

La normalité, une histoire de limites ? Une approche psychomotrice de patients psychotiques

Théo Laurent

▶ **To cite this version:**

Théo Laurent. La normalité, une histoire de limites ? Une approche psychomotrice de patients psychotiques. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02080253

HAL Id: dumas-02080253
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02080253

Submitted on 3 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Institut de Formation en Psychomotricité
Site Pitié- Salpêtrière
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14

La normalité, une histoire de limites ?

Une approche psychomotrice de patients psychotiques

Mémoire présenté par Théo LAURENT

en vue de l'obtention du diplôme d'État de psychomotricité

Référente de mémoire :
Patricia ROUSSEAU

Session de juin 2018

Sommaire

Introduction 1

I) Les premiers temps de la découverte 2

A - Le cadre institutionnel 2

1. Le CMP enfant 2

2. L'hôpital de Jour pour adolescents 3

B) Un début d'année loin des repères 4

1. Des visages bien étranges 4

2. De relations difficiles à la nécessité de repères 6

C) Présentation de Mehdi et Nicolas 8

1. Mehdi 8

2. Nicolas 10

D) La nosographie 15

1. Les TED selon la CFTMEA 16

2. La pathologie de Mehdi 17

3. La pathologie de Nicolas 19

E) La psychose infantile 22

1. Les angoisses corporelles 23

2. Le jeu dans la psychose 24

3. Modèles étiologiques de la psychose infantile 25

a. Les théories à dominante organique 25

b. Les théories à dominante psychogénétique 26

II) Du normal au pathologique 28

A) L'origine de mon questionnement 28

1. Quoi du café ? Mais j'aime pas ça moi !! 29

2. Le temps d'un baby-foot avec Mehdi 31

3. Retour sur ces deux moments de jeu 32

B) Modèles de pensée du normal et du pathologique 33

1. La nécessité de cette question ? 33

2. Généralités sur le normal et le pathologique 35

3. Modèle philosophique 35

4. Modèle psychopathologique 38

5. Pour finir, un modèle centré sur l'individu 40

C) La notion de normalité en psychomotricité 41

1. Le bilan psychomoteur : moyen d'évaluation du normal 41

a. Deux conceptions qui s'opposent 42

b. Deux conceptions qui se complètent 44

2. Vers quelle normalité tendre ? 46

a. La réponse aux questions précédentes 46

b. Les possibles écueils 47

c. De l'étrangeté aux mécanismes de défenses 49

III) Psychomotricité et subjectivité 51

A) Les capacités d'écoute 52

1. Le transfert 53

2. Le contre-transfert 55

a. Des pensées dont il ne faut pas parler ? 55

b. Quand la folie prend le pas 56

c. Le corps comme lieu résonance des affects 57

B) Le cheminement vers la normalité 59

1. Présentation de Pauline 59

a. Quelques éléments d'anamnèse 59

b. Ma rencontre avec Pauline 60

c. Mon observation psychomotrice, mes tentatives de réponses 62

2. Les "qualités maternelles" du psychomotricien 64

a. Des capacités d'écoute et d'empathie 65

b. La rêverie maternelle de Bion et la fonction alpha 66

c. La fonction de pare-excitation 67

d. Une relation "suffisamment bonne" 67

3. Un "savoir être" plutôt qu'un "savoir faire" 68

Conclusion 69

Glossaire 72

Bibliographie 74

Sitographie 76

Annexes 78

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

Je voudrais d'abord remercier tous les professeurs qui, au cours de ces trois ans de formation, ont aiguisé ma curiosité et m'ont transmis leur attrait pour la réflexion clinique.

Je tiens également à remercier Laurence Bresset, ma maître de stage de l'année précédente, pour les très nombreuses heures passées à discuter de clinique avec moi. Toutes ces heures furent très précieuses.

Cette année, je fus accompagné par Patricia Rousseau en qualité de référente de stage et de mémoire. Je tiens à la remercier particulièrement car sans elle, je n'aurais jamais mené ce sujet jusqu'au bout. De plus sa créativité et son professionnalisme seront les guides de mes actions futures.

Je n'oublie pas non plus les personnes qui m'ont relu et soutenu, Anne De Béru et mes parents.

Enfin, je garde une pensée sincère pour tous les patients que j'ai rencontrés. C'est auprès d'eux que j'ai le plus appris.

Introduction

La traversée de cette dernière année du Diplôme d'État de psychomotricité fut, à l'image d'un long et périlleux voyage, semée d'embûches en tout genre. La première fut de réussir à rencontrer les patients découverts dans mes lieux de stages, un CMP enfant et un hôpital de jour pour adolescents. Il m'a fallu surmonter l'angoisse inspirée par la psychose et accepter d'être impuissant la plupart du temps. La complexité des patients était toujours là pour me rappeler que malgré tout ce que je pensais savoir, j'étais bien loin de connaître leur fonctionnement. Mais cela m'a obligé à rechercher et à élaborer des modèles théoriques.

En second lieu, arriva le temps le plus difficile, celui du mémoire. Il s'agissait de choisir le bon sujet. Mais devant le nombre effarant de mes questions, je ne savais pas laquelle développer. Mes réflexions m'ont amené à penser que le meilleur sujet possible ne pouvait être que l'histoire de ce voyage construit auprès de tous les patients. Je la déroulerai en trois temps : ma découverte de la pédopsychiatrie, la recherche d'une définition acceptable de la normalité et enfin, la mise en avant des qualités qui m'ont semblé essentielles au psychomotricien pour agir auprès d'enfants comme Nicolas, Mehdi et Pauline.

Au fil de l'écriture, j'ai fini par imaginer ce mémoire comme une histoire dont l'intrigue est menée par un stagiaire en psychomotricité. Même s'il manque encore probablement de la rigueur et du recul apportés par l'expérience, il possède cependant la franchise et la curiosité inégalée de celui qui ne sait rien.

Voltaire, en son temps, témoignait déjà de la naïveté qui est la mienne. "Il est vrai que dans ce volume, que je donne malgré moi, je laisse toujours voir l'effet qu'ont fait sur mon esprit les objets que je considère : mais ce compte que je me rendais de mes lectures, avec une naïveté qu'on n'a presque jamais quand on écrit pour le public, est précisément ce qui pourra être utile. Chaque lecteur en est bien plus à portée d'asseoir son jugement en rectifiant le mien ; et quiconque pense fait penser." Fragments sur l'histoire - Article XXIII -

I) Les premiers temps de la découverte

J'ai effectué mon stage de troisième année au sein d'un **CMP** enfant et d'un **HDJ** pour adolescents[1], deux établissements de soin psychiatrique public.

A - Le cadre institutionnel

Le système de soin psychiatrique français est pensé selon une sectorisation géographique et démographique de ses lieux d'intervention[2]. Dans chaque secteur, la responsabilité du soin, de la prévention, et du dépistage des troubles psychiques est délégué à un centre hospitalier interdépartemental de santé générale ou spécialisé en psychiatrie. Puis, la zone d'intervention de ce centre hospitalier est de nouveau divisée en plusieurs secteurs dont il a l'organisation. C'est dans ces secteurs de proximité qu'interviennent les CMP, les HDJ ainsi que d'autres structures comme les CATTP[3]. Les objectifs de cette sectorisation des soins psychiques sont de permettre au patient de rester au plus proche de son lieu de vie, et de lui assurer des soins continus et de qualité[4].

1. Le CMP enfant

Public et entièrement gratuit pour les familles, le CMP fait partie des établissements de première instance du système de soin psychiatrique français. Il est en charge de la prévention, du diagnostic, des soins ou de la poursuite des soins psychiques en ambulatoire dans le secteur qui lui est attribué. Mais il a également un rôle de conseil et d'orientation des enfants vers d'autres structures plus adaptées lorsque cela est nécessaire.

[1] CMP : Centre Médico-psychologique ; HDJ : Hôpital de Jour
[2] http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article651
[3] Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
[4] http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Glossaire-des-structures/%28offset%29/15?SearchText=&btrechercher

Le CMP intervient auprès des enfants présentant des souffrances psychiques importantes dans la vie quotidienne. Cela regroupe les enfants avec des troubles de la personnalité, des troubles des apprentissages, ou encore avec des retards de développement.

Les familles peuvent prendre contact avec le secrétariat pour obtenir un premier rendez-vous. Un membre du CMP recevra alors la famille en fonction de la demande faite et ensemble ils conviendront du type de suivi qui est le plus adapté pour l'enfant. Dans ce CMP, la responsabilité médicale incombe à un médecin pédopsychiatre et l'équipe se compose de quatre psychologues, quatre pédopsychiatres, une assistante sociale, une psychomotricienne, deux orthophonistes, une secrétaire, et un cadre de santé. L'équipe a une approche psychanalytique des troubles psychiques de l'enfant et propose des suivis en psychomotricité, en orthophonie, en psychothérapie et également des consultations familiales.

J'étais en stage au CMP toute l'année le mercredi et le vendredi matin. J'ai assisté à l'ensemble des prises en charge de ma maître de stage ainsi qu'à la réunion de synthèse hebdomadaire de l'équipe de soin.

2. L'hôpital de Jour pour adolescents

L'HDJ reçoit des adolescents, entre douze et dix-huit ans, présentant des troubles psychiques graves évoluant depuis l'enfance. Les adolescents sont reçus à l'HDJ quand leurs symptômes - troubles de la personnalité ou du comportement, altération du rapport à la réalité, ou encore angoisses paroxystiques - ont un retentissement tel qu'ils empêchent une adaptation réussie à la vie familiale, scolaire et sociale. Chacun adolescent possède un projet de soin spécialisé en lien avec les partenaires de soin/éducatif/sociaux - type IME, ULIS, EGPA ou IMpro [5] - et est accueilli à temps partiel. L'équipe de cet Hôpital de Jour est composé de deux éducatrices spécialisées, de deux infirmières, d'une pédopsychiatre, d'une psychologue, d'une enseignante spécialisée, d'une assistante sociale, d'une assistante des services hospitaliers, d'une psychomotricienne et d'un cadre de santé.

[5] IME :Institut Médico-Éducatif ; ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire ; EGPA : Enseignement Général et Professionnel Adapté ; IMpro : Institut Médico professionnel

J'étais présent à l'HDJ tous les jeudis de l'année sans ma maître de stage, car celle-ci n'y intervient que le mardi. Le matin, je participais à un atelier de relaxation et à un temps de repas thérapeutique. Puis l'après-midi, je proposais des activités informelles aux adolescents avant d'assister à la réunion de synthèse le soir.

B) Un début d'année loin des repères

Au cours de cette année, j'ai passé beaucoup de temps à me questionner sur mon identité et mon rôle de psychomotricien auprès de tous les enfants/adolescents/jeunes adultes[6] que je rencontrais. J'étais perdu devant la diversité de tous ces patients et submergé par toutes les images que chacun d'eux m'évoquaient. Je pense notamment aux enfants présentant des troubles psychiques importants en face de qui je savais rarement comment me positionner. Plusieurs d'entre eux portaient le diagnostic de psychose*[7], pourtant je trouvais leurs symptomatologies très différentes. Frances TUSTIN[8] dit d'ailleurs que "chaque nouvel enfant psychotique qu'on nous amène semble souvent être différent de tous ceux que nous avons vu jusque-là, et justifier la création d'une catégorie diagnostique pour lui seul." Je trouvais alors difficile d'établir une représentation stable de leur pathologie. L'idée que j'avais de la maladie psychiatrique, issue d'un mélange de peurs populaires et de cours de psychopathologie peu compris, reflétait mal la réalité des patients devant moi. Ainsi, ma première vraie difficulté fut de passer outre mes fantasmes afin de pleinement les rencontrer.

1. Des visages bien étranges

Lors de mes premiers jours de stage, j'ai trouvé que beaucoup des patients psychotiques portaient de nombreux stigmates physiques de leurs pathologies. Au-delà des évidents manques d'aisance corporelle, des difficultés de coordination, des ralentissements

[6] Par souci d'écriture, lorsqu'il sera question autant d'enfants du CMP que d'adolescents de l'HDJ, j'emploierai "les enfants". Quand il sera question uniquement de patients de l'HDJ, j'utiliserai plus spécifiquement le terme d'adolescent.
[7] "*" : Ce symbole signifie que le mot qui le précède est défini dans le glossaire en fin d'ouvrage.
[8] TUSTIN F., 1982, p.106

psychomoteurs, ou des collages dans la relation à l'autre, ce qui me marqua en premier fut leurs **visages**. Pas tous de la même façon, mais chacun des visages de ces enfants me laissait une impression d'étrangeté. Tous les éléments d'un visage ordinaire étaient bien présents au bon endroit, mais pourtant, quelque chose me semblait dissonant.

Selon David LE BRETON, sociologue et anthropologue français, "le visage unique de l'Homme répond en fait à l'unicité de son aventure personnelle. [...] C'est à travers son visage que l'individu se met au monde, qu'il se donne à comprendre de l'autre dans le face à face des communications de la vie quotidienne. Le visage est certainement la matrice la plus forte du sentiment d'identité. C'est pourquoi il est aussi pour chacun de nous une boussole incomparable de l'émotion qui saisit l'autre en souffrance."[9] D. LE BRETON raconte ici comment la première rencontre entre deux personnes se fait par l'observation mutuelle de leurs visages. Au-delà du langage oral ou tonico-émotionnel, les visages témoignent de ce qui se joue dans l'intériorité de chacun.

La première pensée que j'ai eu en rencontrant Alain, Christophe et Pauline, deux adolescents de l'HDJ et une enfant du CMP, était quelque chose de l'ordre : "Mais qu'est-ce que ce visage est abîmé ! On dirait presque qu'il est cassé...". Les visages de ces trois enfants me sont apparus comme les témoins de ravages internes et d'une grande souffrance dans la relation à soi et aux autres. Cette impression venait probablement de ma grande difficulté à lire des émotions adaptées aux situations sur leurs visages. Par exemple, Christophe de l'HDJ ne me paraissait pas savoir sourire sans que cela devienne un rictus presque inquiétant.

Le visage humain d'habitude si expressif me paraissait privé de ses capacités à s'exprimer, à refléter l'état interne de l'individu. Toujours d'après D. LE BRETON "Chaque mouvement du visage est l'articulation d'une langue spécifique de mimiques, de tonalité du regard. Par l'étendue de son expressivité et sa position éminente au sein du corps, sa conformation, et notamment la présence des yeux, le visage est le foyer du sens par excellence."[10] Le visage permet donc à travers la communication infra verbale à deux individus de se reconnaître comme de la même espèce et d'avoir une idée de ce qui joue dans l'intériorité de l'autre : Les mimiques et les expressions du visage sont autant de vecteurs d'une communication universelle qui les inscrivent dans une humanité partagée.

[9] LE BRETON D. , 2016/7
[10] LE BRETON D. 2016/7

Mais je n'ai pas retrouvé cette dimension dans le visage de ces enfants. Au contraire, l'incapacité de leur visage à faire du lien avec leurs émotions, mais aussi avec autrui m'évoquait une certaine difformité. Avec du recul, je ne peux d'ailleurs pas m'empêcher de comparer ces visages au tableau *les gueules cassées* d'Otto DIX. Sur ce tableau, les visages ravagés de trois personnages sont une métaphore des dégâts causés par la première guerre mondiale tout comme pour ces trois enfants leur visage serait le support des traces laissées par la psychose. Ainsi, toute l'ampleur de la pathologie psychotique me semblait être résumée sur ces visages.

2. De relations difficiles à la nécessité de repères

Je n'étais pas vraiment effrayé ou repoussé par la difformité que je percevais, mais plutôt désemparé. Je me demandais ce qui dans ma posture ou dans mes propositions auprès d'eux pouvait avoir une valeur thérapeutique, et par où commencer ? Je me sentais également illégitime parce que je ne parvenais pas à penser et à rencontrer les enfants en face de moi. Dans nombre de situations je n'ai pas su quoi penser, ou comment réagir. Quoi faire quand Alain sort son pénis de son pantalon de façon complètement impromptue pour le comparer à celui d'un héros de bande dessinée alors que nous prenons le petit déjeuner ?

De plus, je me suis parfois senti **envahi** dans ma relation aux patients. Non pas à cause des comportements agressifs de leur part, mais plutôt par ce que j'ai pu vivre des états corporels particuliers à leur contact. Sans pouvoir l'expliquer, il m'est ainsi arrivé de ressentir des signes d'angoisse ou bien un besoin irrépressible de dormir. À d'autres moments, j'étais incapable de fixer mon attention, comme si ma pensée me fuyait, le moindre effort de pensée équivalait alors à soulever des montagnes. Enfin, j'ai parfois trouvé que l'insistance de certains patients ou au contraire leur déni total dans la relation, pouvait être persécutant. Je pense notamment à Christophe qui peut passer sa journée entière à regarder certains membres de l'équipe en souriant, que cela lors des repas, des pauses et même parfois par les fenêtres.

Incapable de me référer aux normes que je connaissais pour comprendre mon futur travail de psychomotricien et protéger ma capacité à penser, mon premier réflexe fut de chercher des points communs entre les patients que je ne comprenais pas. J'avais en tête que

si je trouvais suffisamment de similitudes entre eux, celles-ci me fourniraient des repères qui m'aideraient à penser et à travailler. Sans vraiment le mesurer, je tentais de fonder une norme dans un ailleurs de la pathologie qui me permettrait de mieux comprendre tous ces patients. De façon empirique, je cherchais un modèle théorique qui pourrait faire tiers entre mes vécus et mes pensées, entre le comportement des patients et moi. Cependant, mon action n'était pas de comprendre la structure psychique de chaque patient individuellement, mais plutôt de diminuer la somme d'informations totale en réduisant le plus de patients possibles à une norme qui leur serait commune. Ainsi, elle tendait à réduire les singularités de chacun, ce qui va à l'encontre de toute démarche thérapeutique.

Mon action fut donc d'une certaine façon infructueuse et aurait abouti sans aucun doute à un écueil thérapeutique si j'eus persévéré. Mais elle m'a montré l'absolue nécessité de se référer à des **modèles théoriques** - quels qu'ils soient - afin de travailler avec des pathologies telles que l'autisme ou la psychose. Jacques HOCHMANN, psychiatre et psychanalyste, définit l'utilisation de modèles théoriques de la façon suivante :

" Élaborer, théoriser, construire un modèle sont alors des activités mentales qui permettent de survivre au contact de la psychose, de rester disponible, ouvert, utilisable. [...] Pare-excitation ou mieux pare-effraction, [le modèle théorique] fonctionne d'abord comme un filtre anti-toxique contre la corrosion psychique et les chocs en retour que nous serions tentés de renvoyer au patient si nous n'avions pas la possibilité de garder en nous, de mentaliser ses projections*, et de les relier à un corpus théorique qui nous aide à les contenir, à les tamponner, à les accréditer. [...] Enfin, le modèle est cette emprise qui fait retrouver le connu dans l'inconnu, le prévu dans l'imprévu, une création qui nous permet de nous repérer dans le chaos du non-sens."[11]

Dans cette définition, le rôle du modèle théorique est bien de faire **tiers** entre les comportements des patients et la psyché du thérapeute. Ce tiers protège la pensée du soignant et lui permet de rester ancré dans sa réalité. Il est alors plus à même de penser les objectifs de sa prise en charge et de continuer à prendre du plaisir à travailler. Le modèle théorique a aussi pour objectif de protéger le patient des attaques que pourrait lui renvoyer son thérapeute en face de comportements qu'il ne comprend pas. Par exemple, connaître le fonctionnement de

[11] HOCHMANN J., 1989, pages 36-37

l'autisme aide à ne pas réagir de façon rejetante en face d'un patient autiste qui ne répond à aucune de nos sollicitations. En somme, le modèle théorique est un composant essentiel à toute **relation thérapeutique**.

D'autre part, l'utilisation d'un modèle théorique commun permet la création d'un vocabulaire propice au partage entre différents professionnels. Pour toutes ces raisons, il me semblait essentiel de faire un détour par la **nosographie psychiatrique** puis de définir plus amplement la notion de psychose. Mais avant tout détour théorique, je voudrais présenter les deux patients à l'origine de mes questionnements. Il s'agit de Mehdi, un adolescent qui fréquente l'HDJ, et de Nicolas, un enfant reçu au CMP. J'ai choisi de parler de ces deux enfants car leurs pathologies sont assez représentatives de celles des patients qui m'ont le plus questionné.

C) Présentation de Mehdi et Nicolas

1. Mehdi

Mehdi, quatorze ans, est présent à l'HDJ deux jours par semaine, il est scolarisé le reste du temps en **ULIS 4ème**. Avant son admission, il était suivi en HDJ pour enfant. Il est un des adolescents avec lequel j'ai eu le moins d'échanges. La première raison est que nous participions à des ateliers différents : j'étais en atelier relaxation le matin alors que lui allait en atelier vidéo l'après-midi. La seconde raison relève du quasi isolement dans lequel peut être Medhi au sein de l'HDJ.

