. Aujourd'hui on observe une hypertonie marquée chez elle, rendant la détente difficile.

D'autre part, nous avons Amadou, chez qui on observe de prime abord une asymétrie marquée. Tout un côté du corps sert d'appui, et l'autre sert à explorer. Je mets cela en lien avec la façon dont il a été porté pendant ses premières semaines de développement. Durant cette période, tout un côté de son corps était continuellement en appui contre sa mère. On peut s'interroger sur ce qu'il a alors intégré de son corps, de sa sensorialité, de ses appuis, de sa motricité à partir de ce vécu. Quoi qu'il en soit, il en reste une trace bien visible dans sa tonicité, et par extension dans ses postures et ses déplacements. De manière globale, il est lui aussi, plutôt organisé sur un versant hypertonique. Sa maladresse gestuelle, sa brutalité dans les échanges, et la dureté qu'il dégage en témoignent. De plus, on peut remarquer que les mouvements intermédiaires, permettant les transitions d'une posture à une autre, sont particulièrement coûteux pour lui. Or ces mouvements sont forcément liés à une spontanéité, une décontraction, une certaine aisance motrice. Ils « nécessitent une tonicité souple, agissant par vagues successives, rétablissant régulièrement des plateaux de repos »⁷⁰. Cela vient confirmer l'observation selon laquelle Amadou se serait construit sur un versant hypertonique.

Chez les deux enfants, le sentiment de sécurité interne associé à la détente n'a pas pu être intégré correctement. Réagir avec sa tonicité est le seul moyen de défense dont dispose le nourrisson contre le stress et les agressions extérieures. S. ROBERT-OUVRAY parle de la « paroi tonique »⁷¹ comme d'un « système projectif tonique à la fois anesthésiant et étanche »⁷². Cette réaction tonique va exercer une fonction de pare-excitation face aux agressions internes et externes. Ce système de blindage, semble constituer pour Serena et Amadou une sorte de protection contre les angoisses agonistiques primitives. Bébés, ils ont vécu des angoisses massives, qui n'ont pas été suffisamment intégrés par leurs mères. Ils ont alors seulement ressenti le pôle « dur » de leur enveloppe tonique, et en ont trop peu

⁷⁰ ROBERT-OUVRAY S., 1999, p.54

⁷¹ ROBERT-OUVRAY S., 2007b, p.178

⁷² ROBERT-OUVRAY S., 2007b, p.179

expérimenté le pôle « mou », censé être intégré dans la détente relationnelle, grâce aux réponses adaptées de la mère.

On retrouve chez ces bébés hypertoniques, la présence d'une hyperexcitabilité, une hypervigilance et une difficulté à se lover dans les bras accueillants d'un adulte. Cette carapace tonique semble leur permettre de tenir, de ne pas éclater en morceaux. Nous allons maintenant voir que cela induit une modulation tonique très réduite, rendant difficile la communication par le dialogue tonique.

2. Absence de modulations toniques et difficultés d'accordage affectif

Une autre particularité de l'organisation tonico-émotionnelle de ces enfants insécures réside dans leur régulation en « tout ou rien ». Il arrive que dans des situations trop difficiles à gérer, ils soient débordés par leurs angoisses, et que leur enveloppe tonique se rompe. Ils passent ainsi d'un extrême tonique à l'autre et « entre les deux c'est le no man's land sensoriel et affectif »⁷³.

Je repense particulièrement à une séance avec Amadou. Ce jour là nous avons organisé une sorte de parcours avec des modules en mousse. Avec un gros étayage de notre part, Amadou commençait à investir cet espace proposé, sous le regard de son frère Moussa et de Mme B, leur assistante familiale. Nous étions tous les deux au centre d'un gros module en forme de roue, lui debout, moi accroupie, lorsque Moussa a manifesté une envie urgente d'aller aux toilettes. Mme B s'est alors levée et a annoncé qu'elle l'accompagnait et qu'ils revenaient. A ce moment là, alors que non seulement toute l'attention de son assistante familiale était tournée vers Moussa, mais qu'en plus elle quittait physiquement la pièce, Amadou s'est littéralement effondré. Je l'ai senti s'écrouler contre mes jambes, et glisser petit à petit sur le sol, incapable de continuer l'activité. Comme si plus rien, en lui, ne tenait. J'observe le même type d'effondrement chez Serena, qui parfois, en début de séance, ayant des difficultés à se décoller de son assistante familiale, se laisse choir, en « dégoulinant » sur elle. Lorsqu'elle arrive enfin à se lever pour aller vers les activités proposées, c'est de nouveau avec son armure tonique qu'elle s'élançe.

S. ROBERT-OUVRAY, dans son étude du rythme intégratif⁷⁴, met en évidence l'importance primordiale de l'intégration des deux pôles toniques extrêmes en début de vie.

⁷³ ROBERT-OUVRAY S. 2007a, p.238

⁷⁴ ROBERT-OUVRAY S., 2007a, p.86

Il est nécessaire pour un bébé, de sentir son corps se tendre dans l'hypertonie extrême, et de pouvoir ensuite vivre la détente relationnelle en réponse à cette tension. Or, nous avons vu que l'organisation tonique de Serena et Amadou est polarisée sur un versant hypertonique.

Dans un développement « normal », avec la maturation neuro-motrice, les réactions corporelles toniques occupent de plus en plus de plages intermédiaires entre les deux pôles extrêmes du début de la vie. La variation des états de tension corporelle vont alors enrichir l'univers psychocorporel de l'enfant. On peut mettre en lien cette bonne intégration avec le concept de *holding* de D.W. WINNICOTT. Lorsque le bébé est porté, ses parties molles et dures sont en rapport avec les parties molles et dures de sa mère : le dos mou et les bras durs du bébé sont en rapport avec le mou et le dur des différentes parties du parent. Un dialogue tonique se fait en continu entre le corps des deux partenaires de l'interaction. Le dialogue tonique s'inscrit alors comme la variation des tonicités qui s'ajoutent, s'opposent, se correspondent dans tous les jeux relationnels que l'enfant entretient avec son environnement.

Ayant à l'esprit le vécu psychocorporel de Serena et Amadou dès les interactions précocissimes, on comprend mieux leurs difficultés à s'apaiser, et à passer par des états toniques intermédiaires. Il semblerait que la nuance tonique n'ait pas été correctement expérimentée, or le tonus est fondamentalement lié aux émotions et c'est « l'harmonisation des tensions s'accompagne, plus tard, de l'ambivalence affective »⁷⁵. L'enfant trop tonique compense ses carences communicatives toniques par ses autres sens : vue ouïe. On observe alors des comportements d'hypervigilance comme chez Serena et Amadou. La paroi tonique empêche les bonnes sensations de pénétrer et de nourrir le noyau interne. « L'introjection se fait mal. Comme celle-ci assure la sécurité de base, l'enfant perd peu à peu confiance en lui et en autrui. »⁷⁶. La paroi tonique que nous avons décrite empêche la communication émotionnelle entre l'adulte et le bébé, enfermé dans ses angoisses et sa tonicité. Le dialogue tonique, un des piliers des interactions précoces, est donc défectueux.

Ainsi, les angoisses massives précoces non apaisées favorisent la stase de la dualité polaire primaire. Cette organisation, retrouvée chez Amadou et Serena et chez la plupart des enfants insécures va grandement perturber le dialogue tonico-émotionnel, et engendrer des difficultés dans les liens entre le vécu psychocorporel de l'enfant et la mise en place de ses fonctions psychomotrices.

⁷⁵ ROBERT-OUVRAY S., 1999, p.9

⁷⁶ ROBERT-OUVRAY S., 2007b, p. 185

B. Axe corporel et développement psychomoteur

L'intégration d'un axe paraît être un des piliers de la construction psychocorporelle du tout petit. Selon S. ROBERT-OUVRAY, « pour s'orienter et se repérer dans l'espace et dans le temps, par rapport aux objets et aux personnes, l'enfant dispose d'un axe vertébral, le rachis, qui se propose comme l'élément référent qui met de l'ordre dans le corps »⁷⁷. Après avoir montré la nécessité de l'intégration de cet axe corporel comme un point d'appui stable et solide, nous verrons que pour Serena et Amadou, la perturbation de cette intégration a engendré des difficultés dans différents domaines de leur organisation psychomotrice.

1. Intégration d'un axe comme point d'ancrage

A. BULLINGER, établit un lien entre l'organisation tonico-posturale du bébé et sa maîtrise du geste sur le milieu environnant. «Les points d'appuis toniques posturaux constituent, tant au plan biomécanique que représentatif, une composante essentielle dans la réalisation des actions orientées vers le milieu physique humain »⁷⁸. C'est en effet le développement de la statique du buste et sa régulation tonique qui participent au geste. Il introduit alors la notion d'axe corporel, qu'il décrit comme étant « composé du tronc, du cou et de la tête »⁷⁹. C'est autour de cette ligne que s'organisent les premiers mouvements de l'enfant, dans un équilibre tonique adapté. L'équilibration de la dualité tonique physiologique (hypertonie axiale et hypotonie périphérique) avec la maturation neurologique de l'enfant, globalise son corps en mouvement. Plus tard il aura accès à toutes les directions et tous les sens de l'espace, et pourra différencier les notions avant/arrière, droite/gauche, et haut/bas, grâce aux mouvements et aux postures d'enroulement, d'extension et de rotation de la colonne vertébrale, servant de référence. Ces postures constituent de véritables points d'équilibre à partir desquels l'enfant engage ses interactions avec le milieu humain et matériel qui l'entoure. «L'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales »⁸⁰. Elles vont également déterminer des espaces privilégiés tels que l'espace oral, qui deviendra le premier lieu d'exploration de l'environnement. En effet, la sphère orale constitue le relais pour passer un objet d'une main à l'autre, d'un espace à l'autre. C'est l'unification de ces différents espaces qui crée l'espace de préhension, où les mains peuvent jouer des rôles instrumentaux complémentaires.

⁷⁷ ROBERT-OUVRAY S., 2002, p.49

⁷⁸ BULLINGER A., 2004, p.4

⁷⁹ BULLINGER A., 2004, p.136

⁸⁰ BULLINGER A., 2004, p.143

Toutefois, l'enfant a besoin de l'adulte présent à ses côtés pour l'aider à se représenter et à intégrer cette ligne virtuelle. En effet, l'axe se construit dans la sécurité affective et dans la sécurité émotionnelle lors des soins prodigués à l'enfant : « l'enfant a besoin de se sentir calé et enveloppé dans les bras sécurisants de sa mère et dans une relation affective cohérente »⁸¹. Grâce à un portage de bonne qualité, à un *holding* et un *handling* adaptés, l'enfant est accompagné dans les ressentis de son axe. Dans le cadre d'une défaillance des interactions précoces, comme c'est le cas pour Serena et Amadou, on peut supposer que l'enfant n'a pas pu ressentir la cohésion et la solidité de l'axe corporel, et l'a intégré de manière plus ou moins disharmonieuse.

2. Quand la solidité de l'axe corporel fait défaut

Durant les séances avec Amadou, on observe des difficultés à organiser un mouvement dirigé vers un but. Les coordinations droite/gauche, et la dissociation haut/bas sont entravées. Tout rassemblement autour de l'axe dans le but d'avoir une action sur un objet se trouve fragilisé, notamment dans les coordinations oculo-manuelles. Chez Amadou la mauvaise intégration d'un axe corporel stable et solide rend coûteuse la planification et l'organisation du geste dans un but précis.

