

Une enveloppe contenante : le cadre thérapeutique en psychomotricité. Rôle du cadre thérapeutique à travers des séances de pataugeoire pour des enfants ayant un défaut de construction de l'enveloppe corporelle

Léa Dubourg

▶ **To cite this version:**

Léa Dubourg. Une enveloppe contenante : le cadre thérapeutique en psychomotricité. Rôle du cadre thérapeutique à travers des séances de pataugeoire pour des enfants ayant un défaut de construction de l'enveloppe corporelle. Psychologie. 2019. dumas-02178057

HAL Id: dumas-02178057

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178057

Submitted on 9 Jul 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.

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Une enveloppe contenante : le cadre thérapeutique en psychomotricité

Rôle du cadre thérapeutique à travers des séances de pataugeoire pour des enfants ayant un défaut de construction de l'enveloppe corporelle

Léa DUBOURG
Née le 3 Février 1997 à BORDEAUX

Sous la direction d'Aurélia CASTAGNE

Juin 2019

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Aurélia CASTAGNE pour la supervision de ce mémoire, son écoute attentive, ses précieux conseils ainsi que les éclairages tant pratiques que théoriques qu'elle a pu m'apporter tout au long de l'année.

Je remercie Madame Audrey VANDROMME, ma maître de stage pour la relecture de mon mémoire et pour ses précieux conseils. Mes remerciements vont également à toutes mes maîtres de stage, depuis le début de ma formation en école de psychomotricité, qui se sont investis pour me transmettre leurs connaissances.

Je suis reconnaissante envers ma mère, Pauline, Mélody, Nathalie et Philippe pour leur investissement dans la relecture de mon mémoire et la compréhension de mon écrit.

A ma famille et mes amis pour m'avoir encouragée et soutenue durant toutes mes années d'études.

Je remercie enfin tous les patients rencontrés au cours de mes stages, qui m'ont accepté et m'ont fait confiance, et sans qui ce mémoire et ma réflexion n'auraient pu naître.

SOMMAIRE

INTRODUCTION ……..…..3

PARTIE THÉORIQUE……...……...…..5

CAPITRE 1 : LE CADRE : DU CADRE INSTITUTIONNEL AU CADRE THÉRAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITÉ…….….5

A. Le cadre institutionnel…….5
B. Le cadre thérapeutique d'une séance selon C. POTEL……..13
C. Qualité du cadre thérapeutique en psychomotricité……...22

CHAPITRE 2 : LA PATAUGEOIRE……...33

A. Généralités...……..33
B. Fonction de la pataugeoire : « Se construire dans la tête et dans le corps »……..44

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE……..….54

CHAPITRE 1 : DÉVELOPPEMENT DE LA CONSTRUCTION D'UNE ENVELOPPE CORPORELLE…….…..54

A. L'attachement mère-enfant comme soutien à la construction de l'enveloppe...……...54
B. Le concept d'enveloppe…..…….……..57
C. Défaut de construction de l'enveloppe corporelle……60

CHAPITRE 2 : CAS CLINIQUE - LAURA ……64

A. Anamnèse……..64
B. Pataugeoires précédentes (année 2017-2018)……67
C. Suivi en pataugeoire de cette année……...68
D. Conclusion……74

CHAPITRE 3 : MA PLACE DE STAGIAIRE…….……76

A. Rôle dans la mise en place du cadre……..76
B. Rôle d'observation et de transcription……...77

CONCLUSION……..…..79

BIBLIOGRAPHIE……..……81

TABLE DES MATIÈRES……..……84

INTRODUCTION

La notion de cadre a une grande importance en psychomotricité, elle nous est d'ailleurs enseignée très tôt dans notre formation. Le cadre, par ses différentes fonctions, permet de réaliser une séance, qu'elle soit psychomotrice ou autre, dans les meilleures conditions. Comment le fait d'organiser un espace, un temps, un ensemble de matériels, de règles permet à une séance d'être porteuse pour le sujet ? C'est l'une des questions que je me suis posée et qui a fait émerger ma réflexion.

Je me suis plus précisément intéressée au cadre l'année dernière, lors de mon stage de deuxième année en Institut Médical Educatif (IME). En effet, la psychomotricienne proposait plusieurs séances en groupe où j'ai pu appréhender l'importance d'un cadre défini et structuré. Ce qui m'a le plus marqué, c'est la présence de nombreux rituels qui permettaient de structurer et de rythmer la séance. Ces rituels, faisant partie du cadre, avaient de l'importance pour le groupe et permettaient à chaque membre de trouver un sentiment de continuité. Par la suite, sont arrivées les questions de l'oral en deuxième année dont une était sur le sujet du cadre et des rituels. Cette question m'a permis d'approfondir ma réflexion sur ce sujet.

Après avoir arrêté mon choix sur le thème « du cadre » pour le mémoire, je me suis demandé avec quoi je pouvais l'associer. Cette année, je suis en stage dans un Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP) qui prend en charge des enfants de 2 à 12 ans. C'est un établissement qui est orienté vers la psychanalyse. La psychomotricienne avec qui je suis, réalise des séances en pataugeoire. Je me suis alors demandée comment le cadre est abordé dans ces séances ? Quelles fonctions du cadre sont mises en avant ? En effet chaque cadre est différent selon la population, la problématique et la pathologie du sujet, la médiation, le professionnel, le lieu, le matériel… Je me suis demandée sur quelles modalités le cadre pouvait être porteur en séance de pataugeoire.

D'autre part, j'ai pu rencontrer sur mon lieu de stage et plus précisément en séance de pataugeoire, Laura, une petite fille de 6 ans, qui présente une problématique corporelle archaïque qui se caractérise par un défaut de construction de l'enveloppe corporelle. J'ai pu observer durant les premières séances de pataugeoire faites avec elle que le cadre mis en place

faisait sens et avait de l'importance dans son investissement des séances. J'ai pu observer l'importance d'un cadre enveloppant et contenant qui lui était nécessaire pour s'exprimer et vivre les séances en pataugeoire.

Je suis alors arrivée à la problématique suivante : **en quoi l'instauration d'un cadre contenant va permettre à un enfant présentant un défaut de construction de l'enveloppe corporelle de pouvoir investir une séance en pataugeoire ?**

Le plan de mon mémoire fait écho au cheminement de ma pensée. A travers cet écrit je tenterai de mettre en avant l'importance d'un cadre contenant dans un milieu aussi archaïque que celui de la pataugeoire pour des enfants ayant un rapport au corps pathologique. En effet, selon C. POTEL :
« Pour celui qui a choisi l'eau comme terrain d'aventure et de rencontre, l'eau est comme une évidence. Vivante et souple, elle est cette matière subtile qui engage le corps dans sa fluidité. Elle porte et enveloppe celui qui veut bien s'abandonner. Elle touche et caresse, dessine les limites du corps dans un contact sensoriel où la peau a la première place. Elle se fait écho du mouvement et cet écho de l'eau témoigne de la présence du corps, de soi, de l'autre. » [25, p18]

Je commencerai par une partie théorique dans laquelle j'évoquerai en premier lieu la question du cadre, d'abord de façon générale en parlant du cadre institutionnel puis de façon plus précise en me rapprochant du cadre en psychomotricité. Ensuite, je parlerai du dispositif de la pataugeoire en débutant par la présentation de cette médiation développée par P. LAFFORGUE et m'arrêtant sur les qualités du psychomotricien en tant que thérapeute de cette thérapie. Puis je m'intéresserai aux fonctions de la pataugeoire tout en mettant en avant l'importance d'un cadre contenant et sécurisant.

Enfin, dans une partie théorico-clinique j'expliquerai le processus de construction d'une enveloppe corporelle ainsi que ses caractéristiques pathologiques. Puis j'étayerai l'importance du cadre en séance de pataugeoire avec des enfants ayant un défaut de construction de l'enveloppe corporelle par l'étude de cas de Laura. Pour terminer cette partie, je présenterai ma place en tant que stagiaire au sein du dispositif de la pataugeoire ainsi que mon engagement dans cette thérapie.

PARTIE THÉORIQUE

CHAPITRE 1 - LE CADRE
DU CADRE INSTITUTIONNEL AU CADRE THÉRAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITÉ

A. LE CADRE INSTITUTIONNEL

Le cadre institutionnel constitue la première couche du cadre, la première couche d'une enveloppe, la première étape avant d'aller jusqu'au cadre en psychomotricité. D. HOUZEL nous dit que « pour avoir une fonction thérapeutique, l'institution doit tisser au fil de son histoire une enveloppe, comparable à l'enveloppe familiale. » « Le tissage de l'enveloppe institutionnelle est la condition pour que des processus thérapeutiques puissent y prendre place. » Le cadre institutionnel est garant de l'organisation et de l'encadrement de la population dont il a la charge, dans un espace contenant et porteur de son évolution.

1. Présentation de l'établissement

a) Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

Les ITEP sont définis par décret :

« Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé. » (Art. D. 312-59-2 du code de l'action social et des familles) [15].

L'ITEP dans lequel je fais mon stage, accueille des enfants de 2 à 12 ans présentant des troubles du comportement et de la personnalité. Les difficultés psychomotrices à caractère durable et de forte intensité, constituent un des premiers éléments essentiels d'indication vers l'ITEP. Ces manifestations perturbent la scolarisation et la socialisation de l'enfant.

C'est la commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui notifie une orientation en ITEP. Ensuite, ce sont les parents qui se mobilisent auprès du Directeur de l'établissement pour effectuer une demande d'admission.

L'ITEP est organisé en deux groupes : le jardin d'enfants qui accueille des enfants de 2 à 6 ans et le service de suite qui accueille des enfants de 6 à 12 ans. Ces deux groupes, ont des organisations différentes en fonction du développement psycho-affectif des enfants.

b) Le jardin d'enfants de 2 à 6 ans

Dans cet espace, les enfants sont répartis en 7 groupes de 6 à 8 enfants, encadrés chacun par une éducatrice de jeunes enfants en lien avec une aide médico-psychologique ou une autre éducatrice de jeune enfant. Les enfants sont accueillis du lundi au vendredi en semi-internat. Deux prestataires de service assurent le transport quotidien de la quasi-totalité des enfants, de leur domicile à l'établissement et inversement. Le support du code de communication du Makaton est proposé à tous les enfants. C'est un programme d'aide à la communication et au langage constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé avec la parole, les signes et/ou les pictogrammes. [15]

Chaque groupe a un emploi du temps hebdomadaire déterminé pour l'année qui regroupe tous les temps d'activité, d'atelier, de thérapie, d'activité motrice. L'emploi du temps est un outil essentiel à la prise en charge. Il permet aux enfants de se repérer, de se sécuriser, d'anticiper quand ils ont besoin d'acquérir les notions spatio-temporelles. Il est affiché à l'attention des enfants dans tous les jardins d'enfants. Les différents temps du quotidien figurent sous forme de photos pour les plus jeunes et sous forme de pictogrammes pour les plus grands. Les temps de repas, de sieste, d'arrivée et de départ en minibus sont également mentionnés.

Une organisation groupale contenante de l'Institut

Le fonctionnement du jardin d'enfants repose fondamentalement sur une organisation groupale comme contenant primordial pour des enfants dont les enveloppes psychiques et corporelles sont bien souvent mal constituées voire absentes. Le groupe fait enveloppe externe avant d'être intériorisé et mentalisé par l'enfant ce qui constitue ainsi son espace psychique

propre. A partir de l'enveloppe groupale, on peut donc se constituer une enveloppe individuelle. Selon D. HOUZEL, « l'enveloppe groupale enveloppe les enveloppes psychiques individuelles » [14, p141]. L'enfant est un parmi les autres dans le groupe. Petit à petit, il fait sa place, se différencie, imite, observe, suit et s'appuie sur les autres. Le groupe est un espace de transformation et de liaison. Il est utilisé par les enfants comme un espace contenant qui met à disposition un ensemble de significations, leur permet de faire du lien et de donner du sens à leurs expériences.

Au regard du projet individualisé, la prise en charge groupale est pertinente à condition que le groupe puisse s'adapter à l'individualité de chacun. Ceci demande de la souplesse, l'enveloppe groupale doit être une membrane souple qui supporte les déformations et les aménagements pour que chacun puisse y trouver sa place.

Dans la prise en charge au jardin d'enfants, le corps est souvent sollicité, la relation corporelle adulte/enfant éprouvée ; afin de retrouver les sensations premières d'accordage, de portage, de dialogue tonico-émotionnel, d'accrochage pour des enfants souffrant de vécu de non intégrité corporelle, d'intrusion, de non intériorisation d'une sécurité de base.
Au travers du regard de l'adulte et de ce que l'adulte lui renvoie, l'enfant s'approprie son corps comme une interface délimitant un dedans et un dehors, un interne et un externe, comme une enveloppe contenant le psychisme. Le psychisme et la pensée s'étayent donc sur l'expérience corporelle et sur l'activité motrice.

La fonction contenante est une fonction maternelle classiquement assumée par les institutions qui consiste à maintenir ensemble différents éprouvés et à leur donner du sens. L'introjection de cette fonction contenante permet le développement de la pensée par le biais de la construction de contenants de pensée propres à l'enfant. L'un des principaux objectifs de la prise en charge consiste donc à offrir aux enfants un cadre stable, fiable, sécurisant, repérable et porteur de sens afin que la fonction contenante puisse être introjectée et mise au service de la pensée.

Au niveau supérieur, les enveloppes psychiques, corporelles et groupales sont elles-mêmes portées par l'enveloppe institutionnelle qui vient garantir la continuité, la sécurité, la cohérence des différentes sous couches.

Les temps au jardin d'enfants

Plusieurs types d'activités et d'ateliers sont proposés aux enfants de cet espace.
On trouvera des propositions d'activités libres comme des expérimentations sensori-motrices et de socialisation. Mais aussi des activités éducatrices et pédagogiques, dirigées ou semi-dirigées permettant l'apparition d'acquisitions et des premiers apprentissages. Des ateliers d'expression comme l'atelier terre, peinture, construction et l'atelier tintamarre sont également proposés afin de permettre aux enfants de développer leur créativité et leur imaginaire. Il est également présenté aux enfants des activités motrices comme la pataugeoire collective, des activités de motricité ou de la lutte et du judo. Enfin, des ateliers à visée thérapeutique comme l'atelier boue et maquillage sont également proposés.

c) <u>Service de suite de 6 à 12 ans</u>

Le service de suite constitue un accompagnement nécessaire en vue d'une inclusion scolaire de l'enfant. Il y a une intégration scolaire à temps partiel ou dans des unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS). Les enfants sont présents entre une à cinq demi-journées par semaine en fonction de leurs difficultés et donc de leurs besoins de soins. Tous les trajets sont assurés par l'établissement. Les enfants sont tous intégrés dans le circuit scolaire normal, en école primaire. Ils sont accueillis dans des écoles proches géographiquement de l'établissement.

Les enfants arrivent en règle générale sur ce service après un parcours sur le jardin d'enfants. Cependant, quelques enfants sont orientés directement depuis l'extérieur. Les enfants suivis au service de suite sont des enfants qui ont connu une évolution encourageante au jardin d'enfants, qui se montrent mobilisables face aux apprentissages et qui sont également réceptifs à la prise en charge, avec des capacités de symbolisation et de secondarisation souvent partielles mais suffisantes au regard des demandes scolaires.

Cet espace est composé de trois groupes de différents niveaux, au sens de la maturité psycho affective, référés chacun à une éducatrice et partageant le même espace, les mêmes locaux. Chaque enfant a un emploi du temps différent en fonction des indications de prise en charge et de soins spécifiés dans son projet individualisé. Cet emploi du temps est revu chaque année et le temps scolaire peut être amené à être réévalué.

Les temps aux services de suite

Il est également proposé aux enfants du service de suite plusieurs ateliers et activités. On retrouvera des activités éducatrices, comme le bricolage, l'atelier cuisine, roller. En lien avec l'inclusion scolaire des enfants, une aide aux devoirs leur est proposée afin de les accompagner dans leurs apprentissages scolaires. Des activités d'expression et de motricité sont aussi mises en place comme les ateliers terre, peinture…

d) Composition de l'encadrement de l'institution

L'ITEP est constitué d'un service éducatif composé de plusieurs Educatrices de Jeunes Enfants, d'une aide médico-psychologique et d'une monitrice EPS. Il est également doté d'un service médico psychologique comprenant un service médical composé d'un pédopsychiatre, d'un neuropédiatre et d'une infirmière ainsi que d'un service thérapeutique comprenant une psychologue thérapeute, une orthophoniste et une psychomotricienne. Toute cette équipe est encadrée par un directeur chargé de la gestion globale de l'établissement. Il y a aussi un service administratif constitué d'une secrétaire et d'une comptable. L'établissement a fait le choix de ne pas introduire l'Education Nationale dans la prise en charge des enfants et de privilégier plutôt un espace exclusivement de soin. Les enfants en âge et en capacité d'aller à l'école bénéficient d'un emploi du temps adapté avec une inclusion scolaire à l'extérieur.

L'ITEP travaille suivant un mode de fonctionnement interdisciplinaire dans la prise en charge des enfants qu'il accueille. L'équipe pluridisciplinaire qui le constitue permet, en reliant les différents regards professionnels, de proposer une approche globale des enfants en fonction de leur problématique. L'association des différents points de vue permet d'avoir une approche complémentaire des enfants ainsi que la construction d'un projet personnalisé le plus adapté.