Contrairement à d'autres adolescents qui sont collés aux adultes lors des temps de vie commune, Mehdi entretient peu de relation avec les soignantes de l'HDJ. Il conserve une position d'observateur et de garant du cadre. Il reste presque exclusivement à la lisière du groupe et n'intervient que si quelqu'un le dérange, le sollicite ou transgresse une règle établie. Au début de l'année, Mehdi passait beaucoup de temps à faire les cent pas autour des tables en marmonnant quelques paroles intelligibles de lui seul, restant très fermé à

l'environnement. Puis au fil des mois, son niveau d'attention aux autres s'est légèrement accru et il peut maintenant se poser autour d'une table pour dessiner près des autres. Malgré cette ouverture progressive, il reste très isolé et ne semble chercher l'attention de personne hormis Guillaume, un autre adolescent présent uniquement l'après-midi. Mehdi et Guillaume se connaissent depuis longtemps car ils étaient présents ensemble à l'HDJ pour enfants.

Ainsi, je sais peu de choses de Mehdi qui me reste très énigmatique. Du peu que je l'ai vu, je le trouve marqué par un important **ralentissement psychomoteur** qui concerne autant sa gestuelle, son idéation que son débit phonatoire. Son engagement corporel semble pris dans une **hypotonie de fond** et reposer sur une unique modalité tonalité tonique, rythmique et émotionnelle. Ainsi, il montre très peu de variations toniques au cours des événements, comme si son tonus de repos et d'action étaient identiques. Il marche et parle également toujours au même rythme. D'une prosodie légèrement saccadée, et d'une tonalité basse, la voix de Mehdi me fait penser à celle d'un robot. D'après Henri WALLON, "la base corporelle et l'unité sur laquelle va s'édifier la vie psychique est donc avant tout celle de la fonction tonique."[12] Pour lui, la désorganisation tonique est toujours concomitante d'une désorganisation psychique et l'équilibre tonique du corps assure une stabilité psychique suffisante pour appréhender son environnement. Je suppose donc que l'engagement "uni tonique" de Mehdi est une façon de lutter contre tout déséquilibre tonico-affectif que pourrait induire la rencontre de situations imprévues. Ainsi cela donne l'impression que Mehdi demeure à tout moment en retrait de son corps et des autres.

Malgré ce retrait corporel, Mehdi demeure à une **distance relationnelle adaptée** : il reste à une distance où le dialogue est aisé sans entrer dans la sphère intime des autres ou les toucher de façon intrusive. Edward T. HALL[13] nomme cette distance la **distance sociale**[14]. Elle éloigne deux personnes d'une distance comprise entre 1,20 et 3,60 mètres. À cette distance, les individus peuvent dialoguer sans hausser le ton. De plus, ils se voient en entier et il leur est impossible de se toucher. Cela minimise le risque d'intrusion de l'intimité de l'autre ou d'attaque.

[12] WALLON H., 1931
[13] HALL E.T., 1971, p.152 et 153
[14] Les différentes distances relationnelles établies par Edward T. Hall possèdent un caractère culturel important et ne sont donc pas universelles. La distance sociale tel qu'elle est définie dans son livre repose sur les codes culturels américains. Elle est donc cohérente avec notre mode de vie occidentalisé.

Au cours de la relation, Mehdi peut montrer de légères variations tonico-émotionnelles par rapport à son état habituel plutôt apathique. Dernièrement, et surtout lors de repas, je peux entendre Mehdi qui parle fort ou rit aux éclats. Cependant, je pense que ces moments relationnels sont coûteux pour Mehdi car il lui arrive régulièrement lors des repas d'être envahi par des délires mi imaginaires, mi persécutifs. Il s'agit souvent de personnages ou animaux - souvent des crabes - qui souhaitent le rendre fou ou bien le manger. Dans ces moments, Mehdi répète en boucle son histoire sans qu'elle soit adressée à qui que ce soit. Il ne se rend alors même pas compte que cela peut déranger les autres adolescents voire les angoisser.

Je me suis beaucoup interrogé sur cette situation car je n'ai vu Mehdi en proie à ces moments délirants que lors des repas. J'émets alors l'hypothèse suivante : Mehdi a développé des **mécanismes de défense*** afin de lutter contre ses angoisses. Ainsi, il reste le plus souvent du temps dans un gel tonico-affectif et tend à éviter la plupart des changements et la relation aux autres. Il reste alors à l'écart du groupe et intervient quand les règles de l'HDJ ne sont pas respectées. Mais lors des repas, Mehdi ne peut contrôler tout ce qui va se passer ou éviter la présence des autres et du bruit. De fait, l'équilibre tonico-émotionnel difficilement maintenu par Mehdi est menacé par toutes les perturbations extérieures et ses angoisses resurgissent. À ce moment, Mehdi répète toujours la même phrase sans qu'elle soit adressée à qui que ce soit. Je pense qu'à travers cette répétition en boucle, Mehdi met en place une enveloppe sonore qui lui permet de lutter contre l'apparition d'angoisses. De plus, sa répétition fait partir les autres adolescents autour de lui.

2. Nicolas

Nicolas est un petit garçon de six ans et demi adressé en psychomotricité par une psychologue du CMP recevant sa famille. Elle propose une indication en psychomotricité pour Nicolas parce que comme son frère aîné, autiste, il présente d'importants **troubles de la relation**. Nous le recevons ainsi pour la première fois le mercredi 13 septembre au cours d'un entretien avec son père. Celui-ci nous parle beaucoup des difficultés de Nicolas dans sa classe de CE1, dont le fait de rester assis et d'écouter les consignes. Puis il nous raconte que Nicolas

a travaillé tout l'été avec un maître d'école au Togo pour apprendre à écrire. Son père répète alors que c'est très difficile pour Nicolas mais qu'il apprend. À la fin de l'entretien, Monsieur nous témoigne de sa grande douleur d'avoir deux enfants "handicapés". Il dit, accablé, qu'un seul ça aurait été mais que deux c'est beaucoup trop. Au vu des troubles de Nicolas, ma maître de stage propose d'emblée un suivi hebdomadaire au papa. Nous ne ferons pas d'examen psychomoteur standardisé qui sera remplacé par notre observation attentive durant les premières séances.

Durant ces premières séances, Nicolas montre tout de suite de réelles difficultés dans la relation à l'autre, la **communication verbale et non verbale**, et la capacité à se positionner comme **sujet**. Il semble comprendre tout ce qui lui est dit, mais il ne formule jamais plus de deux-trois mots pour s'exprimer. Plusieurs éléments me font penser que Nicolas ne possède pas une conscience très stable du "Moi". Il ne se désigne jamais par le pronom "je" pour parler de lui mais plutôt par son prénom et ses demandes sont très rarement adressées avec précision, comme si nous étions **indifférenciés** ma maître de stage et moi. De plus, c'est difficile à repérer à cause de son peu d'interactions, mais il semble parfois absent de la réalité : il marmonne tout seul, met des coups de poings dans les airs et regarde ailleurs comme dans le vide. J'ai plusieurs fois reconnu qu'il jouait des scènes de films, notamment de Star Wars. Mais je n'arrive pas toujours à savoir si Nicolas fait semblant et reproduit la scène ou s'il a vraiment l'impression d'être dans le film.

Enfin, je pense que Nicolas est parfois dans la **pensée magique** et crois qu'il peut modifier son environnement à sa guise. Il prononce plusieurs mots que nous ne comprenons pas et fait des gestes des bras et des mains puis attend qu'il se passe quelque chose connu seulement de lui. S'il ne se passe pas ce à quoi il s'attendait, il est subitement dépité et il lui arrive de s'effondrer sur le sol. Ces chutes ne sont pas fortuites et semblent plutôt avoir valeur de messages en tant que "métaphore du sujet où le signe se substitue à un mot"[15]. Béatrice ROPERS[16] en propose plusieurs sens psychodynamiques comme la **chute construction** qui est "une vérification de la solidité et de la fiabilité corporelle" ou la **chute-anéantissement** qui "crée une absence de continuité dans l'activité initiale". Je pense que Nicolas alterne entre ces deux types de chutes.

D'autre part, Nicolas est assez difficile à contenir et présente une très grande **excitabilité**. Il est très vite débordé par l'agir et les quelques mots qu'il peut adresser à l'autre

[15] GRABER J.-L., 1989
[16] ROPERS B. (1996)

deviennent alors un jargon incompréhensible. Sa motricité se désorganise, il court partout, se jette au sol, crie et rigole en même temps jusqu'à ce qu'un contact avec nous ou contre un mur finisse par le calmer. Dans ces moments, j'ai l'impression d'apercevoir un petit tourbillon qui cherche à grand renforts de cris, de chutes au sol, et de rencontres avec les murs de la salle, des limites pour pouvoir se poser et s'apaiser. À la suite de ses mouvements d'agitation, Nicolas se pose souvent sur le sol de tout son long, comme s'il essayait que la plus grande partie de son corps possible soit en contact avec le sol. Je pense que dans ces moments d'agitation, le **sentiment continu d'exister*** de Nicolas tel que l'a défini WINNICOTT[17] est menacé. Alors il a recours à beaucoup de stimulations sensorielles, de nombreux passages devant le miroir de la salle, puis un long contact au sol afin de se réassurer.

Assez vite, les effusions motrices de Nicolas me touchent : j'ai l'impression qu'elles sont vides de sens, comme si elles étaient uniquement l'exutoire de vécus difficiles à contenir. De façon plus générale, tous les actes moteurs de Nicolas dénués de sens. Il montre de très bonnes compétences motrices, autant au niveau des praxies, de la coordination globale ou de la dissociation musculaire, mais sa motricité n'est presque jamais un support de la relation. Ainsi les échanges avec Nicolas sont toujours un peu étranges, entrecoupés de moments d'absences et de vides où Nicolas bouge beaucoup mais ne semble pas se préoccuper de nous. Pourtant, il montre souvent de grandes **angoisses de séparation** au moment de se quitter. Il se met à courir partout, et fait preuve de toute une palette d'odeurs et d'expressions pour nous dire qu'il ne veut pas partir, il nous montre ses fesses, nous parle de « caca » et flatule beaucoup. Dans ces mouvements, je pense qu'il cherche autant à nous manifester son agressivité de le faire partir qu'à retarder le moment de notre séparation.

Au fil de l'année, autre chose m'a grandement perturbé dans ma relation avec Nicolas, mais j'ai mis longtemps avant de m'en rendre compte. En présence de Nicolas, j'ai toujours beaucoup de difficultés à penser et à jouer. J'ai l'impression d'être vidé de mes capacités d'élaboration et parfois même de ne plus savoir comment faire pour jouer. J'ai le sentiment que tout ce que je peux lui proposer est rapidement dévitalisé, comme tombant dans un gouffre au fond duquel il n'est plus possible d'élaborer. Ainsi, il y a peu d'allers et retours dans notre relation et peu à peu Nicolas fait de nos jeux des rituels comme dans un

[17] WINNICOTT, 1969

besoin mortifère de totale maîtrise. Cette sensation est amplifiée par la façon dont Nicolas peut **instrumentaliser** l'autre pour servir la répétition de certains scénarios qu'il connaît.

Pour Laurent DANON-BOILEAU[18], ce type de répétition, se rapprochant de la stéréotypie autistique, est une tentative pour maîtriser un trauma passé. L'enfant exprime ainsi son besoin de "se dégager d'un état de passivité et de maîtriser le traumatisme par l'exercice d'une emprise." Je me rappelle particulièrement d'un "jeu" qu'avait proposé Nicolas issu à n'en pas douter d'une scène de Star Wars. Ce jour là, il m'a conduit jusqu'au placard pour que nous prenions deux bâtons en plastique et m'a dit "Star Wars !". Emballé par son idée, je lui demande comment nous allons jouer et il me répond en mimant un combat. Alors j'imagine un combat au sabre laser entre deux jedis et j'essaie de mettre cela en scène pour le partager avec Nicolas. Mais très vite je ne suis restreint qu'à une seule série de mouvements prédéterminés en dehors desquels Nicolas arrête brutalement le jeu. Notre jeu ne peut connaître qu'un seul scénario : je dois sauter à terre et mourir après avoir reçu les éclairs de Nicolas.

Celui-ci est complètement dépassé par la situation, ses yeux sont grands ouverts, l'air fous, et j'ai presque l'impression que sa vie est réellement en jeu dans notre "combat". Alors, j'accepte de répéter cette scène avec Nicolas pour voir si nous pouvons essayer de l'assouplir et de la rendre moins traumatique. Mais très vite, je me sens dépossédé de ma capacité à penser et je suis obligé d'arrêter le jeu car la sensation devient trop désagréable pour moi. C'est d'ailleurs à grande peine que je trouve ensuite un nouveau jeu que nous pouvons faire tous les deux. À l'appui des travaux de L. DANON-BOILEAU, je me demande si Nicolas n'a pas été terrifié par une scène de Star Wars qu'il aurait vu à la télévision. Ainsi, il aurait tenté au cours de cette séance de la rejouer encore et encore jusqu'à prendre contrôle de l'angoisse qu'elle avait évoqué en lui.

[18] DANON-BOILEAU, 2003, p.52

Finalement, même lors de l'écriture de ce mémoire, je suis toujours surpris par les capacités d'être de Nicolas tant son fonctionnement me paraît discontinu. Je le perçois à l'image d'un beau tableau de paysage dont le peintre a eu plus d'un moment de fantaisie. Par endroits, ce tableau présente des détails d'une telle minutie que même une loupe ne parviendrait pas à en percer les secrets. Mais à d'autres endroits les détails sont beaucoup moins précis, comme s'ils étaient le travail d'un enfant. Ils restent très vagues, informes, voire demeurent absents.

Nicolas montre d'excellentes capacités dans certains domaines psychomoteurs comme les coordinations ou les praxies. Il est bien latéralisé à droite, cependant il montre de très grandes difficultés à se repérer dans l'espace ou le temps, à communiquer et à se construire comme sujet. Nicolas peut montrer au cours de la même situation, des compétences de son âge et d'autres complètement décalées. Par exemple, j'ai déjà vu Nicolas mettre les mains devant ses yeux pour se cacher comme un enfant de dix-huit mois alors qu'il sait lire et écrit très bien. Il ne montre apparemment pas de déficit intellectuel, mais l'établissement de jeux symboliques restent impossible sans l'étayage de l'autre. Il paraît difficile de repérer un symptôme ou un ensemble de symptômes qui résument à eux seuls Nicolas, "[son] corps tout entier est pris dans une construction qui elle-même fait symptôme. Le fonctionnement pychocorporel est entravé dans sa globalité."[19]

Nicolas et Mehdi montrent plusieurs difficultés communes comme : l'investissement du corps, la communication, ou l'établissement des relations-intersubjectives. Pourtant, j'éprouve des sensations très différents au contact de Mehdi ou de Nicolas. J'ai d'ailleurs beaucoup de difficulté à verbaliser ce que je ressens auprès de chacun d'eux. Peut-être que la nosographie pourra mettre en lumière certains particularités de leurs fonctionnements.

[19]POTEL C., 2010, p.210

D) La nosographie

Le cadre nosographique des maladies psychiatriques peut se référer à plusieurs classifications comme la **CIM-10**[20], le **DSM-5**[21] ou la **CFTMEA**[22]. Chacune de ces classifications possède une orientation dans la façon dont elle définit les troubles mentaux. La CIM-10 et le DSM-5 sont des **classifications catégorielles** reposant sur des valeurs statistiques. Les pathologies psychiatriques y sont définies par la présence chez un sujet d'un nombre précis de symptômes qui ensemble forment une maladie. Reposant sur des valeurs statistiques, elles ont pour objectif de promouvoir un standard diagnostic international.

La CFTMEA propose une **appréhension diachronique** des troubles mentaux, à la fois **catégorielle et dimensionnelle** au sens psychodynamique large du terme. Elle promulgue une double réflexion lors du temps T du diagnostic. Il s'agit de déterminer la catégorie nosographique dont font partie les troubles de l'individu et dans le même temps d'essayer de comprendre quelle est sa structure psychique prédominante. Ainsi, les symptômes du patient sont éclairés par son fonctionnement psychologique et mis en relation avec lui. Cette approche prend en compte l'aspect évolutif des maladies psychiques. Comme la structure psychique dominante d'un patient est susceptible d'évoluer au cours de son traitement ou de l'avancée de sa maladie, ses symptômes peuvent présenter différentes significations.

Les tendances mondiales sont d'utiliser les classifications tel que le DSM-5 comme le démontre les dernières recommandations de l'HAS[23] de février 2018[24]. Cependant, j'ai souhaité me référer à la CFTMEA dans ce mémoire car elle m'a été plus utile pour

[20] Classification Internationale des Maladies. Elle fut publiée en 1993 par l'Organisation Mondiale de la Santé et mis à jour pour la dernière fois en 2006. Une nouvelle version, la CIM-11 est prévue pour 2018.
[21] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Il fut publié en mai 2013 par l'American Psychiatric Association, société américaine de psychiatrie.
[22] Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent. Sa dernière version fut publiée à l'aide des travaux de nombreux psychiatres français en 2012. En 2015, un volet concernant les troubles mentaux de l'adulte a été ajouté.
[23] La Haute Autorité de Santé est une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de soin français. Elle certifie les établissements de santé et fait des recommandations de bonne pratique en ce qui concerne l'évaluation, la prise en charge et la prévention des maladies.
[24] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent__recommandations.pdf . Dans cette recommandation, l'HAS recommande l'utilisation du DSM-5 pour le diagnostic des pathologies autistiques en attendant l'arrivée de la CIM-11.

comprendre les patients de l'HDJ et du CMP. Je ferai tout de même des ponts avec la CIM-10 car la CFTMEA présente des correspondances de codage avec la CIM-10.

1. Les TED selon la CFTMEA

Au cours de cette année, j'ai surtout été interpellé par les patients présentant les mêmes problématiques que Nicolas et Mehdi. Dans la CFTMEA et la CIM-10, ces troubles de l'établissement de la relation et de l'élaboration du "moi" sont regroupés dans la catégorie des **TED**[25]. Les TED sont décrits par la CIM-10 comme un "groupe de troubles caractérisés par des **altérations qualitatives des interactions sociales** réciproques et des **modalités de communication**, ainsi que par un **répertoire d'intérêts restreints**, stéréotypés et répétitifs. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations."[26] La symptomatologie des TED est donc principalement définie par des difficultés dans la relation, les communications et la flexibilité des comportements, mais toutes ces difficultés peuvent être sous-tendues par beaucoup de pathologies différentes.

Ainsi, la CFTMEA présente plusieurs catégories dans les TED[27] dont les principaux sont :

- **L'autisme infantile précoce** - type Kanner[28]. (CIM-10 : Autisme infantile)
- **Autres formes de l'autisme**, qui sont composées de syndromes autistiques incomplets avec une apparition après trois ans. (CIM-10 : Autisme atypique)
- **Le syndrome d'Asperger**[29], syndrome autistique sans retard du développement cognitif et surtout du développement du langage (CIM-10 : Syndrome d'Asperger)
- **Les dysharmonies psychotiques** (CIM-10 : autres troubles envahissants du développement)
- **Les troubles désintégratifs de l'enfance**[30] (CIM-10 : autres troubles désintégratifs de l'enfance)

[25] Troubles Envahissants du développement.
[26] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme_et_autres_ted_etat_des_connaissances_resume.pdf
[27] CFTMEA, 2012, p.20 à 30
[28] Léo Kanner (1894-1981) était un pédopsychiatre hongrois. Il est le premier à avoir repéré et défini le tableau clinique de l'autisme.
[29] Hans ASPERGER (1906-1980) est un pédo psychiatre allemand qui a travaillé avec les pathologies autistiques. Suite à ses travaux, il a donné son nom au syndrome d'Asperger.

- **Les troubles schizophréniques** de l'enfant ou de l'adolescent (CIM-10 : schizophrénie).

Toutes ces pathologies présentent, en plus de leur symptomatologie commune à tous les TED, une façon particulière de s'exprimer. Ces différences peuvent se jouer à différents niveaux. Certaines pathologies, comme les dysharmonies psychotiques ou les troubles schizophréniques s'expriment plus par une grande difficulté à s'établir en tant que sujet que par des difficultés de communication qui sont plus secondaires. Tandis que dans d'autres pathologies comme l'autisme, les difficultés de communication sont présentent au premier plan. Certains autistes Asperger, témoignent aujourd'hui de leurs grandes difficultés à comprendre toutes les subtilités véhiculées par les différentes voies de la communication, verbale ou non-verbale.[31] À contrario, pour les personnes autistes sujette à la **synesthésie***, le langage se vêt parfois de significations que nous ne pouvons saisir. C'est le cas de Daniel Tammet pour qui, chaque chiffre est associé à une couleur.