Je pense également à la façon dont Serena se tient debout. Sa colonne vertébrale est presque toujours en extension, et elle se déplace la plupart du temps sur la pointe des pieds. L'enroulement axial ne semble pas investi dans son attitude et dans ses postures, et elle manque d'ancrage au sol. C'est comme si elle se préparait toujours à l'affrontement, comme si elle était continuellement en hypervigilance. Pourtant l'enroulement est le premier schème de base investi par l'enfant, avant même sa naissance, il permet la prise de conscience d'un corps à soi à travers des mouvements centripètes. Cette posture est bien évidemment soutenue par le portage offert à l'enfant dans les bras de sa mère. « Sur cette base d'intégration des sensations rachidiennes et relationnelles, l'enfant va effectuer toutes les opérations possibles qui lui permettront d'aller vers le dehors et le monde extérieur »⁸². Si Serena n'a pas pu se lover, s'enrouler et se rassembler dans les bras de sa figure d'attachement, cette posture d'enroulement n'a pas pris sens pour elle.

⁸¹ ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., (dir), 2011, p.173

⁸² ROBERT-OUVRAY S., 2007, p.170

Par ailleurs, l'un comme l'autre, quand je les ai rencontrés, portaient régulièrement des objets à leur bouche, de façon presque compulsive. C'est un comportement qui m'a beaucoup questionnée. La zone orale constitue le premier lieu d'exploration mais constitue également un lien primordial d'échange charnel à la mère lors de la tétée. Peut-être qu'à travers le manque de contenance qu'ils ont vécu, ils n'ont pas intégré correctement cette zone de leur corps, point de départ de constitution de l'axe. De plus, pendant les premières semaines de leur vie, l'hypotonicité de leurs rachis n'a pas pu être associée au plaisir et à la détente dans les bras de leur mère, puis de leur assistante familiale. Cela a favorisé l'intégration du « dur » dans leur colonne vertébrale, associé à une insécurité. Ainsi, l'appréhension des différents espaces de préhension s'est sûrement fait dans une souffrance à la fois psychique et physique pour Amadou et Serena, car ils ne pouvaient pas compter sur la solidité de leur axe pour les porter dans leurs explorations de tout petit.

C. Défaut d'enveloppes psychiques et manque de contenance

Amadou et Serena durant les séances, viennent régulièrement sur les genoux de l'adulte, et appuient leur dos, à la recherche d'un contact rassurant. Ils semblent alors pendant un bref instant, apaisés. Ce n'est pas une coïncidence. Je pense qu'ils cherchent, à travers ce « contact-dos »⁸³, le maintien, la contenance dont ils n'ont pas suffisamment bénéficié antérieurement. Nous avons vu que le Moi-peau, véritable enveloppe psychique, était en partie garant de cette contenance psychocorporelle qui fait défaut à Serena et Amadou. Nous pouvons alors supposer une défaillance de certaines fonctions du Moi-peau chez ces enfants.

Deux questions émergent alors : Si le Moi-peau est défaillant, quels systèmes de défense sont susceptibles de se mettre en place pour protéger le bébé ? Quelles conséquences sur le développement de ce dernier ?

1. Défaillance des enveloppes psychiques et mise en place d'une « seconde peau »

Nous supposons que les fonctions de maintenance, de contenance et de pare-excitation du Moi-peau⁸⁴ sont défaillantes chez Serena et Amadou. La fragilité de la fonction de maintenance du Moi-peau des deux enfants s'exprime au travers de leur tendance à se

⁸³ Cf *supra* p.46

⁸⁴ Cf *supra* p.60

cogner, à trébucher et à tomber régulièrement. Ils ne semblent pas avoir intégré cet appui interne de leur colonne vertébrale. La fonction de contenance semble être également peu intériorisée pour eux. Cela se remarque particulièrement dans les moments de transition dans la séance, où notre contenance psychique peut être diminuée, car en partie accaparée par des échanges avec l'assistante familiale, ou par l'installation du matériel par exemple. Ce sont des moments où l'agitation motrice de Serena et Amadou est exacerbée, probablement en réponse à un manque de contenance de l'environnement. Enfin, Serena et Amadou sont particulièrement sensibles aux stimulations externes. Leur hypervigilance semble témoigner d'un défaut de la fonction de pare-excitation de leur Moi-peau. Le moindre mouvement, le moindre effleurement, le moindre son attire leur attention et peut les déconcerter. Tout événement externe est source d'excitation venant perturber le cours de leur activité.

Nous savons que l'enveloppe psychique de l'enfant est constituée par l'introjection de la fonction contenante de l'objet maternel. Selon E. BICK, face à une défaillance de ce processus, le nourrisson met en œuvre divers moyens lui permettant de survivre et d'éviter la désintégration. « Si la peau psychique ne se met pas en place, une seconde peau se développe et en tient lieu au prix de certaines distorsions et de certains dysfonctionnements de la relation d'objet et du fonctionnement psychique »⁸⁵. A ce sujet, D. ANZIEU faisant référence au concept de seconde peau d'E. BICK nous dit : « la seconde peau musculaire est anormalement développée lorsqu'elle vient compenser une grave insuffisance du Moi-peau et colmater les failles, les fissures et trous de la première peau contenance »⁸⁶.

Nous avons vu que Serena et Amadou, à travers leurs hypertonicité, présentaient cette seconde peau musculaire, véritable « carapace tonique ». Il semblerait que cette construction soit le moyen pour les enfants de faire face aux angoisses corporelles qui les envahissent, de pallier à leur défaut de contenance. Elle leur apporte un semblant de sentiment d'unité. Le défaut de contenance de Serena et Amadou s'exprime ainsi par des défaillances de leur Moi-peau et la mise en place d'une seconde peau musculaire comme défense. Ces défaillances sont à mettre en lien avec des difficultés dans les interactions précoces, difficultés qui peuvent prendre leur source dans le vécu traumatique précocissime selon moi. Intéressons-nous à présent aux conséquences d'un tel défaut de contenance psychique sur le comportement de l'enfant.

⁸⁵ HOUZEL D., 2010, p.119

⁸⁶ ANZIEU D., 1995, p.221

2. Vers une instabilité psychomotrice ?

Serena déboule dans la salle, tel un ouragan. Elle se précipite et sans faire attention, elle se prend les pieds dans le tapis, et se rattrape au vol. Puis elle grimpe sur la chaise, et se tortille pour en redescendre, attrape un jouet, le lâche, réclame son doudou, puis va à l'autre bout de la pièce derrière la cabane, revient en manquant à nouveau de tomber et délaisse son doudou pour aller attraper un autre jouet ... Lancée dans l'espace et dans le temps, elle déambule, dans un corps sans axe, sans structure, sans rythme, sans contenance. Son regard papillonne, s'accroche sans se poser. En séance, son rythme est un flux vertigineux qui a tendance à nous aspirer. Aucune pause, aucun souffle, aucune respiration.

Amadou aperçoit un module en mousse en forme d'escalier, il grimpe les trois petites marches avec difficulté, puis se retourne et redescend, avant de remonter, puis de redescendre à nouveau, etc. Il hurle si on lui propose autre chose. Puis il voit un gros sac contenant des jouets et se précipite dans sa direction, rate une marche au passage, tombe sur le tapis, se relève sans broncher, puis se met à fouiller compulsivement dans le sac pour en extraire un ballon, il le lance, et continue sa recherche. Que cherche-t-il ? Nous l'ignorons. Le sait-il lui-même ? Il semble bouger continuellement, sans que son excès de mouvement ne soit réellement pensé.

Serena et Amadou présentent une agitation massive, une forte impulsivité et des difficultés d'attention. Ces trois manifestations constituent la triade symptomatique de l'instabilité psychomotrice. Aucun diagnostic ne peut être posé du fait de leur jeune âge. En effet, jusqu'à environ 4 ans, le tout petit peut traverser une période d'instabilité physiologique, comprenant de l'impulsivité, de l'agitation et une attention labile. Cependant, c'est à travers la littérature de l'instabilité psychomotrice que j'ai pu mettre du sens, et élaborer sur ce que Serena et Amadou m'ont donné à observer. Le défaut de contenance des deux enfants, s'exprime peut-être aujourd'hui au travers de leur instabilité. En effet, l'excès de mouvement leur apporte une multitude de stimulations sensorielles et sensibles : vestibulaires, kinesthésiques, musculaires, visuelles ... le mouvement, et les sensations qu'il procure pourraient ainsi leur assurer une certaine contenance palliant au manque d'une image du corps suffisamment unifiée pour maintenir en continu un sentiment de soi. L'instabilité serait l'expression d'un manque dans la constitution des frontières corporelles, découlant de perturbations dans le dialogue tonico-émotionnel lors des premières relations.

L'instabilité psychomotrice est envisagée par de nombreux auteurs appartenant au courant psychodynamique (M. BERGER, F.JOLY, R. MISES) comme une pathologie des enveloppes et du lien. L'enfant instable n'acquiert pas le sentiment de continuité d'existence. L'agitation incessante peut représenter une tentative de restaurer ce sentiment. Le mouvement permet ainsi à Serena et Amadou de se sentir exister, c'est pourquoi ils s'agitent sans arrêt. Mais dans tout ce mouvement, on peut se demander si un jeu, qui demande de penser *a minima*, est réellement possible. Seuls avec eux-mêmes, ils s'angoissent, et ils s'agitent, se dispersent, en quête de stimulation externes qui viendraient combler le sentiment de vide et de silence interne. Cela renvoie selon moi à la capacité d'être seul⁸⁷ de l'enfant, et serait donc lié à la question de l'absence. À ce sujet, la plupart des cliniciens et théoriciens de l'enfance s'accordent à dire que les enfants instables n'arrivent pas à penser l'absence. Serena et Amadou n'ont pas cette capacité d'être seul, nous l'avons vu, ils s'effondrent dès lors que leur figure d'attachement s'éloigne, ou disparaît de leur champ de vision. Ils n'ont, semble-t-il, pas intériorisé un « bon objet » au fond d'eux, conséquence sans doute des ruptures du rythme relationnel, qu'ils ont vécu dès leur naissance.

Notons que ces ruptures du rythme relationnel empêchent l'inscription de l'enfant dans le temps et dans l'espace. Les troubles de l'attention et l'impulsivité présents dans la sémiologie de l'instabilité psychomotrice traduisent bien ces difficultés de structuration spatio-temporelle.

Pour M. BERGER, l'agitation est dans doute un moyen de défense contre un débordement pulsionnel. Selon lui, « l'agitation externe a alors une fonction pare-excitante, non seulement par rapport au corps de l'autre, mais aussi par rapport à l'excitation interne. [...] Cette enveloppe d'excitation empêche l'autre d'être en contact avec lui »⁸⁸. C'est ce qui se passe en séance, lorsque Serena et Amadou sont pris dans un « tourbillon » d'excitation. Ils semblent alors imperméables à nos sollicitations et inaccessibles à la relation. Dans ces moments là, l'instabilité des enfants fait écran à la relation et rejoint l'idée d'une enveloppe d'excitation protégeant du contact avec autrui, empêchant également le jeu d'advenir.

Il formule également l'hypothèse d'un *holding* défectueux à l'origine de l'instabilité. « L'hypothèse d'un *holding* défectueux peut correspondre à la manière dont les enfants instables lâchent leurs pensées ou les objets comme d'ils n'avaient pas pu intérioriser la fonction porteuse, maintenant, des soins maternels »⁸⁹. Or nous avons vu précédemment

⁸⁷ Cf *infra* p.47

⁸⁸ BERGER M., 2005, p.85

⁸⁹ BERGER M., 2005, p.71

qu'Amadou et Serena n'ont pas pu profiter d'un *holding* adéquat en début de vie, expliquant sûrement la défaillance de la fonction de maintenance de leur Moi-peau aujourd'hui.