2. Le cadre thérapeutique de l'institution

a) Qu'est-ce qu'un cadre thérapeutique

C. POTEL nous éclaire sur ce sujet en nous disant que « le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée » [24, p321]. Le cadre thérapeutique est donc ce qui contient l'ensemble des démarches et des actions thérapeutiques des professionnels dans un lieu, un temps et une pensée. Ces démarches et

actions thérapeutiques s'articulent autour d'un projet thérapeutique élaboré pour chaque enfant. Le cadre thérapeutique n'est pas figé et s'adapte aux différentes problématiques et aux besoins des enfants de l'institution.

« Le cadre thérapeutique désigne l'ensemble des conditions pratiques et psychiques qui, ajusté aux possibilités du patient, permet le processus soignant. Ce sont des éléments fixes non rigidifiés tels que : un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des seuils, mais également des personnes, un objectif, une ambiance et surtout une conception, celle de l'esprit du soin. » [22, p46]

C. POTEL nous dit également que le « cadre thérapeutique s'intègre dans une institution qui a un projet global pour les patients, qui s'appuie sur le travail d'une équipe ou chacun est censé avoir sa place et sur un certain nombre de règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée » [24, p323]. C'est donc le cadre institutionnel qui constitue l'appui sur lequel s'organisent et se construisent toutes les actions thérapeutiques adressées aux patients de l'établissement.

Le cadre thérapeutique est également propre à chaque professionnel et chacun d'eux construit son propre cadre thérapeutique dans le travail institutionnel. Dans ce cadre, il y intègre sa pratique de soin adaptée à chaque enfant à partir des objectifs fixés dans le projet individualisé. Les caractéristiques de celui-ci devront être exprimées clairement au patient.

b) Modalités d'admission et projet individualisé

Modalité d'admission

L'entrée à l'ITEP se fait en fonction de la décision du médecin responsable, du pédopsychiatre et de l'équipe suite aux réunions d'admission.

La première étape de l'admission d'un enfant, est la prise de contact avec le directeur de l'institution, d'abord par téléphone puis par rendez-vous. Cette première prise de contact permet au directeur de recueillir les informations nécessaires sur la situation de la famille, de l'enfant, les raisons qui les ont amenés à faire la demande d'orientation auprès de la MDPH. D'autre part, lors de ce premier rendez-vous, le directeur fait également une présentation de

l'établissement. Il leur explique les méthodes de travail et les modalités de la prise en charge des enfants de l'institution.

Après cette entrevue avec le directeur, ainsi que la prise de décision des parents de mettre leur enfant dans l'établissement, il leur est proposé une nouvelle rencontre avec le médecin pédopsychiatre. Cette rencontre s'établit en deux temps : tout d'abord, le médecin rencontre la famille avec l'enfant puis si possible, il rencontre l'enfant seul afin d'établir son diagnostic. Il recherche l'adéquation de celui-ci avec les moyens thérapeutiques de l'institution. Après ces deux rencontres, le médecin donne un avis en matière d'indication ou de contre-indication au directeur qui va prononcer l'admission. Une visite des locaux est alors proposée à l'enfant.

La dernière étape de l'admission, consiste à la signature des documents réglementaires et des différentes autorisations nécessaires à la prise en charge. La date d'entrée est également précisée.

Projet individualisé

A-M LATOUR nous dit du cadre institutionnel, qu'il « ne prend vraiment sens et n'est porteur de transformation que dans la mesure où il s'articule avec un projet thérapeutique fonctionnant comme une ligne directive, un axe de travail organisant la compréhension et les « réponses » des soignants, de façon stable et cohérente » [20, p51].

Lors de l'arrivée d'un enfant, ce dernier intègre un des sept groupes du Jardin d'Enfants. Les groupes un et deux sont particulièrement destinés pour l'accueil des nouveaux arrivants. Cependant en fonction de l'âge, de la maturité et des pathologies, l'admission peut se réaliser sur les autres groupes. Débute alors une période d'observation qui permet de mettre en évidence les problématiques de chacun et d'établir le projet personnalisé.

Intégré à son groupe d'accueil, le personnel éducatif observe l'enfant et note ses difficultés et ses compétences tant en matière d'autonomie, de communication, de socialisation et de capacités cognitives. En parallèle, les différents professionnels de l'établissement, psychologue, orthophoniste, pédopsychiatre, médecin, psychomotricienne, vont rencontrer l'enfant et rédiger un bilan de leurs observations qui permettra de compléter l'analyse de la problématique de celui-ci.

La phase d'observation et de bilan terminée, les besoins de l'enfants sont donc objectivés. Ceci permet alors à l'équipe de proposer des orientations de travail, des prises en charge spécifiques, des actions individualisées, un accompagnement de l'enfant répondant à des objectifs précis. Cette analyse est alors mise en forme et rédigée sous le titre de projet personnalisé qui sera présenté et expliqué aux parents lors d'un entretien avec le directeur et/ou le médecin psychiatre. Il devra être signé par les parents, le directeur et le pédopsychiatre.

c) Evaluation et évolution

Au cours du déroulement des actions engagées auprès de l'enfant, des points périodiques sont effectués pour juger des effets des actions engagées. Ainsi la prise en charge peut être aménagée, réactualisée ou réorientée si nécessaire avec information et participation des parents.

Une réunion de synthèse est programmée pour chaque enfant et chaque année durant laquelle l'ensemble des professionnels élabore, à cette occasion, des écrits permettant d'évaluer les objectifs énoncés lors du projet personnalisé. Cette réévaluation permet aussi de pouvoir apprécier l'évolution de l'enfant dans son développement, comme de constater les nouvelles compétences ou difficultés qui sont apparues. Une restitution est faite aux parents par le chef de service et le psychologue. Cette rencontre permet aussi aux parents d'exprimer leurs appréciations sur la prise en charge et d'apporter des éléments d'observation dans le cadre de l'environnement de l'enfant extérieur à l'institution.

Le projet individualisé constitue donc le repère et le fil conducteur indispensable à la prise en charge de l'enfant au cours de son séjour dans l'établissement. Ce processus d'observation, de rédaction, de signature, de mise en œuvre et d'évaluation est automatiquement réalisé chaque année pour l'ensemble des enfants accueillis.

Des orientations en fin de parcours du jardin d'enfants sont faites soit vers un hôpital de jour, soit vers une poursuite d'une prise en charge globale dans un autre ITEP ou en IME, soit vers une inclusion scolaire avec ou sans accompagnement spécifique.
A l'issue du parcours au service de suite, les enfants sont orientés principalement vers la poursuite de leur scolarisation au moment de leur entrée au collège, le plus souvent avec l'accompagnement d'un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) ou

d'un suivi ambulatoire. Parfois, un retour vers une prise en charge globale en ITEP est nécessaire.

B. LE CADRE THÉRAPEURIQUE D'UNE SÉANCE SELON C. POTEL

Le cadre thérapeutique est celui qui soigne. Le cadre c'est quelque chose qui se trouve mis en forme et en acte par le thérapeute. C. POTEL a détaillé plusieurs composantes de ce cadre. Elle envisage le cadre selon deux niveaux qu'on pourrait appeler cadre physique et cadre psychique. Ces deux particularités du cadre sont complémentaires et fonctionnent ensemble. Dans cette description du cadre, je me centrerai sur des séances avec des enfants.

1. Un cadre physique

a) Le cadre spatio-temporel

Le cadre s'instaure d'abord autour d'une rencontre avec un sujet dans un espace et un temps donné. Comme F. DESOBEAU le dit : « Ce cadre spatio-temporel, qui définit les modalités de l'entreprise, va être une structure encadrante du travail psychique. Il va en assurer la permanence et la continuité. Il est le lieu des projections et de l'organisation de l'espace mental du sujet, dans son mouvement d'appropriation et d'intériorisation. » [10, p93]. L'enfant doit pouvoir mettre en pensée ce cadre spatio-temporel afin de se l'approprier et de l'investir.

Au niveau du temps, on va retrouver tout ce qui va être en rapport avec les horaires des séances, la fréquence et la durée de celles-ci. Tous ces paramètres devront être définis au préalable afin de favoriser un sentiment de permanence tout au long de la prise en charge. Ces paramètres devront être constants et être le moins possible mis à mal afin justement de favoriser cette permanence, cette continuité, qui apporteront un sentiment de sécurité à l'enfant. En effet, cette régularité va lui permettre de se construire des repères, de s'organiser dans le temps et donc d'être sécure dans sa prise en charge. C. POTEL, nous dit « qu'une séance où il va s'agir de jouer, d'organiser l'espace, de bouger son corps, demande une durée suffisante (entre 45 minutes et 1 heure, selon les indications et le cadre) et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères » [24, p322]. C'est par la répétition que l'enfant va se construire des repères. Comme F. DESOBEAU le dit, le « temps privilégié, la régularité et la répétition des séances définissent une continuité qui permet aux mises en jeu de se déployer » [10, p94].

C’est par cette régularité et cette permanence des séances que l’enfant va pouvoir déployer ses activités.

Concernant l’espace, les séances se déroulent dans un lieu « privilégié » qu’il est nécessaire de préserver. Ce lieu est privilégié dans le sens où il permet à l'enfant de s'investir et de s'exprimer corporellement en groupe ou en individuel, dans un espace qui lui est offert. Il doit donc être suffisamment sécurisant afin de pouvoir assurer l’investissement du patient dans la séance. Ce cadre spatial doit permettre au sujet d’être à l’aise, en confiance. Il doit également être favorable à la confidentialité. Cela implique donc une pièce fermée où aucun bruit ne peut s’entendre de l’extérieur. L’organisation de la pièce, de l’espace doit être pensé en amont afin de favoriser ce sentiment de bien-être du sujet et peut, à tout moment, être modifié si la situation l’exige. Le cadre ne doit pas être figé mais il doit pouvoir également s’adapter à la problématique du patient. « Pour qu’un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l’espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l’enfant va pouvoir se vivre dans son corps. » [24, p233] J-P MENDIBURU, lui, parle d’espace de rencontre. Pour lui, « cet espace de rencontre est déterminant, parce que la façon dont le client le perçoit participe à induire ce qu’il s’y sent autorisé et ce qu’il pense ne pas pouvoir l’être » [21, p16].

Le cadre spatio-temporel a donc une place déterminante dans la construction d’une séance afin de favoriser l’investissement du patient dans sa prise en charge.

b) <u>La place des rituels en séance</u>

Le rituel est une forme qui se répète, cela vient du rythme. C’est un ensemble d’habitudes, de règles implicites et explicites qui régissent certaines cérémonies ou certains comportements sociaux. Il s’inscrit dans un rythme, c’est donc une séquence d’actions stéréotypées chargées de significations et organisées dans le temps. Le rituel est réglé, fixé, codifié et le respect de ces séquences garantit son efficacité. En règle générale, les rituels structurent nos journées, donnent des repères. Ces rythmes sont présents dès la naissance et se retrouvent notamment au niveau physiologique comme par exemple notre fréquence cardiaque ou notre fréquence respiratoire. Un enfant aspire à créer des rituels pour se sécuriser. D. HOUZEL dans son observation des nourrissons, fait la remarque de ce besoin de répétition constant chez l’enfant. Il nous dit d’eux, qu’« ils apprécient qu’on leur répète les mêmes chansons, les mêmes histoires, que

l'on procède toujours de la même façon pour leur donner les soins, les habiller et les déshabiller » [14, p17]. A. CICCONE parle d'une rythmicité des expériences nécessaire à la construction de l'enveloppe de l'enfant et de l'intériorisation de la fonction contenante. Il nous dit : « la rythmicité permet l'anticipation et donne une illusion de permanence, de continuité ; la rythmicité participe à constituer le sentiment d'enveloppe en ce qu'elle produit comme illusion de continuité. » C'est par cette régularité des soins et de la relation, apportée par l'objet maternel, que l'enfant accède à une certaine stabilité psychique et émotionnelle. Ces apports donnent également à l'enfant un sentiment d'être de par cette illusion de continuité et de permanence. Dans les groupes thérapeutiques, plus il y a de personnes, plus le cadre doit être structurant et pour cela il faut des rituels pour que chacun puisse se repérer.

Dans la pratique, ce qui va aider à structurer l'espace et le temps, ce sont donc ces rituels. Ils vont être utiles car ils vont permettre d'instaurer des procédés stables et répétitifs. C'est la répétition qui va structurer le rythme et la temporalité. La structuration temporelle, quant à elle, permettra la structuration de la pensée. C'est la répétition qui va créer l'habitude, et c'est par l'habitude que l'enfant va avoir accès à de nouveaux apprentissages, car c'est dans un climat sécure que l'enfant pourra apprendre. Généralement, on parle de rituels de début et de fin de séance qui permettent de symboliser l'entrée dans la séance et la séparation à la fin. Ils marquent également la séparation entre l'extérieur et l'intérieur de la séance. Les rituels sont donc des repères temporels et spatiaux pour l'enfant. C. POTEL nous dit des repérages temporels, qu'ils sont « très intéressants à observer, non seulement comme indicateurs des capacités cognitives (apprentissage de l'heure par exemple) mais aussi comme indicateurs de rythmes, de rythmicité, de la perception des durées, qui sont avant tout des intégrations corporelles internes » [24, p333].

Cependant, il faut un équilibre entre nouveauté et habituation. Trop de nouveautés et de changements peuvent créer un état d'alerte chez l'enfant. Une absence de rituel peut le plonger dans un état d'alerte permanent, il est donc dans l'impossibilité d'apprendre. A l'inverse, trop d'habituations, de rituels, rigidifie la pensée, implique de l'immobilité, de la fixité, voire de l'obsessionnalité. Il faut donc un juste milieu entre les deux, afin de permettre à l'enfant de grandir en toute sécurité.

c) Les règles

Pour qu'un enfant respecte le cadre, il est important de fixer des règles qui peuvent être explicites ou implicites. Explicites dans le sens où le thérapeute va énumérer des règles au début de la prise en charge que l'enfant devra respecter. Généralement, les règles qui reviennent souvent sont : ne pas se faire mal, ne pas faire mal à l'autre et ne pas casser le matériel. On retrouve également des règles implicites qui se caractérisent par l'ensemble des attitudes, des comportements du thérapeute qui vont venir limiter le sujet dans ses débordements.

A côté de ces règles physiques il y a des règles psychiques qui permettent de contenir le sujet. En effet, C. POTEL évoque ce sujet en disant : « le thérapeute doit trouver, certes, des comportements, des attitudes, qui vont permettre que le cadre soit respecté, « que le cadre tienne », que la sécurité ne soit pas mise en péril, etc. Mais il doit pouvoir s'appuyer également 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. En d'autres termes : contenir ! » [24, p327]. Ces règles vont donc garantir la sécurité corporelle et psychique du sujet.

Dans la vie courante, les règles nous permettent de vivre ensemble. Elles peuvent constituer des normes sociales, des règles politiques qui nous permettent de vivre en société. La notion de « règle » fait souvent référence à la question de limite qu'on pourrait définir comme quelque chose qu'on ne peut ou qu'on ne doit pas franchir. Mais poser des limites ne veut pas dire qu'elles ne peuvent pas être franchies. J-P MENDIBURU nous dit d'ailleurs que « c'est l'incartade qui permet de se cogner au réel du cadre ; le traitement de l'incartade est un moment essentiel du processus, celui d'un ajustement (conservateur ou créateur) entre l'affect et la loi, une mise à l'épreuve, un test de réalité pour le lien thérapeutique » [21, p18]. L'incartade constitue un léger écart de conduite que le thérapeute doit accueillir et savoir gérer. Il fera alors appel à ses propres ressources internes afin de s'adapter à la situation. En effet, le cadre n'est pas fixe, il est adaptable au sujet et peut être modifié si cela est nécessaire et si cela n'entrave pas la prise en charge.

Ces règles peuvent être structurantes et sécurisantes car elles établissent le droit et le devoir de chacun. Elles doivent être présentées au sujet dès le début. Elles vont définir ce qui est possible de faire dans la séance et ce qui est interdit de faire. En effet, J-P MENDIBURU nous

dit : « Dans le vécu d'une thérapie, le cadre, c'est ce qui la délimite et lui donne forme. C'est le plan qui définit les frontières du possible, et celles de l'interdit. C'est donc un lieu d'excitation et d'incitation. Il va en jaillir le désir, mais aussi la peur, la colère, la rancœur. » [21, p16]. L'instauration de ces règles va permettre de contenir les émotions et les comportements des sujets, surtout quand ceux-ci sont submergés par de l'agressivité, de la destruction ou de l'angoisse.

Donc, « l'appel aux règles, ainsi qu'aux repères de temps et d'espace – toutes ces choses les plus banales et les plus ordinaires qui soient – balise un cadre « matériel » et dessine des conditions qui rendent possible l'expression corporelle, en toute sécurité » [24, p330]. Tous les éléments créés dans ce cadre « matériel », vont servir à l'instauration du cadre psychique.

2. Un cadre psychique : un cadre dans la tête

a) Fonction de contenance et d'enveloppe

D. HOUZEL évoque E. BICK qui souligne le fait que « … l'aspect contenant de la situation analytique réside tout particulièrement dans le cadre » [14, p131]. Le thérapeute, par sa capacité à mentaliser le cadre va assurer un rôle de contenance et d'enveloppe par sa façon d'être et ses capacités à accueillir toutes les manifestations du sujet. Selon A. CICCONE, « la fonction-enveloppe est une fonction de contenance qui consiste à contenir et à transformer » [7, p82]. Pour elle, la fonction d'enveloppe et la fonction contenante sont indissociables et fonctionnent ensemble. Toutes deux auront plusieurs rôles dans le cadre, notamment celui de contenir et celui de transformer.