Ainsi, même si Mehdi et Nicolas présentent des difficultés similaires, regroupant leurs deux symptomatologies dans le groupe des TED, il est impossible de s'arrêter ici car ces mêmes difficultés peuvent être sous-tendues par des pathologies différentes.

2. La pathologie de Mehdi

À la lecture de la CFTMEA, je pense que la symptomatologie de Mehdi fait partie du groupe des **dysharmonies psychotiques.** Pour illustrer cette hypothèse, je vais faire des ponts entre la définition de la CFTMEA de ce groupe[32] et la symptomatologie de Mehdi :

1. "Leur expression est manifeste à partir de l'âge de trois - quatre ans.

Mehdi est suivi en HDJ enfant depuis l'âge de six ans, ses troubles sont donc présents depuis sa petite enfance.

[30] Il est reconnu aujourd'hui que certains troubles désintégratif de l'enfance, dont le syndrome de Rett, sont du à des dégénérescences neurologiques.
[31] Le syndrome d'Asperger ? J'assume..., C. Philip & J.E Lhuissier - INS HEA – 2006
[32] CFTMEA, 2012, p.22

2. La symptomatologie varie d'un cas à l'autre et pour le même enfant, elle se modifie en cours d'évolution. On rencontre, parmi les motifs de consultation, les manifestations somatiques ou comportementales, l'instabilité, les inhibitions sévères, les manifestations phobiques, hystériques, ou obsessionnelles, les dysharmonies dans l'émergence du langage et la psychomotricité sans que le déficit intellectuel mesuré aux tests occupe une place centrale, au moins dans la période initiale. Les échecs dans les essais de scolarisation sont fréquents (phobies scolaires, difficultés d'apprentissage).

Mehdi présente un comportement qui évolue entre une **inhibition importante** et une **instabilité** de la parole et de la pensée qui l'envahit complètement. Cette invasion se manifeste en général par la manifestation de plaintes phobiques. D'autre part, Mehdi présente des difficultés sur le plan scolaire, mais celles-ci semblent plutôt dues à ses difficultés psychiques plutôt qu'à un déficit intellectuel.

3. Derrière cette symptomatologie variable, les traits et mécanismes suivants constituent un élément commun :

- menace de rupture avec le réel, absence ou mauvaise organisation du sentiment de soi et des rapports à la réalité,

Je ne retrouve pas vraiment de propension au délire chez Mehdi, et il ne présente pas de moments d'absence. Cependant, il est souvent envahi par des angoisses ne tenant pas compte de la réalité.

- tendance au débordement de la pensée par des affects et des représentations d'une extrême crudité,

De façon générale, Mehdi utilise un langage plutôt soutenu sauf dans ses moments d'angoisse. Il exprime alors sa peur d'être "foutu" de façon très directe.

- les angoisses sont de types diverses : angoisses de néantisation, angoisses dépressives et de séparation, parfois attaques de panique,

Les angoisses de Mehdi sont souvent en rapport avec la mort ou l'intrusion. Il exprime par exemple souvent sa peur de se faire manger par des crabes.

- dominante d'une relation duelle avec incapacité d'accès aux conflits et mode d'identification les plus évolués ; prédominance de positions et d'intérêts très primitifs."

4. En dépit de ces traits et mécanismes propres à la psychose, les capacités d'adaptation et de contrôle assurent souvent une protection contre les risques de désorganisation. Ainsi, les modes d'expressions pathologiques peuvent être limités à certains domaines ou ne se manifester ouvertement que dans certaines phases évolutives. Cette adaptation repose toutefois sur la mise en œuvre de modalités contraignantes impliquant des restrictions notables dans les échanges avec autrui."

Mehdi met en place de nombreux **mécanismes de défense** pour se préserver de ses angoisses. Il demeure souvent en retrait dans son hypotonie comme si l'environnement pouvait être dangereux pour lui. De plus il se replie dans des activités qui le contiennent : il déambule beaucoup autour des tables, il s'écarte faire des coloriages ou sort dans la cours de l'HDJ quand la présence des autres lui est trop difficile. Quand il n'est pas en mesure de faire cela, il lui arrive souvent de tenir ce discours logorrhéique qui fait fuire tous les autres adolescents. Dans tous les cas, les mécanismes de défense mis en place par Mehdi sont coûteux et restreignent ses possibilités d'interaction.

Le cadre de pensée proposé par la CFTMEA correspond de façon assez juste à la symptomatologie de Mehdi. Il m'a permis de mettre des mots sur certaines de ses difficultés et de faire des hypothèses, sur son fonctionnement.

Cependant, j'ai beaucoup plus de difficultés à faire des ponts entre la symptomatologie de Nicolas et le cadre théorique de la CFTMEA.

3. La pathologie de Nicolas

Lors des premier mois de prise en charge, je pensais que la pathologie de Nicolas faisait partie de la catégorie **Autres formes de l'autisme**. En effet Nicolas présente une grande partie des troubles décrits dans l'autisme infantile de la CFTMEA[33] :

1. "Début généralement au cours de la première année avec présence des manifestations caractéristiques avant l'âge de trois ans.

[33] CFTMEA, 2012, p.20

Dès son jeune âge, Nicolas montrait des difficultés dans la relation. Il n'y avait **pas de proto langage** et le **pointage déclaratif était absent**. Nicolas était très fuyant dans la relation et il montrait beaucoup d'agitation.

2. Association de :

- troubles majeurs de l'établissement des relations interpersonnelles et des relations sociales ;

Nicolas établit très difficilement des relations aux autres que cela soit dans une relation duelle ou groupale. Il y a peu d'échanges relationnels et il essaie souvent de contrôler les actions de l'autre.

- altération qualitative de la communication (absence de langage, troubles spécifiques du langage, déficit et altération de la communication non verbale) ;

Le langage oral de Nicolas ne contient que peu de mots. De plus il est difficile à comprendre de par la grande labilité de ses demandes et sa faible articulation. Lorsque Nicolas veut un jeu ou un objet, sa première façon d'agir n'est d'ailleurs pas de parler ou de montrer, il me prend plutôt par le bras sans parler et m'emmène jusqu'à l'objet qu'il veut.

- comportements répétitifs et stéréotypés avec souvent stéréotypies gestuelles ; intérêts et jeux restreints et stéréotypés ;

Nicolas ne présente pas beaucoup de stéréotypies gestuelles ou de conduites d'auto-stimulations, mais il conserve un **intérêt restreint** pour seulement quelques jeux de la salle. Depuis le mois de septembre, nous avons essentiellement joué à faire la course sans qu'il soit possible de faire beaucoup d'autres jeux.

- recherche de l'immutabilité (constance de l'environnement) ;

La recherche de l'immutabilité de l'environnement est le premier symptôme réellement absent de la symptomatologie de l'environnement, tout du moins en salle de psychomotricité.

- troubles cognitifs ;

Nicolas ne possède apparemment **pas de troubles cognitifs**. En effet, il montre de bonnes capacités de compréhension et intègre bien les consignes verbales et toutes les considérations concrètes. Nicolas sait par exemple lire et écrire. Néanmoins, je me demande s'il est capable

de mettre du sens sur ce qu'il lit et s'il possède des capacités d'abstraction. En effet, l'aspect symbolique que peut comporter la parole semble lui échapper et il n'est pas capable de traits d'humours. Les troubles de Nicolas sont surtout dus à une organisation psychique particulière qui l'empêche de se poser.

Cependant, Nicolas montre aussi plusieurs symptômes de la catégorie des dysharmonies psychotiques. Sans parler vraiment d'hallucinations, il donne parfois l'impression de **perdre contact avec le réel** et semble parfois faire part de **pensée magique**. Dans le jeu, Nicolas ne semble pas capable de faire semblant : si nous jouons au loup qui tente de pénétrer dans une maison, il devient véritablement ce loup. De plus il fait part de grandes **angoisses de séparation** mais également de **néantisation** qui se manifestent soit par des **effondrements toniques** soit par des **propos régressés** autour du " caca " ou des " fesses ". Ainsi, je ne sais pas vraiment quelle catégorie choisir pour définir la pathologie de Nicolas. Je ne souhaite pas me forcer à choisir entre "autres formes de l'autisme" et "dysharmonies psychotiques" car ces deux catégories semblent trop restrictives pour y accueillir la complexité de Nicolas.

La nosographie est un premier apport théorique qui m'a donné des repères et permis de mieux comprendre les difficultés de Nicolas et Mehdi. Mais elle donne peu d'éléments sur leurs fonctionnements psychiques ou la nature des angoisses inhérentes à leurs pathologies. De plus, la nosographie me semble trop restrictive pour rendre compte de la complexité de ces deux garçons. Yves LE ROUX dit à ce propos que " L'appréhension du vivant dépasse les normes et classes de la pensée catégorielle parce que d'une part l'être humain est très complexe, d'autre part l'évaluateur est aussi une personne et que l'évaluation se fait dans une rencontre, dans l'intersubjectivité. "[34] Ainsi, pour rendre compte du fonctionnement de ces deux garçons, il me paraît nécessaire de poursuivre ma recherche théorique.

[34]LE ROUX Y., 2005

E) La psychose infantile

La psychose infantile est définie par Pierre FERRARI[35] comme “un trouble portant sur l’organisation de la personnalité de l’enfant, entraînant des défaillances majeures dans l’organisation de son Moi et de son appareil psychique ainsi que dans l’organisation de sa relation au monde et à autrui. Ce trouble se caractérise cliniquement par :

- un comportement inadapté face à la réalité, marqué essentiellement par des attitudes de retrait plus ou moins prononcées face à celle-ci ;
- des troubles majeurs dans le domaine de la communication ;
- des troubles du développement dans les domaines cognitif, praxique, affectif témoins eux même de difficultés d’investissement de ces fonctions ;
- des défauts majeurs dans l’organisation de l’appareil psychique, dans la constitution du Moi, dans le développement du sentiment de continuité et dans la différenciation entre le Soi et le Non-Soi.”

Tous ces aspects sont déjà développés dans la CFTMEA et j’ai déjà pu identifier la grande partie de ces difficultés chez Mehdi et Nicolas. Mais dans ces deux conceptions, je trouve que l’aspect corporel reste peu développé. Or le corps est au centre de la construction du psychisme et fait donc partie intégrante de la pathologie psychotique. En effet, Sigmund FREUD disait déjà : “le Moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles de la surface du corps. Il peut donc être considéré comme une projection mentale de la surface du corps.”[36] Aussi, je voudrais dire quelques lignes sur la place du corps dans la psychose et notamment sur les angoisses corporelles dont certaines semblent présentent chez Mehdi et Nicolas. De plus, il me semble important de rechercher des éléments sur la façon si particulière de jouer dans la psychose. Enfin, je poserais quelques modèles étiologiques.

[35] FERRARI P. 1993, p.116
[36] FREUD S., 1923

1. Les angoisses corporelles

Pour Éric PIREYRE[37], psychomotricien, les angoisses corporelles présentes dans la psychose sont des angoisses archaïques, c'est-à-dire datant d'avant l'apparition du langage. Celles-ci sont normales chez le nourrisson pour qui l'image du corps n'est pas encore unifiée et témoignent d'un du sentiment continu d'exister inconstant. Toujours selon Éric Pireyre, ces angoisses proviennent à la fois d'un défaut de maturation du système nerveux, mais également de celui de l'appareil psychique. Elles sont progressivement surmontées au cours du développement de l'enfant mais elles ne disparaissent jamais, donc tout individu est susceptible de les voir ressurgir sous forme de réminiscences. Dans le cas de la psychose, ces angoisses demeurent présentes avec une telle intensité qu'elles entravent l'utilisation et l'expression libre du corps. Des auteurs comme Donald Woods WINNICOTT ou Wilfred Ruprecht BION emploient alors respectivement des termes d'une grande force comme : "agonie psychique" ou angoisse "impensable". À travers l'observation de la clinique, les psychanalystes ont proposé plusieurs figurations de ces angoisses[38] :

- Les angoisses de morcellement : Le patient ne ressent pas son corps comme unifié et a le sentiment que certaines parties de son corps peuvent se décrocher.

Nicolas recherche souvent une grande contenance corporelle, que cela soit sous des coussins ou dans la caisse à roulettes qu'il investissait beaucoup au début de l'année. Un autre exemple plus anodin : à l'HDJ, certains patients vont extrêmement souvent aux toilettes et surtout avant chaque jeu ou activité. Je me demande parfois s'ils n'ont pas besoin d'aller vérifier l'intégrité de leur corps dans un lieu isolé avant de se lancer dans une activité qui pourrait les déstabiliser.

- Les angoisses d'effondrement : Elles sont représentées à une peur d'être lâché, de perdre ses repères et de tomber dans une chute sans fin. Geneviève HAAG les associe à la peur du vide, aux effondrements toniques.

Dès que nous ne faisons plus attention à Nicolas au cours d'une séance, il se met à courir partout et à crier. Peut-être que le moindre abandon dans la relation évoque pour lui cette angoisse d'effondrement. Pour y faire face, il s'agrippe alors à des sensations corporelles.

[37] PIREYRE E., 2015, p.141
[38] PIREYRE E., 2015, p. 141-151

- Les angoisses de liquéfaction : Elles sont dues à un manque d'élaboration et de stabilité des limites corporelles. Le patient a peur que son corps puisse s'écouler sur le sol. L'évacuation de tout fluide corporel est alors source d'angoisse parce que le patient craint que celui-ci pourrait couler sans jamais s'arrêter.

Enfin, il existe d'autres figurations de ces angoisses archaïques comme l'angoisse de dévoration, l'angoisse de néantisation ou encore l'angoisse de séparation.

2. Le jeu dans la psychose

La place du jeu dans le développement de l'enfant fut sujet à de nombreux débats au fil des siècles. D'abord considéré comme inutile, le jeu est maintenant considéré comme primordial au bon développement de l'enfant par les anthropologues et les psychanalystes. Pour D. WINNICOTT, le jeu consiste dans le déploiement d'une aire transitionnelle, c'est à dire : "cette aire où l'on joue [qui] n'est pas la réalité interne. Elle est en dehors de l'individu mais elle n'appartient pas non plus au monde extérieur."[39] L'aire transitionnelle est celle de la créativité. Le déploiement de l'aire transitionnelle débute chez le très jeune enfant et par celle-ci, il va pouvoir s'approprier petit à petit les limites entre sa réalité psychique interne et la réalité extérieure. L'aire transitionnelle permet ainsi l'existence du jeu de faire semblant et l'utilisation du corps comme moyen de figuration.

Chez Nicolas, la capacité de faire semblant est très limitée. Quand il représente une scène, nous ne savons pas s'il a conscience de sa réalité ou non. Cela vient probablement d'un défaut dans le déploiement des phénomènes transitionnels. Ainsi, J. BOUTINAUD dit que "si une ébauche d'espace transitionnel peut advenir dans la psychose, elle reste donc en permanence menacée par une confusion au travers de laquelle l'enfant ne sait plus ce qui provient de lui et du monde qui l'entoure."[40] C'est exactement ce que j'ai l'impression d'observer auprès de Nicolas.

[39] WINNICOTT D., 1975
[40] BOUTINAUD J., 2013, p.121

Ainsi, l'incapacité de jouer semble être "un signe marquant dans le cadre de la psychose"[41], et témoigne du niveau de structuration psychique de l'enfant. Je comprends mieux la grande difficulté que j'éprouve à jouer avec Nicolas. Nous sommes incapables de créer une aire transitionnelle commune, caractéristique du jeu à deux. Cela parasite donc nos possibilités de jeu. En revanche, avec l'étai de ma propre zone transitionnelle, Nicolas sera peut-être plus apte à structurer les frontières entre réalité psychique interne et extérieure. Le jeu semble donc être une bonne modalité de prise en charge.

3. Modèles étiologiques de la psychose infantile

De nombreuses hypothèses sur l'étiologie de la psychose infantile ont été faites sans qu'aucune ne soit jamais validée. Toutes ces hypothèses sont généralement classées en deux catégories.

a. Les théories à dominante organique

La plupart des modèles organiques proposent une étiologie de la psychose fondée sur le "modèle médical : étiologie → anomalie cérébrale → syndrome → symptôme."[42] D. MARCELLI fait ainsi le recensement de certaines théories organiques dans son livre *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Certains des auteurs présentés proposent alors que l'étiologie de la psychose se trouve dans des perturbations sensorielles ou dans des dysfonctionnements cognitifs. Ceux-ci seraient alors à l'origine de troubles relationnels et de l'acquisition de la pensée abstraite.

[41] BOUTINAUD J., 2013, p.83
[42] MARCELLI D., 1993, p.303

b. Les théories à dominante psychogénétique

Il existe beaucoup de théories sur la psychogenèse de la psychose, mais je vais uniquement parler de quelques grandes théories centrées sur l'enfant ou l'interaction parent-enfant.

- **Mélanie KLEIN**[43] : Pour cet auteur, la psychose infantile est due à un prolongement de la position schizo-paranoïde par laquelle passe tous les bébés. Durant cette phase, l'enfant n'est pas capable de supporter ses pulsions agressives primaires alors pour se défendre de celles-ci, il clive ses pulsions agressives et par **identification projective*** les projette dans certains **objets*** environnants. Ces objets deviennent alors persécutants et dangereux. En grandissant, l'enfant devient capable de ré-introjecter en lui ces pulsions qu'il reconnaît comme siennes et accède à la réalité. Mais l'enfant psychotique posséderait des pulsions agressives trop intenses qu'il sera alors incapable de récupérer. L'accès à une réalité unifiée demeure alors impossible et les objets environnants restent la projection des persécutions de l'enfant.

- **Margaret MAHLER**[44] : développe les concepts de psychose autistique et symbiotique comme des défaillances survenant durant les phases de développement psychique de l'enfant. Au cours de son développement, le bébé passe d'abord par la phase autistique normale. Il n'a pas conscience de son individualité ou de celle de sa mère et oscille entre satisfaction et besoin. Puis lorsqu'il devient capable d'anticiper la satisfaction avec confiance, il entre peu à peu dans la phase symbiotique. Le bébé commence à prendre conscience de lui-même et de sa mère mais toujours pas de façon totale. Ainsi, il se vit d'abord comme uni à la bonne mère à l'intérieur d'une membrane symbiotique mais ses mauvais objets sont projetés à l'extérieur de cette membrane sur les objets environnants. Enfin, avec le développement de ses capacités motrices, le bébé entre dans la phase de séparation-individuation. Le bébé s'éloigne alors de plus en plus loin de sa mère tout en utilisant celle-ci comme une balise de sécurité. Au fil de ses expériences, l'intériorisation de l'objet lui donnera la confiance nécessaire à son autonomisation. Pour M. MAHLER, la psychose provient de l'incapacité de l'enfant à accéder à ce dernier stade. Il ne s'agit pas uniquement d'un blocage à un stade de développement, mais de la création de processus psychique supplémentaires afin de nier la

[43] KLEIN M., 1973
[44] MAHLER M., 1973

réalité. Dans le cas de la psychose autistique, l'enfant nie l'existence de tout objet du monde externe, y compris de sa mère. Dans la psychose symbiotique, l'enfant ne parvient pas à se débarrasser complètement de cette membrane symbiotique. Il oscille entre un désir de fusionner avec cet objet partiel et une grande angoisse d'être dévoré par lui. L'enfant ne parvient donc pas à atteindre une réalité unifiée.

- **Donald WINNICOTT**[45] : Pour lui, la psychose infantile provient de mécanismes de défense liés à la trop grande souffrance de perdre « l'illusion initiale de toute puissance ». Durant les premiers temps de sa vie, l'enfant est maintenu dans une illusion d'omnipotence au contact d'une mère suffisamment bonne qui :
- le porte psychiquement et corporellement à travers le **Holding** ;
- lui offre tous les soins corporels dont il a besoin par le **Handling** ;
- lui présente tous les objets qui répondent à son besoin, c'est l'**Object presenting**.

De cette façon, l'enfant pense qu'il est le créateur de tous les objets environnants. Quand la mère fera défaut à l'omnipotence de l'enfant lors du processus normal de l'évolution de la dyade mère bébé, celui-ci va éprouver des **angoisses primitives** telles qu'elles sont décrites plus haut. La maladie psychotique va alors se déclarer si, pour faire face à ses angoisses, le bébé met en place des mécanismes de défenses de façon prolongée tels que l'état autistique, l'identification projective ou l'exacerbation du narcissisme primaire.