E. Le jeu : « Il est où ? »

Au fil des séances avec Serena, nous avons remarqué qu'elle répète souvent une petite question : « Il est où ? ». Elle la répète d'autant plus lorsqu'elle est inquiète, comme c'est le cas dans le courant du mois de janvier, face aux changements de situation évoqués pour elle (perte des droits parentaux, éventuelle adoption ...). Cette phrase très courte, semble être une sorte d'agrippement pour elle ; un moyen de se rassurer lors de transitions, de changements de pièce, etc. Peut-être renvoie-t-elle à la question de sa propre existence, comme si elle demandait : « Où est Serena ? », « Où suis-je ? ». L'assistante familiale nous précise qu'à la maison, Serena répète cette question à longueur de journée, comme si elle avait besoin de se rassurer en vérifiant que tout le monde est bien là. Il s'agit d'une sorte d'agrippement, de réassurance.

Nous essayons, durant les séances, de transformer cet agrippement en un jeu ; de permettre à Serena d'intégrer une sécurité de base suffisante pour lui permettre de structurer un peu sa pensée pour accéder à un autre niveau de symbolisation. Et par la même occasion, d'imprimer en elle un sentiment de continuité d'exister.

1. Une ritournelle qui se répète encore et encore

Lors de nos séances avec Serena, elle revient très régulièrement au même jeu, comme si c'était une balise, une sorte de repère pour elle. Il s'agit d'un jeu où elle cache différents objets dans un endroit clos, avant de les-en sortir. Elle répète l'opération de nombreuses fois avant de passer à autre chose. Au cours d'une séance en particulier, nous avons installé dans un coin de la salle des modules en mousse, de telle sorte qu'ils formaient un premier petit espace contenant, donnant sur un petit dôme, fermé en son fond par le mur. Serena avait également à sa disposition une grande couverture, dans laquelle nous l'avions préalablement bercée en début de séance.

Serena commence à jouer, elle prend Panda et Ourson (deux peluches toujours présentes dans la salle de psychomotricité, et à disposition des enfants), ainsi que sa tétine et son doudou (deux objets qu'elle réclame souvent à son assistante familiale pendant les séances de psychomotricité) pour les apporter près de la « cabane ». Elle entre dans le

premier espace contenant, formé par les modules en mousse. Elle place ensuite les objets un par un sous le dôme. Puis nous l'aidons à « fermer la porte » matérialisée par la grande couverture. Il s'en suit une petite ritournelle où nous toquons sur le dôme avant d'appeler chacun des objets cachés : « Toc, toc, toc, Panda es-tu là ? Toc, toc, toc, Ourson es-tu là ? Toc, toc, toc, Tétine es-tu là ? Toc, toc, toc Doudou es-tu là ? ». Puis nous leur prêtons notre voix en disant « Oui, on est cachés derrière la porte ! » Serena ouvre alors la porte pour les retrouver tous les quatre, et les sortir un par un avant de recommencer le petit jeu.

Nous répétons ce jeu avec la même petite ritournelle plusieurs fois, jusqu'à ce que Serena, d'elle-même, décide d'entrer dans la cabane. Nous refermons alors la porte, puis répétons la ritournelle en ajoutant : « Toc, toc, toc, Serena es-tu là ? » A ce moment là, elle soulève complètement la couverture, et sort de sa cachette, ravie. Puis très rapidement, elle recommence son jeu en cachant les objets un par un avant de les rejoindre dans la cachette.

2. Que nous dit Serena à travers sa ritournelle ?

Pendant tout le temps passé cachée, elle ne peut s'empêcher de faire petits bruits, de soulever légèrement la couverture de temps en temps, de rire, de s'agiter. Elle donne l'impression de ne pas être si tranquille que ça, dans sa cachette, sans contact visuel avec nous. On suppose que sa sécurité interne n'est pas encore suffisamment ancrée pour lui permettre d'être sereine dans cette situation. Il semblerait que son agitation soit un système de défense, une fonction de pare-excitation qui lui permette de ne pas se désorganiser totalement.

Dans son jeu, Serena vient interroger son « sentiment continu d'exister » dont parle WINNICOTT D. : « L'établissement du Moi doit reposer sur un 'sentiment continu d'exister' suffisant, non interrompu par des réactions à l'empiètement »⁹⁰. Ce « sentiment continu d'exister » est souvent interrompu chez les enfants insécures, ce qui vient entraver leur capacité d'être seul. « Le fait d'être seul est quelque chose (même si c'est paradoxal) qui implique toujours que quelqu'un d'autre est présent »⁹¹. Ainsi, être seul, c'est être seul « avec » quelqu'un, c'est-à-dire avec un objet interne. D. WINNICOTT considère que « je suis seul » est une amplification de « Je suis » qui dépend de la conscience qu'a le petit enfant de l'existence ininterrompue d'une mère à laquelle on peut se fier. Il semble que ça soit l'intégration de cet objet interne qui fasse défaut à Serena. C'est alors à nous de lui apporter un étayage suffisant pour lui permettre de se sentir suffisamment sécurisée. Nous verbalisons

⁹⁰ WINNICOTT D.W., 2006, p.45

⁹¹ WINNICOTT D.W., 1969, p.331

beaucoup, pour lui signifier que nous la cherchons, que nous savons qu'elle est cachée, que nous entendons les bruits qu'elle fait et que nous l'apercevons lorsqu'elle soulève légèrement la couverture. Finalement, Serena, parvient à s'autoréguler, en s'appuyant sur l'enveloppe sonore créée par nos paroles. Le cadre du jeu, avec la ritournelle qu'elle a pu expérimenter au préalable avec les objets est également un bon appui pour elle.

Lorsque nous soulevons la couverture à la fin de la ritournelle, elle affiche un grand sourire et lance un regard à son assistante familiale à l'autre bout de la pièce. Nous la félicitons et montrons notre enthousiasme à l'avoir trouvée dans sa cachette. Serena semble bien, elle se détend quelques instants, c'est une hypotonie relationnelle, qu'elle peut éprouver, furtivement, à ce moment là. Nous avons répondu à son besoin, celui d'être retrouvée, d'être rassurée dans son existence. A ce moment là il y a un mouvement d'introjection ; cela participe à la construction d'un sentiment de confiance. Serena était en quelque sorte dans une situation de stress tant qu'elle était cachée. Avec l'enveloppe verbale que nous lui avons proposée, nous avons donné du sens à la situation. Serena, entourée d'un bon objet a pu se détendre dans une hypertonie relationnelle, qui s'intègre petit à petit. D'après Suzanne ROBERT-OUVRAY⁹², un bébé bien hydraté affectivement a des enveloppes psychotoniques qui nourrissent le noyau et l'installent comme une base de sécurité. C'est ce que nous cherchons ici à établir chez Serena.

3. Joue-t-elle vraiment ?

Serena, revient à ce petit jeu de « Il est où ? » à chaque séance. Si bien que l'ont finit par se demander s'il s'agit vraiment d'un jeu, si ça a réellement un sens pour elle. On pourrait se demander si elle ne s'agite pas plus qu'elle ne joue, à sans cesse rentrer tous les objets dans la cachette, pour les en sortir, avant de les y remettre, etc. Par ailleurs, lorsqu'elle n'est pas dans cette répétition, elle passe d'une activité à une autre et a beaucoup de mal à se poser véritablement. Or, ce n'est pas parce que Serena se lance dans un « jeu » où il y a du mouvement, que ceci a valeur de jeu au sens d'un processus créatif, ou au sens de la mise en scène d'un scénario fantasmatique.

Serena a besoin de répéter les mêmes gestes, la même mise en scène encore et encore avant de pouvoir se cacher à son tour. Elle reproduit sans cesse le même enchaînement et manipule tous ses objets interminablement. La question est de savoir si

⁹² Intervention théorico-clinique de troisième année à l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, 2017.

elle tente de maîtriser par la répétition, ou de symboliser. Elle semble être limitée dans sa capacité de représentation. La capacité de jouer inclut également celle de jouer avec l'autre, c'est-à-dire, non seulement d'accepter l'alternance « à toi », « à moi », « à toi », etc., sans vouloir tout diriger, mais aussi d'accepter que l'autre modifie le cours du jeu, qu'il y introduise de l'imprévu. Nous tentons alors d'introduire des variantes dans ce petit jeu, afin d'aller à l'encontre de la compulsion de répétition, et d'aller vers un processus de symbolisation. Au fil des séances, nous essayons de l'entraîner vers autre chose en partant de ce qu'elle nous amène. Nous tentons de symboliser le départ de l'autre, l'« au revoir », l'absence, etc., de toutes les manières possibles. Au bout de quelques semaines elle commence à investir d'autres « maisons-cachettes », ce que nous trouvons encourageant, mais il est encore difficile de pouvoir réellement parler de jeu.

V- Quand la sécurité de base fait défaut : quels enjeux dans la thérapie psychomotrice auprès de ces enfants et de leur famille d'accueil

En consultation parents-enfant, comme nous l'avons vu, le psychomotricien n'accueille pas seulement un enfant ; il accueille toute une dynamique qui se joue entre l'enfant et sa famille. « Il doit être attentif à l'enfant, mais également aux parents : faire comprendre à ceux-ci le pourquoi de certaines attitudes ; laisser s'exprimer les projections des parents sans en être envahi, tout en continuant à être en relation avec l'enfant. »⁹³ Nous pouvons ainsi avoir un aperçu de l'investissement de l'enfant par les parents. Nous recueillons plusieurs informations sur différents éléments nous permettant de faire un tableau d'ensemble de la dynamique familiale, à travers l'histoire de l'enfant et le témoignage qu'en donnent les parents.

Dans le cadre d'un accompagnement en psychomotricité pour des enfants placés, comme Serena et Amadou, la dynamique est différente de celle d'une « famille classique ». Nous allons voir que la situation est rendue compliquée par un certain nombre de facteurs et le thérapeute peut jouer un véritable rôle de pilier, aussi bien pour l'enfant, que pour l'assistante familiale, et surtout pour la relation entre les deux. Nous verrons également que ce genre de suivi peut être très éprouvant pour le psychomotricien et que l'ouverture au tiers s'avère indispensable pour espérer soutenir ces familles autant qu'elles en ont besoin.

⁹³ SQUILLANTE M., (2006), p.145

A. Rôle de contenance et de soutien auprès des enfants, mais pas seulement

Serena et Amadou sont souvent en grande difficulté de construction psychocorporelle. Leur capacité de mise en lien et de régulation des affects est fragile. Ils ont besoin d'être rassemblés, soutenus, contenus. Et nous allons voir que c'est l'un des enjeux de la thérapie psychomotrice auprès de ces enfants. « C'est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques. Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique »⁹⁴

1. Répondre au besoin de contenance de l'enfant

Les enfants dont nous parlons sont à la recherche de repères externes sur lesquels s'appuyer pour se construire des repères internes. Par une structuration temporo-spatiale du cadre des séances on va fournir à l'enfant un étayage dans la continuité. Nous lui offrons ainsi un environnement étayant et contenant qui lui sert de repère, un espace sécurisé d'exploration. Il pourra ainsi s'appuyer sur la stabilité du dispositif pour grandir. Une fois ce cadre thérapeutique sécurisant installé, nous allons voir que tout le travail du thérapeute est essentiel pour contenir ces patients et leur famille. Ce travail du psychomotricien qui va tenter de prêter en quelque sorte son psychisme et son corps, pour donner à l'enfant l'occasion d'intégrer ses pulsions et non plus d'en être envahi, morcelé, désintégré.

a) Le cadre thérapeutique : un outil pour contenir

Le cadre thérapeutique est ce qui entoure, délimite un espace, une scène, une action : l'enveloppe d'une organisation. Ceci suppose d'une part la distinction entre un dehors et un dedans, d'autre part un invariant au sein d'un processus de changement. Ainsi le cadre se caractérise par des unités de lieu, de temps et d'action.