Tout d'abord, étymologiquement, le mot « enveloppe » a deux caractéristiques : une caractéristique statique et une caractéristique dynamique. La caractéristique statique de l'enveloppe est ce qui tient, entoure une ou plusieurs pièces, parties, ensemble. On retrouve cette notion dans les mots « enveloppe », « envelopper » et « contenant ». La caractéristique dynamique de la fonction contenante, elle, anime ces pièces, ces parties, et les fait fonctionner ensemble de manière harmonieuse. Ici on peut associer à cette description, les mots « contenance », « conteneur », « contenir », « se contenir ». Le cadre est assimilable aux caractéristiques de l'enveloppe. Il est à la fois statique et dynamique. On peut comparer les caractéristiques de l'enveloppe au cadre physique et psychique de C. POTEL. La caractéristique statique correspondrait au cadre physique composé de la salle, des horaires, des règles, tout ce

qui est fixe et qui tend à changer le moins possible. La caractéristique dynamique, quant à elle, correspondrait au cadre psychique composé de tous les ajustements du thérapeute afin de s'adapter au sujet.

On peut assimiler la fonction contenante du thérapeute au concept de « holding » de D. WINNICOTT [27] qui se traduit en français par « maintien » et qui désigne la façon dont l'enfant est porté sur le plan physique et psychique. La qualité du portage, sa régularité et sa dimension contenante apporte à l'enfant un sentiment de sécurité et de fiabilité. Le thérapeute assure cette fonction de « maintien » par la qualité de son regard, par son attitude, sa posture, sa communication verbale et non verbale mais aussi par son toucher, la façon dont il entre en interaction avec le sujet. Toutes ces qualités du thérapeute permettent au sujet de se sentir porté, soutenu, maintenu et en confiance. On peut parler de fonction de miroir pour caractériser le thérapeute par le fait qu'il renvoie une image positive du sujet afin de lui permettre de se restaurer psychiquement.

D. HOUZEL décrit deux fonctions que doit posséder l'enveloppe. Pour lui : « l'enveloppe psychique doit être déformable de sorte qu'elle puisse subir les influences des rencontres avec les objets, mais elle ne doit pas être déformable à l'envi. Elle doit garder une consistance qui maintient sa cohésion. On peut qualifier d'élasticité la combinaison de ces deux qualités : malléabilité et consistance. » [14, p37]. Cette enveloppe psychique assimilable au cadre et notamment au rôle du thérapeute dans ce cadre, doit posséder cette élasticité. Il est important que le thérapeute se montre malléable car trop de rigidité peut empêcher l'enfant de s'exprimer. Cependant, si le thérapeute fait preuve de souplesse, il pourra être en capacité d'accueillir les projections de l'enfant et de s'adapter à celui-ci. D'autre part, il est essentiel de garder une certaine contenance afin de permettre au sujet de se sentir suffisamment en confiance pour pouvoir s'exprimer mais aussi de l'aider à limiter ses éventuels débordements. Il faut donc un juste milieu entre ces qualités de malléabilité et de consistance. A. CICCONE nous dit que ce qui soigne c'est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse du sujet trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue. « L'espace de l'analyse est un espace qui contient et qui transforme les émotions, les angoisses, les conflits, autrement dit la douleur psychique. » [7, p82]

Donc les fonctions de contenance et d'enveloppe assurées par le thérapeute et faisant partie intégrante du cadre, ont un rôle majeur dans l'investissement du sujet dans la thérapie. Elles

permettent au thérapeute de jouer le rôle d'objet contenant qui « stabilise les forces qui agitent le psychisme de l'enfant » [7, p88].

b) Fonction de symbolisation

La fonction de symbolisation du cadre découle directement des fonctions d'enveloppe et de contenance décrites plus haut. C'est par ces deux dernières que la fonction symbolique peut se mettre en place. La notion de symbolisation est la capacité à développer des représentations. W.R. BION a travaillé sur cette fonction de symbolisation chez le bébé et en a dégagé un modèle, celui du « contenant-contenu ».

En effet, pour lui, « le nourrisson projette une partie de son psychisme, notamment ses émotions incontrôlables, le « contenu », dans le bon sein « contenant », pour les recevoir en retour détoxiquées et être du coup capable de les supporter » [24, p328]. C'est ce que W.R. BION appelle « la capacité de rêverie » de la mère. C'est par sa capacité à penser les émotions de son enfant que la mère peut l'aider à les mettre en pensée. « L'objet contenant transforme les éléments « bêta », éléments bruts projetés, en éléments « alpha », éléments disponibles pour la pensée. » [7, p85]
On peut assimiler cette fonction de symbolisation au thérapeute qui, par ses capacités psychiques et son rôle de « contenant » va accueillir toutes les projections de l'enfant, va essayer d'y mettre du sens afin de les lui renvoyer sous forme acceptable pour les mentaliser et les mettre en pensée. Donc « ce qui contient, ce qui détoxique l'expérience, c'est le processus de symbolisation » [7, p85]. Ce processus de symbolisation va permettre à l'enfant de développer son appareil psychique.

Afin de remplir ce rôle, le thérapeute doit pouvoir être attentif à toutes les manifestations exprimées par le sujet. Cette qualité d'attention lui permettra de répondre et de s'adapter le plus finement possible au sujet et donc lui permettre de rendre pensable ce qui ne l'était pas. A. CICCONE rajoute même que « l'attention et l'observation représentent le mouvement premier de tout travail clinique » [7, p94]. C'est de la maturité psychique du thérapeute que va dépendre sa capacité à accueillir les éprouvés de l'enfant et à les transformer. Le thérapeute doit donc se montrer disponible et attentif à tout ce que le sujet lui montre.

Cette attention portée aux manifestations du sujet va permettre au thérapeute de contrôler et de réguler son contre-transfert. E. MARC définit le contre transfert comme « l'ensemble des réactions cognitives et affectives, conscientes et inconscientes, du thérapeute à l'égard de son patient » [12, p158]. C'est à dire que tout ce que le thérapeute va renvoyer à son patient va provenir de sa personnalité et de son propre vécu. Pour E. MARC il est important que le thérapeute suive une supervision afin d'appréhender, de comprendre et ainsi de pouvoir réguler son contre transfert.

Par conséquent le thérapeute a un rôle de « pare-excitation » par sa présence à la fois rassurante, sécurisante, et contenante. Par sa fonction dans le cadre, il se fait garant pour contenir la destruction, les angoisses, l'agressivité et les excitations pouvant être exprimées par le sujet. Pour les contenir, le thérapeute doit y mettre du sens, des mots afin d'aider le sujet à les comprendre et à se les représenter.

c) Fonction limitante

Le cadre possède également une fonction de limite corporelle et psychique afin de contenir toutes les manifestations du sujet. Ces limites devront être « à la fois suffisamment étanches mais aussi suffisamment souples » [24, p344]. En effet, il est important de signifier à l'enfant que le cadre de la thérapie est un endroit sécurisant et confidentiel où tout ce qui est dit et fait sera tenu secret.

On retrouve cette limitation tout d'abord par l'instauration des règles qui composent le cadre. Ces règles implicites et explicites vont venir limiter les débordements du sujet et permettre donc de les contenir. Il arrive parfois que de l'agitation, de l'excitation, des débordements, emplissent le sujet et que celui-ci ait besoin de les décharger. A ce moment-là, C. POTEL nous dit que « l'appel à des règles autour des comportements et de la socialisation peut être alors considéré non pas comme un agir contre-transférentiel en réponse aux agirs des patients, mais bien comme une réponse en acte, un passage par l'acte préalables symboliques nécessaires à une psyché en jachère » [24, p390]. Pour elle, ces règles sont mises au service d'une intégration psychique afin de contenir les débordements du sujet. Cette intégration psychique permet au sujet d'être en capacité de maîtriser ses débordements, de les contenir afin de ne pas se faire mal et de ne pas mettre à mal le cadre de la séance.

Si l'on revient sur les fonctions de malléabilité et de contenance de l'enveloppe psychique, D. HOUZEL nous dit que « douée de ces propriétés, l'enveloppe psychique peut remplir ses fonctions de délimitation entre l'espace du monde interne d'un sujet et l'espace du monde extérieur, tout en assurant des communications entre ces deux mondes, donc en faisant preuve d'une certaine perméabilité » [14, p38]. L'enveloppe psychique par le fait de délimiter un espace permet au sujet d'intégrer les limites dedans-dehors, par rapport à soi mais aussi par rapport au monde extérieur. C. POTEL nous éclaire en nous disant que « la construction d'un dedans et d'un dehors dépend des repères que l'enfant a intégrés, repères qui le structurent dans son corps, dans la relation à ses parents, au thérapeute » [24, p334]. C'est par sa relation au thérapeute et sa confrontation au cadre, que l'enfant va pouvoir intérioriser ces notions de dedans et de dehors qui vont venir structurer son corps. Ces notions dedans-dehors, font également écho aux travaux de Freud sur le Moi du sujet. Pour lui, l'enveloppe psychique permet la mise en évidence des limites du Moi, d'un dedans et d'un dehors du Moi.

Pour M. MARTIN, « Le cadre n'est pas uniquement pour l'un ou pour l'autre : il est aux deux. Il contient l'intériorité (la pensée) de chacun et une intériorité des deux ; le monde est dehors ». Le cadre est avant tout une garantie de part et d'autre. Il permet au patient de trouver une place, c'est-à-dire un espace-temps pour lui, qui lui est réservé. Ce cadre, qui ne dépend ni du patient, ni du thérapeute, est garant d'une permanence. Il représente aussi une solidité qui protège le patient et le thérapeute l'un de l'autre, contre leurs « folies », leurs angoisses. Il permet la sécurisation de l'investissement du thérapeute comme du patient par le fait de ne pas aller au-delà de leurs limites de compétences. Cette protection par le cadre qui les contient, permet aux deux partenaires de la relation thérapeutique de s'impliquer dans la prise en soin.

Autour du cadre physique va s'instaurer un cadre psychique qui s'appuiera sur les modalités de ce premier. Ces deux fonctions du cadre fonctionnent ensemble. Elles sont essentielles et permettent à l'enfant de se sentir suffisamment contenu et sécure afin d'investir la prise en charge thérapeutique.

C. QUALITÉ DU CADRE THÉRAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITÉ

Après avoir abordé le fonctionnement du cadre institutionnel ainsi que celui du cadre thérapeutique, nous allons évoquer le cadre en psychomotricité auprès des enfants en mettant notamment en avant ses particularités. Qu'est-ce qui fait la spécificité du cadre en psychomotricité ?

1. Le cadre de la rencontre et de la passation du bilan en psychomotricité

a) La formation du psychomotricien

Connue pour sa thérapie à médiation corporelle, la psychomotricité est définie par F. DESOBEAU comme étant une approche globale de l'enfant. Elle s'intéresse aux fondements de la construction psychique et corporelle du sujet. Le psychomotricien suit une formation de 3 ans en école aboutissant à un diplôme lui permettant d'exercer. A la suite de cette formation, le psychomotricien continue à se former et à enrichir sa pratique tout au long de son parcours professionnel. Cette formation initiale et continue fait partie intégrante du cadre de son travail.

Dans notre formation, les postulats théoriques enseignés sont nécessaires selon C. POTEL afin de « garantir une mise en pensée de notre travail auprès des patients, quels qu'il soient » [24, p323]. Cette mise en pensée permettra de donner un cadre à nos prises en charge. « Ces postulats théoriques s'acquièrent dans notre formation initiale, mais aussi par les formations complémentaires qui jalonnent nos parcours professionnels. » [24, p323] En effet, en même temps que les étudiants apprennent ces postulats théoriques, ils apprennent également à s'imprégner de leur corps, de sa sensorialité afin de pouvoir être dans une écoute particulière du corps de l'autre. Car « l'un des accès au langage corporel de l'autre est de s'ouvrir à son propre fonctionnement corporel » [25, p26]. Notre formation comprend donc de nombreuses pratiques et médiations corporelles qui nous permettent de nous rapprocher au plus près de notre corps et de toutes ses particularités. Cela va nous amener à acquérir un « mode d'être » qui nous permettra d'accompagner au mieux le sujet en face de nous. Comme le dit C. POTEL, « c'est bien parce que nos étudiants vont investir, de l'intérieur, un certain nombre de modes d'être, qu'ils vont pouvoir investir cette expression du corps qui fait symptôme et proposer de nouveaux modes d'être, de nouveaux modes de relation et d'expression » [24, p426]. Ce mode d'être permettra « l'avènement d'un thérapeute à l'écoute de l'autre, un thérapeute qui investit le corps dans ses processus de transformation symboligène pour la construction du sujet » [24,

p427]. L'acquisition de cette capacité d'écoute lui permettra d'accueillir les projections brutes, non symbolisées, exprimées par l'enfant à travers son corps, afin de les lui renvoyer détoxiquées et accessibles à sa pensée. On parle donc de la fonction symboligène évoquée juste avant, éclairée par le concept du « contenant-contenu » de W.R. BION.

Dans ces pratiques et médiations corporelles enseignées durant la formation en psychomotricité, des temps de partage de vécus y sont intégrés afin de mettre des mots sur ce qui est ressenti dans notre corps. C. POTEL nous dit sur ce sujet que « cette connaissance des modes de communication corporels et sensoriels va s'appuyer sur une mise en parole, une mise en mot groupale au sein des ateliers corporels, comme au sein des groupes de parole mis en place » [24, p427]. Pour elle, « l'apport du groupe est fondamental pour une prise de conscience de la singularité de chacun dans une universalité humaine des processus mis en œuvre » [24, p427]. Ces temps de partage du vécu des expériences corporelles vont nous amener à la reconnaissance de la singularité de chacun et donc à mieux appréhender le vécu des patients.

Il est important de poursuivre cette formation théorique et psychocorporelle tout au long de notre parcours professionnel afin de nous enrichir personnellement et d'enrichir notre pratique auprès de nos patients.

b) <u>La rencontre</u>

Le cadre en psychomotricité s'instaure tout d'abord autour d'une rencontre avec le sujet. F. DESOBEAU décrit cette rencontre comme celle de « deux êtres dont l'un est disponible pour permettre l'évolution de l'autre en respectant sa personnalité » [10, p23]. En psychomotricité, le psychomotricien aura le désir de soigner, d'accompagner le patient tout en respectant la globalité de son être. Cette rencontre se fait lors du premier entretien qui, généralement pour un enfant, s'effectue en présence des parents. L'entretien a pour but de « préciser le motif et l'origine de la demande d'examen et de recueillir les éléments anamnestiques » [24, p241]. Le recueil de l'anamnèse permet au psychomotricien d'avoir une première appréciation de comment le sujet et sa famille s'inscrivent dans la demande et la verbalisation de leur vécu. Tous ces éléments serviront au psychomotricien dans la construction de l'examen psychomoteur.

Le lieu où se déroule cette rencontre va différer en fonction de la nature de la structure dans laquelle le psychomotricien travaille. Généralement, celui-ci dispose d'une salle de psychomotricité prévue pour accueillir les enfants ainsi que leurs parents. F. DESOBEAU décrit la salle de psychomotricité comme un espace vaste, invitant à l'activité dynamique, debout, assis au sol ou allongé. Cette salle est un espace à surprises pourvue d'un matériel varié et attrayant. « Cet espace thérapeutique est tout entier consacré à ce seul patient. La disponibilité du thérapeute est tout autant mentale que corporelle. » [10, p96] Le thérapeute accorde au patient qu'il reçoit une attention psychique et corporelle toute particulière afin de pouvoir appréhender au mieux toute sa problématique psychocorporelle.

Lors de cette première rencontre, une première relation s'instaure entre le psychomotricien et le patient. On peut parler de relation thérapeutique. Avant que celle-ci ne soit instaurée, il faut qu'elle soit créée. C'est une co-construction entre le patient et le psychomotricien. Cependant, c'est au psychomotricien de s'ajuster au patient afin de construire cette relation. Ce travail d'ajustement à chaque patient est primordial. Ce premier contact sera essentiel car il permettra par la suite l'instauration d'une relation de confiance qui constituera un enjeu dans l'investissement de la séance et plus particulièrement dans l'investissement du cadre mis en place. On pourra alors parler d'alliance thérapeutique. D'après Le Petit Robert, l'alliance signifie une « union contractée par engagement mutuel » [24, p401]. C. POTEL nous dit que cette « idée d'engagement de part et d'autre est au cœur du processus qui va, dès la première rencontre, sceller un pacte : celui de concourir au « mieux être », « au soin », de l'enfant » [24, p402]. Cette alliance thérapeutique constituera le point de départ du processus de soin que le psychomotricien mettra en place. Chaque rencontre étant unique, l'adaptation apparaît comme une base fondamentale de la pratique psychomotrice afin d'aboutir à cette alliance thérapeutique. C'est pour cela qu'on parle d'une co-construction, il faut amener le patient à être acteur et partenaire dans la relation.

Le cadre dans la rencontre a une place primordiale car il permet, par ses fonctions contenantes, sécurisantes et stables, l'investissement de la relation. Cette première rencontre, ce premier entretien, va venir préparer la mise en place de l'examen psychomoteur.

c) Le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur fait partie du cadre de la prise en charge en psychomotricité. C'est un examen primordial, qu'il est nécessaire de réaliser avant de commencer tout travail en psychomotricité.

Le bilan psychomoteur est un examen qui permet d'apprécier là où en est l'enfant dans son développement psychomoteur et dans ses acquisitions. Il est le point de départ qui permet ensuite de pouvoir dégager des axes de travail en fonction de la demande et de la problématique du sujet. Réalisé sur prescription médicale, il est adapté afin de pouvoir être réalisé à tout âge de la vie. Le psychomotricien doit construire son bilan autour de la demande et de la problématique du sujet accueilli. Il peut également s'appuyer sur les informations recueillies dans l'anamnèse ainsi que sur celles recueillies par les autres professionnels qui suivent l'enfant. C. POTEL décrit le bilan psychomoteur comme un « catalyseur de réactions corporelles, comportementales, relationnelles, émotionnelles » [24, p235]. Le psychomotricien tente de prendre en compte le sujet dans sa globalité. Il a pour but de réunir les éléments cliniques sur le fonctionnement corporel, moteur et psychologique de la personne pour en faire une synthèse qui va permettre de mieux comprendre les troubles psychomoteurs. Il met en évidence les difficultés comme les capacités du sujet.