Le modèle théorique constitué de la nosographie et de certaines théories psychanalytiques apportent des clés pour mieux comprendre les comportements de Nicolas et Mehdi. Il joue le rôle de tiers et m'aide à entrer en relation avec Mehdi et Nicolas de façon plus sereine, d'être capable d'envisager ce qui peut se passer. F. TUSTIN disait, "la folie fait peur tant qu'on y comprend rien [...] C'est de ne rien comprendre qui fait le plus peur."[46]

[45] WINNICOTT D., 1975
[46] TUSTIN F. (1982)

II) Du normal au pathologique

A) L'origine de mon questionnement

La recherche d'éléments théoriques m'a donné des informations sur le fonctionnement des patients comme Mehdi ou Nicolas. Il est ainsi plus simple de comprendre ce qui se passe dans la relation et de réagir en conséquence, mais je me questionne maintenant sur la limite entre normal et pathologique. À partir de quand une façon de jouer ou de communiquer est-elle pathologique ? En présence de plusieurs patients, et notamment ceux de l'HDJ, je ne cesse de me demander s'il est possible de tracer une limite entre la santé mentale et la pathologie, une limite qui aurait valeur d'un **diagnostic objectif absolu**. Cela reste occasionnel, mais il m'arrive parfois de trouver les adolescents de l'HDJ tellement ordinaires que j'en viens presque à me demander ce qu'ils font ici. C'est particulièrement le cas de Guillaume dont les difficultés psychiques ne sont pas toujours évidentes à cerner.

Guillaume est un adolescent de treize ans qui en paraît physiquement quinze ou seize et qui, contrairement aux autres adolescents de l'HDJ, ne porte pas de stigmate physique de sa pathologie. Certes, il occupe souvent des postures particulières, très avachies, et bouge assez peu comme s'il ne savait pas comment occuper son corps. Il montre également quelques éléments témoignant d'un fond psychotique : il est perpétuellement dans la mise à mal du lien relationnel ; il montre parfois des comportements très étranges qui n'ont de sens que pour lui ; et enfin, il établit la même distance relationnelle avec tout le monde comme si cela était indifférencié. Mais malgré cela, j'ai passé des moments très adaptés avec Guillaume où nous avons pu jouer et faire de l'humour ensemble sans qu'il ne confonde nos places respectives. Si je me basais seulement sur ces moments, je serais tenté de dire que Guillaume est juste un adolescent qui vit une période difficile et qu'il l'exprime dans sa relation aux autres. Je pense d'ailleurs que si je l'avais croisé dans un autre contexte que l'HDJ, j'aurais tout à fait pu le prendre pour un adolescent ordinaire. Cependant, Guillaume est incapable de s'adapter au collège car la relation aux autres élèves et aux professeurs est trop difficile à maintenir pour lui. Ainsi, il alterne dans son emploi du temps entre des journées de prise en charge à l'HDJ, en internat thérapeutique et des temps au collège. Avant le collège, il était également suivi en HDJ et en CMP pour enfant. Tout ce parcours en pédopsychiatrie sous-

tend bien que Guillaume présente des éléments pathologiques dans son comportement ou dans sa structuration psychique. Mais cela n'est pas toujours si visible, alors **où situer cette frontière entre normal et pathologique** ?

Ce questionnement sur la définition de la normalité et sur la portée d'une définition du normal fut sous-jacente dans la rencontre avec presque tous les enfants que j'ai vu cette année, mais il s'est d'autant plus exprimé et clarifié après deux situations. La première eut lieu avec Nicolas et la seconde avec Mehdi.

1. Quoi du café ? Mais j'aime pas ça moi !!

Aujourd'hui, Nicolas arrive dans le couloir menant à la salle de psychomotricité en faisant le chat. Il marche à quatre pattes, miaule et vient se frotter dans nos jambes comme un chat qui cherche des caresses. Mais Nicolas ne semble pas jouer au chat mais plutôt être un chat. Nous lui demandons d'arrêter pour pouvoir descendre les marches sans tomber. En entrant dans la salle, il désire reprendre la séance dernière exactement où nous l'avons laissée. Il vient se saisir de la caisse à roulettes, monte dedans et me demande à l'aide de gestes et de mots : "fais touner Nicolas !"(sic), de le faire tourner comme nous avons fait la fois précédente. J'accepte sa demande avec plaisir mais je lui demande d'abord de me donner un ticket, essayant de faire émerger un peu de **jeu symbolique**. Il me tape dans la main, puis je fais tourner la caisse autour de moi d'abord doucement, puis de plus en plus vite. Au cours de ce moment nous avons de réels échanges de regard alors que cela reste très difficile le reste du temps. Ces subits échanges de regards peuvent être dus au fait que Nicolas ait trouvé une certaine **contenance** au fond de la caisse. Celle-ci lui offrait un "**arrière fond**"[47] solide et son corps, dont seule sa tête dépassait était bien enveloppé sous plusieurs couvertures. Le concept d'arrière fond développé par Geneviève HAAG renvoie à la constitution corporelle du dos lors des premiers temps de nourrissage. Ici, la mère soutient son bébé par le regard, le langage, et la main qu'elle a dans son dos. G. HAAG affirme que ce soutien offre suffisamment de sécurité au bébé pour permettre les **premières interactions** de regards. Plus tard dans la vie, cet appui dos continuerait d'offrir réassurance et contenance.

[47] HAAG G., 2012

Outre l'appui dos proposé par la caisse, la **sensation vestibulaire** créée dans le tournoiement apporte une contenance supplémentaire sur le plan sensoriel. De plus, je cherche à être très contenant dans la relation et j'accompagne notre jeu d'un bain de paroles. À la manière des premières interactions mère/bébé, je suppose que l'échange relationnel que nous avons eu avec Nicolas fut permis par la contenance qu'il a trouvé sur le plan sensoriel et sur le plan psychique.

Une fois que nous avons un peu tourné, Nicolas souhaite arrêter et jouer avec la voiture. Il s'assoit dessus et se met à rouler dans toute la salle. Avec la psychomotricienne, Patricia, nous construisons alors un pont à l'aide de modules en mousse et de couvertures. Nicolas semble alors prendre beaucoup de plaisir à entrer et sortir de ce pont, à se cacher dessous et à réapparaître en écoutant nos appels. "Mais où est Nicolas ? Il a disparu ? Ah mais non, il était sous le pont !". Mais assez vite cependant, Nicolas semble perdre conscience de notre présence, et se met à tourner autour du pont de façon répétitive dans quelque chose de très solitaire.

Patricia propose alors que nous changions de jeu. Nous rangeons les modules et elle sort un bac à semoule (rempli de grains de riz, de maïs, de haricots, etc). Nous nous installons autour du bac et je propose alors à Nicolas d'y enfouir ses mains pour profiter de la fraîcheur des graines. Mais il n'ose pas et touche uniquement la surface du bac mi intrigué mi apeuré. Puis pendant quelques minutes je joue avec le sable et je ne fais plus vraiment attention à Nicolas : lorsque je relève la tête, je me rends compte qu'un jeu est en train d'émerger entre lui et Patricia. Il remplit un gobelet de semoule et le tend à Patricia ; elle lui demande si c'est un verre de café et Nicolas hoche la tête. Elle prend le temps de regarder le café, de le sentir avant de le goûter et de s'écrier : "pouah c'est dégoûtant !!" Nicolas, complètement pris au dépourvu, se met à rire aux éclats. Il prépare un nouveau café, le tend à la psychomotricienne et attend sa réaction avec attention. Celle-ci prend à nouveau le temps de regarder son café et recommence la même chose. Dans la répétition de cette petite scène, il s'instaure un jeu d'abord un peu plaqué mais qui s'affine et prend des couleurs à l'aide de l'énergie que la psychomotricienne y insuffle. Je suis émerveillé de voir Nicolas jouer comme le ferait un petit garçon. Il joue vraiment avec ma maître de stage sans être dans son instrumentalisation et alors qu'habituellement il est assez confus dans la relation, il prépare des cafés et les lui adresse avec attention. Mais surtout, l'espace d'un instant Nicolas me paraît apaisé. Son

visage semble serein et son agitation habituelle disparaît pour **un petit garçon bien ancré sur sa chaise**.

À la fin de la prise en charge, nous rangeons le bac et raccompagnons Nicolas dans la salle d'attente. Quand nous reparlons de la séance, je repense à ce dernier moment. Je lui dis que pendant un instant, j'ai eu l'impression de voir la pathologie de Nicolas disparaître et de voir **jouer un petit garçon entièrement normal**.

2. Le temps d'un baby-foot avec Mehdi

Cette deuxième situation s'est déroulée pendant un jour de vacances scolaires où les ateliers thérapeutiques habituels étaient suspendus. Ce matin, je suis assis à une table en train de colorier un mandala avec d'autres adolescents et j'observe Mehdi qui déambule dans l'HDJ. Quand il passe près de moi, je lui propose d'aller faire une partie de baby-foot, car je sais qu'il aime y jouer avec Guillaume l'après-midi. À ma grande surprise, néanmoins, il accepte.

Je me retrouve ainsi à jouer au baby-foot avec Mehdi. Rapidement, je vois qu'il joue plutôt bien et fait preuve d'un certain engouement. Je ne l'ai jamais vu faire preuve d'une telle concentration et lui qui est d'habitude si ralenti, se déplace aisément d'une manette à l'autre pour attaquer et défendre. Notre match prend son envol lorsque je marque le premier but. Mehdi marque le second et enchaîne sur un demi du milieu de terrain. La tension monte d'un cran sur ce point qui va compter double. Le match est serré, et je ne m'attendais pas à avoir un échange si intense avec Mehdi. Je suis surpris d'être si pris au jeu !

Mais faisant tout de même un pas de côté par rapport à la situation, j'essaie que l'engouement qui me gagne puisse également traverser Mehdi. Alors je me mets à **raconter** le match dont nous sommes acteurs et exagère chacune de mes réactions. Je pousse des exclamations de joie à chacun de mes buts, prononce de long soupirs lorsque c'est lui qui marque et l'encourage vivement quand il est dans une passe difficile ! Peu à peu, j'ai comme l'impression que Mehdi se réchauffe et **le dégel de son état tonico-affectif** commence par l'esquisse d'un petit sourire. Puis il commence à s'exclamer également quand je marque des

points et sa gestuelle prend de l'ampleur hors des phases de jeu. Il se réchauffe même réellement puisqu'il se met à transpirer devant l'effort. Mehdi m'étonne alors de nouveau parce qu'il prend l'initiative de mettre la partie en pause pour enlever son pull qu'il ne quitte habituellement jamais. Pour une fois, j'ai vraiment l'impression que Mehdi prend du plaisir dans ce qu'il est en train de faire. Notre match continue sur sa lancée pendant une quinzaine de minutes et se termine sur ma victoire 10 à 7. Mehdi semble très déçu de sa défaite, mais il n'est pas anéanti par celle-ci. Nous pouvons d'ailleurs faire une seconde partie.

Au cours de cette partie de baby-foot, j'ai découvert un Mehdi très différent de celui que je vois d'habitude. Il est sorti de son retrait hypotonique et s'est **investi corporellement** dans une activité. C'était vraiment surprenant de voir tant de changements chez Mehdi et que nous ayons pu partager un moment de jeu si intense au cours d'une simple partie de baby-foot. D'autant plus qu'après notre deuxième match, Mehdi est redevenu le garçon que j'avais l'habitude d'observer.

3. Retour sur ces deux moments de jeu

Ces deux situations sont longtemps restées en suspens dans mon esprit à cause de l'étrange impression que j'ai eu en les vivant. Avec Nicolas comme Mehdi, j'ai eu l'impression d'observer **un retrait massif de leurs pathologies**. Cela fut bref, mais par deux fois, je me suis trouvé à penser que durant un instant je jouais avec **des garçons normaux**. C'est d'ailleurs la première chose que j'ai dite à ma maître de stage après la séance avec Nicolas décrite plus haut.

Cependant, tout en me paraissant plutôt justifié, le mot "normal" m'a laissé une sensation désagréable en se glissant dans mes propos car il semblait signifier que ces deux garçons étaient **anormaux**. Je me suis demandé si, sans en avoir conscience, j'étais depuis le début dans le jugement moral de ces deux enfants et de leurs pathologies, si finalement il n'étaient pas tout à fait humain à mes yeux. Pensais-je en fait que la façon normale et optimale de vivre au monde était la mienne puisqu'elle est partagée par la majorité de la population ? En me posant toutes ces questions, j'ai eu l'impression de leur retirer un droit

fondamental : celui de pouvoir vivre à sa façon, avec ses capacités et ses difficultés, sans que cela soit source de jugement.

L'utilisation du mot normal, m'a semblé problématique ici car elle témoignait d'un **jugement de valeur** et signifiait qu'il existe des façons de vivre inférieures à d'autres. Mais absent de tout jugement de valeur, le concept de normalité peut-il devenir un outil utile pour penser le soin psychique ? En effet, le rapport entre le normal et le pathologique questionne tout travail diagnostic ou thérapeutique. Mais sur quelle référence se baser pour déterminer qu'un ensemble de symptômes est pathologique : neurologique, développementale, sociale, ou bien faut-il partir exclusivement de la souffrance du patient ? Peu importe la référence choisie, celle-ci sera de plus toujours influencée par des questions socio-culturelles car "les frontières entre le normal et le pathologique, pour certains types de comportements en particulier, varient selon les cultures."[48]

En outre, comment penser la thérapie psychomotrice au milieu de tous ces éléments ? À partir de quand le fonctionnement d'un enfant est-il suffisamment pathologique pour que cela requierre une prise en charge ? Quel est le rôle du psychomotricien ? S'agit-il d'aider son patient à franchir la limite qui séparerait le pathologique du normal ?

B) Modèles de pensée du normal et du pathologique

1. La nécessité de cette question ?

La question du **normal** et du **pathologique** est un problème complexe qui évolue selon le cadre de pensée avec lequel il est abordé. Même dans le champ du soin, l'intérêt de cette réflexion dépend du contexte dans lequel le patient est reçu. Pour Daniel MARCELLI, psychiatre, cette réflexion préoccupe plus le philosophe que le médecin qui se soucie avant tout « de savoir ce qu'il peut faire ou non pour son patient plus que de savoir si ce dernier est

[48] DSM-5, 2013, p. 15

« normal ou pathologique"[49]. Georges CANGUILHEM, médecin et philosophe, observe cette insouciance du médecin praticien avec bienveillance car selon lui « ce sont, en fin de compte, les malades qui jugent le plus souvent, et de points de vue très divers, s'ils ne sont plus normaux ou s'ils le sont redevenus. Redevenir normal, pour un homme dont l'avenir est presque toujours imaginé à partir de l'expérience passée, c'est reprendre une activité interrompue, ou du moins une activité jugée équivalente d'après les goûts individuels ou les valeurs sociales du milieu. »[50]

Mais dans ce mémoire, la question du normal et du pathologique est mise en lumière par la pratique de la **psychomotricité en pédopsychiatrie**, discipline bordée de tous les côtés par des problèmes éthiques, culturels et sociaux. Dans son évaluation du patient, le psychomotricien doit pouvoir repérer l'ensemble des difficultés pouvant entraver l'épanouissement et le développement de l'autonomie de son patient. L'enfant qu'il reçoit en séance ne vient pas forcément avec une demande ou n'est pas toujours en train de quitter un état antérieur jugé normal. Il est généralement reçu à la demande d'un médecin, de l'école, de la PMI[51], de la crèche ou encore des parents eux-mêmes afin de faire disparaître un comportement jugé uniquement sur « des critères purement externes et adaptatifs. »[52] De plus, la question de la thérapeutique psychomotrice en pédopsychiatrie n'est pas quelque chose de linéaire qui équivaut à passer d'un état de déficience ou de dysfonctionnement à un état de fonctionnement optimal. La réflexion sur le normal et le pathologique a donc tout à fait sa place dans ce contexte. Avant d'étudier plus amplement cette notion en psychomotricité, il me paraît important de poser quelques jalons plus généraux sur la question du normal et du pathologique.

[49] MARCELLI D., 1993, p.47
[50]CANGUILHEM C., 2013, p.95
[51] Protection Maternelle Infantile
[52]MARCELLI D., 1993, p.47

2. Généralités sur le normal et le pathologique

D'après le Petit Robert 2011, l'étymologie du mot « pathologie » remonte au terme **pathologikos** du grec ancien. Son sens n'a pas évolué avec les années et il signifie l'étude des maladies. Quant à celui du terme normal son étymologie est associée à celui de norme par le Petit Robert. Ils proviennent tous les deux du mot latin normalis, du mot **norma**. Ce dernier possède un double sens : 1- la règle, loi, modèle, ou exemple à suivre ; 2- une **équerre** qui sert à mesurer. D'après cette étymologie, le normal est à la fois : le modèle suivi par le plus grand nombre de sujets d'une espèce, mais aussi l'outil qui permet mesurer l'écart à ce modèle. Le normal et le pathologique sont alors intimement liés. D'une part, le normal remplit les conditions nécessaires à l'existence du concept de pathologie, et de l'autre celui de pathologie constitue les limites nécessaires à l'établissement d'une normalité. Pour Alexandrine SAINT-CAST[53], psychomotricienne : " l'un excluant l'autre, ils se co-fondent aussi l'un l'autre. "

Mais dans le milieu médical, il semble impossible de s'arrêter à cette ébauche de définition car celle-ci, établie depuis un critère statistique, impose une façon trop contraignante de définir la pathologie. La normalité s'associe alors au conformisme statistique, socio-culturel. Ainsi, toutes les personnes en dessous de la taille moyenne seraient considérées comme en situation pathologique. C'est cette perception de la normalité qui fait que pendant de nombreuses années, l'homosexualité était présente au sein de la nosographie psychiatrique, diagnostic aujourd'hui éthiquement discutable. Cette conception du normal retire à l'individu le droit d'être considéré s'il vit hors des normes habituelles. Il s'agit donc d'envisager autrement le rapport entre normal et pathologique.

3. Modèle philosophique

Dans son livre *Le normal et le pathologique,* G. CANGUILHEM définit la maladie comme un jugement de valeur virtuel, « [c'est] un concept général de non-valeur qui comprend toutes les valeurs négatives possibles. Être malade, c'est être nuisible ou

[53]SAINT-CAST A., 2003, in Evolutions psychomotrices

indésirable, ou socialement dévalué. »[54] Selon cette définition, la maladie implique que l'individu ne soit plus capable de se penser de façon positive. De l'autre côté, Canguilhem décrit l'homme normal, comme "**l'homme normatif, l'être capable d'instituer de nouvelles normes**, même organiques. Une norme unique de vie est ressentie privativement et non positivement."[55] La normativité, c'est-à-dire la capacité à établir sa propre norme, offre aux individus la possibilité de s'établir comme référence pour être normal. Selon cette définition « **L'anomalie** ou la mutation **ne sont pas en elles-mêmes pathologiques**. Elles expriment d'autres normes possibles de vie. Si ces normes sont inférieures, quant à la stabilité, à la fécondité, ou à variabilité de la vie, aux normes spécifiques antérieures, elles seront dites pathologiques. Si ces normes se révèlent, éventuellement, dans le même milieu équivalentes, ou dans un autre milieu supérieures, elles seront dites normales. Leur normalité viendra de leur normativité. **Le pathologique**, ce n'est pas l'absence de norme biologique, **c'est une autre norme comparativement repoussée par la vie**. »[56] Ici G. CANGUILHEM distingue donc clairement la norme de la normalité.

Ce qui est intéressant dans cette proposition, c'est qu'elle n'inscrit pas d'emblée **l'anomalie**, l'écart par rapport à la norme, dans le registre de la pathologie. Elle laisse la possibilité au sujet présentant une anomalie de s'adapter à son environnement et de **fonder sa propre normalité**. Ainsi, les anomalies comme l'autisme ou la psychose, écarts par rapport une norme qui serait la névrose, ne sont pas pathologiques de prime abord. Elles deviendront pathologiques si elles sont incapables de créer dans un contexte équivalent, ou dans un nouveau contexte une nouvelle norme.

Cela ne change rien quant au fait que ces deux façons de vivre, deviennent très rapidement pathologiques du fait des grandes souffrances et difficultés adaptatives qu'elles entraînent. Mais cela met de côté la vision déficitaire et péjorative que l'on peut avoir de ces pathologies et laisse la possibilité aux personnes autistes et psychotiques d'être normales. Depuis cette conception de la normalité, la personne psychotique ou autiste n'est pas une version déficitaire d'une personne dite normée, mais bel et bien un sujet vivant d'une façon inédite.

[54] CANGUILHEM G., 2013, p.97
[55] CANGUILHEM G., 2013, p.116
[56] CANGUILHEM G., 2013, p.121

D'autre part, la proposition de G. CANGUILHEM permet d'envisager la prise en charge psychiatrique d'une façon plus humaine. Il ne s'agit pas de guérir, ou de "ramener à la norme une fonction ou un organisme qui s'en sont écartés"[57], mais de **soigner**, c'est-à-dire mettre en place de façon "discrète et tranquille au service de l'enfant **des conditions qui facilitent son développement autonome**, non celle d'un gardiennage tutélaire ni d'une transfusion de compétences sociales, encore moins celle d'un dressage."[58]. Mais surtout, elle laisse les patients libres d'être des sujets comme les autres qu'ils soient appelés autistes, psychotiques, ou encore fous. Cette position rejoint ainsi celle de J. HOCHMANN[59] qui considère que " nous n'avons aucun argument pour priver le psychotique de l'illusion de la liberté. Nous n'avons aucune raison pour considérer sa folie comme moins libre et plus déterminée que notre bon sens et pour le limiter à n'être qu'un agi quand, autant que nous, il aspire à devenir un agent en lutte contre les facteurs réels ou imaginaires qui restreignent sa liberté. Rien, en droit ni en fait, ne nous permets de déduire de sa différence un statut de mineur, d'être déficitaire, totalement aliéné et condamné à subir passivement son aliénation."