L'unité de lieu pour la prise en charge de Serena et Amadou est assurée par la salle de psychomotricité au sein de la consultation parents-bébé, espace clos, délimitant un dedans et un dehors. L'unité de temps se caractérise par l'horaire, la fréquence et la durée de la séance. Cette unité spatio-temporelle donne des repères solides structurants à Serena et Amadou, elle favorise leur structuration spatio-temporelle.

⁹⁴ POTEL C., 2013, p.324

A cette matérialité du cadre s'ajoutent un certain nombre de règles et d'interdits qui vont border, limiter, contenir et maintenir un climat de sécurité. Ces règles et interdits instaurés pour chaque prise en charge vont venir faire tiers dans la relation. Le psychomotricien va présentifier le cadre, le rendre vivant, tout à la fois malléable, souple et solide. Il en est le garant.

Notons que l'enfant fait l'expérience du cadre lorsqu'il le met à défaut. C'est le cas des deux enfants qui cherchent parfois les limites du cadre : tenter d'entrer et de sortir de la salle de psychomotricité en milieu de séance ; tenter de grimper sur des meubles sans y être autorisés ; montrer des gestes de violence. Par ces différents comportements, ils testent la solidité du cadre, la fiabilité de notre accompagnement. Ils ont besoin de ressentir le cadre et les règles pour pouvoir intégrer des repères. En prenant conscience des limites extérieures, on peut penser qu'ils étayaient leur conscience corporelle et leur structure interne.

Au sujet du cadre thérapeutique, D. ANZIEU fait une homologie entre le cadre et l'appareil psychique. Il décrit le cadre comme ayant deux enveloppes : une enveloppe de pare-excitation qui filtre l'excitation et qui est représentée par les invariants symboliques (le psychomotricien en l'occurrence), temporels et spatiaux ; et une enveloppe de surface d'inscription qui garde les empreintes de la communication. Elle fait office de lien entre les séances et est observable à travers les objets et les attitudes que les enfants reprennent de séance en séance. Dans un lieu expérimenté comme sûr, les enfants peuvent déposer leur vécu.

Le cadre spatio-temporel et les règles thérapeutiques constituent le cadre physique, c'est-à-dire le dispositif thérapeutique. Ce cadre physique est primordial car il sert de support au cadre psychique : la disponibilité psychocorporelle du psychomotricien.

b) Le psychomotricien, objet contenant

« Le thérapeute devient l'enceinte protectrice qui contient et assemble les parties du Moi de l'enfant dans une sécurité émotionnelle »⁹⁵. Ainsi, notre position professionnelle spécifique est celle d'une implication psychocorporelle bienveillante, c'est-à-dire d'une participation non intrusive mais permettant d'étayer les productions et les découvertes de nos patients.

⁹⁵ ROBERT-OUVRAY S., 2007, p.89

Amadou est au tapis, entouré par son assistante familiale, la psychomotricienne et moi-même. La balle, objet de sa convoitise, roule et s'éloigne du tapis. Que va-t-il faire ? Je verbalise et attends sa réaction. Dans cette configuration, bien entouré par trois personnes aux regards, aux paroles et aux gestes bienveillants, Amadou hésite, puis se déplace à sa manière jusqu'au bord du tapis, et après un rapide coup d'œil vers nous, continue son chemin jusqu'à la balle. Quelques mois auparavant, cela n'aurait pas été envisageable : Amadou aurait été incapable de sortir du cadre sécurisant matérialisé par le tapis que nous avons investi.

Dans ce cas de figure, il semble qu'Amadou se soit senti suffisamment sécurisé pour franchir la limite du tapis, après avoir vérifié que nous étions bien présentes, son assistante familiale, la psychomotricienne, et moi. Entouré physiquement, de par notre disposition au sol, et psychiquement, de par notre disponibilité, et notre attention dirigée vers lui, Amadou a pu réaliser son projet moteur qui consistait à récupérer la balle.

Serena nous sollicite pour attraper un pot de feutre, afin de dessiner sur un tableau blanc. C'est une habitude pour elle de revenir vers ce tableau en début de séance, mais elle passe plus de temps à sortir les feutres du pot, enlever les bouchons des feutres, les remettre, puis replacer les feutres dans le pot. Ce jour là, nous essayons de transformer cette répétition stérile en un véritable jeu. Nous prenons chacune un feutre, et nous nous installons face au tableau de manière à entourer Serena. La psychomotricienne initie alors ce que nous appellerons « la chanson des feutres ». Elle dessine une ligne courbe lentement, en chantant « ouuuuuuuuh eeh ouuuuuuuuh » au rythme du trajet du feutre sur le tableau. Puis elle continue en faisant des points sur le tableau et en chantant « boum boum boum boum boum » pour accompagner son geste, et je joins ma voix à la sienne. Serena est sidérée, ma main est posée contre son dos, je sens son agitation tomber quelques secondes, pendant qu'elle suit du regard la danse du feutre sur le tableau. Elle recommence à s'agiter lorsque la psychomotricienne s'arrête, nous l'incitons à rester avec nous devant le tableau, et elle me regarde, j'ai l'impression qu'elle attend que je chante, moi aussi, la chanson des feutres. Je dis « Allez, c'est à mon tour maintenant. » et je commence à chanter. La psychomotricienne m'accompagne avec sa voix, et encore une fois, Serena se pose, regarde, et écoute. Puis lorsque je m'arrête, nous lui disons « A ton tour maintenant Serena ». Et elle commence la chanson des feutres, en alternant lignes, courbes, et points. Nous chantons avec elle, et j'accompagne son mouvement avec mes mains dans son dos. Lorsqu'elle s'arrête, elle regarde son assistante familiale et lui montre le résultat. Son regard fait des

allers-retours entre l'assistante familiale, la psychomotricienne, le tableau et moi. Tout le monde applaudit, nous verbalisons, puis Serena s'élançe vers une autre activité.

Nous sommes parties de ce qu'apportait Serena en manipulant les feutres, et nous l'avons enveloppée de différentes manières, pour lui permettre de *penser* son mouvement. Nous avons commencé par nous placer de manière à lui apporter une contenance physique, en l'entourant concrètement, avec nos corps. L'appui dos que je lui ai proposé avec mes mains est venu renforcer cette contenance. En associant un mouvement, à un chant et à un effet visuel, nous avons touché les niveaux tonique, sensoriel, et affectif de son organisation, pour aller vers le représentatif. Ainsi enveloppée et contenue, Serena a pu *penser* la chanson des feutres. Chacune à notre tour, nous avons ainsi interprété cette chanson, pour faire un grand dessin au tableau. Le court moment où Serena a montré le résultat à son assistante familiale et où nous avons verbalisé, fût particulièrement intense émotionnellement. Nous avons pris conscience que nous venions d'avoir un réel échange avec Serena, et que le fruit de cet échange était sous nos yeux.

2. Accompagner l'enfant, c'est le porter

Le psychomotricien est également tuteur de résilience pour ces enfants. Le concept est introduit par B. CYRULNIK, qui fait référence à « une résistance aux chocs et une capacité à se développer normalement en dépit des circonstances adverses. »⁹⁶. L'enfant peut alors s'appuyer sur le psychomotricien comme un pilier extérieur qui lui permet de poursuivre son développement après un événement traumatique. Le thérapeute tentera de nourrir les capacités de l'enfant à résilier, en lui donnant des éléments favorisant l'élaboration d'une solidité interne. Il s'agit de s'adapter à lui, tel que le ferait une « mère suffisamment bonne »⁹⁷, de « 'porter l'enfant sur nos épaules psychiques, tout le temps nécessaire, mais 'juste ce qu'il suffit' »⁹⁸. C'est tout le travail d'accommodation et d'accordage qui se fait dans l'alliance thérapeutique. C'est cette qualité de soutien qui va permettre à l'enfant d'intérioriser le support sécurisant que représente l'institution et de pouvoir s'y poser. Le véritable portage psychique dont fait preuve l'équipe soignante crée un milieu qui accomplit l'adaptation nécessaire pour l'enfant. D'après DELION P., une institution « digne de ce nom, permet aussi bien au bébé avec ses parents, qu'à l'enfant ou l'adolescent, d'y rencontrer à nouveau les objets perdus-trouvés-crées à partir desquels il pourra reconstruire sa narration

⁹⁶ CYRULNIK B., 2006, p.7

⁹⁷ WINNICOTT D.W., (1969), p.119

⁹⁸ DELION P., (2011), p.25

en première personne. »⁹⁹ Pour Serena et Amadou, il semble nécessaire de revenir aux fondements même de leur être au monde, et de leur permettre d'accéder à la régression.

La régression se définit d'après D.W. WINNICOTT, comme l'inverse du progrès, lui-même sous-tendu par une « pulsion physiologique », sorte de pulsion que l'enfant a à se construire. Ainsi l'auteur nous dit que d'une certaine façon « il est normal et sain qu'un individu soit capable de défendre son self contre une carence spécifique de l'environnement en gelant la situation de carence »¹⁰⁰. La régression qui s'effectue dans le cadre thérapeutique, renvoie justement à une sorte de dégel de cette structuration figée de la personnalité, avec l'espoir que l'environnement actuel puisse réparer le défaut d'adaptation de l'environnement passé. Ce retour pour l'enfant, à la situation de dépendance primordiale qui a été la sienne lorsqu'il était nourrisson, afin de restaurer le narcissisme primaire qui n'a pu s'établir à l'époque, en raison de la défaillance maternelle.

Je pense ici aux enfants de la pouponnière, ainsi qu'à Serena et Amadou qui s'accrochent littéralement à l'adulte, comme s'ils étaient à la recherche de ce « milieu suffisamment bon », leur permettant de remettre en jeu leur histoire individuelle. Je fais le lien notamment avec toutes ces fois où Serena s'est installée dans la couverture, s'est faite toute petite, et s'est laissée porter aussi bien physiquement que psychiquement, tel un petit bébé que l'on berce. Elle vient rejouer quelque chose qui lui a manqué, et on sent son grand besoin de portage, de sentir un appui sûr. A ce moment là, lorsque nous enveloppons Serena dans la couverture et que nous la berçons en chantant tout doucement, nous lui offrons ce milieu dont « l'adaptation est convenable quoi que retardée »¹⁰¹. C'est grâce à la stabilité du cadre thérapeutique que nous invitons l'enfant à la régression, lui permettant de vivre un « retour organisé à une dépendance primitive »¹⁰².

Ainsi, l'enfant qui se sent suffisamment soutenu, peut accéder à la régression, et commencer à « réparer » quelque chose de son vécu traumatique. Cela nous demande, en tant que thérapeute d'être particulièrement à l'écoute de ses besoins et de s'ajuster en permanence.