C. POTEL nous dit, « selon l'âge du sujet et ses capacités, le motif de l'examen et les signes d'appel, l'examen psychomoteur se construit autour de diverses situations, standardisées (tests) ou non, permettant de recueillir des données quantitatives et qualitatives sur la mise en action finalisée et ses entraves » [24, p236]. En effet, le bilan psychomoteur s'appuie sur des outils normés afin de répondre au mieux à la demande et aux questionnements de l'entourage. Parfois la passation de ces tests ne peut se réaliser. A ce moment-là, le bilan se base exclusivement sur les observations que fait le psychomotricien sur l'acticité libre de l'enfant. C. POTEL parle d'observation psychomotrice qui peut, soit remplacer le bilan, soit le compléter.
« Mesurer, évaluer la motricité d'un individu et surtout interpréter les données collectées se fait, implicitement ou explicitement, en référence à des modèles théoriques ». [24, p236] L'interprétation des données recueillies par les tests va être réalisée à travers les postulats théoriques que le psychomotricien a appris durant sa formation ainsi que tout au long de son parcours professionnel.

Lors de la passation du bilan, le psychomotricien s'adapte à l'enfant, à ses envies, à son état du moment. Pour F. DESOBEAU, « la spécificité du psychomotricien est qu'il s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est, comme il est » [10]. En effet, le psychomotricien a cette particularité de s'adapter au sujet afin d'aller le rencontrer là où il en est, comme il est, ainsi que dans sa globalité psychique et corporelle. C'est également à travers l'observation de l'activité motrice spontanée de l'enfant que le thérapeute va pouvoir construire son travail et sa compréhension de l'enfant. Ces observations lui permettront d'orienter son travail au regard de la problématique mise en évidence.

« L'ensemble des signes cliniques et paracliniques conduit à la formulation d'un diagnostic psychomoteur. Ces éléments seront ensuite mis en lien avec les examens réalisés ou les informations collectées par les autres professionnels (médecins, paramédicaux, psychologue, travailleurs sociaux), afin d'aboutir à un diagnostic général et de déterminer les axes du projet de soins ou d'accompagnement. » [24, p241] En effet, au sein de l'institution, des réunions de synthèse sont organisées afin de pouvoir confronter les points de vue des différents professionnels sur le cas d'un patient. Elles permettent d'apporter une vision plus globale du sujet. A cette occasion, le psychomotricien transmet lui aussi à l'équipe ses observations concernant le bilan psychomoteur réalisé auprès de l'enfant. La réunion de synthèse est une des rares occasions pour rassembler tous les professionnels. C'est le lieu de discussion ou de prise de décision sur le cas d'un patient entrant ou déjà présent dans l'établissement. Elle précède toute décision de prise en charge et permet de recueillir les informations nécessaires afin de proposer à l'enfant un projet personnalisé adapté à sa problématique.

En fonction des conclusions de l'examen psychomoteur, replacées dans l'histoire et le contexte du sujet, le psychomotricien va dégager des axes de travail et proposer à l'enfant un suivi personnalisé.

2. Approche psychocorporelle du psychomotricien

a) La contenance « maternelle » du psychomotricien dans le cadre

Le cadre est l'élément prépondérant qu'il convient de mettre en place avant toute séance de psychomotricité. La qualité de ce cadre et la façon dont il sera respecté influencera de manière déterminante l'intervention du psychomotricien. Il doit permettre au patient un

maximum de disponibilité exploratoire et motrice, de permissivité tout en lui garantissant un maximum de sécurité.

La contenance « maternelle » est une caractéristique de la contenance thérapeutique du psychomotricien. Pour C. POTEL : « En travaillant non seulement son corps mais ses qualités d'expressions corporelles, le psychomotricien développe une certaine qualité de présence corporelle, qui tient compte autant de son positionnement dans l'espace, de ses propres appuis, de sa tonicité, des inflexions de sa voix, sa mélodie, son rythme – toutes ces choses qu'il a commencé à travailler dans le cadre de ses études et qui vont lui servir de repères – pour pouvoir accueillir les expressions corporelles très primitives de ses patients. » [24, p329]. C'est par ce « mode d'être » attentionnel et disponible que le psychomotricien va pouvoir accueillir et contenir les expressions de l'enfant. L'expression de ses comportements très primitifs nécessite une contenance particulière qui se rapproche de celle de la mère.

En effet, l'enfant pour s'ouvrir au thérapeute et émettre par son corps son discours personnel, a besoin d'une contenance très primitive qui se rapproche de celle d'une mère pour son enfant. « Comme la mère qui accueille en elle les éprouvés, les besoins de son nourrisson, les décode, les transforme en éprouvés de plaisir et de bonne sensation, le psychomotricien va accueillir ces expressions corporelles très primitives et régressives. » [24, p330] Ce sont les particularités du modèle du « contenant-contenu » décrit par W.R. BION qui vont donc en constituer une des bases. Pour cela, il faut « accueillir et permettre une transformation de ces symbolisations primaires en symbolisations plus secondarisées via les voies du langage » [24, p329]. Le thérapeute tente de mettre des mots sur les expressions, émotions, comportements de l'enfant afin de l'aider à une meilleure compréhension de lui-même.

Afin d'assurer cette symbolisation, « il ne suffit pas que l'enfant s'extériorise, il faut que ces « extériorisations corporelles » soient « travaillées » par le thérapeute dans son propre appareil à penser » [24, p331]. Le psychomotricien tente, par sa capacité à penser les éprouvés de l'enfant, de lui prêter son psychisme dans le but de l'aider à intégrer ses manifestations internes. Il aide l'enfant à ouvrir de nouvelles voies de passage vers la transformation, la symbolisation et le langage.

Cette contenance dite « maternelle » va également s'exprimer à travers la façon dont le psychomotricien va parler, regarder, écouter, percevoir, sentir. « Sa présence physique va se

faire support, enveloppe sensorielle, contenant affectif, lien émotionnel. Cette réassurance opère chez le patient des changements toniques, permettant le mouvement libre de son être. Au-delà de l'évidence du voir et de l'entendre, le thérapeute va répondre à ce qu'il ressent chez l'autre. Par tous ses sens ouverts, il sent, écoute, regarde, respire, donne de la voix ou de la parole. Il se positionne, s'approche, s'éloigne, contient, relâche. Il va exprimer du sensible et de l'émotion par sa posture, son regard, sa voix. Par ces canaux sensoriels, s'introduisent les échanges affectifs. » [10, p111] Cette présence « sensorielle » va venir contenir l'enfant et l'inviter à s'exprimer.

Afin de sentir et ressentir ce que l'enfant veut lui partager, le psychomotricien s'implique corporellement dans la relation.

b) Une implication corporelle et un langage corporel

F. DESOBEAU parle de relation psychocorporelle entre le psychomotricien et son patient. Selon elle, « la spécificité de la relation en thérapie psychomotrice est que le thérapeute s'implique dans son langage corporel » [10, p104]. En effet, la particularité du psychomotricien est qu'il va s'engager corporellement dans la relation avec le sujet afin de percevoir toutes les particularités des messages émis par celui-ci. « Il s'agit d'une thérapie où le psychomotricien rencontre le sujet là où il est, dans la moindre expression de lui-même. » [10, p62]

On parle de « dialogue tonique » entre le psychomotricien et le patient pour caractériser cette relation particulière dans laquelle les deux protagonistes s'engagent corporellement. Ce « dialogue tonique » témoigne de l'état tonique et émotionnel de l'individu qui est en relation. F. DESOBEAU nous dit : « Pour rencontrer celui qui ne peut dire sa détresse mais l'inscrit dans son corps, il faut faciliter l'installation d'un « dialogue tonique » dès que l'enfant se fie à cet adulte. Adulte qui lui prête attention et qui, s'ajustant à son état, peut communiquer avec lui dans ce même canal. Cette rencontre intime entre l'un et l'autre donne lieu à une construction continue de la relation qui s'ébauche. Le thérapeute s'identifie au patient et par empathie valorise son mode d'être dans son monde. Par sa présence, il valide son mouvement et soutient la moindre ébauche d'émotion en la partageant. » [10, p105]. Ce « dialogue tonique » permet au thérapeute d'instaurer une relation avec l'enfant et de comprendre toutes les subtilités de ses expressions. En effet, le corps constitue l'interface de ce qui se passe à l'intérieur de l'individu. F. DESOBEAU reprendra les mots de R. DIATKINE qui dira des enfants que « leur corps est

l'expression de leur malaise et ce n'est que grâce à un processus relationnel utilisant leur corps qu'un processus évolutif peut s'esquisser » [10, p103]. Donc, c'est par ce « dialogue tonique » qu'une relation thérapeutique va se former et permettre au psychomotricien de pouvoir comprendre les états psychiques et corporels de l'enfant et de l'aider à les mentaliser.

F. DESOBEAU dégage deux canaux essentiels de réception que le psychomotricien a à sa disposition. [10, p109] Le premier « se constitue par ses ressentis à ce moment même de la rencontre ». « Ses propres sensations et émotions sont en effet des indicateurs précieux du vécu de l'enfant. » Le second est « issu du voir et de l'écoute des signaux émis par l'enfant ». De ce fait, dans le but d'une perception complète de ce que montre le sujet, le psychomotricien prend à la fois en compte ses propres ressentis ainsi que ceux exprimés par l'enfant.
Ensuite, elle décrit deux modes d'expression par lequel le psychomotricien s'implique corporellement dans le dialogue. [10, p109] Elle parle d'« une présence sensible avant tout, qui génère l'activité spontanée de l'enfant. » puis d'« une participation interactive à cette activité dès que possible ». De ce fait, « l'activité psychomotrice, perturbée ou non, devient le terrain de la rencontre thérapeutique parce qu'elle est l'expression même de l'enfant ».

Le psychomotricien sera ensuite là pour soutenir et valider toutes ses expressions soit en y mettant des mots, soit en y répondant par ce « dialogue tonique ». F. DESOBEAU dira : « Mon langage corporel se constitue dans un tissu d'attention profonde : sentir, écouter, regarder, prendre telle ou telle attitude, respirer. Ainsi se crée un espace, un lieu entre sujet et thérapeute, pour le sujet. Là prennent sens ses expériences multiples et s'organise une représentation de ses ressentis et de ses agis. » [10, p109]. C'est par cette attitude d'attention profonde et à l'écoute du psychomotricien que l'enfant va se sentir en confiance pour venir déposer ses matériaux bruts. Ces derniers seront ensuite élaborés par le thérapeute qui les lui rendra sous forme acceptable pour qu'ils soient mis en pensée.

Donc ce qui intéresse le psychomotricien c'est le sujet dans son corps. C'est-à-dire comment il vit son corps, comment il l'utilise pour entrer en relation, qu'est ce qui s'exprime par son corps.

c) Différents axes d'intervention en psychomotricité

C. POTEL [24] décrit cinq axes essentiels d'intervention en psychomotricité. Elle parle de prévention et d'éducation psychomotrice, de rééducations psychomotrices, de thérapies psychomotrices, de médiations thérapeutiques et enfin de psychothérapies psychocorporelles. Chacune de ces interventions est une façon de travailler que le psychomotricien s'approprie ou non. Elles permettent également de pouvoir proposer une prise en charge adaptée en fonction de la problématique du sujet.

Le travail éducatif et préventif va intervenir « auprès de l'enfant très jeune en construction et en plein développement » [24, p311]. Les rééducations psychomotrices, elles, sont axées sur les fondamentaux en psychomotricité, en tant que repères et processus de structuration à soutenir, à relancer. « Les rééducations psychomotrices vont avoir un objectif précis et déterminé qui va organiser les séances en psychomotricité, avec un projet, un but « concret » énoncé. » [24, p312] Elles se centrent davantage sur le trouble, le retard ou le manque d'acquisition et tente de le rééduquer dans le but de favoriser une meilleure adaptation scolaire, sociale ou professionnelle du sujet. Les expressions et les émotions sont au cœur des thérapies psychomotrices. « Ce sont des dispositifs de soin qui proposent des médiations classiques psychomotrices mais qui, dans ce cas, vont se faire support d'une activité expressive. » [24, p312] Les médiations thérapeutiques, quant à elles, sont nombreuses et organisent les interventions de façon très claire. « Les outils utilisés par les psychomotriciens sont empruntés à différents champs d'expression : sportif, artistique. » [24, p317] On peut retrouver la danse, le travail en pataugeoire, la musique, les thérapies par le cheval, … Enfin, les psychothérapies psychocorporelles « visent le changement à un niveau profond, non seulement en termes de comportement et d'adaptation mais en termes d'image de soi, d'image du corps, de sentiment de soi » [24, p318]. Il existe des techniques comportementales, d'autres d'orientation analytique.
Tous ces modes d'intervention font partie du cadre de la pratique du psychomotricien. Il peut choisir de se former dans une approche spécifique afin d'enrichir sa pratique. Par cette richesse d'intervention, il a la possibilité d'adapter sa prise en charge en fonction du patient dans le but de lui proposer un accompagnement le plus adapté possible.

Le psychomotricien peut également utiliser d'autres approches comme notamment l'approche groupale. Les thérapies de groupe constituent parfois une alternative au travail

individuel quand celui-ci paraît inefficace ou insuffisant. Les thérapies de groupe ont un intérêt dans l'observation de l'enfant en relation avec ses pairs. Elles sont souvent source de « mode d'expression souvent très régressif, explosif, expulsif, empreint des angoisses les plus archaïques et primitives » [24, p385]. Les fonctions contenantes, sécurisantes et limitantes du cadre auront donc une grande importance ici. En effet, plus il y a de personnes, plus le cadre doit être structurant afin de permettre la construction d'une enveloppe groupale qui contiendra chacun des membres.

- **Conclusion et hypothèses**

Le cadre, qu'il soit institutionnel ou thérapeutique en psychomotricité, est un élément déterminant pour instaurer le suivi d'un enfant. Par ses différentes qualités de contenance, de symbolisation, et de limitation, il permet à l'enfant d'investir le processus de soin. Le psychomotricien par sa formation, par son implication corporelle dans la relation et par ses différents modes d'intervention, vient rencontrer le sujet dans sa globalité psychique et corporelle. Dès le début de la rencontre, le thérapeute commence à penser le cadre. Après avoir effectué le bilan et dégagé les axes de travail, il expose ce cadre à l'enfant. Celui-ci devra être constant tout au long de la prise en charge afin de constituer une base sécure, permanente et contenante à l'enfant.

Dans le cadre de séances en pataugeoire, on peut se demander quelles sont les particularités du cadre physique et psychique ? Quelles particularités du cadre sont importantes et porteuses dans ces séances ? Quelles modalités du cadre sont accordées au médiateur « eau » ?

CHAPITRE 2 : LA PATAUGEOIRE

A. GÉNÉRALITÉS

1. Concept de l'eau en tant que médium

a) Propriétés de l'eau

L'eau est un élément indispensable dans notre vie. Sans eau, la terre ne serait pas habitable, sans eau nous ne vivrions pas. De plus, l'eau constitue la majeure partie de notre corps. Comme le dit C. POTEL, « l'eau fait partie des éléments naturels qui constituent le monde qui nous entoure, dont nous faisons partie » [25, p49]. L'eau est présente dès notre conception. En effet, « les premiers instants de la vie se passent dans l'eau, dans le ventre de la mère ; pendant neuf mois, le fœtus se développe dans l'apesanteur du liquide amniotique, sa première demeure » [5, p2]. De tout temps, l'eau a été investie comme symbole de vie mais peut aussi être destructrice en rapport avec les phénomènes naturels.

L'eau possède plusieurs caractéristiques. [25, p167-168] Tout d'abord, C. POTEL parle de « la poussée d'Archimède ». En effet, cette poussée est verticale et permet un allègement du corps comme si celui-ci était en apesanteur. Ensuite, elle parle de la « pression hydrostatique ». « Cette pression exerce une stimulation constante sur toutes les parties du corps immergées. Elle est à l'origine de stimuli extéroceptifs permanents qui permettent une meilleure perception des membres. » Elle évoque aussi le phénomène de « résistance hydrodynamique ». « Un corps en mouvement dans un liquide subit une résistance qui s'oppose à son avancement. » « Cette résistance intensifie les informations extéroceptives et a une action sur les informations proprioceptives par les efforts qu'elle implique. » L'eau permet également des « échanges thermiques ». « La température de l'eau va avoir une grande influence sur l'activité motrice ou le relâchement. » On associe aussi à l'eau la notion de « profondeur ». Enfin, l'eau a cette particularité d'être « transparente », transparence qui va aider l'enfant ou l'adulte à appréhender la profondeur.