Cette conception philosophique apporte donc beaucoup au soin pédopsychiatrique. Cependant, elle ne permet pas de définir les états qui sont bels et bien pathologiques et empêchent au petit d'homme de grandir. Il ne s'agit pas de tomber dans un "tout est normal", et de rejeter la conception de modèles pathologiques car cela ôterait toute limite aux pratiques thérapeutiques qui perdraient leur consistance. Pour Jacques CHAZAUD[60], il est nécessaire de questionner "si le "tabou" de la normalité - né justement contre l'usage perverti des "catégorisations" dans une visée réadaptative, ségrégationniste - ne risque pas de faire paradoxalement le lit de ce qu'il était censé défendre ! " Il pose ensuite l'interrogation suivante : "Le refus de circonscrire le normal et le pathologique ne conduit-il pas à rendre illimité le détournement, ou le déplacement des pratiques ? "

Il semble donc nécessaire de poursuivre cette recherche de définition du normal et du pathologique pour pouvoir penser l'activité thérapeutique du psychomotricien et circonscrire son champ d'intervention. Autrement, le psychomotricien ne pourra définir son champs

[57] CANGUILHEM G., 2013, p.98
[58] HOCHMANN J., 1989, p. 119
[59] HOCHMANN J., 1989, p. 60/61
[60] CHAZAUD J. in ZAGURY D., 1998, p. 9-11

d'intervention en étant "autre chose qu'un arbitraire officialisée, reflet de l'ordre moral et des préjugés d'une époque et de sa mentalité."[61]

4. Modèle psychopathologique

La conception d'un modèle psychopathologique concernant le normal et le pathologique chez l'enfant a toujours posé problème aux différents psychiatres qui s'y sont essayés. DAGONET dans son *Traité sur les maladies mentales* exprime sa difficulté devant ce travail : "Une première question se pose, elle est au fond plus spécieuse que pratique, mais on la voit exposée à chaque instant, nous devons par conséquent l'examiner rapidement : celle de savoir s'il existe une ligne de démarcation qui permette de dire ici commence l'une et là finit l'autre."[62] Cette question est d'autant plus compliquée à traiter qu'elle nécessite l'utilisation simultanée de plusieurs modèles.

En effet, la symptomatologie d'un enfant ne suffit pas, si elle est seule, pour déterminer si ses comportements sont pathogènes ou organisateurs de son développement. Par exemple, la conduite en **faux self** définie par WINNICOTT, caractérisée par une absence de symptôme, ne peut être perçue par une approche symptomatique.
L'approche du point de vue uniquement structurel ne peut pas non plus suffire comme en témoigne l'utilisation de terme propre à la pathologie pour définir des stades normaux du développement : la position schizoparanoïde du bébé décrite par Mélanie KLEIN, la défense maniaque ou encore la position dépressive. En outre, la notion de structure psychique en psychopathologie infantile demeure controversée car "l'inachèvement du fonctionnement psychique ne permet pas de se référer à un modèle stable et accompli ; l'existence de moments critiques rend compte de bouleversements structurels longtemps possibles."[63]

Mais alors comment s'y prendre ?

Certains psychiatres ont tenté une approche purement critériologique des troubles psychiatriques. Ces modèles se sont fondés sur l'espoir de pouvoir définir l'aspect

[61] CHAZAUD J. in ZAGURY D., 1998, p. 9-11
[62] DAGONET H., 1898
[63] MARCELLI D., 1993, p.53

pathologique des maladies psychiatriques uniquement à partir de leurs causes, notamment la présence de lésions fonctionnelles et de critères psychologiques spécifiques. Mais "ces modèles théorico-cliniques, des étiologies spécifiques connues mais surtout à connaître, clivent deux humanités par essence : l'une totalement normale du point de vue du psychiatre, l'autre totalement aliénée."[64] Elles s'éloignent grandement d'un modèle humaniste de la normalité et inscrivent d'emblée le patient dans un déficit qu'il ne pourra jamais combler.

Pour D. MARCELLI il n'existe pas de telle dichotomie et "le normal et le pathologique ne doivent pas être considérés comme deux états distincts l'un de l'autre qu'une frontière ou un large fossé sépareraient avec rigueur. Rien ne permet de considérer qu'il existe deux champs résolument hétérogènes témoignant l'un des processus psychologiques normaux, et l'autre de déstructuration ou d'inorganisation pathologique. [...] Ainsi les champs du normal et du pathologique s'interpénètrent sur une large partie : un enfant peut être pathologiquement normal comme il peut être normalement pathologique."[65]

Il n'existe donc pas de symptômes ou de structures psychiques objectivement pathologiques dans le développement de l'enfant. La recherche de signes pathognomoniques du pathologique équivaudrait à affirmer que tous les êtres humains suivent un développement linéaire et atteignent tous des capacités physiques et psychiques identiques. Lors de l'observation d'un enfant, il s'agit de toujours se demander "si chaque conduite manifeste (mentalisée ou agie) présente un pouvoir pathogène ou si elle assume un rôle organisateur du développement."[66] À ce propos, il est possible de s'appuyer sur le concept de lignes de développement établi par Anna FREUD. Les lignes de développement sont des axes particuliers du développement d'un enfant comme : le développement de l'autonomie psychique ou encore le développement de l'indépendance corporelle. Pour elle une trop grande dysharmonie dans le progrès de ces lignes de développement peut être source de pathologie. Mais elle rappelle de faire preuve de discernement et rappelle que "la dysharmonie entre les lignes de développement constitue seulement un facteur pathogène si le déséquilibre est excessif au sein d'une personnalité."[67]

[64] ZAGURY D., 1998, p.17
[65] MARCELLI D. , 1993, p.58
[66] MARCELLI D. , 1993, p.50
[67] FREUD A., 1962

L'évaluation du pathologique chez un enfant se fait dans sa **rencontre singulière**. Elle correspond à la recherche de potentialités pathogènes dans son organisation psychopathologique actuelle à travers plusieurs axes d'observations comme : **sa symptomatologie**, **son comportement en relation avec son environnement**, **l'évolution de sa structuration psychique** au cours de son développement.

5. Pour finir, un modèle centré sur l'individu

Il existe donc de multiples façons de concevoir l'ensemble normalité/pathologique et ce qui sera normal depuis un point de vue ne le sera pas nécessairement vu d'un autre. Mais puisqu'il n'existe pas de critères absolus de la pathologie, une seule façon de concevoir la normalité semble pertinente en pédopsychiatrie : **penser la normalité à partir de la rencontre et de l'histoire du patient**.

Il me semble ainsi intéressant de reprendre une citation de Jean-Pierre FALRET[68] qui va dans ce sens : "si l'espèce humaine, envisagée collectivement offre un ensemble incohérent et bizarre, de déraison et de folie, il est naturel d'attendre d'un seul individu, plus de suite dans ses discours et dans ses actes, plus d'uniformité dans sa conduite." De cette façon, la dichotomie simpliste du normal et du pathologique s'efface dans une observation clinique qui englobe "l'objet de l'observation (le malade), son milieu, son évolution diachronique, et le sujet de cette observation (le clinicien) qui n'est plus un repère absolu."[69]

Pour finir, dans *Modèles de normalité et psychopathologie,* D. ZAGURY[70] témoigne de trois impératifs pour définir le pathologique en l'absence de critères absolus :
Le premier est **méthodologique** : il s'agit de définir les modèles de normalité à partir du pathologique. Cela évite de mélanger savoir et croyances, et d'apporter ses conceptions de valeurs dans le diagnostic clinique de son patient.
Le second est **théorique** : le caractère à la fois absolu et relatif de la norme humaine doit être respecté. De plus, il faut se tenir de distinguer le registre de l'anomalie, définie par G. CANGUILHEM, de celui du pathologique car qualifier de pathologique l'anomalie revient à

[68] FALRET J.-P., 1843
[69] ZAGURY D. , 1998, p.21
[70] ZAGURY D. , 1998, p. 94-96

porter un jugement de valeur sur certains comportements choisis arbitrairement. Il est nécessaire de toujours conserver comme axe référentiel le sujet afin d'éviter toute tentation de dépasser nos attributions.
Enfin le dernier est **éthique** : il faut résister à la tentation de prendre en considération d'autres modèles que celui qui met le patient au centre de notre interrogation. Toute conduite, aussi gênante ou inadaptée soit-elle, n'est pas toujours aussi pathologique que la norme statistique ou idéale pourrait le laisser croire.

Finalement, il n'existe pas une normalité, mais des normalités que chacun de nous sommes est en droit de quérir.

C) La notion de normalité en psychomotricité

La pratique du psychomotricien en pédopsychiatrie est guidé par son appréciation clinique de la pathologie de ses patients. Cette appréciation clinique permettra de répondre aux questions inhérentes à tout suivi thérapeutique : De quel type de suivi a besoin ce patient ? Quels sont les objectifs thérapeutiques à mettre en place ? Quand la prise en charge doit elle prendre fin ? De plus, le thérapeute doit avoir suffisamment confiance en son appréciation clinique pour ne pas toujours limiter son travail à la demande des parents ou de la société.

L'évaluation de la normalité en psychomotricité démarre dès le le premier temps de la prise en charge : l'évaluation psychomotrice.

1. Le bilan psychomoteur comme moyen d'évaluation du normal

Pour Franck PITTERI[71], "poser la question du bilan, c'est poser le cadre de l'action du psychomotricien. Celle-ci est basée sur la mise en évidence de l'utilisation des compétences psychomotrices, et des besoins du sujet sur le plan psychomoteur." Le bilan est nécessaire pour évaluer la prise en charge, son début et sa fin. Lors de ce bilan, le patient est

[71] PITTERI FRANCK in, in Evolutions psychomotrices 2003, p.210.

mis face à une série de situations démontrant l'utilisation d'un ou de plusieurs items psychomoteurs comme la régulation tonique, le repérage spatio-temporel, la latéralité, le schéma corporel ou l'image du corps. Les épreuves du bilan psychomoteur ont beaucoup évolué depuis la conception du D.E. de psychomotricien en 1974 et aujourd'hui deux façons d'envisager le bilan psychomoteur se distinguent. Chacune de ces façons de penser le bilan s'associe évidemment à une lecture propre des troubles psychomoteurs.

a. Deux conceptions qui s'opposent

Pris dans l'ère du scientisme et de la mesure, le bilan psychomoteur est de plus en plus perçu comme un moyen de rendre objectif les troubles psychomoteurs du patient. Il permet alors "une objectivation et une quantification des réponses psychomotrices, au moyen de tests dont les grilles de résultats sont de plus en plus finement codifiées et chiffrées. Les conclusions permettent un diagnostic psychomoteur, et mettent le curseur sur les déficits."[72] Cette conception du bilan engage la prise en charge comme une rééducation des troubles psychomoteurs.

Le bilan psychomoteur peut également être conçu comme un moyen de rencontre du patient et d'observation de ses troubles. Il répond alors d'une influence psychodynamique et "[s]es conclusions sont tirées à partir d'un synthèse des résultats obtenus croisés avec les comportements observés, pour rendre compte d'une vision globale de la personnalité du sujet, en envisageant le symptôme non plus seulement dans sa valeur négative, mais aussi dans sa valeur significative d'un fonctionnement singulier."[73] Ici, le symptôme du patient n'est pas perçu uniquement comme un trouble à rééduquer mais comme une action propre ayant une fonction. Ce symptôme est la seule réponse trouvée par celui-ci pour faire face à ses difficultés.

Dans la pratique psychomotrice, chacune de ces conceptions présente des avantages et des risques potentiels. Le risque d'un bilan objectif dont la fonction est uniquement de mettre

[72] POTEL C., 2015, p.231
[73] POTEL C., 2015, p.231

en avant les troubles psychomoteurs est de faire disparaître la subjectivité et l'histoire du patient derrière ceux-ci. Y. LE ROUX souligne à ce propos que "la mesure et l'identification de signes observables sont sans doute indispensables à notre bilan psychomoteur. Mais la compréhension se situe toujours au-delà, accordant une part à l'interprétation."[74] À contrario, il a souvent été reproché au bilan plus psychodynamique de manquer de consistance et de rigueur. Ce qui donnait le sentiment "d'une profession en collage sans véritable intégration"[75] qui ne possédait pas d'identité ou de théorie propre.

Il ne s'agit pas ici de déterminer quelle façon de pratiquer le bilan psychomoteur est la meilleure, mais plutôt de se demander comment mettre en lumière les aspects pathologiques que peut présenter le patient selon les concepts exposés précédemment.

Dans la première conception présentée, les capacités psychomotrices du sujet sont évaluées lors de tests standardisés puis comparées à une norme développementale. À l'aide des scores obtenus il est possible de calculer un écart type par rapport aux résultats de la norme. Si le sujet obtient un score en dessous de -2 écarts types, il sera considéré comme pathologique ; au-dessus de -1 écart type, il présente de faibles capacités qui sont à surveiller ; à partir de 0 il est sain. Même si tous ces résultats sont combinés à des appréciations qualitatives, l'aspect pathologique du patient dépends de sa symptomatologie et de son écart à la norme. Or, les auteurs comme D. MARCELLI ou D. ZAGURY ont bien démontré qu'il n'existe pas de symptômes pathognomoniques de la pathologie et que le concept de normalité ne pouvait être réduit à celui de norme.
Dans la deuxième conception présentée, il est proposé d'éclairer le fonctionnement du sujet à la lumière de ses compétences psychomotrices et de la façon qu'il a d'investir le monde. Cette conception, plus centrée sur le patient, semble donc plus propice à repérer la présence d'éléments pathologiques chez l'enfant. Néanmoins, elle repose grandement sur l'appréciation subjective du psychomotricien. Or, il est impossible de définir la normalité depuis notre seul subjectivité qui est trop sujette aux changements au cours du temps.

Ainsi chaque conception du bilan psychomoteur peut apporter à son homonyme. Comme le dit C. POTEL, "évitons donc les écueils d'une position trop manichéenne et

[74] LE ROUX Y., In Évolutions psychomotrices, 2005, n°68
[75] POTEL C,. 2015, p.234

radicale : la diversité dans la recherche est signe de dynamisme, alors qu'une pensée unique est toujours source d'appauvrissement."[76]

b. Deux conceptions qui se complètent

Je pense que l'évaluation des compétences psychomotrices par le biais de tests standardisés ainsi que leur évaluation psychodynamique représentent deux outils du psychomotricien. Mais aussi ingénieux soient ces outils, la psychomotricité ne peut y être réduite. Si je reprends l'idée développée par D. MARCELLI, le pathologique doit être défini selon une observation : de la symptomatologie, du comportement de l'enfant en relation avec son environnement et de sa structuration psychique. L'évaluation psychomotrice doit donc rendre compte :

- des possibilités psychomotrices du patient.
- de la façon dont fonctionne sa cellule familiale. Comment cet enfant est-il pensé par ses parents ? comment entrent-ils en relation entre eux ?
- de l'organisation de son psychisme en lien avec tous les éléments cités précédemment.

Pour continuer, je souhaiterais m'appuyer sur la proposition de Daniel COURBERAND qui préfère en première intention parler d'examen psychomoteur. À partir du bilan, de la mesure des possibilités psychomotrices, le psychomotricien peut faire une interprétation théorico-clinique. Ainsi, "sans négliger les épreuves-tests, l'examen doit poser des questionnements, mettre en jeu une dimension dynamique."[77] Dans cette conception, le bilan psychomoteur permet de créer un cadre de rencontre, un premier contenant dans lequel le psychomotricien et l'enfant vont pouvoir se penser et s'imaginer. Dans le cadre de cette première rencontre, les épreuves standardisées jouent à la fois le rôle de médiateur de la rencontre mais également de tiers : le psychomotricien comme l'enfant ne sont pas encore obligés de se révéler et peuvent temporairement disparaître derrière ces évaluations des compétences psychomotrices. C. POTEL dit ainsi que "le bilan, s'il donne des indications sur le niveau d'intégration neuro-moteur et sur le développement psychomoteur dans son

[76] POTEL C., 2015, p.235
[77] COURBERAND D., 1996, p.8

ensemble, est avant tout un engagement relationnel, qui peut avoir une vraie valeur thérapeutique."[78]

Ainsi, dans ce début de relation avec l'enfant et sa famille, le psychomotricien va pouvoir obtenir toutes les informations dont il a besoin pour appréhender son patient. Dans le premier temps de l'entretien, il peut déjà avoir une idée de la qualité des primo-échanges de l'enfant avec ses parents ainsi que de leur histoire familiale. Durant le temps des épreuves, l'utilisation des tests standardisés permettra d'avoir une idée globale du fonctionnement et des difficultés de l'enfant. Le dernier travail du psychomotricien sera alors d'élaborer une image de cet enfant à partir : de son vécu propre au sein de tout cet échange, des propos tenus avec les parents, des compétences psychomotrices de l'enfant, de ses possibilités d'expression, d'élaboration et de contenance. Pour D. COURBERAND, l'examen psychomoteur est bel et bien un travail interprétatif qui se situe dans "un espace de transition, une zone d'interprétation où se crée une "chimère" de l'image du corps au sens où M. UZAN l'entend. C'est à dire de chimères nées de la combinaison de deux images du corps (thérapeute-patient)."[79]

Dans ce contexte, le psychomotricien est à même d'évaluer si son patient relève d'un fonctionnement pathologique sans recourir à l'utilisation de la norme. Toutefois, il conserve un cadre de pensée rigoureux qui l'empêche d'être le seul juge des difficultés de l'enfant. Le bilan, à la fois objectif et subjectif, permet d'envisager l'enfant dans sa globalité et devient "une porte ouverte sur un travail, un chemin à vivre ensemble, une histoire à poursuivre, un développement à continuer ou à relancer la singularité et la richesse de son déroulement."[80]

Mais dans quelle direction ce travail doit-il aller, vers quelle direction le psychomotricien doit-il aiguiller son patient ?

[78] POTEL C., 2004, p.123
[79] COURBERAND D., 1996, p.7
[80] POTEL. C., 2004, p.123

2. Vers quelle normalité tendre ?

a. La réponse aux questions précédentes

Au début de cette partie, j'ai mis en avant ma grande interrogation sur le concept de normalité ainsi que ma difficulté à me référer à ce concept qui, selon moi, était empli de jugements de valeurs. Je me demandais quel était l'objectif d'une thérapie psychomotrice : faire franchir à son patient la limite entre la pathologie et la normalité ?

Dans le contexte de cette question, j'associais la normalité à deux choses : la normalité et la norme statistique ainsi que la normalité et la notion de bien-être. Mais à l'aide de l'éclairage de tous les auteurs cités précédemment, je pense pouvoir infirmer sans erreur ma manière initiale de penser. Ainsi dans la clinique psychomotrice, il faut pouvoir distinguer deux choses :

- Premièrement, l'anomalie est à distinguer du pathologique. Par exemple, ce n'est pas parce qu'un patient est en dessous d'une norme développementale dans un ou plusieurs items psychomoteurs que celui-ci est en situation pathologique. Tout va dépendre de quelle place va prendre cette "incompétence" dans l'organisation psychique de l'enfant. Est-ce qu'elle va entraîner un blocage dans son épanouissement ou est-ce qu'il saura passer outre sans difficulté ?

- Deuxièmement, le but de la thérapie psychomotrice n'est pas d'aider le patient à tendre du pathologique vers la norme, mais bien du pathologique vers la normalité. Tout l'enjeu de la thérapie psychomotrice sera d'aider le patient à transformer sa pathologie en anomalie, à conquérir sa propre normalité.

Dans ce travail, le patient et le thérapeute sont au même niveau : le psychomotricien possède des outils théoriques et pratiques pour aider son patient à se découvrir et à trouver sa voie. Pour penser la thérapie à l'image d'une métaphore : Le patient est un enfant perdu qui cherche son chemin avec pour seul indice, une carte qui malheureusement lui demeure indéchiffrable. Dans cette quête, le psychomotricien essaie d'aider cet enfant, par le biais de médiations diverses et variées, à déchiffrer sa carte et à retrouver son chemin. Mais il existe

tellement de cartes différentes que le psychomotricien ne sait pas non plus comment déchiffrer la carte de l'enfant devant lui. Alors ensemble, ils cherchent des indices, des routes cachées, prennent parfois des raccourcis ou bien des chemins les faisant tourner en rond des années jusqu'à ce qu'enfin, l'enfant puisse se passer du psychomotricien et poursuivre sa route seul.