⁹⁹ DELION P., (2011) p.25

¹⁰⁰ WINNICOTT D.W., (1992), p.254

¹⁰¹ WINNICOTT D.W., (1992), p.257

¹⁰² WINNICOTT D.W., (1992) p260

3. Un soutien pour les assistantes familiales

L'enfant existe en lien avec sa famille, ses parents, son histoire socioculturelle. On ne peut donc pas espérer soutenir le tout petit en séances si psychomotricité, si on laisse de côté ceux qui le soutiennent au quotidien. En l'occurrence ce sont les assistantes familiales, et il se trouve qu'elles ont de nombreuses difficultés, inhérentes aux difficultés des enfants, et surtout à la place si particulière qu'elles tiennent auprès d'eux. Nous nous devons de garder à l'esprit ces difficultés et de nous ajuster aux besoins des assistantes familiales, dans l'intérêt de l'enfant qu'elles soutiennent elles-mêmes.

a) Accueillir un bébé en état de souffrance

Mme B et Mme D ont accueilli respectivement Amadou à environ un mois, et Serena à huit jours de vie. Nous avons déjà évoqué l'état de souffrance psychique dans lequel se trouvaient alors les bébés. On ne peut qu'imaginer la difficulté d'accueillir un tout petit ayant déjà subi un vécu traumatique. Toutes sortes de complications sont venues rendre la tâche de ces assistantes familiales et de leurs familles encore plus ardue.

- Les difficultés liées au langage somatique du bébé :

Serena et Amadou ont longtemps présenté de gros troubles somatiques, en lien avec le trauma, et le manque de sécurité. Et même si ces troubles se sont beaucoup atténués au fil des mois, ils ne sont pas révolus. Les assistantes familiales décrivent avec beaucoup de détails les difficultés d'endormissement caractérisées par de longues périodes d'éveil agité avant de plonger dans le sommeil. Elles parlent également d'angoisses nocturnes, d'épisodes d'agitations, de cauchemars, de pleurs, ou de réveils précoces. Ces troubles somatiques se trouvaient exacerbés suite aux visites médiatisées avec les parents. M. LEMAY, dans son étude des enfants carencés parle de ce langage somatique. Il décrit « des réactions dépressives intenses avec des manifestations somatiques inquiétantes : refus de s'alimenter – agitation anxieuse se traduisant par des pleurs et des cris – tentative d'agrippement – troubles du sommeil – troubles digestifs à forme de vomissements et de diarrhée – sensibilité accrue aux infections respiratoires mineures. »¹⁰³

¹⁰³ LEMAY M., 1979, p.107

- Les difficultés liées au langage affectif du bébé :

Le développement affectif de l'enfant insécure est d'emblée entravé par des difficultés relationnelles. Les assistantes familiales de Serena et Amadou ont tout de suite été interpellées par leur avidité, leur agressivité parfois, l'oscillation entre des attitudes de toute-puissance et l'expression de leur grand désarroi. Par ailleurs, les situations de frustration étaient (et sont encore) particulièrement difficiles à supporter pour Serena et Amadou. Elles provoquent irrémédiablement une angoisse, qui ravive ses blessures narcissiques originelles. Les réponses à une telle frustration sont des effondrements toniques, une agitation motrice, voire même de l'agressivité. Il existe chez ces enfants, un fond régressif permanent, exacerbé face à certains événements. L'enfant souhaite presque toujours le contact corporel avec l'adulte. Il peut se blottir et se lover dans les bras de l'adulte, comme un tout petit. Les assistantes familiales nous parlent même d'une certaine rivalité lorsqu'un autre enfant se rapproche d'elles.

Toutes ces difficultés liées aux langages somatique et relationnel de Serena et Amadou ont bien souvent mis à mal la confiance des assistantes familiales dans leur propre capacité à accueillir un enfant, et à être « suffisamment bonnes ». Mme D me confie un jour, alors que nous parlions des premiers mois de Serena : « Je n'en pouvais plus, j'étais à bout ... à bout ! D'ailleurs, nous l'étions tous à la maison. »

b) S'attacher ou ne pas s'attacher, telle est la question

Au-delà des difficultés liées aux troubles développementaux du bébé, les assistantes familiales sont souvent dans des positions délicates. Elles sont tiraillées entre leur instinct qui les pousse à s'attacher au bébé, à le materner, et les impératifs posés par le cadre institutionnel de l'ASE, qui leur interdit de prendre la place de figure maternelle. Le paradoxe est posé : elles sont censées veiller au bon développement du bébé, sans pour autant assurer une la fonction maternelle. Mais nous avons vu le véritable besoin de ces enfants de s'attacher à un adulte, d'éprouver un sentiment de sécurité comparable à celui qu'un parent suffisamment bon peut procurer dans son *holding*.

Au cours d'une séance du mois de mars, alors que nous évoquions les progrès réalisés par Serena, Mme B., émue, se remémore les moments difficiles : « On ne s'en sortait pas... Un jour, le médecin de la PMI m'a dit de tout lâcher, malgré les recommandations de l'ASE, de laisser me laisser aller. Alors j'ai laissé tomber toutes les barrières. Et à partir de là c'est allé mieux. Nous nous sommes tous accrochés à elle, et elle s'est accrochée à nous. ».

Cela donne un aperçu de l'ambiguïté qui caractérise la fonction des assistantes familiales, et des difficultés qui en découlent. Elles disent elles-mêmes ne pas se sentir suffisamment soutenues par l'ASE, ce qui indique une véritable faille institutionnelle. La contenance du psychomotricien, dans ce type de suivi, doit donc englober l'assistante familiale, et non pas seulement l'enfant. Ce que l'on cherche à faire ici est simplement de soutenir l'assistante familiale, pour lui permettre de mieux soutenir l'enfant.

B. Et le thérapeute dans tout ça ?

Il est difficile de parler de l'autre sans parler de soi. Dans notre métier, nous parlons volontiers de l'autre, c'est lui qui nous préoccupe, c'est vers lui que se concentre notre attention. Mais il existe un autre biais : s'appuyer sur ce que nous ressentons, ce que nous éprouvons en sa présence, pour entendre quelque chose de lui qui ne se dit pas. Accompagner, soutenir, porter ces enfants et leur famille d'accueil peut être éprouvant pour le psychomotricien. Les enfants dont nous parlons projettent leurs angoisses, leur vécu traumatique, leurs peurs sur nous et ils viennent réveiller des angoisses que nous avons nous même vécues tout petit. Ce n'est pas pour rien si j'ai été tant marquée par les enfants de la pouponnière, et si les psychomotriciennes qui suivent Serena et Amadou ont eu autant de mal à tenir durant les premiers mois de prise en charge. Pour mieux comprendre ce qui se joue, il faut s'intéresser au contre-transfert mis en jeu.

1. La question du contre-transfert en psychomotricité

Comme dans tout cadre thérapeutique, le transfert de l'enfant et le contre transfert du psychomotricien exposent chacun des partenaires de l'interaction à ses éprouvés toniques, sensoriels et affectifs. Selon C. POTEL, « la notion de contre-transfert – empruntée, je le rappelle, à la théorie psychanalytique – est ce qui est ressenti profondément par le thérapeute en présence de son patient, qui peut faire l'objet d'une élaboration après coup grâce à laquelle ce qui a été perçu remonte au niveau de la conscience. »¹⁰⁴

Le psychomotricien, en appui sur ses propres ressentis, entre en contact avec les mémoires sensorielles du patient, avec des blocages, des inhibitions, des angoisses, etc. L'émotion est donc au cœur de la pratique psychomotrice. Ainsi lorsqu'on rencontre des enfants comme Amadou et Serena, on perçoit quelque chose de leur histoire, de leur traumatisme, rien qu'en posant les yeux sur eux. Ils peuvent faire naître en nous des

¹⁰⁴ POTEL C., 2015, p.37

sentiments puissants et contradictoires. La question qui se pose alors est : comment les écouter ? Comment prêter attention aux sensations, aux tensions qu'ils provoquent en nous lorsqu'ils nous regardent, lorsqu'ils se collent à nous, lorsqu'ils s'accrochent à nos vêtements, lorsqu'ils déambulent, lorsqu'ils se cognent, lorsqu'ils sont hypertendus, ou au contraire totalement effondrés ? Lorsque l'on est face à une Serena qui tourbillonne continuellement sans se poser dans la relation, ou devant un Amadou qui refuse toute proposition, et qui se désorganise dès qu'on le touche, il faut trouver en soi des appuis suffisamment solides et prendre le recul nécessaire pour élaborer quelque chose de tout ce que l'on peut ressentir.

Je repense ici, aux deux psychomotriciennes qui suivent Serena et Amadou, et au récit qu'elles m'ont fait de leurs premières séances. A ce contre-transfert négatif qu'elles ont éprouvé, cette impression d'être un étranger dangereux, susceptible de détruire le tout petit. Chacune de leur côté, elles ont éprouvé cela à travers le dialogue tonique mis en jeu avec l'enfant. Selon moi, les réactions de Serena et Amadou à l'origine de ce contre-transfert sont à mettre en lien avec les angoisses archaïques qui les assaillent et les troubles dans la construction de leurs enveloppes psychocorporelles.¹⁰⁵ Ces récits se rapprochent de ce que j'ai ressenti auprès des bébés, pendant mes quelques semaines passées à la pouponnière sénégalaise. Dans la rencontre avec tous ces enfants, l'intensité émotionnelle est si forte, qu'une partie de nous est mise à vif. En travaillant sur le corps de nos patients, on ne peut pas y couper, et c'est tant mieux parce que finalement, ce contre-transfert nous révèle quelque chose du patient, et c'est une base sur laquelle on peut s'appuyer pour mieux le comprendre, et pour mieux travailler en tant que thérapeute.

2. Une écoute de soi, une écoute de l'enfant

En tant que psychomotricien, nous sommes engagés corporellement et émotionnellement auprès de nos patients. Il est important que nous soyons attentif à notre corps, notre tonus, nos sensations, car nos ajustements corporels et toniques constituent ce que S. ROBERT-OUVRAY appelle le « contre-transfert émotionnel »¹⁰⁶, encore nommé « contre-transfert corporel »¹⁰⁷ par C. POTEL. Il s'agit là d'un véritable matériel clinique sur lequel nous pouvons nous appuyer. En effet, prendre en compte ce contre-transfert nous permet d'ajuster notre position, de jouer, d'amplifier, de mettre en scène, en voix et en corps ce que nous ressentons. Et en cela, nous pouvons apporter un miroir au patient, et

¹⁰⁵ Cf *supra* p.68

¹⁰⁶ ROBERT-OUVRAY S., 2002

¹⁰⁷ POTEL C., 2015

l'invitons à être attentif à ses propres éprouvés, à ce qu'il nous dit de lui-même, de sa pathologie et de son vécu. P. DELION qualifie d'ailleurs cette fonction de « sémaphorique (je suis porteur des signes de souffrance psychique du patient qui ne peut toujours l'exprimer par le langage articulé dans une parole) peut s'apparenter au contre-transfert et aux contres attitudes produites par les soignants en relation avec les phénomènes transférentiels dont ils sont sujets. »¹⁰⁸

S. ROBERT-OUVRAY nous dit « nos réponses ne sont pas le fruit du hasard ou de vagues techniques applicables à n'importe quelle situation : elles correspondent à l'analyse de notre éprouvé émotionnel, à sa décomposition, à sa déclinaison en tensions, sensations, images pour répondre à l'enfant sur son terrain.»¹⁰⁹ On peut rapprocher cela de « la langue maternelle »¹¹⁰, cette compétence maternelle qui favorise la construction psychocorporelle du bébé. Dans l'histoire de tous les humains, dès le début de la vie, l'enfant est livré au corps d'autrui, de sa mère, de son père, de sa figure d'attachement. Un ensemble de postures, de touchers, de mimiques émotionnelles, s'installe entre les deux partenaires et organisent un dialogue tonique. Pour entrer en contact avec le petit, la figure maternelle s'appuie sur les signaux moteurs et émotionnels, sur les postures et les pleurs de l'enfant, mais également sur sa propre histoire, et sur ses ressentis plus ou moins conscients. En interprétant le vécu psychomoteur du bébé et en y répondant, à travers les changements de posture et les ajustements toniques, le parent propose une forme au fond tonico-émotionnel vécu par le bébé. Dans cet ajustement, l'enfant est reconnu comme une personne ayant une vie motrice, sensorielle et affective. Interprété et traduit le petit s'humanise, s'incarne et s'approprie son corps. Le parent aide l'enfant à passer d'un niveau d'expression corporelle à un autre niveau affectif et représentatif. Ainsi, dans un sens, l'ajustement du psychomotricien en réponse à son contre-transfert, se rapproche de certaines compétences maternelles. Mais il est important de ne pas tout confondre et c'est aussi le rôle du cadre thérapeutique.