Par ces différentes caractéristiques, on parle souvent de l'eau comme d'une personne qui porte, enveloppe, caresse, masse, aspire et envahit. En effet, « l'élément prend la forme du corps et matérialise ainsi une enveloppe contenante, essentiellement sensorielle et tonique » [13, p3]. L'eau enroule le corps, s'adapte aux formes du corps et touche toutes les parties immergées de

ce dernier. On peut dire que « l'eau provoque une profonde perturbation de la perception du corps du fait qu'elle inverse la prédominance des modalités sensorielles habituelles » [13, p4]. Il est vrai qu'elle est un élément particulier dont les modalités sensorielles, proprioceptives, extéroceptives, sont peu souvent rencontrées dans la vie quotidienne et sont donc sources de nouvelles sensations que le sujet doit appréhender. Pour cela, « l'eau nécessite de lâcher les ancrages, les repères habituels pour aller à la découverte de l'inconnu et à la rencontre de soi-même » [13, p3]. En effet, l'eau permet de partir à la découverte de son corps, de son monde interne et de fait, grâce à ses polarités sensorielles, de faire la différence entre perceptions et états intérieurs. De plus, l'eau par sa dimension régressive à cette particularité de faire émerger et de mettre en forme des angoisses fondamentales et constitutives de l'être humain. Ainsi, pour P. FERNANDEZ, « les limites extérieures que nous rencontrons dans l'eau, nous renvoient au travail des limites internes » [13, p9].

L'eau a donc des effets physiques sur le corps et par ses caractéristiques, elle va avoir des conséquences sur les sensations, les émotions et les affects du sujet. C. POTEL parle de surface de projection des sentiments humains. « Cette fonction de surface de projection de l'eau fait d'elle un bon indicateur des états émotifs, psychiques. » [25, p51] En effet l'eau nous renvoie le reflet de notre état émotionnel et psychique. « En tant que surface, elle est un vrai miroir réfléchissant de la construction de notre identité corporelle. » [25, p46] Le ressenti du contact de l'eau sur notre corps agit donc sur notre monde psychique.

b) <u>L'eau comme médium malléable</u>

Parallèlement aux caractéristiques exposées précédemment, l'eau a cette particularité d'être un médium malléable.

« Le médium est le type de médiation utilisé, il a pour vocation de permettre un écho à la mémoire corporelle, archaïque et favorise les échanges. Il permet un travail particulier sur des objectifs d'individuation, sur les capacités relationnelles et sur les acquisitions. Cela peut être un objet, un milieu ou encore une personne (le psychomotricien peut être considéré comme un médium). » [8, p9] L'eau joue un rôle de « tiers séparateur », de médium, qui permet à l'enfant, avec l'étayage de l'adulte, de comprendre et de mettre du sens sur ses actions. L'eau est donc support de représentations. En effet, C. POTEL définit le médium comme « une substance intermédiaire au travers de laquelle des impressions sont transférées en sens » [25, p57].

Plusieurs auteurs on décrit les caractéristiques d'un médium malléable. A-M LATOUR reprend les mots de R. ROUSSILLON qui dégage cinq propriétés principales et interdépendantes du médium-malléable. [20, p40-41] Tout d'abord, il parle de la qualité d'« indestructibilité » de l'eau qui peut se transformer sans se détruire et parvenir toujours à se reformer. Il parle ensuite de son « extrême sensibilité ». « Quelle que soit l'énergie déployée par l'enfant, l'eau accepte d'être modifiée même de façon minime. » Par cette sensibilité, elle permet à l'enfant d'exprimer ses pulsions sans qu'il y ait de retentissement désastreux sur l'environnement. De plus, l'eau a cette caractéristique d'être « indéfiniment transformable ». En effet, l'eau a cette capacité de tolérer toutes modifications, de la plus infime à la plus destructrice, tout en restant toujours identique à elle-même. R. ROUSSILLON parle également de sa « disponibilité inconditionnelle ». Enfin, il évoque « la qualité vivante du médium malléable, comme animé en lui-même ». Pour lui, il est essentiel que l'enfant puisse considérer à un moment donné l'eau comme une substance vivante, source de représentation.

Au départ, les premières expériences de l'enfant sont essentiellement vouées à une exploration corporelle de son corps et du corps de l'autre. On parle d'expériences sensori-motrices. C'est le bébé qui frappe l'eau, qui ressent l'eau qui coule sur sa peau, une eau qui varie dans sa température. L'accès à l'objet transitionnel, que constitue l'eau, va permettre de mettre en jeu un tiers qui sera support de représentation par son étayage. Effectivement R. ROUSSILLON définit la notion de médium malléable comme un « objet transitionnel du processus de représentation » [25, p56]. Le thérapeute doit également posséder cette malléabilité au regard de son patient. Celui-ci doit sentir que le thérapeute s'adapte à lui, qu'il modifie sa façon d'être et de faire pour lui, qu'il tente de le rendre acteur de sa prise en charge quel que soit le support utilisé.

Donc, en reprenant les mots de C. POTEL, « l'objet médium malléable permet à l'enfant de dépasser l'expérience du sensoriel et d'accéder à la fonction de représentation, dans des processus plus secondarisés » [25, p59].

c) <u>L'utilisation de l'eau en thérapie</u>

L'eau est utilisée depuis l'Antiquité dans une perspective thérapeutique. Son utilisation a évolué et s'est enrichie. Par ses nombreuses qualités, elle peut être bénéfique dans différents domaines.

En effet, l'eau permet de travailler sur la fonction contenante de la peau, elle crée une enveloppe autour du sujet qui lui permet de mieux percevoir les limites de son corps. L'eau permet également de comprendre que le corps est impénétrable ce qui permet de travailler sur les frontières dedans/dehors. De plus, elle peut faciliter la détente musculaire ou au contraire avoir des effets euphorisants notamment chez les enfants. En effet, par son approche particulière du corps, elle est propice au bon développement sensori-moteur de l'enfant. L'enfant par ses actions dans l'eau va nourrir sa pensée. L'eau permettra de lui faire prendre conscience des notions de dedans/dehors, chaud/froid, surface/profondeur mais aussi de construire un schéma corporel et des enveloppes solides bien différenciées. L'eau peut également être utilisée dans la prise en charge de personnes âgées ou de patients en soins palliatifs. Le but sera alors la détente, mais aussi le ressenti de son corps, sensation d'un corps léger et source de plaisir. Avec cette population il est également intéressant, notamment pour les kinésithérapeutes, d'utiliser l'eau pour sa qualité de « résistance hydrodynamique » quand la rééducation a pour but un renforcement musculaire.

Dans les différentes médiations que l'on peut retrouver associées à l'eau, il y a des thérapies où ce médiateur est directement au centre du processus, comme la piscine, la balnéothérapie, la pataugeoire, etc. Ces différentes médiations vont nécessiter l'implication corporelle du thérapeute et du patient. Pour C. POTEL, « choisir l'eau comme élément de base, c'est mettre l'accent sur les signes du corps, et donc s'engager dans les voies de la communication non verbale » [25, p27]. C'est dans cet échange et par cette lecture des signes du corps, que le thérapeute va pouvoir mettre du sens sur les actions du patient.
Dans d'autres médiations, l'eau peut être associée à un autre médium. En effet, pour A. BRUN, « il s'agit parfois d'associer à la médiation de l'eau d'autres médiums, mobilisant des registres sensoriels différents » [6, p245] comme par exemple un atelier boue. Pour elle, il s'agit d'utiliser des « médiums sensoriels plus manipulables que l'eau, permettant de créer des formes repérables et transformables » [6, p245]. L'intérêt de la boue est que, par sa texture, elle permet de créer des formes, des sculptures. Il y a une expérimentation de la matière favorisant des expériences motrices et sensorielles.

Pour pratiquer ces différentes médiations associées à l'eau, le thérapeute doit bien se familiariser avec cet élément afin d'aider au mieux le patient à s'y intégrer et à l'investir. Une médiation qui utilise l'eau peut fasciner, intriguer mais aussi effrayer. Le thérapeute devra donc être à l'aise avec l'eau afin de permettre au patient de se sentir suffisamment en sécurité dans

le milieu aquatique pour l'investir. C. POTEL dit que « pour le soignant, être à l'aise dans l'eau et savoir nager, ne suffit pas toujours pour appréhender tous les tenants et aboutissants d'un tel travail, si tant est que cela soit possible » [25, p27]. Le soignant peut en effet suivre des formations spécifiques dans le but d'avoir plus de clefs pour utiliser l'eau comme médiation.

2. Définition et historique de la pataugeoire

a) Concept du Docteur P. LAFFORGUE

La pataugeoire est une des médiations qui utilise l'eau comme support thérapeutique. P. LAFFORGUE est à l'origine de ce concept. C'est un ancien médecin responsable de l'hôpital de jour La Pomme Bleue de Bordeaux. Cette médiation a été perçue, lors de son apparition, par certains professionnels comme étant le maillon manquant dans les prises en charge d'enfants autistes et psychotiques. Elle est décrite par P. LAFFORGUE comme étant un véritable outil de compréhension des psychotiques et des autistes. C'est une médiation qui apparait comme une réelle pratique complémentaire dans le suivi de ces enfants-là.

C'est l'intérêt des enfants en général, et plus particulièrement des enfants psychotiques de l'établissement La Pomme Bleue, pour les flaques d'eau qui a fait émerger la réflexion de P. LAFFORGUE sur la médiation pataugeoire. C'est notamment le plaisir éprouvé par ces enfants à jouer dans une grande flaque d'eau, en tapotant sa surface, en s'y mirant et s'y faisant disparaître, qui l'a intrigué. Il a commencé par avoir l'idée d'inventer une « flaque thérapeutique » à l'intérieur des bâtiments. Puis avec l'aide de l'équipe de l'établissement, un espace technique appelé « pataugeoire » a été élaboré progressivement. F. TUSTIN, qui a participé à l'élaboration de ce lieu calme, chaud et régressif, décrira cet espace de la pataugeoire comme une « couveuse pour la pensée ». En effet, la médiation pataugeoire, par son approche, participe à la structuration et au développement de la pensée chez l'enfant.

Plusieurs enfants à problématiques diverses (autistes, polyhandicapés, déficitaires, …) ont bénéficié de cette prise en charge en pataugeoire. Ce vaste panel a permis « d'affiner l'éventail des indications, l'utilisation technique de base et la fréquentation de nombreuses hypothèses, théories et connaissances, tant neurologiques que psychogénétiques, ayant un rendement utile dans cette pratique d'un cadre architectural facilitateur des projections » [20, p21-22]. C'est avant tout en se basant sur l'observation de ces enfants dans cet espace que le dispositif

thérapeutique de la pataugeoire a pu s'affiner. La théorie, elle, est venue pour aider à mettre en forme le travail. P. LAFFORGUE dira : « Face aux angoisses archaïques du vécu corporel des psychotiques et des autistes, je crois nécessaire d'avoir recours à un ensemble d'approches théoriques polysémiques à condition que ces approches théoriques restent à l'état d'hypothèses du possible à penser et ne soient pas utilisées comme des vérités réductrices. » [20, p18]. En effet, la théorie « fonctionne non comme une sorte de « prêt-à-penser » mais doit au contraire travailler et être travaillée par les phénomènes observés et la clinique » [20, p27]. Le travail, la technique, la pensée évoluent et se travaillent continuellement, s'affinent pour être au plus proche du vécu des patients.

Petit à petit, une théorisation de la technique thérapeutique de la pataugeoire s'est construite et a pu être enseignée lors de séminaires de formation. Ces séminaires sont accessibles aux personnes issues de disciplines différentes quels que soient leur lieu d'exercice et leur qualification. « Un des effets de cette formation est que la technique pataugeoire a été « exportée » auprès de populations pour lesquelles elle n'avait pas été initialement élaborée. » [20, p26] En effet, aujourd'hui cette technique est également utilisée auprès de polyhandicapés, d'enfants atteints d'IMC, de syndromes neurologiques, etc. Bien entendu, « il leur a fallu réaménager le dispositif et la technique en fonction des besoins propres de ces patients » [20, p26].

b) <u>Définition de la pataugeoire</u>

A-M LATOUR décrit la pataugeoire comme : « un lieu clos, où l'enfant est reçu par des soignants […] pour jouer dans la flaque avec l'eau de la manière qui lui est propre, dans des règles précitées, par la manipulation de jet et des objets et par la mobilisation de son corps. L'adulte est là pour permettre la symbolisation. Les temps de déshabillage et rhabillage souvent riches en matériel de communication en font partie intégrante, le temps de régulation entre soignant également » [20, p46]. La pataugeoire constitue donc un espace riche en matériels que l'enfant explore par son corps et qui s'accompagne de la verbalisation de deux soignants assurant le maintien d'un cadre physique et psychique.

A. BRUN, elle, dégage trois axes principaux de la technique thérapeutique de la pataugeoire : « la pataugeoire permet d'abord de réactualiser le rapport des enfants avec le monde liquide des eaux maternelles, soit avec les origines de la naissance mais aussi avec le

vécu du bébé qui reçoit les soins maternels. Ensuite, le cadre de la pataugeoire favorise la différenciation progressive d'un dehors et d'un dedans, d'un contenant et d'un contenu, et, par là même, le début de la construction d'une identité corporelle, en référence avec la théorie du moi-peau de D. Anzieu. P. Lafforgue insiste par ailleurs sur l'utilisation de la projection de l'eau en jet par un tuyau sphinctérisable. Enfin, les angoisses archaïques peuvent être travaillées par la technique de la pataugeoire, qui apparaît comme une phase de préparation à des thérapies plus classiques. » [6, p247]. Cette médiation permet donc d'accompagner le développement psychomoteur de l'enfant en participant à la construction d'une image du corps, à la différenciation d'un dedans et d'un dehors, à la construction d'une identité, à l'acquisition de la propreté, etc. En effet, P. LAFFORGUE dans l'évolution de ses recherches sur les effets de la pataugeoire constatera, en se basant sur son expérience avec les enfants bénéficiant de ce dispositif, qu'elle permet d'aborder plusieurs domaines. Il parle notamment de « problèmes de l'organisation de l'espace, de l'écoulement du temps, le dedans et le dehors, les limites et leurs contraintes, le contenant et le contenu, la permanence de la fonction de l'objet, le « moi-peau » […] etc… » [19, p6].

Donc pour A-M LATOUR, « la pataugeoire est un des dispositifs les plus adaptés pour partir tranquillement à la découverte du corps et pour sa « construction ». Il apparaît dans cet espace que tout peut concourir à expérimenter et à raconter le corps » [20, p16]. En effet, l'enfant exprime par son corps son histoire, ses angoisses, ses émotions. Toutes ces manifestations du corps vont être lues par les soignants présents et vont être accompagnées dans le but de permettre à l'enfant de les comprendre. Pour P. LAFFORGUE, « le support théorique, quel qu'il soit, a la valeur de la « rêverie maternelle » dont parle BION. Son effet est de détoxiquer le corps souffrant de ce qui est violent, destructeur et impensable » [20, p18]. C'est par la capacité du soignant à penser ce qui se joue dans le corps de l'enfant qu'il va lui permettre de symboliser ses vécus archaïques.

c) <u>Pourquoi un psychomotricien ?</u>

Dans le dispositif de la pataugeoire décrit par P. LAFFORGUE, le thérapeute en lien avec l'enfant et l'observateur peuvent être des personnes issues de disciplines différentes quels que soient leur lieu d'exercice et leur qualification. Dans cette partie, j'aimerais mettre en avant ce que le psychomotricien, par sa formation, peut apporter à l'enfant.

La psychomotricité est née pour prendre en charge la pathologie à travers la voie corporelle. E. PONCE DE LEON évoque : « par le biais du préfixe « psycho », le concept de psychomotricité rend compte de la relation indissociable entre le psychisme et la motricité. Le psychomotricien travaille à partir du corps réel – le corps de la sensibilité, de la sensorialité, de la motricité – en tenant toujours compte des rapports de l'enfant avec son propre corps, avec celui des autres, avec l'espace, avec les objets, dans un contexte spatio-temporel. » [23, p110]. Dans le dispositif de la pataugeoire, le psychomotricien prend en compte le sujet dans sa globalité psychique et corporelle ainsi que les capacités de celui-ci à être en relation avec le monde qui l'entoure.

Les enfants vus en pataugeoire ont des difficultés dans la mise en pensée de préoccupations non élaborées qui entraînent des répercutions au niveau corporel, relationnel, psychique et cognitif. Le psychomotricien par son approche psychocorporelle favorise l'expression de ses préoccupations et aide l'enfant par sa posture, son mode de communication verbal et non verbal, son dialogue tonico-émotionnel, à mettre du sens sur ses éprouvés. En effet, comme le dit E. PONCE DE LEON « le but de la thérapie psychomotrice consiste à favoriser et à développer l'expressivité motrice et la symbolisation, donnant sa place au corps comme lieu de plaisir, de connaissance et de communication avec l'autre » [23, p.110]. Le psychomotricien en soutenant l'expressivité motrice de l'enfant lui permet d'être dans une posture d'apprentissage de son corps, de ses capacités relationnelles ainsi que la compréhension de son monde interne.

Afin de soutenir l'enfant dans ses apprentissages, une des particularités du psychomotricien est qu'il joue et par ce fait il va aller rencontrer l'enfant dans ses jeux. « Ainsi, les séances de psychomotricité peuvent être considérées comme une scène partagée, rêvée, interprétée par deux protagonistes, dont l'un écrit le scénario et dirige la mise en scène, et l'autre tient le cadre et répond. » [24, p359] En effet, le jeu a une très grande place dans la pratique du psychomotricien, il constitue un des médiateurs thérapeutiques privilégié de cette profession. A-M LATOUR nous dit qu'en séance de pataugeoire : « Il ne s'agit pas, du côté des adultes, de se laisser aller à jouer comme s'ils étaient eux-mêmes des enfants, ou bien comme s'ils se trouvaient avec des enfants qui jouent spontanément de façon créative. Il est davantage nécessaire d'amorcer, soutenir et contenir la possibilité de jouer vraiment, en adoptant une attitude structurée, fiable, au service du jeu de l'enfant, de l'échange et du maintien de la relation. » [20, p14]. Donc il s'agit de « jouer avec » et d'être acteur dans le jeu, dans l'échange.