L'intérêt de cette métaphore est qu'elle peut être modifiée pour illustrer ce qui se passe quand le thérapeute ne prend pas en compte la capacité de son patient à trouver sa normalité. Dans ce cas là, le psychomotricien balaie d'un revers de la main la carte de son patient et sort sa propre carte. Alors au lieu de cheminer avec son patient, il le traîne sur un chemin qui est le sien et celui de personne d'autre.

b. Les possibles écueils

Au fond, tout le sens de cette réflexion sur le normal et le pathologique était pour moi de trouver une position adéquate dans la relation thérapeutique au patient. Ôté du poids de juge de la normalité, cette position m'offre plus de liberté pour rêver la subjectivité des patients comme Nicolas et Mehdi et les aider à se penser. Cependant, il me semble que si cette réflexion sur les places respectives du normal, de l'anomalie et du pathologique venait à manquer, il serait alors très facile pour la thérapie de subrepticement devenir une simple normalisation des patients. Pour illustrer cette pensée, je voudrais citer un témoignage d'Amanda BAGGS.

Ce témoignage se nomme *Being an unperson*[81], *être une non personne*. Il est destiné aux personnes travaillant en institution à propos de la déshumanisation des patients et repose sur l'expérience de vie en institution de l'auteur et de celles d'autres personnes qu'elle y a rencontrées. Il est en anglais dans le lien proposé en bibliographie, aussi je propose une traduction française de certains passages et je mets en annexe la version originale.

[81] https://www.youtube.com/watch?v=4c5_3wqZ3Lk

Être une non-personne :

“Cela signifie que les gens souhaitent que tu sois une vraie personne. Ce qui paraît bien, jusqu’à ce que tu te rendes compte que tu n’es pas encore une personne pour eux. Ils veulent te changer en quelqu’un d’autre, ou t’utiliser comme un écran de projection pour leurs désirs, comme si tu n’étais pas là. Parfois, ils disent qu’ils aimeraient que le vrai toi soit de retour comme si tu n’étais pas là. Être une non personne signifie que ta façon d’exister est reniée au plus haut point par ceux autour de toi. [...] Mais quand tu essayes d’exister par toi-même, de sortir d’une effrayante soumission, alors tu es appelé agressif ou hostile et traité de façon correspondante. [...] La différence entre une non-personne et une personne réelle, ne provient pas de ce qu’on appelle le degré ou type de déficience ou encore de l’appellation handicap. Personne ne peut tracer de ligne et affirmer que d’un côté de la ligne se trouve les personnes réelles et de l’autre les non-personnes. Il n’existe pas de notion telle que celle de non personne. Une non personne est un fantôme, un préjudice existant seulement dans l’esprit des gens. Ceux d’entre nous considérés comme des non-personnes sont conscients de ce préjudice quand il est pointé vers nous. In fine, il n’y a que des vrais personnes, et le fantôme de non personne est projeté sur certains d’entre nous.”

Dans ce témoignage, il est aisé de ressentir la grande souffrance ressenti par A. BAGGS lors de ses contacts avec les autres que cela soit en institution ou à l’extérieur. Elle relate ainsi la façon dont les autres dénient sa façon de vivre et projettent sur elle leur système de normalité. Elle se trouve alors privée de sa propre subjectivité et se ressent comme une non-personne, un fantôme aux yeux des autres. Dans cet exemple, l’anomalie est tenue pour pathologique et la norme statistique pour normalité.

Par cet effet, les patients ne sont plus pensés tels qu’ils sont, mais tels qu’ils devraient être. Ils ne sont alors plus à même de clamer leur propre normalité puisqu’ils sont en permanence le fond blanc sur lequel les autres projettent leur système de représentation. Par ce biais, les thérapeutes et les institutions font l’opposé de ce qu’elles recherchent et entraînent leurs patients dans un processus de désubjectivation.

Mais la négation de l’individualité d’A. BAGGS et de tous les patients comme elle est-elle seulement due à un manque de réflexion préalable sur les notions de normalité, d’anomalie et de pathologie ? Je ne pense pas, d’autant que toute réflexion - aussi élaborée

soit-elle - sur ces définitions, ne peut protéger complètement le thérapeute de tomber dans le jugement moral ou de recourir à certains mécanismes de défense face à la psychose.

c. De l'étrangeté aux mécanismes de défenses

J. HOCHMANN décrit que "par définition impensable et inexprimable, la psychose a la propriété de bouleverser les capacités élaboratives de ceux qui l'approchent de trop près et de déjouer toute tentative de regard objectif."[82] Dans mon contact avec chacun des enfants cités dans ce mémoire - que cela soit dans ma relation avec eux, dans la perception de mon état ou de leurs visages - je ressens toujours une sensation d'étrangeté en première intention. Ce sentiment d'étrangeté me met mal à l'aise et m'évoque parfois de la peur ou du dégoût.
D'après George FUMEX ce sentiment de "l'étrange" caractérise à n'en pas douter l'approche psychomotrice des enfants gravement perturbés comme les enfants psychotiques ou autistes."[83] Ce sentiment serait donc ressenti par tout le monde en face de personnes psychotiques, mais quelle est son origine ?

S. FREUD[84] désigne ce sentiment par "l'unheimliche" qui pourrait se traduire en "l'inquiétante étrangeté". Celle-ci représente pour S. FREUD tous les éléments familiers qui devraient rester cachés mais qui nous apparaissent malgré nous. Simone KORFF-SAUSSE reprend cette idée et dit que "ce unheimliche n'est en réalité rien de nouveau ou d'étranger mais quelque chose qui pour la vie psychique est familière de tout temps, et qui lui est devenu étranger par le processus de refoulement."[85] L'étrangeté provient donc de la reconnaissance chez l'autre d'angoisses et d'images dérangeante que nous avons vécu au cours de notre vie puis refoulé. Pour G. FUMEX il s'agit plus particulièrement de la réactivation d'angoisses archaïques, notamment celle du 8ème mois. Pour lui, le patient psychotique est une sorte de miroir grossissant de nos angoisses, il témoigne de cela ainsi : "Miroir grossissant de mes angoisses, il est en quelque sorte l'enfant symptôme, qui me renvoie au dedans de moi."[86]

[82] HOCHMANN J., 1984, p.87
[83] FUMEX G. in Evolutions psychomotrices 1990, p.35
[84] FREUD S., 1985
[85] KORFF-SAUSSE S., 1995, p.46
[86] FUMEX G. in Evolutions psychomotrices 1990, p.36

Cette rencontre imprévue d'une partie indésirée de nous dans la relation avec les patients peut-être très difficile à vivre et à l'origine de mécanismes de défenses. En effet, nous sommes obligés d'observer des éléments que nous avions refoulés pour la survie de notre Moi. Fabien JOLY va même plus loin, et déclare que l'incapacité de ces patients à "accéder à quelque choses d'humain et du processus de fondateur de subjectivation"[87] nous oblige à reconsidérer ce qui est humain ou non et ainsi à nous reconsidérer nous-même. La nature même de notre façon de nous penser est donc attaquer avec ces patients. Tous ces éléments ainsi que la création de mécanismes de défenses sont sûrement la raison pour laquelle A. BAGGS se ressent comme une non-personne auprès de tant de gens.

Avec les enfants cités dans ce mémoire, il est par exemple possible de faire l'hypothèse suivante : Avec Nicolas comme Mehdi, je n'étais d'abord capable de m'identifier à eux qu'à travers cette étrangeté commune à tous. Ils m'évoquaient alors une certaine difformité. L'idée qu'ils puissent être normaux ne m'a ainsi pas effleuré jusqu'au moment où nous avons partagé un vrai moment de jeu. À partir de là, j'ai pu m'identifier à eux à travers d'autres éléments : dans les deux cas, j'ai eu l'impression de voir des petits garçons jouer. Cela les a rendus plus normaux à mes yeux et leur a conféré une "nouvelle humanité". Dans cette hypothèse, ma peur de m'identifier aux angoisses présentées par ces deux patients a entraîné l'utilisation d'un mécanisme de défense. Il pourrait s'agir de l'identification projective décrit par M. KLEIN. J'ai clivé et projeté en eux une partie de moi - difforme et archaïque - que je ne voulais pas reconnaître ainsi j'ai pu me défendre contre l'angoisse de posséder cette folie en moi. Mais je n'étais plus capable de reconnaître les points communs qui nous inscrivaient tous les trois dans la même humanité.

Je prends ici l'identification projective comme exemple mais il existe d'autres mécanismes de défense pour lutter contre cette étrangeté. J'aurais pu être dans le rejet total de toute relation avec ces patients et ainsi éviter toute confrontation à mon étrangeté. Ou au lieu de fuir cette étrangeté, j'aurais pu nier complètement son existence en projetant seulement les parties "bonnes" de mon Moi et en idéalisant les patients. À travers cette idéalisation, j'aurais pu m'identifier à eux d'une façon glorifiante pour moi et ainsi nier l'existence de toute étrangeté. C'est peut-être ce qu'il se passe quand je perds de vue les difficultés des patients de l'HDJ et qu'ils me font penser à des adolescents ordinaires.

[87] JOLY F. in Thérapies psychomotrices, 1998, p.74

Tous ces mécanismes de défense reposent sur des fonctions inconscientes de la psyché qui tendent à protéger le Moi. Mais à travers ces derniers, la réalité du patient est altérée et une partie de sa subjectivité est niée. Cela m'amène aux questions qui dirigeront la troisième partie de ce mémoire : comment le psychomotricien peut-il se prévenir de penser le sujet psychotique comme une non-personne ? Comment peut-il l'aider à quérir sa propre normalité ?

III) Psychomotricité et subjectivité

Dans la partie précédente, nous avons vu que la simple réflexion sur les concepts de normal et de pathologique ne peut suffir à protéger la capacité de penser du thérapeute ou la subjectivité de son patient. D'autant plus lors de la relation soignante avec un enfant psychotique qui "imprime dans un fonctionnement par ailleurs non psychotique une sorte de point aveugle, une opacité où ne se trouvent à loger que des préoccupations déshumanisées."[88] Le premier écueil à éviter, est de laisser ce point aveugle grandir au point de susciter un passage à l'acte par le rejet. Lors de ces passages à l'acte, conscients ou non, le thérapeute ne porte aucune pensée malveillante, il essaie uniquement d'assurer sa propre survie psychique. Néanmoins, le nombre de ces passages à l'acte est à limiter car "la qualité première d'une relation thérapeutique est, en effet, de se révéler indestructible."[89] Les enfants testent d'ailleurs souvent la présence de cette indestructibilité : c'est sûrement le cas de Nicolas qui pendant de nombreuses séances essaya de nous mettre en colère au moment de partir. En nous montrant ses fesses, j'ai l'impression qu'il essaie de savoir si nous allons le rejeter ou partir sans lui.

Ainsi, le psychomotricien doit être capable d'une **double capacité d'écoute** pour permettre la rencontre et le lien thérapeutique. Il doit pouvoir accueillir son patient et ses difficultés, mais il doit également être à l'écoute de ses propres limites pour ne pas risquer la

[88] HOCHMANN J., 1989, p. 136
[89] HOCHMANN J., 1989, p. 165

rupture thérapeutique. Aussi, quand je joue à Star Wars avec Nicolas : j'entends sa détresse, son besoin irrépressible de maîtriser cette scène de combat qui l'a probablement angoissé. J'essaie alors de lui proposer un moyen d'abréaction par mon engagement corporel, et ma capacité à survivre à ses angoisses. Mais je reste conscient de mes propres capacités à supporter cette situation et je m'arrête avant que le contenant que je propose ne vole en éclat. Quand je joue au baby-foot avec Mehdi, je sens l'excitation du jeu m'emporter mais je sens également les difficultés de Mehdi à s'exprimer, à lâcher prise. Alors par toute une gamme d'exclamations, je m'engage et je ris aux éclats à chaque but marqué. Il ne s'agit pas de le faire rire en retour, mais de partager une émotion, de romancer un jeu là où l'imaginaire se fait absent.

Pour protéger le lien thérapeutique comme pour le faire vivre, cette double écoute semble primordiale. Mais quel est son point de départ ? Faut-il écouter en priorité son patient ou soi-même ? Peut-être que la bonne posture est **d'écouter son patient à travers soi** car nos ressentis sont toujours "des aides indispensables pour ne pas être trop perméable aux attaques (du cadre par exemple) tout en restant sensible. Pour cela [le thérapeute] doit être capable d'être simultanément dans une activité sensorielle et motrice, et dans un activité d'analyse."[90] Mais une dernière difficulté subsiste pour mettre en lien cette double écoute. S. FREUD disait "le moi n'est pas maître dans sa propre maison"[91] et ainsi, la grande partie de nos comportements relève de manifestations inconscientes. L'écoute du psychomotricien doit donc également cibler ces manifestations inconscientes qui peuvent mettre en péril la relation thérapeutique. Il ne s'agit pas de les interpréter comme le ferait un analyste,mais d'écouter afin de ne jamais priver un patient de sa subjectivité sans le savoir.

Mais comment rendre compte de ces manifestations ?

A) Les capacités d'écoute

Il me semble que la notion d'étrangeté évoquée plus haut est un point de départ intéressant pour répondre à cette dernière question. L'inquiétante étrangeté, pour reprendre le terme de S. FREUD, fait partie des phénomènes inconscients qui peuvent directement mettre

[90] POTEL C., 2015, p.53
[91] FREUD S., 1962

à mal la relation thérapeutique. Ainsi, il paraît important d'en comprendre l'origine afin qu'elle ne s'exprime pas au travers de comportements de rejets latents. Pour G. FUMEX, la problématique de l'étrangeté est "sous-jacente à toute relation humaine, mais dans le cadre de la thérapie psychomotrice, qui est une relation soignante, elle situe d'emblée celle-ci dans le transfert et le contre transfert."[92]

1. Le transfert

Le terme de "transfert" est utilisé dans différents domaines et signifie de manière générale le déplacement de valeurs ou de droits. Il peut revêtir plusieurs sens selon le courant de la psychologie choisi, mais je vais me limiter à son sens psychanalytique.

Le transfert fut défini par S. FREUD lors de ses études sur le traitement des névroses hystériques. Il cherchait alors un moyen d'accéder aux conflits psychiques inconscients de ses patients à l'origine, selon lui, de leurs pathologies. Ainsi, il s'est d'abord intéressé au contenu des rêves et des lapsus avant de découvrir la notion de transfert. Aujourd'hui, J.-B.PONTALIS et J. LAPLANCHE définissent cette notion comme "le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établie avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécus avec un sentiment d'actualité marqué."[93] Par le transfert, les analystes reçoivent des représentations inconscientes qui concernent les contenus psychiques et les affects de leurs patients. Puis au travers de l'analyse et de l'interprétation de ces contenus, ils essaient d'en rendre compte à leurs patients sous une forme qui leur est accessible. FREUD rend compte de deux versants dans le transfert : le premier, positif, regroupe tous les sentiments de confiance et d'attachement à la personne du thérapeute ; tandis que le second, négatif, comporte les sentiments hostiles qui risquent d'aboutir à la rupture du lien. Ainsi, le transfert peut prendre différents chemins : il peut comporter un aspect admiratif quasiment séducteur pour l'égo du thérapeute, mais il peut également être le support d'une grande haine.

[92] FUMEX G., 1990, p.35
[93] LAPLANCHE J. et . PONTALIS J.-B, 2007, p. 492

Certains auteurs pensent qu'il est impossible de parler de transfert en psychomotricité car le cadre de la cure analytique type et celui de la psychomotricité sont trop différents. En effet, la cure préconisée par FREUD, est pensée pour développer au maximum cet aspect transférentiel : le corps du patient est mis au repos et le thérapeute reste dans une posture de neutralité bienveillante hors du champ de vision de son patient, ce qui facilite le déplacement de ses affects inconscients. Au contraire, le psychomotricien n'est jamais dans une posture de neutralité et tente sans cesse de s'accorder émotionnellement avec ses patients.

Mais des auteurs comme Carl Gustav JUNG pensent que le transfert est inhérent à toute relation humaine. Il existerait donc également en psychomotricité. Exclure totalement le transfert de la thérapie psychomotrice équivaudrait à nier l'existence de toute manifestation inconsciente au cours de celle-ci. Le psychomotricien peut ne pas tenir compte de l'existence de l'inconscient dans son intervention s'il décide que cela ne fait pas partie de son travail. Mais connaître l'existence du transfert permet de relativiser certaines actions des patients même si cela n'apporte pas forcément de meilleure connaissance de ceux-ci.

Aussi, je suis bien en peine de deviner ce que Nicolas pourrait transférer sur moi au cours de nos séances. Je crois me rendre compte que certaines fois, il les utilise pour surmonter certaines de ses difficultés. Aussi quand il interrompt nos jeux subitement et part se cacher sous des oreillers en disant qu'il veut jouer à cache-cache, je sens bien que ce n'est pas ce nouveau jeu qui l'intéresse en lui-même. Pendant le cache-cache, il peut expérimenter le fait de disparaître du regard des autres et de continuer à exister malgré tout. Il peut voir que nous n'avons pas peur de disparaître au fond d'un placard et que nous comptons sur lui pour nous retrouver. Enfin, il peut trouver des cachettes où il est contenu corporellement, enveloppé, que cela soit sous des coussins ou dans un placard exigu.

Tout cela je le comprends d'un point de vue théorique, mais surtout parce que, corporellement, je peux ressentir le plaisir de Nicolas d'être retrouvé après avoir été bien contenu sous un tapis. Peut-être que l'écoute du transfert de Nicolas se fait à partir de l'écoute de mes propres ressentis ?

2. Le contre-transfert

a. Des pensées dont il ne faut pas parler ?

Le contre-transfert est défini dans le cadre rigoureux de la cure type comme "l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste et plus particulièrement au transfert de celui-ci."[94] En psychomotricité, le contre-transfert serait alors l'ensemble des manifestations inconscientes suscitées par le patient chez le psychomotricien.

Au cours de cette année, j'ai ressenti beaucoup de choses que je ne comprenais pas. Les patients psychotiques m'ont souvent évoqué de la difformité, de la peur et parfois même de l'agressivité. J'ai mis beaucoup de temps à m'en rendre compte, mais je ne prenais même pas forcément pour acquis que Nicolas ou Mehdi soit d'emblée "humain" comme s'ils pouvaient faire partie d'une catégorie : "les autres". Tous ces sentiments me dérangeaient alors j'essayais tant bien que mal de les ignorer. Pour y faire face, je proposais beaucoup de jeux aux adolescents de l'HDJ lors des temps libres. J'avais un grand besoin de me sentir utile pour lutter contre la culpabilité que j'éprouvais. Ainsi, je me jetais à corps perdu dans la relation tout en contenant le moindre sentiment de dégoût ou d'agressivité.

Cela serait me surestimer d'affirmer que j'y vois parfaitement clair aujourd'hui, mais je comprends désormais que toutes ces pensées "négatives" ne sont pas honteuses. Elles sont prises dans le contexte de la relation thérapeutique et ne proviennent pas nécessairement de notre propre personne. Elles témoignent de la vie relationnelle et de l'existence d'échanges même dans une relation enkystée par la psychose.

Même si ces pensées peuvent être très désagréables voire violentes, elles ne sont pas à ignorer car sans elles, nous perdons tout regard critique sur la façon dont nous entrons en relation avec les patients. En essayant d'ignorer ces affects contre-transférentiels, nous pouvons tomber dans le rejet profond ou dans un activisme qui ne laisse aucune place aux patients. Nos actions nous servent alors plus à nous-même qu'aux patients. J'ai une vignette clinique qui témoigne peut-être de tout cela.

[94] LAPLANCHE J. et . PONTALIS J.-B, 2007, p.103

b. Quand la folie prend le pas

Je trouve qu'à l'HDJ, l'ambiance après le repas est toujours particulière. Tous les adolescents quittent leur table, l'agitation des discussions retombe et nous nous retrouvons tous dans un grand temps de vide. Le prochain atelier ne démarrera pas avant environ 45 minutes et chacun va devoir occuper son vide jusque-là. Alors la plupart des soignantes vont dans leur bureau l'espace d'une vingtaine de minutes. Mais je ne m'y résous quasiment jamais car j'ai l'impression d'abandonner les adolescents, de ne pas remplir la tâche pour laquelle je suis là.