Tout au long de notre formation, on nous apprend à prêter attention à nos ressentis, nos sensations, nos émotions. Ce véritable travail d'écoute de soi prend tout son sens lors de la rencontre avec nos patients. Il faut alors trouver un juste milieu entre l'écoute de ses éprouvés, et l'attention accordée au patient. La rencontre avec des enfants comme Serena, Amadou et ceux de la pouponnière nous fait ressentir des choses tellement puissantes que l'on est bousculé, et à moins d'avoir de très bons appuis internes on peut très vite être

¹⁰⁸ DELION p. (2011), p.25

¹⁰⁹ ROBERT-OUVRAY S., 2002, p.63

¹¹⁰ ROBERT-OUVRAY S., 2007b, p.104

débordé émotionnellement. Que doit-on faire de cela ? Surtout *ne pas perdre pied* et s'en saisir. Nous sommes alors amenés, au sein même de la séance, à poser des mots sur ces ressentis. Et la mise en mot n'est d'ailleurs pas le seul moyen à disposition pour faire un retour au patient de ce qu'il peut nous faire vivre. C'est aussi et surtout avec notre corps que nous allons lui renvoyer cet écho.

3. Ne pas tout porter seul, ou l'indispensable ouverture au tiers

« Ne pas perdre pied », plus facile à dire qu'à faire. Lorsque les éprouvés corporels et émotionnels nous empêchent, nous gênent dans notre élaboration, comme ça a été le cas pour les deux psychomotriciennes dans les débuts de l'accompagnement de Serena et Amadou, il est nécessaire d'avoir un espace pour évoquer cette situation auprès d'autres professionnels. Les psychomotriciennes n'ont peut-être pas suffisamment bénéficié de cet espace, qui m'aurait pourtant semblé constituer un soutien indispensable pour le professionnel exposé à de tels affects. Indispensable tout d'abord parce qu'il semble normal d'avoir besoin de parler de ce qui nous touche. Et ensuite parce que celui qui écoute, vient comme un tiers, pour nous permettre de prendre le recul nécessaire pour élaborer quelque chose de ce qu'on a vécu en séance avec le patient. C'est une nécessité pour le thérapeute d'être soutenu et de veiller à l'extensibilité de son cadre, qui se veut thérapeutique, aux cadres familiaux et institutionnels.

a) La famille d'accueil comme partenaire

Le cadre « familial » (on parle ici de celui de la famille d'accueil), vient soutenir ou limiter notre champ d'action. Si la famille n'adhère pas au projet thérapeutique de l'enfant, notre champ d'action reste limité. Je n'ai pas rencontré ce cas de figure mais je veux souligner ici l'importance de l'implication de la famille de l'enfant dans son accompagnement. Il est très important qu'elle porte, elle aussi, le projet, afin qu'un relais s'opère entre les séances de psychomotricité et le lieu de vie de l'enfant. Cela peut sembler évident, mais ça n'en est pas moins important. Surtout dans ce type de suivi, où l'attachement de l'enfant pose tant problème.

b) L'enveloppe institutionnelle D. HOUZEL

L'institution constitue un véritable contenant de pensée proposé par le groupe soignant aux patients. D. HOUZEL parle d'enveloppe institutionnelle¹¹¹, qui a les qualités de pouvoir contenir, abriter les processus psychiques individuels et interindividuels dans l'institution. Cette enveloppe institutionnelle se caractérise par son étanchéité, ou le fait de garder à l'intérieur tout ce qui se dit et tout ce qui se vit ; sa perméabilité, qui régit les échanges entre l'institution et l'extérieur (famille, autre institution) ; sa consistance, définie comme une capacité à résister aux pressions externes et internes ; et par son élasticité, ou sa capacité à se déformer sans se rompre. C'est de cette élasticité que dépend la capacité de l'institution à accueillir et à contenir la souffrance psychique des patients et de leurs familles.

Le psychomotricien peut et doit s'appuyer sur ce « cadre institutionnel qui le contient et l'enveloppe lui-même [le praticien] »¹¹². Lorsqu'il se sent démuni face aux failles institutionnelles liées au placement de l'enfant, ou face au contre transfert négatif que ce dernier lui renvoie. Cette enveloppe institutionnelle a manqué de solidité pour les psychomotriciennes qui soutiennent Serena, Amadou et leurs familles. Elles me disent toutes les deux s'être senties particulièrement seules pour assumer ces prises en charge. On peut relier ce défaut de contenance institutionnelle à la temporalité particulière de la structure, qui n'est ouverte que deux jours par semaine. Cela implique une capacité d'accueil réduite, et des professionnels rapidement débordés face au nombre considérable de demandes. Ainsi, des enfants comme Amadou et Serena devraient probablement être suivis plus régulièrement par un pédopsychiatre, ou par une psychologue, pour garantir un meilleur maillage interdisciplinaire, mais la réalité institutionnelle ne le permet pas. Quoiqu'il en soit, les psychomotriciennes ont pu tenir dans les débuts difficiles des prises en charge, et être suffisamment contenant pour les enfants et leurs familles d'accueil, mais ce fût pour elles beaucoup plus coûteux que si une enveloppe institutionnelle suffisamment solide les avait soutenues.

Cela donne une image de poupées russes emboîtées les unes dans les autres avec en son centre, l'enfant, soutenu par sa famille d'accueil. Le psychomotricien vient constituer une poupée un peu plus grande, contenant les deux premières. Et enfin, l'enveloppe institutionnelle vient former la dernière poupée, veillant à une cohésion pluridisciplinaire et

¹¹¹ HOUZEL D., 2010, p.148

¹¹² HOUZEL D., 2010, p.148

une harmonisation du holding thérapeutique, pour se poser en garant de la cohérence des soins et des prises en charges proposées aux patients.

C. L'arrivée du stagiaire dans la relation thérapeutique dyade-psychomotricien

Mon arrivée dans les prises en charge auprès de Serena et Amadou a été à l'origine de changements dans la dynamique des séances. En effet, dès mon arrivée, ils m'ont tout de suite investie et reconnue, et ils se sont mis à explorer l'environnement beaucoup plus facilement qu'auparavant. Qu'est-ce que je représente, symboliquement, pour eux ? Qu'est-ce qui a fait que dans les deux prises en charges, quelque chose s'est débloqué avec l'arrivée d'une nouvelle personne, au statut si particulier, dans une relation thérapeutique déjà établie ? Comment amener du tiers quand l'enfant est agrippé à sa figure d'attachement, l'assistante familiale ? J'ai tenté de m'appuyer sur différents auteurs pour essayer de comprendre ce qui s'est passé, mais mon propos, issu de cette expérience clinique, reste hypothétique.

Tout d'abord, au regard du contre transfert évoqué plus tôt, il serait intéressant d'étudier la place qu'ont pris les psychomotriciennes auprès de ces enfants et de leurs assistantes familiales dans les débuts de la prise en charge. Je pense qu'elles ont, dans le cadre de leur travail, tenu un rôle qui pourrait s'apparenter à celui d'une « mère suffisamment bonne », permettant aux enfants d'éprouver les prémices d'une sécurité de base. Au fil des séances, elles ont pris un statut particulier vis-à-vis de la dyade enfant/assistante familiale. Mon arrivée aurait alors, « tiercéisé »¹¹³ la relation enfant/assistante familiale – psychomotricienne, ouvrant un espace transitionnel, laissant entrevoir à Serena et Amadou la possibilité d'explorer, de jouer.

1. De la contenance « maternelle » du psychomotricien à un début de sécurité

Dans chacune des deux prises en charge, les psychomotriciennes ont, pendant les premiers mois d'accompagnement de Serena, Amadou et de leurs familles, réalisé un long travail consistant à construire les bases d'une relation thérapeutique solide auprès d'un bébé complètement agrippé à son assistante familiale. Pour cela, elles se sont basées sur

¹¹³ LEBOVICI S., 2009, p.130

leur contre-transfert émotionnel/corporel¹¹⁴ et se sont totalement adaptées aux besoins des enfants pour faire naître le début d'un sentiment de stabilité et de sécurité chez eux. Les premiers mois de prise en charge se sont avérés, dans les deux suivis, extrêmement difficiles. Lorsqu'elles me les relatent, elles décrivent, chacune à leur façon, l'impression d'être intrusive dans cette dyade complètement fusionnelle¹¹⁵.

« Au début de la prise en charge, Serena ne supportait même pas que je la touche. J'avais l'impression d'être dangereuse, intrusive, effrante... d'être une projection pure de toutes ses angoisses archaïques. Je devais beaucoup travailler à partir du corps de Mme D., avec Serena collée à elle. Les séances étaient parfois très difficiles, la moindre stimulation sensorielle tactile pouvait être insupportable pour Serena, il fallait constamment s'adapter à elle, la contenir un maximum, supporter les pleurs, et surtout, *tenir*. » Me dit la psychomotricienne de Serena, le jour même de ma rencontre avec l'enfant.

« C'était vraiment très difficile au début, Amadou rejetait toute proposition. Aujourd'hui, la prise en charge est parfois chaotique. Ce sont souvent des séances où on a l'impression de ne rien faire, mais ce dont il a besoin, c'est justement de cet espace, où, il va intégrer un début de sécurité. Alors je m'adapte, constamment à lui, à ses réactions ». Telles sont les paroles de la psychomotricienne d'Amadou lorsqu'elle me propose de rejoindre la prise en charge. Elles ont donc, au début de leur accompagnement, cherché à vraiment s'adapter aux besoins de l'enfant, dans une disponibilité la plus totale.

J'associe leur attitude à ce moment là à la contenance de la mère suffisamment bonne qui « commence par s'adapter presque totalement aux besoins de l'enfant ; à mesure que le temps passe, elle s'adapte de moins en moins étroitement, suivant la capacité croissante qu'à l'enfant de s'accommoder de cette carence. »¹¹⁶. Ainsi, de la même façon que la mère va à la fois calmer, rassurer, et assurer *l'object presenting*¹¹⁷, les psychomotriciennes ont stimulé et accepté les excitations motrices, tout en assurant les conditions de leur intégration psychique pour les enfants. Comme la mère qui accueille en elle les éprouvés, les besoins de son nourrisson, les décode, les transforme en éprouvés de plaisir et de bonne sensation, les psychomotriciennes ont accueilli les expressions corporelles très primitives et régressives de Serena et Amadou et les ont transformées. Elles

¹¹⁴ Cf supra p.83

¹¹⁵ Cf ANNEXE 2a)

¹¹⁶ D.W. WINNICOTT, 1969, p.119

¹¹⁷ Cf supra p.47

ont ainsi mis en place une relation thérapeutique qui évoque les premières trames d'une enveloppe relationnelle maternelle primaire.

A ce sujet, F. JOLY nous dit que « le modèle de la rencontre thérapeutique se révèle bien, et ce de manière exemplaire en psychomotricité, comme reproduisant 'quelque chose' de la situation de la relation mère/enfant »¹¹⁸. Il précise que ce modèle est reproduit de manière analogique, c'est-à-dire dans un rapport de ressemblance métaphorique, et non de façon homologique. Tout comme la « mère suffisamment bonne de D. WINNICOTT, l'adaptation du psychomotricien aux besoins de son patient et ce de manière non parfaite, fait de lui un « psychomotricien suffisamment soignant »¹¹⁹.