Dans cet échange avec l'enfant, le psychomotricien s'engage à la fois corporellement et psychiquement. En effet, « être psychomotricien, c'est engager son corps, ses émotions, son imaginaire. Le psychomotricien a un savoir-faire du jeu » [24, p352]. C'est dans cette engagement à la fois corporel et psychique ainsi que dans le jeu que le psychomotricien peut aller rencontrer l'enfant là où il en est, comprendre ses états mentaux et l'aider à entrer dans des processus de symbolisation. C'est par la qualité de son observation et de son écoute de l'enfant ainsi que de ses propres vécus qu'il va pouvoir faire des hypothèses de compréhension des manifestations de l'enfant. En effet, « le psychomotricien écoute mais utilise aussi son propre langage corporel, son propre appareil psychosensoriel comme résonateur d'émotions et terre d'accueil de toute une sensorialité projetée, expulsée, de toute une corporéité en souffrance ou en mal de construction et de repères » [24, p348]. Le psychomotricien accueille toutes les manifestations de l'enfant. Il les détoxifie et les renvoie à l'enfant sous forme acceptable pour que celui-ci se les représente.

3. Le cadre physique en pataugeoire

a) Le lieu

Dans cette description du lieu, je m'appuierai sur l'organisation de la pataugeoire que je vois en stage. Celle-ci diffère légèrement de celle décrite par A-M LATOUR car elle s'est construite en fonction des contraintes inhérentes à l'institution. Bien entendu, les modalités que ce lieu doit remplir sont respectées.

La pataugeoire est une petite pièce fermée, très peu éclairée, outre le plafonnier, composée seulement d'une fenêtre donnant sur une toiture et donc permettant de ne pas pouvoir être vu de l'extérieur : « Ceci afin de préserver au maximum l'intimité du lieu » [20, p31]. De plus, il s'agit d'une pièce entièrement carrelée jusqu'à un mètre de hauteur.

Elle est également composée d'un espace sec et d'un espace mouillé. L'« espace sec » est aménagé de chaises pour chacun des membres présents lors de la séance. C'est dans cet espace que l'enfant va se déshabiller et mettre le maillot de bain ainsi que se rhabiller à la fin. La chaise de l'enfant est orientée vers un miroir suffisamment grand pour qu'il puisse se voir en entier, dans lequel celui-ci peut se regarder. On retrouve également dans cet espace un lavabo, une baignoire, la bouche d'évacuation ainsi que la commande thermostatique de l'eau. Ce lieu est

également utilisé pour un atelier boue dans lequel le lavabo et la baignoire sont utilisés. Ensuite, vient « l'espace-eau », auquel on accède par une marche, et qui du fait de sa forme incurvée permet l'apparition d'une flaque quand il y a de l'eau. Un tuyau de quatre mètres environ, type tuyau d'arrosage, relie l'espace sec à l'espace-eau afin d'acheminer l'eau. Ce tuyau est suffisamment souple pour être pincé. La régulation de l'eau se fait dans l'espace sec, par la psychomotricienne.

La psychomotricienne comme l'observatrice, ne se mettent pas en maillot de bain. « Les soignants peuvent se mouvoir autour du bassin et intervenir à la fois verbalement et corporellement. » [6, p244] Pour A. BRUN « ce cadre thérapeutique est donc construit autour de différentes oppositions binaires, dedans/dehors, sec/mouillé, adultes habillés et enfant en maillot de bain » [6, p244]. Ces différentes oppositions binaires permettent à l'enfant d'intégrer la notion de limite. C'est-à-dire ce qui va correspondre aux limites corporelles par rapport à soi et à l'autre, mais aussi aux limites par rapport au cadre.

b) <u>Le matériel</u>

Dans l'espace-eau, plusieurs objets sont à la disposition de l'enfant comme une baignoire de bébé, dans laquelle l'enfant peut se loger, ainsi qu'un ensemble de jouets. Ces objets sont permanents, ils ont été choisis pour permettre des manipulations simples par les enfants. On va avoir des récipients (pichet, gobelet, seau troué), un tuyau souple (type sonde gastrique), un tuyau rigide (type tuba), une passoire, une éponge, des balles, des bateaux qui flottent et s'accrochent ensemble, une famille de personnages très stylisés (jouets pour enfant de moins de 18 mois), deux poupons sexués (très réalistes), des poissons, un biberon, des pots de crème…

« Il s'agit donc surtout d'objets permettant à l'enfant et aux soignants d'organiser le flux de l'eau : pas d'objets sophistiqués afin que l'enfant soit lui-même, le plus possible, moteur des transformations de l'eau et des montages qui vont complexifier ses productions (pichet + tuyau, tuyau + tuyau). » [20, p32] Les objets choisis vont permettre à l'enfant de pouvoir jouer sur les modalités de l'eau et de pouvoir la transformer sans la détruire. En effet, comme le dit A-M LATOUR, « les qualités propres de l'eau en font un objet particulièrement sensible, malléable, se prêtant à de nombreuses transformations, et cela sans destruction réelle, sans catastrophe » [17, p3]. Pour elle, le travail en pataugeoire constitue donc davantage un travail « avec l'eau » qu'un travail « dans l'eau » » [17, p3].

D'autre part, « le choix des objets se veut le plus en rapport possible avec les préoccupations des enfants et se trouve suivre les étapes du développement » [20, p33]. En effet, on retrouve la problématique de la sphinctérisation, celle des enveloppes corporelles, celle de l'identité, celle d'une différenciation dehors/dedans… Ces objets doivent être également capables d'aider à la représentation de ces différentes problématiques.

c) Règles et principes de fonctionnement

De manière préalable, A-M LATOUR énonce plusieurs règles de fonctionnement :

- « On vient pour travailler avec l'eau ;
- Il faut se déshabiller pour aller dans l'eau ;
- Il faut se rhabiller pour sortir de la pataugeoire ;
- On peut mettre un maillot de bain ;
- On ferme la porte ;
- On ne sort que lorsque le travail est terminé ; ces deux derniers points montrent qu'il s'agit d'un lieu clos. »

« Il n'est pas nécessaire bien sûr de formuler ces règles à tous les enfants et elles peuvent rester implicites. Elles sont là pour organiser le travail et n'ont aucune valeur en elles-mêmes : ces limitations ou interdits s'énoncent au fur et à mesure quand une question se pose par rapport au cadre. » [20, p37].

D'autres règles seront énoncées à l'enfant au fur et à mesure, quand cela sera nécessaire :

- On ne met pas d'eau dans l'espace sec (règle permettant de commencer à organiser l'espace) ;
- On n'arrose pas les adultes (qui restent habillés pendant la séance), ce qui arrive remarquablement peu souvent ;
- On peut refuser de venir à la séance ;
- Si on veut faire pipi on le fait dans la bouche d'évacuation ;
- On ne se fait pas mal, on ne fait pas mal à l'autre ;
- On ne détruit pas le matériel ;
- On range et on nettoie avant de partir.

Ce sont des principes que l'enfant doit respecter mais qui restent cependant suffisamment flexibles afin de ne pas le bloquer dans la mise au travail de ses préoccupations.

Laura au bout de quelques mois de prise en charge en pataugeoire, décide de ne plus vouloir se mettre en maillot de bain et de ne plus vouloir qu'on mette de l'eau. Ces séances de pataugeoire « sèche » vont durer quelques séances avant que Laura n'accepte de revenir à une pataugeoire avec l'eau et donc en maillot de bain.

Nous pouvons alors nous demander si Laura ne teste pas le cadre et si elle a peut-être besoin de ces séances de pataugeoire « sèche » pour découvrir autre chose. Laura nous montre alors ici l'importance de la flexibilité du cadre qui s'adapte à elle et lui permet de vivre les séances sereinement afin de pouvoir exprimer ses préoccupations.

Ces principes ont « une valeur thérapeutique parce qu'ils « parlent » de l'organisation du monde, du temps, de l'espace, du corps et cela par leur concrétude même » [20, p39]. Le but sera alors de permettre à l'enfant d'expérimenter le rassemblement.

B. FONCTION DE LA PATAUGEOIRE : « SE CONSTRUIRE DANS LA TÊTE ET DANS LE CORPS »

1. Fonction d'exploration

a) Exploration de l'eau par le jeu à travers le matériel mis à disposition

Le dispositif de la pataugeoire constitue un espace d'exploration pour l'enfant d'une part par la présence de l'eau mais aussi par l'utilisation de tout le matériel mis à sa disposition. Cette exploration se fera notamment au niveau sensoriel entre les objets durs et mous, le chaud et le froid, l'agréable et le désagréable, le plein et le vide… « Grâce à l'utilisation des objets qui fonctionnent comme de véritables attracteurs de l'attention et de la motricité, le thérapeute peut soutenir l'investissement par l'enfant de ses propres fonctions psychomotrices. » [18, p93] L'espace d'exploration que propose le dispositif de la pataugeoire va venir soutenir le développement psychomoteur de l'enfant.

Dans cette exploration, la présence d'un cadre contenant constituera un appui pour l'enfant qui, se sentant suffisamment en sécurité, pourra investir cette expérimentation de la sensorialité

ainsi que la découverte du matériel et de l'espace de la pataugeoire porteur de son développement. « En effet, la manipulation concrète de l'eau et des objets favorise la formation de catégories essentielles telles que l'espace, le temps, la permanence, la conservation, la réversibilité, etc., et facilite la création de liens de causalité, indispensables à la structuration et au développement d'une pensée. Dans le cadre d'une pataugeoire, expérimenter, jouer, recréer, mobilisent toutes les ressources de l'enfant via l'exercice de sa motricité fine ou globale. Ce « travail de fond » vient potentialiser et consolider ses fonctions intellectuelles dans des mises en forme ludiques qui apparaissent pour lui comme de véritables trouvailles. » [20, p15] Le dispositif de la pataugeoire a donc pour objectif de favoriser l'expérimentation du monde sensori-moteur, à travers l'eau et les objets qu'elle propose, à des fins de symbolisation.

Pour cela, les objets de la pataugeoire sont divers et variés. Ils sont choisis en fonction de leur pouvoir d'évocation, sans avoir une fonction définie à l'avance, de telle sorte qu'ils vont appeler l'imaginaire de l'enfant et lui permettre de vivre des expériences multiples dans des situations toujours renouvelées. Ces objets font donc appel à son activité. Ils peuvent alors devenir « support d'explorations, d'affects, d'actions, de construction, d'échanges » [10, p98]. L'enfant utilise les objets de la pataugeoire pour des explorations tactiles, visuelles, auditives. « Il va les prendre et en découvrir toutes les possibilités : emboîter, enfiler, empiler, encastrer… L'enfant entre dans l'espace et le temps qui lui sont donnés. Il va s'y répandre et se les approprier comme une extension de lui-même. La posture du corps va s'adapter instinctivement pour se prêter à l'activité motrice et sensorielle désirée. » [10, p99] L'enfant découvre les objets qui lui sont présentés par leur manipulation, leur exploration, leur utilisation dans des jeux. Par ces expériences, il enrichit sa connaissance sur lui-même et sur le monde qui l'entoure. Il développe notamment sa connaissance sur l'espace et le temps. C'est par la rythmicité de ses expériences qu'il va pouvoir enrichir sa connaissance sur son corps, sur ses enveloppes corporelles, sur l'intégration d'un dedans et d'un dehors.

En effet, C. POTEL évoque l'implication de l'eau et des objets utilisés avec l'eau dans l'intériorisation de l'enfant d'un dedans et d'un dehors du corps. Pour elle, « ce rapport direct entre le dedans et le dehors du corps, va se symboliser dans toutes les activités de transvasement » [25, p42]. Ces transvasements se caractérisent par des gestes de vidage et de remplissage. « Absorber ce qui est à l'intérieur, se remplir, regarder l'eau couler du robinet, la voir disparaître dans le goulot d'évacuation. » [25, p42]

Antoine est un jeune garçon qui passe ses séances de pataugeoire à faire des expériences de transvasements avec tous les types de contenant qu'il a à sa disposition. Ces jeux sont très répétitifs et s'intègrent dans un espace et un temps.

Antoine, par ces transvasements, fait donc peut-être l'expérience différenciée d'un dedans et d'un dehors de son corps.

b) Exploration de l'eau par son corps

Dans cette médiation, la dimension réelle du corps est au centre, ainsi que le recours aux voies corporelles primitives qui concourt à la structuration du psychisme précoce de l'enfant. « Ces voies incluent la sensorialité, le toucher, la cénesthésie, la kinesthésie. » [23, p109] L'enfant expérimente avec son corps et c'est par la mise en mouvement de celui-ci qu'il explore son environnement. Donc l'enfant va également utiliser son corps pour explorer ce médiateur qui est l'eau.

On peut tout d'abord parler de l'exploration de la zone orale par l'eau qui est une des explorations du corps principalement utilisée par les enfants suivis en pataugeoire. En effet le cadre des jeux d'eau permet de mobiliser particulièrement la zone de la bouche, de la remplir et de la vider avec l'eau de la pataugeoire. Il est vrai que « quand nous observons des bébés ou des personnes très régressées, leur premier jeu, au sens de l'expérience, est de boire, de téter », de « mettre l'eau à l'intérieur de soi » [25, p42]. Selon A. BRUN [6], cette exploration de la zone de la bouche permet à l'enfant de prendre conscience d'une intériorité et d'une extériorité de son corps. Donc cette découverte de la zone orale permet une structuration de l'image du corps, par la prise de conscience d'un dedans et d'un dehors, ainsi que l'intégration de représentations spatiales.

Maxime est un enfant qui utilise beaucoup la zone orale. Il est dans une exploration bruyante et explosive de cette zone. Il porte l'eau à sa bouche via des contenants et l'expulse de manière forte en y associant un cri féroce.

Donc nous pouvons supposer que Maxime dans ses activités de remplissage et de vidage de sa bouche est dans une prise de conscience d'une intériorité et d'une extériorité de son corps.

L'eau peut être également ressentie comme une enveloppe qui entoure, contient et limite. Par ses caractéristiques enveloppantes elle participe au sentiment d'intégrité corporelle de l'enfant. En effet, pour C. POTEL : « L'eau entoure le corps, elle enveloppe, masse, caresse. Le corps est enveloppé par l'eau. La peau est touchée par l'eau. » [25, p52]. Pour elle, cette fonction d'enveloppe et de contenance de l'eau détermine la présence d'un « espace intermédiaire de jeu, ou encore zone transitionnelle en référence aux travaux de Winnicott » [25, p52]. Cet espace est propice à l'instauration d'expérience pour l'enfant autour de l'eau, de son corps ou encore autour des objets de la pataugeoire.

Camille est une petite fille qui laisse le jet d'eau sur son torse presque pendant toute la durée de la séance. Parfois il lui arrive de le mettre dans son maillot de bain et de nous interpeller sur les sensations que cela procure à son corps.

Cette capacité de l'eau à envelopper et à entourer le corps procure peut-être à Camille cette sensation de limite, de contenance et lui permet peut-être de ressentir son corps.

2. Fonction d'expression

a) Expression des problématiques archaïques par le biais du corps

La pataugeoire est un espace qui permet à l'enfant, par la qualité de son cadre contenant, de revivre des expériences archaïques, précoces et infantiles non sécurisantes dans le but de les mettre en pensée et de les symboliser. Le fait de revivre ces expériences archaïques et précoces va également susciter chez l'enfant une envie d'exprimer des choses qu'il ne peut exprimer ailleurs. En effet, la pataugeoire favorise l'expression libre de l'enfant, c'est-à-dire non dirigée.

Une des règles de la pataugeoire autorise Camille à dire des gros mots. C'est une règle que Camille aime particulièrement car elle lui permet d'exprimer toute son agressivité interne à l'oral à propos de souffrances familiales principalement mais aussi envers la psychomotricienne et moi-même. Par cette agressivité exprimée, Camille nous montre ce besoin de chercher à nous tester, à nous attaquer et à voir si on tient, si on résiste. Camille investit également beaucoup l'espace de la pataugeoire en chantant ou en racontant des histoires. Parfois les chansons et les histoires qu'elle invente, expriment des émotions, des sujets qui la préoccupent.

Donc on peut voir que le cadre est porteur des expressions de l'enfant en pataugeoire. Il permet à celui-ci d'exprimer tout ce qu'il ne peut pas exprimer à l'extérieur, dans le monde socialisé dans lequel il évolue comme nous pouvons le voir ici avec l'exemple de Camille qui exprime à travers les gros mots, les chansons et les histoires, ses préoccupations.

Parfois, certaines « représentations » que semble avoir l'enfant paraissent beaucoup moins construites, non énonçables même dans le langage. C'est dans ces moments-là, dans un cadre suffisamment sécurisant et contenant, que l'enfant va utiliser son corps comme autre moyen d'expression de ses problématiques archaïques. En effet, l'enfant dans l'espace de la pataugeoire exprime les archaïsmes de son fonctionnement psychique. Certains enfants n'ont pas forcément ce besoin de parler et au contraire, se construisent au sein de l'espace de la pataugeoire, un monde à eux, hermétique à l'extérieur. Ce silence est également une forme d'expression.

Antoine ne communique pas pendant ses temps de pataugeoire. Il ne nous sollicite pas et ne répond pas quand on lui pose des questions ou nous répond par des phrases très courtes qui ne permettent pas d'instaurer un dialogue. Pourtant, quelque chose s'exprime dans ce silence. Antoine utilise une autre façon de s'exprimer qui est celle qui passe par ses jeux et son corps. Ce temps de pataugeoire, qu'il investit également comme un temps de silence, constitue pour lui une pause dans sa vie de tous les jours.