J'ai l'impression que, soudain sans repères, les adolescents ont besoin d'un soutien. Les uns déambulent pendant que les autres parlent très fort ou se disputent. Petit à petit, la tension semble monter et chacun d'entre eux montre des comportements de plus en plus étranges. Christophe répète encore et encore, en riant aux éclats, que son père "pète" , tandis que Naïm et Alain n'en peuvent plus et semblent prêts à en venir aux mains. Yoanna essaie de remplir le plus possible l'espace comme à son habitude. Alors elle parle encore et toujours sans s'arrêter. Elle ne peut contenir la moindre pensée à l'intérieur d'elle car celle-ci risquerait de la blesser. Alors, elle nous parle de ses angoisses, de la mort et d'os qui se brisent, mais aussi de ses fantasmes, ces beaux hommes en uniformes que sont les pompiers et les policiers. Je ne peux plus l'écouter alors je lui demande de me laisser tranquille. J'ai soudain le sentiment que la folie des uns potentialise celle des autres et je suis moi-même envahi par des angoisses que je ne comprends pas, quelques images morbides mais surtout, une profonde envie de m'endormir. Face à ce tableau, je me dis que la norme a basculé. Ici la folie est reine et elle brise toute capacité de contenance sur son passage. Mais je ne peux toujours pas me résoudre à quitter la pièce. Malgré ma propre angoisse qui monte, je crois également sentir celle des adolescents qui ont besoin de limites ou d'un lieu autour duquel s'organiser. Alors, je m'assois sur un fauteuil et quitte à ne pas pouvoir les contenir, j'essaie de les rassembler, de proposer un axe autour duquel se tenir. Certains adolescents viennent s'assoir à côté de moi pendant que d'autres continuent de faire autre chose ailleurs. Je ne les entends plus beaucoup, et d'ailleurs c'est le maximum que je puisse proposer puisque je finis par sombrer dans le sommeil...

Je sais que je pense souvent aux adolescents de l'HDJ en terme d'enfants. Durant ce temps après le repas, je trouve peut-être en eux une réminiscence de l'enfant angoissé que moi aussi j'ai pu être. Ainsi, lorsque tous les soignants s'en vont temporairement dans le bureau, je ne peux me résoudre à laisser seuls, sans adultes, ces enfants qui pourraient aussi être moi. Dans le fond, l'angoisse que je leur prête peut aussi bien être la mienne, l'enfant que j'essaie de rassembler ne serait alors personne d'autre que moi. Ce qui est sûr dans tout cela, c'est que lorsque j'ai dépassé la limite de ce que je peux contenir, mon corps me rappelle à l'ordre. Alors qu'auparavant j'étais plein d'entrain, je finis par m'endormir.

Je suis capable de faire des hypothèses sur cette situation parce que maintenant j'ai un peu de recul. Mais sur le moment présent, je ne me suis pas rendu compte de l'angoisse qui me prenait, mais seulement de ma subite envie de dormir. Peut-être que c'est cette envie de dormir qui est la clé de l'écoute du psychomotricien. Sans mon envie de dormir, je ne me serais jamais posé de questions sur cette situation.

c. Le corps comme lieu résonance des affects

Dans un article de Thérapie psychomotrice, Jacques CONSTANT déclare que l'écoute du psychomotricien consiste "à écouter ce que l'on voit, à entendre ce que l'on touche."[95] Chaque modalité sensorielle est perçue comme vectrice de messages du patient. J. CONSTANT continue en disant : "Vous ne vous cantonnez d'ailleurs pas à l'articulation de modalités sensorielles entre elles, vous essayez le plus souvent de les transformer en modalités perceptives et vous utilisez la gestuelle de votre propre corps et votre parole et vos émotions pour tenter de donner sens à cette situation."[96]

Le corps du psychomotricien est le lieu d'écoute par excellence de tous les éléments émis par le patient dans la communication non verbale. Lors de la perception d'un certain tonus chez son patient, d'une certaine moue du visage, le tonus du psychomotricien est en constante évolution. Cela provoque l'apparition d'affects et de représentations qui permettent de s'adapter au patient. Tous ces ajustements se font à un niveau infra-verbal, hors du

[95] CONSTANT J., 2001, p.9
[96] CONSTANT J., 2001, p.9-10

domaine de la conscience. Ainsi, le corps est le lieu d'inscription idéal du contre-transfert et certains auteurs parlent même de contre-transfert corporel ou émotionnel.

Pour C. POTEL, "le thérapeute est "inspiré" - au sens presque respiratoire du terme - dans ses gestes et dans ses intentions, par la relation à son patient. Le retour des affects originaires transférés sur sa personne produit en lui des émotions, des sentiments, dont une partie lui appartient "en propre" et dont l'autre part revient au patient"[97] Ainsi, quand je me sens angoissé en début d'après-midi à l'HDJ, seulement une partie de cette angoisse pourrait m'appartenir réellement.

La notion de contre-transfert corporel, témoigne d'un dialogue inconscient entre le thérapeute et son patient. Par l'élaboration de celui-ci, le thérapeute n'est plus dans le simple passage à l'acte défensif vis-à-vis de son patient, mais dans la mise en sens. Il offre une surface réflexive à son patient qui n'est plus de l'ordre du rejet mais plutôt de la mise en corps. "L'analyse de son contre-transfert corporel - dans ce dialogue actif puis différé avec lui-même - permet de penser non seulement son implication et son positionnement corporel mais également ses effets sur le patient."[98]

Cette notion appuie l'idée proposée en début de partie : écouter son patient à travers soi. Le psychomotricien obtient des indices sur ce qu'il pense inconsciemment de son patient en observant la façon dont il peut s'engager auprès de lui. S'il ressent des résistances par rapport à son engagement habituel, c'est probablement que quelque chose se joue dans son inconscient.

Ainsi, grâce à ses capacités d'écoute, le psychomotricien est capable d'avoir une pensée réflexive sur la manière dont il entre en relation avec son patient. Il est également capable de percevoir les messages de ses patients à travers des comportements encore à l'orée de la symbolisation. Cela lui permet d'inscrire ses patients, aussi régressés soient-ils, dans un processus de subjectivation où le travail sera la mise en sens du corps.

[97] POTEL C., 2015, p.115
[98] POTEL. C, 2015, p.123

B) Le cheminement vers la normalité

Pour introduire et ensuite illustrer cette partie, je voudrais présenter Pauline car c'est une des enfants auprès de qui je me suis le plus questionné. Quelle est ma place de futur psychomotricien ? Quel est le sens de ce travail ? Comment définir la normalité qui semble si loin de ces enfants ? Que faire de l'effroi qu'ils peuvent nous inspirer ?
Chaque question posée dans ce mémoire a eu sa place à un moment ou un autre dans mes rencontres avec Pauline. Aussi, je voulais élaborer quelques une de mes réponses ici.

1. Présentation de Pauline

a. Quelques éléments d'anamnèse

Pauline est née en 2009 et a maintenant 9 ans. Durant ses premières années, elle a eu un développement psychomoteur assez ordinaire et a marché à l'âge de 14 mois. En maternelle, elle développe de grandes difficultés dans la relation et perd subitement beaucoup de cheveux. Son médecin généraliste oriente alors ses parents vers un pédopsychiatre qui préconisera un bilan génétique. Rien de particulier ne sera révélé au cours de celui-ci. Suite à ses difficultés relationnelles et son retard d'apprentissage, Pauline suivra quelques années plus tard une batterie d'examens neurologiques. Mais encore une fois rien de particulier ne sera trouvé.

En 2014, elle fait une deuxième grande section et ses parents prennent un rendez-vous au CMP sur les conseils de l'institutrice. Une pédopsychiatre recevra Pauline et ses parents et l'orientera vers la psychomotricité. Lors du bilan, Pauline montre un léger retard de développement avec des compétences générales qui la situent à un âge d'environ quatre ans. Mais elle témoigne néanmoins de certaines difficultés très importantes : le moindre engagement corporel l'angoisse beaucoup et l'établissement des relations inter-subjectives demeure problématique. De plus, elle refuse catégoriquement tout ce qui pourrait être associé au domaine scolaire, comme tenir un crayon. Ses capacités de repérage spatio-temporel sont faibles et elle ne dessine pas encore de bonhomme têtard.

Aujourd'hui, Pauline est reçue seule en psychomotricité, et avec sa mère en consultation psychothérapeutique une fois par semaine. Elle est scolarisée à temps partiel en classe de CE1 avec une AVS[99]. La possibilité d'une scolarité en ULIS est soutenue par le CMP et l'école, mais les parents restent réticents à ce que Pauline quitte le parcours scolaire ordinaire.

b. Ma rencontre avec Pauline

Aujourd'hui, Pauline vient en psychomotricité tous les vendredis matin. Quand je la vois arriver avec sa mère, elle me fait penser à une princesse de dessins animés. Ses longs cheveux blonds sont toujours bien coiffés et elle porte chaque semaine, une nouvelle tenue assortie de la tête au pieds. Pourtant dès les premiers instants passés avec elle, plusieurs détails viennent contraster cette image de princesse.

Elle a une voix extrêmement rauque pour son âge et je trouve que son visage a quelque chose de très particulier. Il est souvent très joli et complète harmonieusement ce tableau de petite fille à la belle chevelure blonde. Cependant, il se présente parfois avec des traits beaucoup plus difficiles à regarder. Le visage de Pauline est crispé, envahi par l'angoisse et par de nombreuses syncinésies. Sa bouche, lieu de beaucoup de stéréotypies, paraît alors occuper toute la place. Il ne reste plus grand chose du joli visage de Pauline.

Au fil des séances, j'ai remarqué que Pauline présente une grande fragilité psychique manifestée par des difficultés dans la relation, le recours à de nombreux rituels et un faible investissement de son corps. Il suffit que nous pensions à autre chose une seconde pour que Pauline décroche de la relation et de ce que nous sommes en train de faire. J'ai parfois l'impression qu'elle ne peut être contenue psychiquement qu'à quelques mètres de nous, au sein de notre sphère attentionnelle. Au-delà, c'est comme si le psychisme de Pauline perdait "consistance". Pour se contenir psychiquement, Pauline montre une grande rigidité tonique ainsi que de nombreuses stéréotypies, notamment au niveau de la zone bucco-faciale. De façon très répétitive, elle se frotte ainsi la bouche avec les mains et se racle la gorge. Je ne l'ai

[99] AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

jamais vue faire en séance, mais lorsque Pauline est très angoissée, notamment à l'école, il lui arrive de tenir des conduites masturbatoires très intenses.

Dans le jeu, Pauline paraît mieux contenue et montre moins de conduites d'auto-stimulations. Elle prend beaucoup de plaisir dans toutes les activités musicales et semble apaisée par la présence d'un fond sonore. Cette année, nous avons souvent dansé en écoutant de la musique ou chanté des comptines. Nous sommes alors assis tous les trois sur une chaise et chantons en jouant des instruments. Pauline semble vraiment portée par ce bain sonore et montre des compétences d'attention et d'accordage relationnel absentes le reste du temps. Pour Édith Lecourt[100] " la notion de bain sonore introduit quelque chose qui n'est pas propre au sonore, mais plutôt à la cénesthésie, à la pesanteur, qu'[elle] associe, pour [sa] part, à la musique. [...] On se sent alors porté, transporté, bercé ou dansant, dans un mouvement sans prise avec le réel, "gratuit", pour le plaisir, qu'[elle] rapproche des gesticulations du nourrisson porté, des qualités du Holding (Winnicott 1971)." Je pense que Pauline ressent ce qui est décrit par E. LE COURT quand nous chantons ces comptines. C'est probablement ce Holding apporté par nos moments de musicalité partagés qui lui permet de s'épanouir. Mais cette contenance demeure très fragile et s'effrite au moindre moment d'absence de notre part.

Dans la relation de façon plus générale, Pauline ne comprend pas les longues consignes, mais elle fait beaucoup de choses sur imitation. Les démonstrations semblent toujours la rassurer. Néanmoins, la frontière entre l'imitation et l'adhésion totale ne paraît pas toujours très claire pour elle. Il lui est arrivé cette année de se confondre avec l'un de nous ou avec un autre objet de la salle. Je me souviens notamment d'une séance où nous jouions avec une physio ball et où elle utilisait le pronom "je" pour parler alors qu'elle décrivait les actions de la balle : "Je saute ! Plus haut, plus haut ! Je vais plus vite !" À l'opposé de ces moments d'adhésion, Pauline est parfois dans des conduites intenses de rejet : ses propos sont alors très crus et elle éructe un très grand nombre d'insultes envers moi ou ma maître de stage. Cela arrive, le plus souvent quand elle rate quelque chose qu'elle entreprend, ou que nous refusons d'accéder à une de ses demandes.

Enfin, l'engagement corporel reste associé à beaucoup d'angoisse et demande beaucoup d'étayage de notre part. Mais dernièrement, elle commence à prendre du plaisir à

[100] Édith LECOURT, 2013, p.225

bouger et peut rester concentrée plus longtemps sur le même jeu. Elle investit l'espace de psychomotricité comme un lieu d'expérimentation de ses désirs de la vie quotidienne. Ainsi nous avons fait des roulades et de la gymnastique quand elle est allée au cirque. Prise dans un désir de pouvoir jouer comme les autres enfants, Pauline nous a également souvent demandé de faire de la corde à sauter. Cela fut d'abord très difficile, mais elle arrive maintenant presque à enchaîner les sauts.

c. Mon observation psychomotrice et mes tentatives de réponses

Pauline montre toujours aujourd'hui un important retard psychomoteur. Sa régulation tonique est très inégale avec un versant très hypertonique et des difficultés lors du relâchement. Ses capacités de coordinations générales sont à peu près équivalentes à celle d'un enfant de cinq ans et de même pour ses praxies. La prise du scripteur est palmaire et l'écriture de Pauline est de niveau Grande section maternelle/CP avec beaucoup de lettres écrites en miroir. D'autres part, elle montre de grandes difficultés de repérage spatio-temporel : elle ne se repère pas encore dans les jours de la semaine et ses fonctions visuo-spatiales demeures assez faibles. Globalement, le schéma corporel est acquis, mais la représentation de l'image du corps est toujours très difficile : le dessin du bonhomme de Pauline montre seulement des bâtons, en guise de membres et de tronc, et une tête.

Pauline témoigne donc de troubles psychomoteurs marqués dans tous les domaines du développement de l'enfant. Mais clivée du domaine psychique et relationnel, l'évaluation de tous ces troubles donne uniquement des informations sur l'écart à la norme de Pauline. Ils donnent évidemment des indices sur une éventuelle construction pathologique, mais je ne pense pas qu'ils représentent le fond du problème. Ainsi leur rééducation n'aiderait probablement pas Pauline à quérir sa normalité. C'est à dire comme elle nous le montre de plus en plus, pouvoir se faire des copines et jouer aux même jeux que les enfants de son âge.

Je pense que les troubles psychomoteurs de Pauline sont secondaires à un défaut d'investissement du corps. Comme pour Nicolas, "son corps tout entier [est] pris dans une construction qui elle-même fait symptôme"[101]. Pauline ne parvient pas à faire de son corps

[101] POTEL C., 2010, p.210-211

une métaphore qui contient et organise sa psyché. Ainsi son corps n'est plus un lieu de mise en sens des affects et des représentations et il en découle une motricité particulière, absente de la relation à l'autre.

Il existe plusieurs modèles pour se représenter ce défaut d'investissement corporel, mais j'ai choisi d'utiliser la notion de Moi-peau définie par ANZIEU. Le Moi-peau 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 des contenus psychiques, à partir de la représentation de la surface du corps."[102] Cette figuration nous suit tout au long de la vie et possède huit fonctions s'appuyant sur les fonctions biologiques de la peau. Pauline montre des perturbations de plusieurs de ces fonctions comme :

- **la maintenance du psychisme** par intériorisation du "holding" de WINNICOTT qui donne lieu au sentiment continu d'existence. Pauline montre des absences de type psychotique dès que nous ne portons plus notre attention sur elle, presque comme si elle disparaissait. Elle mène alors des conduites d'auto-stimulations qui viennent stimuler cette fonction de maintenance.
- **la fonction contenante**, elle permet d'envisager l'appareil psychique comme un contenant fermé. Pauline recherche sans cesse une contenance dans l'environnement physique ce qui signifierait que celle-ci n'est pas intériorisée. De plus, elle présente des demandes très labiles sans qu'aucun lien ne les unisse. Cela irait du côté d'une fuite des idées.
- **la fonction de pare-excitation** qui permet de protéger des excès de stimulations et d'y mettre du sens. Le moindre élément imprévu comme des bruits à l'extérieur de la salle provoque un grand émoi chez Pauline qui se sent immédiatement intrusée.
- **la fonction d'individuation**, celle-ci assure au sujet qu'il existe en tant qu'individu unique et séparé des autres par une membrane qui est la limite de son appareil psychique. Pauline a parfois des difficultés à avoir des relations différenciées. Dans la salle d'attente, elle parle à tous les inconnus comme si elle les connaissait de longue date.

Le faible investissement de toutes ces fonctions rend difficile la mise en sens de toutes les perceptions qui peuvent nous traverser. Le corps devient alors un lieu de méfiance difficile à investir car ses limites restent peu précises. Ainsi, Pauline est obligée de développer d'autres moyens, et notamment sensoriels, pour contenir ses angoisses. Je pense

[102] ANZIEU D., 1995

notamment : aux auto-stimulations, à la mise en place de la **seconde peau musculaire*** décrite par Esther BICK ou encore à la recherche de contenants physiques. Pauline est également très souvent dans des conduites de “remplissage” : en séance elle ne supporte pas que nous ne fassions rien, et à peine sortie elle demande toujours à sa mère, de façon frénétique, de lui acheter plein d’objets.

L’évaluation du pathologique chez Pauline doit prendre en compte l’ensemble de la situation. Elle ne vit pas dans un milieu carencé ou trop déstructuré, ses difficultés ne sont donc probablement pas le résultat d’une adaptation à son environnement. L’ensemble de ses difficultés praxiques sont à mettre en lien avec une structuration psychique de nature psychotique, caractérisée par un défaut de l’investissement du corps. Toutes ces difficultés posent une entrave importante au développement de son autonomie et de sa vie relationnelle, elles peuvent donc être catégorisées comme pathologiques.
Ainsi, je pense que le travail psychomoteur avec Pauline doit l’aider à trouver des moyens moins coûteux pour contenir ses angoisses, son psychisme et relancer le processus de symbolisation du corps. Tout ce travail s’appuie sur l’engagement corporel du psychomotricien qui par réflexivité, aidera son patient à changer. Pour mener ce travail, le psychomotricien s’appuie sur ses “**qualités maternelles**”.

2. Les “qualités maternelles” du psychomotricien

Pour que le patient puisse prendre appui sur sa corporéité, le psychomotricien doit penser ses actions comme la proposition d’un contenant, dans le temps et dans l’espace. Il doit à la fois réfléchir à comment se positionner, comment se comporter, tout en étant capable de laisser s’exprimer sa spontanéité. Pour mettre en place ce cadre, il s’appuie sur des qualités internes nommées “qualités maternelles”. Ce sont les qualités mises en place par la mère pour favoriser le développement de la psyché chez le nourrisson. Il ne s’agit pas de s’instaurer la nouvelle mère de son patient, mais de s’appuyer sur une image pour donner du sens à nos actions.

a. Des capacités d'écoute et d'empathie

Cette capacité d'écoute est nommée par D. WINNICOTT **préoccupation maternelle primaire**. C'est un état psychique particulier durant lequel la mère est capable de ressentir les besoins de son nourrisson presque au moment où ils apparaissent. La mère est alors tellement centrée sur son bébé que "[L'auteur] n'hésite pas à utiliser le terme de "maladie" pour caractériser cet état psychique. La mère "guérira" de cet état lorsque l'enfant l'en "délivrera"."[103] Le psychomotricien ne reproduit pas cet état, mais il conserve **la capacité d'empathie** qui y est présente.

Pour Carl ROGERS, l'empathie consiste à "saisir avec autant d'exactitude que possible les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne, et à les comprendre comme si nous étions avec une autre personne."[104] Dans le cadre de la psychomotricité, cette empathie passe par une compréhension corporelle du patient s'appuyant sur presque toutes les modalités sensorielles et notamment tonique. Julian de AJURIAGUERRA nomme **l'empathie tonique** cette écoute qui "favorise la communication tout en maintenant une distance dans une atmosphère de sécurité."[105]

En séance, nous essayons de ressentir les mouvements psychiques internes de Pauline car elle n'est pas capable de les verbaliser. Cela nous donne des informations sur le positionnement à tenir. Devons-nous être plus contenant ? Sommes-nous physiquement trop près d'elle ou trop loin ? Cela nous permet de répondre à ces questions et de nous adapter à elle dans la relation. Nous pouvons également avoir des informations sur son état de fatigue et d'éviter de sur-stimuler Pauline qui est très fatigable. Ces capacités d'écoute peuvent également rejoindre la notion de contre transfert-corporel. C'est parce que j'ai déjà ressenti toutes ces sensations émotionnelles que je suis capable de les reconnaître chez Pauline. Ces capacités d'écoute sont primordiales pour mettre en place les autres "qualités maternelles" de façon adaptée.