Elles ont également cherché à jouer un rôle dans la dyade bébé-assistante familiale, pour travailler sur la fusion entre les deux partenaires. Mais il semble qu'elles n'aient pas pu pleinement jouer ce rôle de tiers séparateur dans le cadre de ces prises en charge. Certes, au fil des mois, Serena et Amadou ont pu quitter leur attitude de collage vis-à-vis de leurs assistantes familiales, pour acquérir progressivement un semblant d'autonomie, sans jamais trop s'éloigner. Mais, en ce début de prise en charge, les régressions des deux enfants étaient telles que les psychomotriciennes ont elles-mêmes dû vraiment s'engager psychiquement et corporellement dans la relation, et amorcer une forme de processus d'attachement avec les bébés. Cela expliquerait qu'à mon arrivée, le schéma relationnel mis en place dans les prises en charges s'organisait comme une sorte de « dyade » psychomotricienne – assistante familiale/bébé.¹²⁰

Il semble qu'un tel attachement ait été nécessaire, dans un premier temps, pour permettre à Serena et Amadou de commencer à construire les bases d'un noyau de sécurité interne. Mais il serait insuffisant de penser que l'espace de thérapie psychomotrice est, de façon univoque, une matrice maternelle appelant à une régression sans limites. Dans ces prises en charges où l'enfant présente une telle problématique dans la relation à l'autre, il peut être bon de faire intervenir un autre tiers : un « tiers du tiers ».

2. Le stagiaire comme « Tiers du tiers »

Intéressons-nous à présent à mon arrivée en tant que stagiaire dans les prises en charge des deux enfants. Dès la première séance, Serena semble d'abord intriguée par moi, puis très rapidement elle me tend des objets, fait des allers-retours entre la

¹¹⁸ JOLY F., 1994, p.18

¹¹⁹ JOLY F., 1994, p.18

¹²⁰ Cf ANNEXE 2b) p.

psychomotricienne, l'assistante familiale et moi. Lorsque je rencontre Amadou, la dynamique de la première séance est étrangement ressemblante. Nous sommes tous les quatre (Amadou, l'assistante familiale, la psychomotricienne, et moi-même) sur un grand tapis, avec des jouets au centre, et un échange de balle se met en place. Puis Amadou attrape la balle et la « remplace », allant de bras en bras : ceux de son assistante maternelle, puis les miens, ceux de la psychomotricienne, et ainsi de suite. Il donne son dos quelques brèves secondes, avant de passer à l'adulte suivant, dessinant une sorte de triangle nous reliant. J'ai ensuite fait un lien avec les allers-retours de Serena. Comme si l'arrivée d'un autre adulte dans cet espace thérapeutique, permettait l'émergence d'un nouvel espace sécurisant, ce fameux triangle entre les trois adultes¹²¹.

On peut supposer que mon arrivée a permis de créer un décalage comparable à celui que crée le père dans la relation mère-bébé¹²². S. ROBERT-OUVRAY en parle ainsi : « La présence d'un tiers doit entériner ce décalage pour transformer la relation en un triangle dynamique. L'investissement libidinal de cet écart et de ce décentrage seront les premières conditions nécessaires à l'émergence d'une subjectivité »¹²³. Pour aider les patients à se séparer et à se différencier, il faut du tiers ; tout comme l'enfant a besoin d'un tiers paternel. La fonction paternelle décrite par la psychanalyse est définie par sa position en périphérie de la dyade mère-nourrisson, qui permet à cette dernière de s'ouvrir sur le monde. Or dans le cadre des prises en charge de Serena et Amadou, il semble que les psychomotriciennes aient adopté une posture particulière vis-à-vis des dyades bébé-assistante maternelle. Comme si finalement, lors de mon arrivée, je venais moi-même apporter du tiers au sein de la « dyade » psychomotricienne-dyade.

Une autre hypothèse serait de considérer que mon arrivée a donné aux prises en charges l'allure d'un « mini-groupe ». C. POTEL, dans son étude des dynamiques de groupe en psychomotricité nous dit : « Les groupes thérapeutiques à médiation corporelle proposent une aire transitionnelle, un 'terrain', un espace où l'activité du 'jouer' va faire transition entre soi et les autres »¹²⁴ Chaque membre du groupe est alors appelé à exister à part entière, à trouver sa place, au sein de l'enveloppe groupale. Le « groupe » constitué par l'enfant, la psychomotricienne, l'enfant et moi deviendrait alors « un théâtre d'expression et

¹²¹ Cf ANNEXE 2c) p.

¹²² Cf ANNEXE 1 p.

¹²³ ROBERT-OUVRAY S., 1999, p.48

¹²⁴ POTEL C., 2013, p. 381

de mise en scène, où chaque membre du groupe va 'jouer sa place' (une place en relation aux autres) ainsi que son sentiment d'existence dans le groupe »¹²⁵

Quoi qu'il en soit, ce souffle, cette triangulation a ouvert un nouvel espace et permis l'émergence de nouveautés dans les séances. De nombreuses explorations sont désormais possibles avec Serena, en appui sur l'étayage psychique et corporel que nous lui apportons. Amadou, lui, a fait ses premiers pas il y a quelques mois. Il est évident que sur le plan psychomoteur cela a permis une nette évolution. Il est plus libre dans ses explorations, et il commence à faire de petits parcours psychomoteurs sous le regard bienveillant de son assistante familiale. Il commence également à initier des jeux d'imitation, de coucou/caché autant de perspectives nouvelles qui sont encourageantes dans l'évolution du suivi en psychomotricité. C. POTEL met en exergue cette complémentarité de nos rôles auprès de Serena et Amadou. « Cette articulation fondamentale entre d'une part enveloppement et acceptation de la régression – inhérents à nos pratiques corporelles - et d'autre part triangulation et limites faisant appel au tiers paternel, va être la condition indispensable pour qu'il y ait une circulation « fluide » entre extériorisation expressivité créativité intériorité. Pour que du 'jeu/Je' advienne. »¹²⁶

Il semble que finalement le schéma relationnel ait grandement évolué depuis mon arrivée. Le travail de contenance et de maintenance réalisé en amont par les psychomotriciennes a permis l'intégration d'une sécurité suffisante chez Serena et Amadou pour que mon arrivée ne soit pas trop intrusive. J'ai ainsi pu voir au fil des mois, les enfants s'autoriser de plus en plus sereinement à faire des allers-retours entre leur assistante familiale, l'Autre et l'environnement. Il semble que le cadre contenant et sécurisant, dont nous étions les garantes, ait conduit Serena et Amadou sur le chemin d'un attachement plus sûr envers leur assistante familiale. La relation à l'autre semble moins menaçante pour eux. La grande question de la séparation, symbolisée par mon départ, reste en suspens. Mais on peut espérer que l'espace transitionnel qui a émergé avec mon arrivé continuera à exister pour Serena et Amadou après mon départ¹²⁷.

¹²⁵ POTEL C., 2013 p.383

¹²⁶ POTEL C., 2013, p.330

¹²⁷ Cf ANNEXE 2d) p.

CONCLUSION

A la naissance, le bébé éprouve la sensation d'être contenu grâce aux soins et aux qualités psychiques de l'objet contenant maternel. De cet éprouvé, le nourrisson intègre progressivement des appuis internes solides lui permettant de se construire une enveloppe psychocorporelle, garante de sa sécurité de base. C'est à partir de l'intégration de ce noyau de sécurité interne que le tout petit, nourri dans l'interaction avec l'adulte, peut espérer se séparer et se sentir exister en tant que sujet. Nous avons vu, à travers la clinique de Serena et Amadou, qu'un vécu traumatique précocissime peut venir entraver l'établissement des tous premiers liens d'attachement, et enrayer les premières étapes de la construction psychocorporelle. Le bébé, en proie à ses angoisses archaïques, s'enferme alors dans un carcan tonique, compromettant tout accordage affectif avec une figure d'attachement.

Ce mémoire est le fruit d'une réflexion sur les mécanismes mis en place par les enfants comme Amadou et Serena, pour se développer malgré tout, et vivre coûte que coûte. C'est en relatant ma rencontre avec eux, que j'ai tenté de trouver des réponses et de percevoir les enjeux de la thérapie psychomotrice auprès de ces enfants. Se rencontrer, s'accorder, offrir un environnement contenant pour accueillir les souffrances de l'enfant. Prendre le temps, le temps de comprendre où il se situe dans la foule de ses éprouvés, de ses sensations, de ses angoisses. S'adapter, entourer l'enfant de notre disponibilité psychocorporelle, lui offrir de solides appuis externes, pour lui permettre de construire ses appuis internes et enfin commencer à « s'apaiser, à jouer, à grandir ».

Ces enfants m'ont profondément touchée, dès la première rencontre. J'ai ainsi pu toucher du doigt la nécessité d'avoir soi-même de bons appuis interne, pour ne pas se laisser déborder et contenir les émotions en jeu. Aussi demeure-t-il indispensable d'ouvrir la relation thérapeutique au tiers. Pour le bien-être de l'enfant, bien sûr, mais aussi pour se protéger soi, en tant que personne sensible engagée dans la relation à l'Autre. Dans ce genre de prise en charge, on est obligé de réduire la distance thérapeutique à son minimum, pour que l'enfant se sente véritablement porté, soutenu et que les processus thérapeutiques puissent se mettre à l'œuvre. On peut alors se demander : Comment répondre aux besoins de l'enfant sans pour autant créer de nouveaux besoins relationnels et affectifs ? Comment se préserver en tant que soignant face aux fragilités que la rencontre avec ces patients sollicite ? Enfin, je pense particulièrement à une question que nous commençons à aborder en séance : Comment amorcer les processus de séparation sans réveiller les angoisses que l'enfant porte en lui ? Ces questions mériteraient peut-être que l'on s'y intéresse plus

spécifiquement, en considérant que ce mémoire n'est pas exhaustif mais ouvre la porte à de nouvelles réflexions.

Avant de terminer, je souhaiterais ajouter que c'est aussi côtés de Serena, d'Amadou, et des autres patients que j'ai eu la chance de rencontrer, que j'ai compris que l'important en thérapie psychomotrice, n'est pas tant la médiation utilisée ou le contenu des séances, mais la façon dont nous nous présentons à nos patients, notre engagement, notre attitude de thérapeute. De même que la femme ne nait pas mère mais le devient au contact de son enfant, l'étudiant en psychomotricité devient peu à peu psychomotricien au contact de ses patients, en apprenant à leurs côtés.