On voit donc bien ici avec Antoine cette importance d'avoir un endroit où il peut s'exprimer de la manière qui lui est propre. De plus, l'expression libre corporelle n'est possible que dans la mesure où la personne qui mène l'activité a su créer une atmosphère de confiance. Donc le cadre a une grande importance pour aider l'enfant à s'exprimer.

b) <u>Expression des problématiques archaïques à travers le jeu</u>

A travers cette expérimentation de l'eau et des objets, le dispositif de la pataugeoire favorise également l'expression des pulsions destructrices et agressives ainsi que la mise au travail des processus psychiques archaïques. Il permet également d'aborder des problèmes liés à l'intégration d'un dedans et d'un dehors, d'un contenant et d'un contenu, la permanence de la fonction de l'objet, les enveloppes corporelles, l'oralité, l'anal et le génital… L'expression de ces problématiques peut se faire à travers les jeux de l'enfant.

Tout d'abord, l'enfant utilise les objets de la pataugeoire pour jouer. On peut reprendre les mots de F. DESOBEAU qui déclare que « certains de ces objets seront utilisés à des fins toutes personnelles, permettant l'expression de ses représentations internes » [10, p100]. En effet, l'enfant investit les objets de la pataugeoire dans des jeux créatifs ou simplement les utilise à des fins d'exploration.

Maxime utilise des outils comme des contenants, l'eau et la crème pour nous confectionner, à la psychomotricienne et à moi, des recettes de cuisine. Il énumère les ingrédients, les proportions dans la recette et lorsqu'il a terminé, il nous les amène dans un récipient avec une cuillère pour que nous goûtions ses plats. La cuisine est un sujet qui l'intéresse beaucoup. Maxime nous dit même que plus tard il sera « atelier cuisine ».

Maxime nous montre donc ici l'intérêt pour lui d'utiliser les objets de la pataugeoire dans des jeux créatifs de faire semblant, autour de la cuisine. Ses jeux lui permettent de faire appel à ses représentations internes sur le sujet.

Pour D.W. WINNICOTT jouer est « toujours une expérience créative, une expérience qui se situe dans le continuum espace-temps, une forme fondamentale de la vie » [26, p103]. Le jeu est donc vecteur du développement de l'enfant. En effet, A-M LATOUR nous dit également qu'« habituellement, les relations corporelles, puis les jeux partagés de la petite enfance sont les expériences permettant de s'approprier progressivement les qualités, les compétences mais aussi les impossibilités du corps propre, ses dimensions émotionnelle, cognitive et instrumentale » [20, p16]. Donc c'est par le jeu que l'enfant apprend sur soi, sur l'autre et c'est ce qui lui permet d'avoir accès aux apprentissages. D.W. WINNICOTT rajoute que pour lui, jouer est une thérapie en soi. En effet, il nous rappelle qu'« il ne faut pas oublier que c'est la préoccupation qui marque essentiellement le jeu d'un enfant » [26, p104]. L'enfant utilise le jeu pour exprimer ce qui le préoccupe. En effet, au sein du dispositif de la pataugeoire, les objets utilisés par l'enfant dans ses jeux lui permettent, par leur valeur symbolique, d'éveiller ce qu'il porte déjà confusément en lui. Ils deviennent alors supports de projections et prennent une forme palpable du monde interne de l'enfant.

D.W. WINNICOTT rajoute l'importance de la créativité apportée par le jeu. Pour lui, « c'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou l'adulte, est capable d'être

créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière » [26, p110]. C'est donc dans cet espace du jeu que l'enfant peut à la fois être créatif et s'exprimer pleinement tout en travaillant les préoccupations de son monde interne. Car c'est dans cette créativité, dans cette zone transitionnelle partageable avec le thérapeute que l'enfant va investir le monde, va le découvrir, ouvrir ses portes au savoir et aux apprentissages.

3. Fonction de symbolisation

a) Les objets et le jeu comme vecteurs de symbolisation

L'exploration des objets de la pataugeoire ainsi que leur utilisation dans des jeux permettent de mettre en sens les préoccupations de l'enfant. En effet, l'enfant utilise les objets de la pataugeoire pour projeter ses préoccupations, son agressivité, ses affects, ses émotions. Ces objets, qu'il s'approprie, deviennent alors supports de représentations. Selon F. DESOBEAU, ces représentations vont lui permettre de devenir « actif, acteur, créateur » [10, p100]. C'est-à-dire que l'enfant, par la manipulation des objets étant des supports de représentations, est lui-même acteur de la compréhension et de la mise en pensée de ses préoccupations, de ses archaïsmes psychiques.

L'enfant projette donc de façon non verbale des « messages ». Ces messages seront en quête d'objets qui les reçoivent et les signifient.

Camille se sert beaucoup de la crème qu'elle applique sur tout son corps. Lorsqu'elle ressort de la pataugeoire, Camille nous dit qu'elle se trouve belle car la crème fait briller sa peau mais aussi qu'elle se sent relâchée grâce à la crème et à l'eau.

Nous pouvons donc voir ici que Camille utilise la crème comme outil pour se relâcher, cette crème l'enveloppe et la contient.

Le jeu est également vecteur de représentation. Pour C. POTEL, « le jeu est l'un des moteurs puissants d'intégration, d'élaboration et de transformation d'expériences concrètes en « matières symboliques », qui vont nourrir l'intelligence du sujet et le rendre à même d'établir des concordances entre ce qui se vit, se touche, se sent, s'éprouve, et ce qui se pense » [24, p348]. Donc le jeu en séance de pataugeoire a une place primordiale et permet à l'enfant

d'accéder à une compréhension de ses éprouvés, de son corps et de ses émotions, de ses préoccupations. En effet C. POTEL rajoute que « le jeu permet la compréhension, l'intériorisation » et que « c'est un des maillons essentiels vers l'abstraction » qui correspond à la capacité de l'esprit à créer et utiliser des concepts dans le raisonnement [24, p348].

L'enfant, par ses jeux et la manipulation des objets de la pataugeoire cherche de manière inconsciente des réponses à ses préoccupations non élaborées et se sert de ses activités pour signifier quelque chose, pour mettre ses pensées en forme et par là, mettre au regard de tous ce qu'il cherche à comprendre. En effet, F. DESOBEAU s'inspire de ce que dit Winnicott sur l'objet « trouvé-créé » et dit que l'action de l'enfant de « s'approprier un objet ou les qualités de l'objet est un mouvement qui contribue à son sentiment de toute-puissance et de protection, mais aussi au souhait muet d'être compris » [10, p99]. C'est donc ensuite au thérapeute de s'adapter aux besoins de l'enfant ; c'est-à-dire d'imaginer, de deviner et ensuite de moduler ses réponses agies et verbales en fonction de ce qu'il croit être son projet.

b) Le thérapeute comme source de symbolisation

Outre le fait que le jeu et l'utilisation des objets de la pataugeoire sont vecteurs de représentations, le thérapeute a aussi un rôle dans la symbolisation et notamment dans la mise en mots de ce que fait, dit et vit l'enfant. En effet, A-M LATOUR nous dit que dans les séances de pataugeoire, il faut : « Repérer la manière propre à tel enfant d'investir (ou pas) son corps, l'autre et le monde environnant, d'abord. Lui permettre ensuite de construire d'autres repères, qui soient moins invalidants […] » [20, p58]. Le but étant de favoriser le développement de l'enfant ainsi que de tenter de détoxiquer les vécus corporels de celui-ci.

Pour cela, A-M LATOUR nous dit que « c'est dans l'observation du tonus, des postures, des mouvements et dans les intérêts particuliers de l'enfant quant à l'objet et à l'environnement, que nous pourrons tenter de comprendre ce qu'il en vit, et de là formuler des hypothèses de compréhension » [20, p53]. L'observateur a ici une place importante, car il a pour fonction de retranscrire sur un cahier dédié à l'enfant tout ce qui se passe durant la séance c'est-à-dire les jeux de l'enfant, tout ce qu'il dit à l'oral, ses postures, ses attitudes… Tout ce qui aura été écrit sera ensuite revu avec le thérapeute. Donc l'observateur par son écrit va aider à la formulation d'hypothèses de compréhension de ce que vit l'enfant durant la séance.

De plus, « aider l'enfant à se penser suppose, chez le soignant, la conviction que tout ce que produit l'enfant pendant la séance a un sens (activité, jeu éventuellement, postures, attitudes, mouvements, utilisation des objets, de l'espace, sons, mots…), sens qui peut paraître incompréhensible mais qui est à construire ou à trouver, à proposer et non à donner » [20, p53]. Le thérapeute est seulement dans une formulation d'hypothèses qu'il va proposer à l'enfant. Celui-ci va ensuite s'en saisir ou non en fonction de si cela répond ou pas à ce qu'il cherche à comprendre. E. PONCE DE LEON reprend les mots de R. ROUSSILLON pour signaler la fonction communicative présente dans le domaine du non-verbal et dira que « par langage, on ne doit pas comprendre simplement l'expression des pensées en mots, mais aussi le langage des gestes et toutes formes d'expression de l'activité psychique » [23, p107]. En effet, tout acte véhicule un sens auquel le thérapeute doit être attentif afin de pouvoir élaborer une réponse adaptée.

A. BRUN parle d'enveloppe psychique pour qualifier les réponses et les commentaires du thérapeute. Elle qualifie cette enveloppe psychique « par les commentaires des soignants concernant essentiellement les sensations et les émotions de l'enfant, sans oublier d'évoquer leurs propres affects de plaisir à s'occuper de l'enfant » [6, p245]. En effet, parfois la verbalisation de son propre vécu permet à l'enfant de comprendre son état psychique, ses émotions, ce qu'il est en train de renvoyer au thérapeute. Par cette exposition des éprouvés du thérapeute, l'enfant peut comprendre son état et essayer de réguler ses émotions.

Maxime s'amuse souvent à parler avec une voix de bébé. Cela a tendance généralement à beaucoup l'exciter et à le rendre inattentif à ce qu'il fait. La psychomotricienne exprime alors son agacement face à son attitude et lui intime d'arrêter afin d'être plus attentif et concentré. La plupart du temps, cela aide Maxime à réguler ses émotions et à se calmer.

On peut donc voir ici avec Maxime l'importance de la verbalisation du vécu de la psychomotricienne pour comprendre son propre état interne et réguler ses émotions.

Donc pour A. BRUN, la verbalisation reste donc indispensable « pour nommer et pour mettre en images les sensations-sentiments, les angoisses, l'image du corps et les liens de communication entre thérapeute et enfant » [6, p257].

- **Conclusion et hypothèses**

Donc la pataugeoire, comme le dit A-M LATOUR « est un lieu de travail avec l'eau, avec le corps, avec l'autre » [20, p56]. C'est un dispositif qui a pour objectif de permettre à l'enfant « de passer par la perception, la découverte, l'exploration et l'appropriation des parties de son corps et du monde des objets, et aussi par la perception et l'appropriation de ses vécus émotionnels » [20, p58]. La pataugeoire, par son lieu, son matériel, la présence du médiateur eau, le cadre suffisamment contenant, la qualité de présence et de relation du thérapeute, va être vecteur de l'investissement des séances par l'enfant. Par cette approche, la pataugeoire va permettre à celui-ci de pouvoir exprimer ses archaïsmes primitifs qui, par la fonction de symbolisation des jeux et du thérapeute, vont être accompagnés et tenter si possible d'être dépassés. Donc « il s'agit de travailler à partir des préoccupations non élaborées de l'enfant ; c'est le travail de l'enfant ou, autrement dit : l'enfant sujet de son travail plutôt qu'objet du nôtre » [20, p58]. Le but de la pataugeoire est également de permettre à l'enfant de faire et de vivre de nouvelles expériences qui seront au service de son développement.

Tout au long de cette présentation du dispositif de la pataugeoire, on a pu remarquer « combien la stabilité du cadre et du dispositif, et sa fiabilité, étaient nécessaire à l'établissement d'une « ambiance de confiance » permettant, aussi loin que l'enfant le pourra, de passer de la concrétude des évènements corporels et spatiaux à leur représentation » [20, p139]. En effet le milieu de la pataugeoire est un lieu qui favorise l'expression des formes les plus primitives et non élaborées de l'enfant. Il est donc très important de construire un cadre le plus contenant possible pour que l'enfant se sente suffisamment en confiance d'une part pour s'exprimer mais aussi pour réaliser cette transformation des préoccupations non élaborées en représentations.

La plupart des enfants vus en pataugeoire ont un rapport au corps particulier, une corporéité particulière. On peut parler de défaut de construction d'une enveloppe corporelle et psychique. Cette enveloppe se construit dans l'enfance et permet à l'enfant de se développer et de grandir en sécurité sur le plan corporel et psychique. Lorsqu'elle fait défaut à l'enfant, elle entraîne l'apparition d'angoisses envahissantes qui l'empêchent d'acquérir de nouvelles compétences.

Comment se construit cette enveloppe ? Comment cette problématique peut être abordée en séance de pataugeoire ? En quoi l'importance d'un cadre contenant est ici primordiale ?

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

CHAPITRE 1 : DÉVELOPPEMENT DE LA CONSTRUCTION D'UNE ENVELOPPE CORPORELLE

A. L'ATTACHEMENT MÈRE-ENFANT COMME SOUTIEN A LA CONSTRUCTION DE L'ENVELOPPE

1. Le concept de l'attachement développé par J. BOWLBY

J. BOWLBY est le fondateur de la théorie de l'attachement. Il s'est très tôt intéressé aux conséquences des séparations précoces des enfants avec leurs parents. La mise en place d'un lien d'attachement est complexe et se construit progressivement dès la grossesse. Pour lui, l'attachement est un besoin primaire et impératif de l'enfant.

« La théorie de l'attachement de J. Bowlby dit que le bébé, de par son équipement inné, manifeste des conduites dirigées vers sa mère (ou toute figure substitutive) qui ont pour but le maintien de l'enfant le plus possible à proximité de la figure maternelle. » [14, p97] Donc pour J. BOWLBY, le bébé naît avec une prédisposition innée à s'attacher. En effet, pour obtenir cette proximité, le nourrisson use de cinq conduites innées de base que J. BOWLBY décrit comme conduites d'attachement : « la succion, l'étreinte (grapsing), les actions de poursuite (poursuite oculaire, plus tard déplacements), les cris et le sourire » [14, p97]. Il nous dit également que c'est par la répétition des moments partagés, des soins prodigués qu'un enfant s'attache à la figure d'attachement. « Le système d'attachement a pour but de favoriser la proximité de l'enfant avec une ou des figures adultes afin d'obtenir un réconfort lui permettant de retrouver un sentiment de sécurité interne face aux éventuels dangers de l'environnement. » [11, p15] Ce processus d'attachement est donc à la fois en lien avec les prédispositions innées de l'enfant mais aussi en lien avec les réponses répétées et adaptées fournies par l'environnement qui permettront à l'enfant de développer un sentiment de sécurité interne. Il est vrai que « la sensibilité avec laquelle l'adulte répond aux besoins exprimés par l'enfant conditionne la

sécurité de l'attachement de ce dernier » [11, p17]. Ce sentiment de sécurité interne servira de base et favorisera la construction d'une enveloppe contenante et stable.

Par la suite, « quand le système d'attachement n'est plus activé, que l'enfant est rassuré alors entre en jeu le système exploratoire grâce auquel l'enfant apprend sur son environnement et développe des capacités qui seront importantes pour les stades ultérieurs du développement » [11, p16]. C'est grâce à l'expérience de liens d'attachement de qualité, que l'enfant va pouvoir se sentir suffisamment en sécurité pour aller explorer son environnement. L'attachement est donc au service de l'autonomie, de la protection et de la socialisation de l'enfant.

Les travaux de M. AINSWORTH et de M. MAIN, ont mis en évidence différents styles d'attachement qui sont : les attachements sécures, insécures, évitants et ambivalents/résistants. « Les styles d'attachement reflètent les prédispositions de l'enfant, son tempérament et la cohérence des réponses parentales en situation de stress. » [11, p19] Ces travaux ont permis de montrer que plus un enfant a un attachement sécure, plus il pourra aller explorer son environnement librement ainsi que mieux réguler ses émotions lors d'évènements de vie stressants. A l'inverse, les attachements insécures sont constitués de stratégies adaptatives plus rigides et facteurs de vulnérabilité. Il a également été décrit un attachement dit « désorganisé », c'est-à-dire lorsque l'enfant n'a plus aucune stratégie pour s'adapter aux situations de stress. Ce type d'attachement est fortement corrélé avec la psychopathologie. On y retrouve une absence de stratégie d'attachement observable par des comportements désorganisés.

Donc on peut voir que l'attachement mère-enfant a une importance dans la construction d'une enveloppe corporelle notamment par la qualité de ce lien qui apporte à l'enfant un sentiment de sécurité nécessaire pour aller explorer son environnement.

2. Le portage et le toucher : holding et handling de D.W. WINNICOTT

Les notions de holding et handling développées par D.W. WINNICOTT sont directement en lien avec la théorie de l'attachement de J. BOWLBY notamment par l'importance de la proximité avec la figure d'attachement afin de construire un sentiment interne de sécurité mais aussi en lien avec la construction du Moi chez l'enfant.

Le « holding » qui se traduit en français par « maintien » désigne la façon dont l'enfant est porté sur le plan psychique et corporel. La qualité de ce portage, sa régularité et sa dimension contenante apporte à l'enfant un sentiment de sécurité et de fiabilité. Le « handling » qui se traduit en français par « manipulation » désigne la manière de manipuler l'enfant avec des mains à la fois caressantes et fermes. Ces deux notions se retrouvent dans la relation entre la mère et l'enfant dans les premiers mois de vie. Durant cette période, le bébé et sa mère sont dans une sorte de fusion où la mère assouvit tous les besoins de son enfant. D.W. WINNICOTT parle alors de préoccupation maternelle primaire [27]. Il est important que ces soins soient prodigués de manière régulière afin de permettre à l'enfant de se sentir réel. Par cette proximité corporelle et ce toucher qu'amène le holding et le handling maternel, l'enfant va pouvoir consolider la construction de son enveloppe corporelle.