[103] CICCONE A. et LHOPITAL M., 2001, p.72
[104] ROGERS C. (1998)
[105] AUCOUTURIER B., 1984, p.7

b. La rêverie maternelle de BION et la fonction alpha

Les notions de rêverie maternelle et de fonction alpha ont été développées par le psychanalyste W. R. BION. Lors des premiers mois de sa vie, le nourrisson ne possède d'appareil psychique pouvant faire office de contenant. Le nourrisson n'est pas encore suffisamment mature pour intégrer les premiers matériaux psychiques et aucune des expériences sensorielles ne peut être utilisée comme telle, brute. BION nomme tous ces sensations, **éléments bêta**. Le bébé projette alors ses éléments bêta par identification projective dans l'appareil psychique de sa mère qui va lui "prêter" son appareil à penser. Elle va remanier les éléments bêta en éléments alpha que pourra par la suite assimiler le nourrisson.

La transformation de ces éléments bêta se nomme **fonction alpha** tandis que "l'état d'esprit [...] capable d'accueillir les identifications projectives du nourrisson, qu'elles soient bonnes ou mauvaises"[106], se nomme **capacité de rêverie maternelle**. La rêverie maternelle permet au nourrisson de constituer sa propre fonction alpha et de définir les limites de son appareil psychique.

Cette qualité me paraît importante dans la prise en charge de Pauline qui possède peu de capacités d'élaboration. J'étais d'abord très déstabilisé par le manque de vie de nos échanges relationnels et par notre capacité à jouer. Puis je me suis rendu compte qu'en me laissant mener par ce qui était donné par Pauline dans la relation, j'étais parfois capable de l'emmener en retour dans une histoire de mon imaginaire. Ainsi, je peux donner la vie à des situations "inertes" qu'elle peut ensuite investir. Par le biais de nos histoires, Pauline apprend peu à peu à élaborer et à jouer avec les frontières entre imaginaire et réalité.

Cependant, la fonction alpha doit rester en accord avec ce qui est écouté par le psychomotricien. Le fait de raconter le jeu ne doit pas envahir la relation au point de perdre l'enfant.

[106] CICCONE A. et LHOPITAL M., 2001, p.75

c. La fonction de pare-excitation

Selon S. FREUD, la fonction de pare-excitation "consiste à protéger l'organisme contre les excitations en provenance du monde extérieur qui, par leur intensité, risqueraient de le détruire. L'appareil est conçu comme une couche superficielle enveloppant l'organisme et filtrant passivement les excitations."[107] Cette fonction fut ensuite reprise par D. ANZIEU dans l'élaboration de son Moi-peau.

Lorsque l'appareil psychique du nourrisson n'est encore assez mature, cette fonction est remplie par la mère. Elle protège son bébé des sur-stimulations internes et externes en le protégeant directement avec son corps et en élaborant ses vécus par le biais de la fonction alpha.

Pauline est très vite effractée par la moindre stimulation inattendue comme par exemple les bruits en dehors de la salle de psychomotricité. Elle se protège de ces stimuli envahissants par le biais d'auto-stimulations ou par des retraits derrière une carapace hypertonique. Dans les deux cas, elle est coupée de la relation, et ses moyens de pare-excitation sont limités en terme de décharge et de protection. De plus, ils sont souvent insuffisants et les stimuli extérieurs entraînent alors la désorganisation psychique de Pauline.
La fonction de pare-excitation peut être assurée dans la relation par le psychomotricien. Il nous suffit parfois d'un regard ou d'une parole pour que Pauline puisse être protégée de l'extérieur.

d. Une relation "suffisamment bonne"

Pour D.W. WINNICOTT, la mère doit être "suffisamment bonne" pour permettre le bon développement de son nourrisson. Cette façon d'être suffisamment bonne se fait en plusieurs temps. La mère est d'abord dans un état de **préoccupation maternelle primaire**. Durant ce stade, son bébé n'est pas capable de supporter la frustration, alors elle identifie ses

[107] FREUD S., 1923

besoins avant même qu'il ne les exprime. Puis au fil de la maturation de son enfant, la mère se fera moins attentive à ses besoins. Pour la première fois, le nourrisson sera confronté à l'attente et à la frustration. Pour faire face à cette frustration, il va imaginer l'objet dont il a besoin. C'est la création des premiers désirs et des premières **représentations**.

De la même façon, il peut être thérapeutique de générer du **manque** au sein de la relation de soin. De cette façon, l'enfant est amené à former des représentations, et identifier la nature de ses désirs. Dans la relation avec Pauline, j'ai toujours tendance à vouloir lui proposer beaucoup de choses parce que je suis angoissé par son besoin permanent d'être contenue et "remplie". Mais au contraire, introduire des manques en quantité suffisante pourrait lui permettre de surmonter ce vide intérieur.

Pour rester suffisamment bon, il faut pouvoir introduire des **tiers** dans la relation avec le patient. Cela peut-être la prise de note après les séances, l'institution, un travail de supervision, notre technique et théorie psychomotrice, ou encore les règles inhérentes à notre cadre. Le tiers permet d'être à une distance appropriée, c'est-à-dire rester :
- suffisamment loin pour introduire du manque quand c'est possible ,
- suffisamment proche et ne pas rejeter l'enfant en cas de trop grandes difficultés.

"Sans le tiers, le risque d'englober et d'enfermer le patient ou l'infans dans son propre processus de pensée voire dans son fantasme réparateur est des plus conséquents."[108] Aussi, la mise en sens du corps est un travail long et continu, mais il doit aller au rythme de l'enfant. Il ne passe pas toujours nécessairement par la mise en mouvement du corps qui peut-être angoissant pour les patients comme Pauline. Un travail sur la contenance qu'elle soit liée à l'investissement de la relation ou du cadre thérapeutique peut-être préalable.

3. Un "savoir être" plutôt qu'un "savoir faire"

Au-delà de toute technique, théorie ou médiation, je crois que le soin psychomoteur est avant tout **une façon d'écouter, de regarder et de sentir**. Certes, "l'œil" et la juste distance du psychomotricien ne peuvent s'acquérir sans l'apprentissage rigoureux de

[108] JOLY F., 1994, p.21

nombreux concepts. Ces derniers sont primordiaux pour affûter notre pensée et l'emmener vers des horizons que nous n'aurions jamais explorés seuls. Mais je pense qu'en présence des patients, ils doivent être mis temporairement de côté pour laisser la place à notre spontanéité et à l'écoute attentive de nos ressentis. C'est dans un deuxième temps que la théorie viendra éclairer ce qui s'est passé.

En ce sens, j'imagine la psychomotricité comme une médiation "primaire", présente avant toutes les autres. Elle médiatise la rencontre thérapeutique, donne des possibilités d'expression au dialogue qui unit le patient et son thérapeute. La solidité et le cadre de cette rencontre sont incarnés par l'intensité et l'authenticité de l'engagement relationnel du psychomotricien. Aussi, son propre cadre à lui - sa théorie, son institution et ses pratiques corporelles - donnera une certaine couleur à la relation thérapeutique. Le dialogue se fera alors par le biais de divers médiations "secondaires" comme le jeu, la danse, le chant ou encore la relaxation, pour ne citer que ces exemples. Le psychomotricien "doit pouvoir s'appuyer sur ses propres ressources psychiques internes, afin que la qualité de sa présence soit sensible à l'enfant et puisse calmer, tranquilliser, apaiser, protéger des débordements et des angoisses."[109]

Le patient colore également cette relation par son individualité et il va projeter ses désirs et ses besoins sur l'écoute du psychomotricien. Si celui-ci écoute attentivement, il peut alors être amené à tenir différents rôles en tant que médium malléable[110] et servir au développement de la symbolisation de l'enfant. Cependant face à toutes ces sollicitations, il faut néanmoins se garder "contre la facilité de réponse en "holding maternant", souvent confondue avec une réponse molle et bienveillante."[111] Le psychomotricien doit proposer un cadre de prise en charge pensé et structuré car il s'agit de ne pas répondre en écho aux manques de limites des patients.

Dans tout cela, le "savoir être" est primordial et permet la création de l'histoire thérapeutique. Au sein de cette histoire, hors du temps et de l'espace, le patient trouvera peut-être sa propre normalité.

[109] POTEL C., 2010, p. 327
[110] Les cinqs fonctions du médium malléable définis par René ROUSSILLON sont : indestructibilité, extrême sensibilité, indéfinie transformation, inconditionnelle disponibilité et vie propre
[111] POTEL C., 2015, p.58

Conclusion

Au fil de cette année, j'ai mesuré à quel point il est impossible de toucher son patient sans être touché. Lors des soins psychiques, nous sommes toujours mis face aux capacités réflexives des patients qui nous obligent à nous reconsidérer nous-même. L'ironie est grande puisque c'est cette même enveloppe réflexive que nous essayons avec difficulté de créer auprès d'eux. Mais il semble bien que nous devions faire le premier pas pour que cela fonctionne.

Ainsi, je fus désarçonné plus d'une fois par mon contact auprès des patients. J'ai découvert des parties de moi que je ne connaissais pas et dans le contre-transfert, j'ai éprouvé des angoisses et des fragilités sur lesquelles je fermais habituellement les yeux. C'était comme si les patients me regardaient d'un air malicieux avant de me demander, "Tu as la prétention de vouloir nous aider ? Alors commence donc déjà par savoir comment te définir."

Troublé par ces étranges questions posées implicitement par les patients, je me suis demandé si j'avais tout ce qu'il faut pour être thérapeute. Ces étranges vécus m'ont percuté de plein fouet dans ma certitude d'être normal, différent de tous les patients devant moi. Mais qu'est-ce que cela peut bien signifier d'être normal ?

C'est à toutes ces questions que j'ai essayé de résoudre dans ce mémoire. Mais en réalité le cadre soulevé par la question du normal et du pathologique dépasse de loin celui de la psychomotricité. Ce sujet concerne l'entièreté de la société et se positionner sur une définition de la normalité correspond presque à prendre une position politique. À l'heure de la mondialisation, des études informatisées et de l'apparition de pratiques comme le transhumanisme, ne tendons nous pas vers la création d'une nouvelle normalité, élitiste et adaptative ? La folie devient alors la mesure à l'aide de laquelle la société étalonne sa normalité ainsi que sa raison.

C'est sûrement pour lutter contre ce nouveau modèle que naissent tous les mouvements d'art et de spectacle contemporains. Ici, l'artiste n'a besoin que de sa seule créativité et met de côté les normes et les règles préétablies. Peut-être que la psychomotricité

consiste un peu en cela elle aussi, en la création d'un lieu de rencontre, hors du temps et de l'espace, où deux individus mènent conjointement la recherche de leur humanité respective.

"Peut-on savoir où s'arrête le normal, où commence l'anormal ? Vous pouvez définir ces notions, vous, normalité, anormalité ? Philosophiquement et médicalement, personne n'a pu résoudre le problème" Rhinocéros de Eugène IONESCO

Glossaire :

Identification projective (Cf page 26) : Terme introduit par M. KLEIN pour désigner un mécanisme qui se traduit par des fantasmes, où le sujet introduit sa propre personne (his self) en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler. p.192

Mécanisme de défense (Cf page 10) : Ce sont les différents moyens mis en place par le moi afin de protéger son intégrité. Ils sont différents selon le type d'affection envisagée, l'étape génétique considérée et le degré d'élaboration. La question théorique restant ouverte, est de savoir si leur mise en jeu dépends toujours de l'existence d'un moi organisé. p.234

Objet (Cf page 26) : En psychanalyse, il s'agit de ce par quoi la pulsion cherche à atteindre son but, cela peut être une personne, un objet réel ou fantasmatique. p.290

Projection (Cf page 7) : La projection est définie comme "une opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des "objets", qu'il méconnaît ou refuse en lui. Il s'agit là d'une défense d'origine très archaïque et qu'on retrouve à l'œuvre particulièrement dans la paranoïa mais aussi dans des modes de pensées "normaux" comme la superstition."

Psychose (Cf page 4) : Maladie mentale caractérisée par le **délire**, la perte du contact avec le réel. La psychanalyse décrit la psychose par un défaut d'organisation du moi.

Seconde peau musculaire (Cf page 64) : Lors de son développement, le nourrisson introjecte des objets contenants. Cela lui permet par extension de définir les limites de son appareil psychique. Quand cette contenance psychique fait défaut, l'enfant met en place une grande tonicité dans les muscles de son corps. Cet apport sensoriel dur, offre une figuration de secours pour ressentir ses limites et contenir son psychisme. Ce processus fut nommé par E. BICK seconde peau musculaire.

Sentiment continu d'existence (Cf page 12) : D. W. WINNICOTT définit le sentiment continu d'existence comme "une sorte de sécurité intérieure qui nous dits qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et "le même"."

Synesthésie : (Cf page 17) : La synesthésie est un phénomène neurologique non pathologique par lequel deux sens ou plus sont s'associent de manière durable. Par exemple l'association d'un graphème et d'une couleur qui représenterait la majorité des synesthésies.

Bibliographie

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5e edition*, Elsevier Masson

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

AUCOUTURIER B., DARRAULT I., EMPINET J. L. (1984). *La pratique psychomotrice, rééducation et thérapie*. Paris : Doin

BOUTINAUD J. (2013). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*. Paris : In press

CANGUILHEM G. (2013). *Le normal et le pathologique*. Paris : Quadrige

CHAZAUD J. (1998). *Préface.* Dans ZAGURY D., *Modèles de normalité et psychopathologie*. (p. 9-11). Paris, L'Harmattan

CICCONE A. et LHOPITAL M. (2001). *Naissance à la vie psychique*. Paris : Dunod

CONSTANT J. (2001). *L'écoute du psychomotricien ? Une invitation à penser l'inter-modalités dans les pratiques psychomotrices*. Dans *Thérapie psychomotrice - et recherches -* (n°126, p.4-14)

COURBERAND D. (1996). *Une approche psychodynamique de l'examen psychomoteur chez l'enfant*. Dans *Thérapies psychomotrices -et recherches-*, (n°107, p.6-19)

DAGONET H. (1898). *Traitement des maladies mentales*

DANON-BOILEAU (2003), *La bobine et l'assiette ou Qu'est-ce qui distingue un jeu d'une stéréotypie autistique ?*. Dans JOLY F. (dir.), Jouer… Le jeu dans le développement , la pathologie et la thérapeutique (p.51-60). Paris : In press

LE BRETON D., (2016/7), *Le visage symbole de notre identité*. Dans *Le journal des psychologues*, (n° 339, p. 27-31)

LE COURT E. (2013). L'enveloppe musicale. Dans ANZIEU D. *Les enveloppes psychiques* (p. 223-240) Paris : Dunod

FALRET J.-P. (1843). *Considérations générales sur les maladies mentales*. Paris

FERRARI P., EPELBAUM C. (1993). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris : Médecine science Flammarion

FREUD A. (1962). *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Paris : Gallimard

FREUD S. (1923). *Le moi et le ça.* Dans *Essais de Psychanalyse*, (1981, p.219-275), Paris, Payot

FREUD S. (1962). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot

FREUD S. (1985), *L'inquiétante étrangeté.* Dans *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, (p. 209-263). Paris : Gallimard

FUMEX G. (1990). *Étranger mon semblable*. Dans *Evolutions psychomotrices* (n°9, p.35-36)

GRABER J.-L. (1989). *Le symptôme comme parole avortée*. Dans *Thérapie Psychomotrice*, (n°82)

HAAG G. (2012). *Le Dos, le Regard et "la peau"*. Consulté le 15/03/2018 sur http://www.genevievehaagpublications.fr/l e-dos-le-regard-et-la-peau/

HALL E. T. (1971). *La dimension cachée*. Paris : Seuil

HOCHMANN J. (1984). *Pour soigner l'enfant psychotique.* Toulouse Cedex : Privat

JOLY Fabien, (1998), *Apports cliniques et théoriques des thérapeutiques psychomotrices à la compréhension et au traitement de l'autisme infantile.* Dans *Thérapie psychomotrice* (n°114-115, p. 74-93)

JOLY F. (1994). *La référence au "maternel" dans le champ des thérapeutiques psychomotrices*. Dans *Entretiens de psychomotricité* (p.21). Paris

KLEIN M. (1972). *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot

KORFF-SAUSSE S.,(1995). *Le handicap : figure de l'étrangeté.* Dans Dayan M. , Trauma et devenir psychique, Paris, PUF, p.39-89

LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Quadrige

LE ROUX Yves, (2005), *Le bilan psychomoteur : outil de mesure et/ou de compréhension*. In Dans *Evolutions psychomotrices*, (n°68)

MAHLER M. (1973). *Psychose infantile*. Paris : Payot

MARCELLI D. (1993). *Psychopathologie de l'enfant*. Paris : Masson

MOREL (1860). *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine*

PIREYRE E. W. (2015). *Clinique de l'image du corps*. Paris : Dunod

PITTERI F. (2003). *Le bilan psychomoteur*. Dans *Evolutions psychomotrices* (n°62)

POTEL C. (2004). *Les singularités du développement psychomoteur de l'enfant*. Dans *Evolutions psychomotrices*. (n°65, p.117-123)

POTEL C. (2010). *Être psychomotricien*. Toulouse : Erès

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

ROGERS C. (1998). Dans DORONT R., PAROT F. (1998) *Dictionnaire de la psychologie*. Paris : Puf

ROPERS B. (1996). *La chute*. Dans *Thérapie psychomotrice - et recherches* -, (n°107)

ROBERT P. (2011), *Le petit robert*. Paris : Millésime

SAINT-CAST A. (2003), *Norme, normalité et évaluation psychomotrice*. Dans *Évolutions psychomotrice* (n°62)

Sous la direction du professeur Roger Misès, (2012), *Classification des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent - R-2012*, 5e édition, Rennes, Presses de l'EHESP

TUSTIN F. (1982). *Autisme et psychose de l'enfant*. Paris : Seuil/Poche

ZAGURY D. (1998). *Modèles de normalité et psychopathologie*. Paris : L'Harmattan

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

WINNICOTT D. (1975). *La crainte de l'effondrement* dans *Nouvelle revue Psychanalyse*, (p.35-44). Gallimard
WINNICOTT D. (1975). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard

Sitographie

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent__recommandations.pdf

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme_et_autres_ted_etat_des_connaissances_resume.pdf

http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Glossaire-des-structures/%28offset%29/15?SearchText=&btrechercher

http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article651

https://www.youtube.com/watch?v=4c5_3wqZ3Lk

Annexes

Annexe 1 : Version originale du témoignage Being an Unperson :

"It means people want you to be a real person. Which sounds good, until you realize they don't believe you are a person already. They want to shape you into someone else, or else use you like a blank projector screen for their fantasies. Sometimes they tell they want the real you back, as if you were not there. Being an unperson means that your existence as who you are is denied at the deepest level by those around you. [...] But when you tried to stand up for yourself, to break out of terrified submission, then you are labelled as aggressive and hostile and treated accordingly. [...] The difference between an unperson and a real person is not a difference of what is called degree or kind of impairment or or disability. There is no line you can draw and correctly say that on this side of the line lay the real people, and on the other side you only have the unpersons. There is no such thing as a true unperson. An unperson is a ghost, a prejudice projected in people's minds. Those of us considered unpersons by others are aware of this prejudice when pointed at us. In the end, there are only real people, and the ghost of the unperson is projected on top of some of us."

Résumé

Au fil de mes rencontres avec les enfants psychotiques, je me suis questionné de façon très intime sur ma conception de l'humanité. En leur présence, je ressens un sentiment d'étrangeté qui me déstabilise. Puis un jour, je me remarque que je ne les tiens pas d'emblée pour humains, comme s'il existait une catégorie : "les autres". Mais qu'est-ce qui nous sépare ces enfants et moi ? La normalité ?

Le sujet de ce mémoire est d'essayer de définir un concept de la normalité qui ne soit pas seulement un jugement de valeur. De par sa qualité d'écoute et la spécificité de son cadre thérapeutique, le psychomotricien me semble à même d'élaborer une évaluation de la normalité reposant sur l'individualité. Une dernière question subsiste : dans le champ de la pathologie, que signifie soigner ses patients ?

Mots-clé : pédopsychiatrie, psychose, sentiment d'étrangeté, normalité, anomalie, mécanismes de défense, individualité, psychomotricité.

Summary

During my meetings with psychotic children, I am very intimately questioned about my conception of humanity. In their presence, I'm feeling a sense of strangeness that destabilizes me. Then one day, I notice that I was not taking them as humans at first, as if there was an another category : "the others". But what does separate these children and me ? The normality ?

The subject of this memory end of study is to try to define a concept of normality which isn't just a value judgment. From the quality of his listening and the specificity of his therapeutic framework, the psychometrician seems to me to be able to elaborate an evaluation of normality resting on individuality. One last question remains : in the field of pathology, what does it mean to care for his patients.

Key-words : child psychiatry, psychosis, feeling of strangeness, normality, anomaly, defense mechanisms, individuality, psychomotricity.