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA J. (de), in JOLY F., et LABES G., (2009). *Julian de AJURIAGUERRA et la naissance de la psychomotricité, Volume 1, Corps, tonus et psychomotricité.* Noisiel : Papyrus

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

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

BERGER M., (2005). *L'enfant instable. Approche clinique et thérapeutique.* Paris : Dunod, 1999

BERGER M., (2012). *Soigner les enfants violents.* Paris : Dunod

BINEL G., (2000). *Prématurité et rupture du lien mère-enfant, la naissance inachevée.* Boucherville : Gaëtan Morin Editeur

BRIGGS A., (2006). *Un espace pour survivre : l'observation du nourrisson selon Esther Bick, articles cliniques et derniers développements.* Lamor-plage : Hublot

BULLINGER A., (2000). Les prothèses de rassemblement, *in Neuropsychiatrie Enfance et Adolescence* 49, pp. 4-8, Genève : Elsevier

BULLINGER A., (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars Tome 1, Un parcours de recherche.* Toulouse : Erès

COEMAN A., RAULIER H (de) FRAHAN M., (2004). *De la naissance à la marche, Les étapes du développement psychomoteur de l'enfant.* Bruxelles : ASBL Etoile d'herbe

CYRULNIK B., (1989). *Sous le signe du lien –Une histoire naturelle de l'attachement.* Paris : Hachette Pluriel

CYRULNIK B., (2000). *Les nourritures affectives.* Paris : Odile Jacob

CYRULNIK B., (2006). *De chair et d'âme*. Paris : Odile Jacob

DAVID M., (2004). L'enfant en placement familial. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* , pp. 2745-2763

DAVID M., (2014). *Enfant, parents, famille d'accueil*. Toulouse: Erès

DELION P., (2011). Au commencement ... Donald Winnicott, Michel Tournier et la fonction phorique, *Le Carnet PSY*, n°150. pp. 20-26

DELION P., et **VASSEUR R.**, (2011). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*. Toulouse : Erès

GAUBERTI M., (1993). *Mère-enfant : à corps et à vie, Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*. Paris : Masson

GUEDENEY N., (2010). *L'attachement, un lien vital*. Bruxelles: Fabert

HAAG G., (1988). Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie. In *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 36 (1), 1-8

HOUZEL D., (2010), *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris : In press

JOLY F., (1994), *La référence au « maternel » dans les champs des thérapies psychomotrices*, Entretiens de psychomotricité, Entretiens de Bichat, p.16-22

JOLY F., (2015) *Jouer... Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapie*, deuxième édition. Paris :In press

KLEIN M., (1976). *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot

LEBOVICI S., (2009), *L'arbre de la vie, éléments de la psychopathologie du bébé*. Toulouse : Erès

LEBOVICI S., et **STOLERU S.**, (2003). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces*. Paris : Bayard

LEBOVICI S., et WEIL-HALPERN F., (1989). *Psychopathologie du bébé*. Paris : PUF

LEBOYER F., (1976). *Shantala. Un art traditionnel le massage des enfants*. Paris : Seuil

LEMAY M. (1979). *J'ai mal à ma mère*. Paris: Fleurus

LEMAY M. (2015). *Forces et souffrances psychiques de l'enfant. Tome II, les aléas du développement infantile*. Toulouse : Erès

LESAGE B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle*. Toulouse : Erès

MAZET P. et STOLERU S., (1998). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*. Paris : Masson, 1993

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

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

POTEL C., (2015). *Du contre-transfert corporel, Une clinique psychothérapique du corps*. Toulouse : Eres

RODRIGUEZ M., (2009). La thérapie psychomotrice Bébé-Parents, in *Thérapie psychomotrice et Recherche*, n°158

ROBERT-OUVRAY S., (1999). Le corps, étai de la psyché, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°117, pp. 46-61

ROBERT-OUVRAY S., (2002). Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°132, pp. 62-67

ROBERT-OUVRAY S., (2007)a, *Intégration motrice et développement psychique. Une théorie de la psychomotricité*. Paris : Desclée de Brouwer, 2002

ROBERT-OUVRAY S., (2007)b. *L'enfant tonique et sa mère*. Paris: Desclée de Brouwer

SQUILLANTE M., (2006). L'apport de l'observation du nourrisson aux soins institutionnels dans un service de psychiatrie infant-juvénile, de DELION P., *L'observation du bébé selon Esther Bick*. Toulouse : ERES. pp. 135-154

WALLON H., (1954), *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris : PUF

WINNICOTT D.W., (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot

WINNICOTT D.W. (1972) *L'enfant et le monde extérieur*. Paris : Payot

WINNICOTT D.W., (1992). *Le bébé et sa mère*. Paris : Payot

WINNICOTT D.W., (2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot

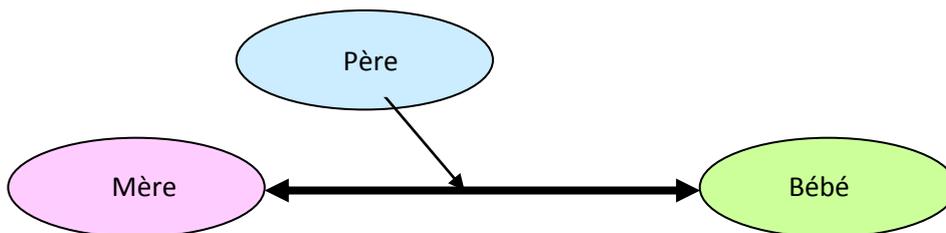
ANNEXES

Annexe 1 : Schéma relationnel « typique »

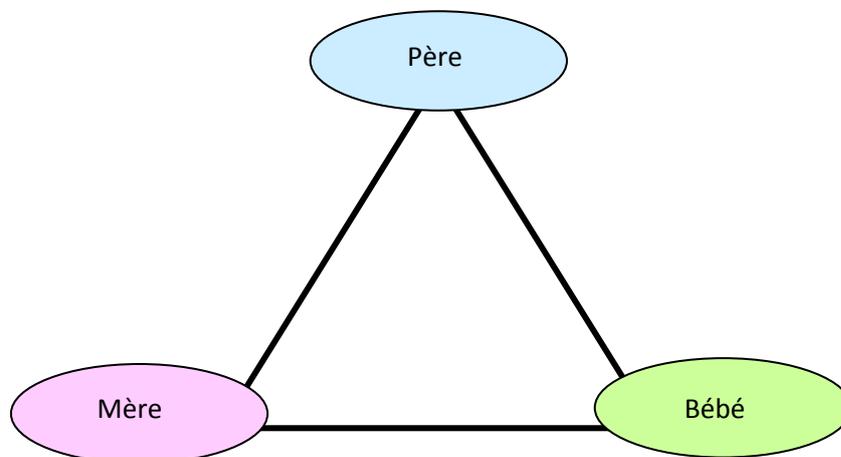
a) Interactions au sein de la dyade mère-bébé



b) Intervention du tiers paternel dans la dyade

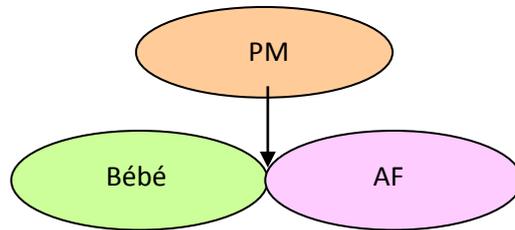


c) Emergence d'un nouvel espace, propice aux relations et à l'exploration

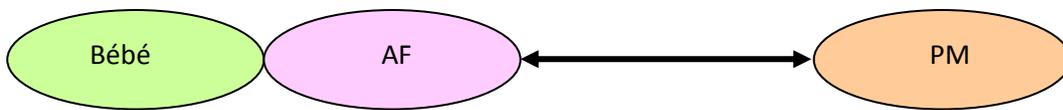


Annexe 2 : Hypothèse du schéma relationnel mis en jeu dans les suivis de Serena et Amadou

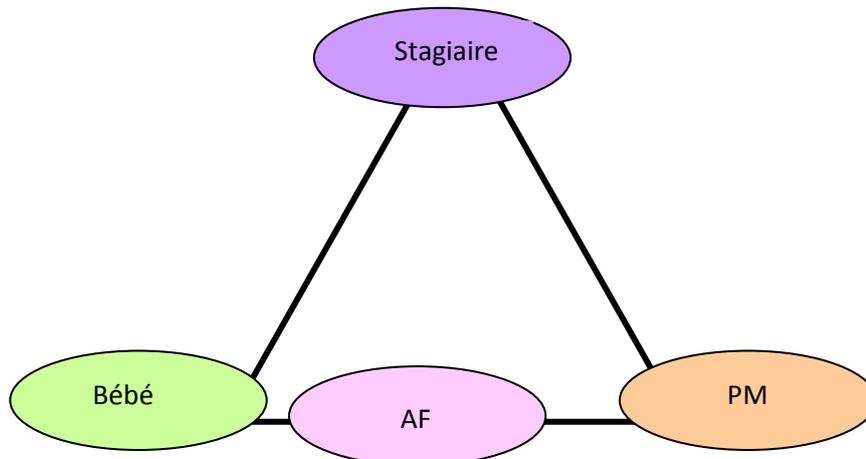
a) Intervention du psychomotricien (PM), au sein de la dyade fusionnelle bébé-assistante familiale (AF)



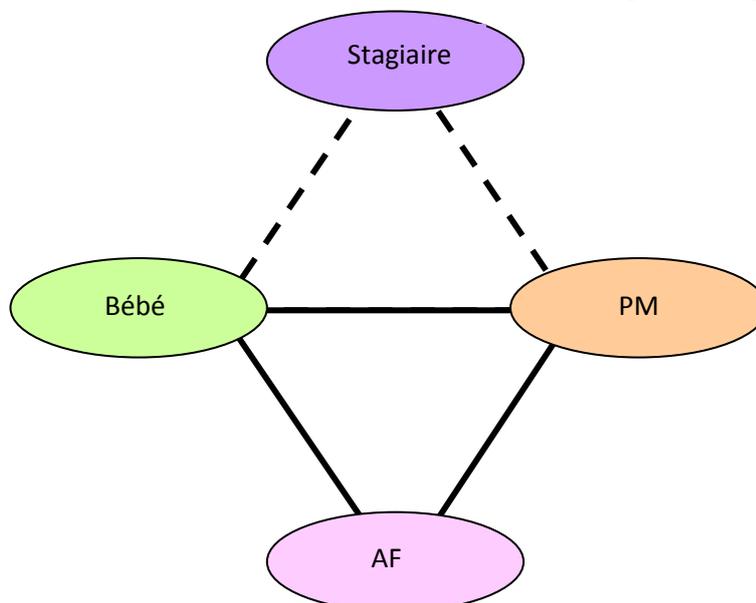
b) Emergence d'une relation « dyade » psychomotricien-dyade



c) Arrivée du stagiaire après plusieurs mois de prise en charge, et émergence d'un nouvel espace qui permet à l'enfant de se détacher de son assistante familiale



d) Evolution du schéma relationnel au cours de l'année, et après le départ du stagiaire ?



RESUME

De la contenance intra-utérine, aux bras rassurants de ses parents, le bébé éprouve les prémices d'une sécurité interne, pré-requis indispensable pour lui permettre de se développer et de se construire en tant que sujet. Mais qu'advient-il lorsqu'un vécu traumatique vient perturber l'établissement des premiers liens d'attachement et l'intégration de cette sécurité de base ? C'est ce qui s'est produit pour Amadou et Serena, deux enfants placés en famille d'accueil très précocement et suivis en consultation parents-bébé. Leur construction psychocorporelle semble avoir été entravée par un traumatisme prenant racine avant-même leur naissance. L'objet de ce mémoire sera d'étudier les enjeux de la thérapie psychomotrice auprès de ces enfants qui nous bouleversent, dès la première rencontre.

Mots clés: Interactions précoces – sécurité de base – attachement – enveloppes psychocorporelles – holding – contenance – thérapie psychomotrice

SUMMARY

From the intrauterine capacity, to his parent's reassuring arms, the baby feels the signs of an internal security. This is essential to allow him to develop and grow as a person. But what happens when a traumatic experience disturbs these first bonds of attachment and the integration of this basal security? It is what happened to Amadou and Serena, two children who have been put in host family prematurely and carried out in a parents-baby consult. It seems like their psycho-construction has been impeded by a trauma which had begun before they were born. The subject of this essay is to study the stakes of the psychomotor therapy with these children who have been overwhelming us, since the first meeting.

Key words: Inner interactions – basal security – attachment – psycho-physical covers – holding – composure – psychomotor therapy