Pour D.W. WINNICOTT le Moi de l'enfant n'est pas intégré de manière innée et son intégration dépend du holding maternel. « Ce qu'il appelle « l'état d'unité » de l'enfant dépend de l'adéquation des soins maternels à ses besoins. Cela aboutit pour lui à une délimitation du dehors et du dedans indispensable à son individuation. » [14, p90] La mère par les soins prodigués à son enfant et dans ce corps à corps avec lui, permet cette délimitation d'un dedans et d'un dehors en marquant les contours de la peau par des gestes fermes et caressants ainsi que par le portage. Cette délimitation va avoir une fonction contenante et va permettre de relier les parties du corps entre elles dans un tout unificateur qui est la peau. En effet, la mère en serrant son enfant contre elle, en créant un cercle rassurant autour de lui qui le contient par la chaleur de sa peau et de ses mots, lui assure la permanence de son intégrité corporelle. Ce processus va être vecteur de la construction du Moi de l'enfant car par ce holding et ce handling, l'enfant va développer un sentiment continu d'exister. Donc les soins prodigués par la mère dans ce contact peau à peau avec son enfant vont permettre, par cette stimulation de la peau, de participer à la construction d'une enveloppe qui maintiendra l'unité corporelle de l'enfant et lui permettra de construire son Moi psychique. L'environnement a aussi une place importante dans le soutien de cette relation entre une mère et son enfant notamment par sa stabilité. Donc on peut voir que la notion d'un cadre contenant et stable fait aussi sens ici dans la construction de l'enfant.

Il est également intéressant d'aborder ici la dimension tonico-émotionnelle, développée par J. DE AJURIAGUERRA, qui met en avant l'importance du tonus et des émotions véhiculés dans la relation entre une mère et son enfant. En effet, le nourrisson utilise son tonus comme premier moyen de communication avec l'autre. Dans le portage c'est ce dialogue tonico-

émotionnel entre une mère et son enfant qui va être le fondement de cette construction d'un sujet psychique dans le double rapport à son corps et à l'autre. Pour A-M LATOUR, « l'expérience structurante de la peau, si l'on retient le modèle de l'enveloppe, n'est pas reçue passivement par le bébé » [18, p229]. Donc l'engagement du tonus dans la relation a également une place dans la construction de l'enveloppe corporelle, l'enfant étant acteur de cette construction.

B. LE CONCEPT D'ENVELOPPE

1. Les enveloppes sensorielles du bébé

D. HOUZEL décrit l'enveloppe comme « ce qui entoure complètement un espace et qui, de ce fait, contient tout ce qui se trouve dans cet espace, qui est ainsi fermé » [14, p9]. Il décrit ensuite l'enveloppe cutanée de l'être humain comme une enveloppe qui « peut s'ajuster exactement à l'objet qu'elle entoure, elle peut même être une couche différenciée de cet objet » [14, p9]. Il rajoute enfin que « dans tous les cas, ce qui est commun à tous les types d'enveloppe est la notion d'une limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est contenu à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné » [14, p9]. Donc l'enveloppe corporelle est quelque chose qui délimite un intérieur et un extérieur. Cette délimitation se construit au départ grâce à la peau qui entoure tout le corps comme une enveloppe. Pour que cette peau-enveloppe soit intégrée, il faut qu'elle soit stimulée.

Dès in-utéro, le bébé est stimulé au niveau sensoriel. En effet dans le ventre de la mère le bébé est déjà sensible au son, au toucher, à la lumière. Le sens du toucher apparait très tôt in-utéro, il est le premier sens à se mettre en place et donc à être stimulé. A sa naissance l'enfant, par les soins prodigués par ses parents et les moments de proximité avec eux, est également stimulé au niveau du toucher. Ce peau à peau est riche en sensations tactiles et cénesthésiques qui permettent à l'enfant de pouvoir se créer un premier sentiment d'enveloppe. L'audition, l'olfaction et le visuel sont d'autres sens qui se mettent en place très tôt et qui participent à la construction de cette enveloppe. En effet, l'enfant dans cette proximité avec sa mère est stimulé et enveloppé par sa voix et son odeur qu'il reconnait ainsi que par la proximité de son visage qui permet de créer de la relation. C'est donc également grâce à ce bain sensoriel qu'une enveloppe corporelle va pouvoir se construire.

Pour A-M LATOUR, dans cette construction d'une enveloppe, « ce n'est pas seulement le corps du petit qui est enveloppé, c'est bien sûr sa vie émotionnelle c'est-à-dire pulsionnelle, cognitive, relationnelle, qui se laisse contenir et structurer dans les bras du parent et dans sa propre peau. C'est là que se fabrique peu à peu une représentation de contenance » [18, p332]. En effet l'enfant dans les bras des parents est contenu tant au niveau corporel qu'au niveau psychique comme le décrit D.W. WINNICOTT dans la notion de holding. C'est dans ce soutien corporel et psychique que l'enfant va développer une représentation de contenance et de consistance. Pour elle, c'est grâce au tonus impliqué dans la relation entre la figure maternelle et l'enfant que celui-ci va pouvoir développer un sentiment d'enveloppe et de contenance. En effet le tonus permet à l'enfant à la fois de communiquer avec le monde extérieur et à la fois de recevoir les informations sensorielles qu'il communique ensuite à son monde interne. Il permet également par sa sensibilité proprioceptive et kinesthésique de soutenir le sentiment de consistance.

Pour A-M LATOUR, « la notion d'« enveloppe » postule l'existence d'une structure psychique qui envelopperait la psyché comme la peau enveloppe le corps : l'expérience de la peau jouerait un rôle majeur dans les échanges précoces et sur la possibilité d'intégration des expériences corporelles et psychiques, la création des liens corps-psyché et moi/autre, à la racine de la construction de la personnalité et des processus d'individuation » [18, p228]. Donc l'intégration par les stimulations sensorielles d'une peau qui enveloppe le corps permet également de construire cette enveloppe psychique décrite par A-M LATOUR qui serait vectrice du développement de l'enfant.

Donc on peut voir que la construction d'une enveloppe corporelle est également psychique et débute très tôt dans la vie de l'enfant par cette stimulation sensorielle apportée dans la relation avec un environnement stable et contenant. En effet, comme C. POTEL le dit, « autant la notion de corps fait avant tout référence au rapport de soi avec soi-même, autant celle d'enveloppe corporelle concerne le rapport entre soi et l'autre » [25, p33].

2. D. ANZIEU : le Moi-peau

Selon C. POTEL, « par moi-peau, Anzieu désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » [25,

p38]. Le moi-peau s'étaye donc sur les différentes fonctions de la peau. En effet, pour D. ANZIEU, la peau constitue le premier élément de construction d'une enveloppe qui contiendrait et délimiterait le moi du sujet, c'est-à-dire son monde psychique. A-M LATOUR nous dit qu'« en suivant les travaux d'Anzieu, nous sommes conduits à penser que les fonctions de la peau sont transposées dans le moi ; la peau comme interface entre le dedans et le dehors, la peau comme un sac qui retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, les paroles y ont accumulés ; la peau comme lieu et moyen primaires d'échange avec autrui… » [20, p96]. Donc la peau par ses différentes fonctions va favoriser la construction du moi du sujet et va constituer une barrière qui va garantir l'intégrité du corps et va le protéger contre les agressions.

D. ANZIEU va établir un parallèle entre les fonctions de la peau et les fonctions du moi. Il attribue alors neuf fonctions au moi-peau :

- *Une fonction de maintenance* : « La fonction psychique se développe par l'intermédiaire du holding maternel. Cet adossement au corps de la mère qui garantit au bébé sa continuité corporelle, notamment par le contact de ses mains sur la peau, ainsi que par le portage, va permettre à l'enfant de faire l'expérience de sa solidité et de son unité. » [25, p38].
- *Une fonction contenante* qui peut être assimilée à la capacité de la mère à détoxiquer les projections envoyées par l'enfant et de lui renvoyer sous forme acceptable afin qu'il puisse les mettre en pensée.
- *Une fonction de pare-excitation* qui sert de protection à l'intégrité corporelle.
- *Une fonction d'individuation du Soi* qui apporte à l'enfant « le sentiment d'être un être unique » [1, p102].
- *Une fonction d'intersensorialité* : « Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entres elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile […]. » [1, p102].
- *Une fonction de soutien de l'excitation sexuelle* : « Les soins du bébé s'accompagnent de contacts peau à peau. Les sensations de plaisir dues autant à la chaleur, à la caresse, qu'aux étreintes, peuvent être considérées comme des nourritures de peau, qui vont préparer l'auto-érotisme puis la localisation des zones érogènes. » [25, p39].
- *Une fonction de recharge libidinale* du fonctionnement psychique.
- *Une fonction d'inscription des traces sensorielles* tactiles.
- *Une fonction négative d'autodestruction, d'attaque des liens.*

Toutes ces fonctions, sauf la dernière, visent à favoriser la construction du moi de l'enfant et donc la construction d'une enveloppe à la fois corporelle et psychique. En effet cette « représentation du moi corporel primitif, qu'il appelle le moi-peau, est en correspondance avec les formes d'enveloppes psychiques et se constitue grâce au contact avec le corps de la mère au niveau des sensations cutanées, de l'entourage sonore et olfactif, qui sont des éléments discriminateurs donnant lieu aux sentiments de limite » [23, p109]. D. ANZIEU parle également d'une double enveloppe qui se caractérise par une couche superficielle, qui reçoit les excitations et qui sert de filtre, et une couche plus profonde, surface de l'appareil psychique, qui sert de surface d'inscription où se projetteront les signaux sensoriels et les forces pulsionnelles.

A-M LATOUR rajoutera dans cette construction d'une enveloppe et d'un moi-peau, un « modèle tonique » qui viendrait compléter ces deux constructions. Pour elle, « l'investissement et la mise en forme du tonus et plus particulièrement de la fonction tonico-émotionnelle, apparaissent comme des précurseurs à l'établissement des fonctions psychiques d'un moi-enveloppe ou d'un moi-peau » [18, p228].

C. DÉFAUT DE CONSTRUCTION DE L'ENVELOPPE CORPORELLE

1. Notion de seconde peau pathologique

E. BICK parle de « peau psychique » qu'on peut qualifier comme une fonction contenante maternelle précoce nécessaire au bon développement de l'enfant. Pour elle, « dans leur forme la plus primitive, les parties de la personnalité sont ressenties comme n'ayant entre elles aucune force liante et doivent par conséquent être maintenues ensemble » [9, p144]. Cette fonction de maintien des parties de la personnalité ensemble est assurée par la fonction maternelle qui par sa capacité à penser les éprouvés de l'enfant va lui permettre d'organiser ses éléments psychiques et faire de cette expérience un corps unifié, non débordé par ses sensations.

Toute atteinte de l'enveloppe risque d'entraîner une confusion entre le monde interne et le monde externe mais aussi entre le monde psychique et réel. « Une disparition des limites occasionne un état de chaos. Le sujet vit dans un monde sans signification, il éprouve une souffrance psychique souvent insupportable. » [9, p146] A ce moment des angoisses corporelles peuvent apparaitre car l'enfant n'a plus de sentiment d'enveloppe, de limite, d'unité qui le

contient. Ces angoisses corporelles peuvent être de l'ordre du vidage, de la liquéfaction, de l'effondrement, de la précipitation, et tant d'autres vécus archaïques et éprouvés corporels de terreurs et de sidérations. Ces angoisses archaïques sont au plus près du corps et de la sensorialité. Pour A-M LATOUR, « la perception du mouvement propre et celui du corps dans l'espace risquant sans cesse de raviver ces angoisses, peut limiter toute intégration satisfaisante à la fois du tonus et du sentiment d'enveloppe » [18, p239]. L'enfant est alors démuni et va tenter de lutter pour sa survie psychique.

Cette lutte se caractérise pour E. BICK par la formation d'une seconde peau qui constituerait un mécanisme de défense contre les angoisses primitives. Il qualifie cette seconde peau comme une sorte de « coquille protectrice » [14, p78] qui pourrait s'apparenter à un surinvestissement musculaire ou d'une fonction mentale, ou d'une agitation motrice. En effet, pour lui cette seconde-peau se caractérise par la formation d'une enveloppe tonique qui serait un substitut d'un contenant-peau défaillant. Cette carapace hypertonique permettrait alors à l'enfant de lutter contre ses angoisses. L'enfant peut également se couper du monde et s'enfermer dans une bulle hermétique pour protéger son équilibre interne des menaces venant de l'extérieur. De plus, E. BICK parle d'agrippement sensoriel comme mécanisme de défense utilisé par ces enfants pour lutter contre leurs angoisses. « Cette recherche compulsive de sensations vient en quelque sorte obstruer un abîme infranchissable et donner par là un certain degré de stabilité à un psychisme sans cesse menacé de turbulences et de désorganisations. » [14, p21] Cette recherche de sensations aurait donc pour but de compenser une sensation de vide intérieur angoissant.

Donc, comme le dit F. JOLY, « un défaut des contenants et des enveloppes corporelles, enveloppes inexistantes ou très fragiles, avec une discordance induite dans l'habitation corporelle, et une faillite des images du corps sont toujours observés par tous les cliniciens, et sans doute se source dans l'intrication complexe dès le développement le plus précoce des différentes lignes équipementales, fonctionnelles, psycho-affectives et relationnelle ; mais des fragilités et des béances parfois qui impactent à leur tour toutes les conduites globales de l'autisme et conduisent parfois à des sortes de défenses par carapaces, évitements et barrages à toute approche relationnelle, sensorielle et ludique » [18, p47].

2. Exemple dans l'autisme

Les mécanismes de défense et de lutte pour garder un semblant d'enveloppe psychique et corporelle, sont très souvent retrouvés chez les enfants autistes.

En effet, F. JOLY [4] parle d'une alternance entre des états hypertoniques et de grandes hypotonies de vécus de chute voire de liquéfaction chez l'enfant autiste en réponse aux angoisses primitives. Elle parle notamment de débordements traumatiques qui désorganisent leur monde psychique. Chez les enfants autistes, on retrouve la formation d'une carapace hermétique grâce à laquelle ils se protègent du monde extérieur. On parle de modalités d'agrippement sensoriel, de stéréotypies gestuelles, d'hypertonie qui constituent tous des éléments qui traduisent la manière dont ces enfants essayent de créer un sentiment d'enveloppe et d'unité corporelle pour pallier à leurs angoisses. « L'ensemble des défenses autistiques peut alors être compris comme tentant de circonscrire et de contenir ces angoisses. » [4, p179] Ces défenses intenses et invalidantes utilisées en réponse à ces angoisses témoignent de ce défaut de construction d'une enveloppe corporelle. L'enfant ne ressent pas une unité corporelle assez consistante pour lui permettre de faire face à ses angoisses sans s'effondrer corporellement et psychiquement.

J. BOUTINAUD, lui, parle de mouvements psychiques internes très intenses qui traversent très fréquemment l'enfant autiste. Pour lui, « il s'agit là de la manifestation d'affects dans la forme la plus archaïque qui soit : non reliés à des représentations, ils s'expriment de façon anarchique et se traduisent bien souvent par des réactions d'excitation très intenses chez l'enfant, réactions dont le sens et la nature peuvent échapper à l'observateur extérieur » [4, p129]. L'enfant, face à l'incompréhension de ses émotions et de ses ressentis, tente d'y faire face par ces réactions d'excitation qui se traduisent par de l'agitation, des cris, voire de l'automutilation. Ces excitations traduisent la décharge d'une violente angoisse véritablement « mise à nue ».

De plus, chez ces enfants, l'intégration sensorielle est peu ou difficilement efficiente. Lorsque les stimulations sensorielles arrivent, ces enfants ont du mal à les organiser et celles-ci viennent les envahir. Afin de se protéger, ils se renferment alors dans une carapace tonique hermétique. En effet comme le dit O. BOGDASHINA, « un système de fermeture peut résulter d'une trop grande surcharge sensorielle » [3, p123]. Selon elle, certains enfants autistes

présentent une hypersensibilité. Ces enfants sont donc constamment en surcharge sensorielle et apprennent donc très tôt dans leur vie à éviter les bombardements sensoriels envahissants. « Quand les entrées sensorielles deviennent trop intenses et souvent douloureuses, l'enfant apprend à fermer ses canaux sensoriels et à se réfugier dans son propre monde. » [3, p123] O. BOGDASHINA évoque T. GRANDIN qui émet l'hypothèse, en s'appuyant sur des études faites sur des humains et des animaux, que les enfants autistes se créent et s'imposent leur propre privation sensorielle et que du coup cette limitation des données sensorielles rend ensuite le système nerveux central trop sensible à la stimulation. Cette anormalité résulte de l'évitement des données par les enfants. Les systèmes de fermeture, peuvent donc être considérés comme une adaptation involontaire, par laquelle le cerveau ferme certains systèmes afin de maintenir un équilibre psychique. Cependant, cet isolement social précoce génère des changements importants dans les expériences précoces de l'enfant et peut donc entrainer un retard dans ses acquisitions et dans son développement.

CHAPITRE 2 : CAS CLINIQUE - LAURA

A. Anamnèse

La mère de Laura est âgée de 17 ans lors de sa grossesse et elle a fait un déni de grossesse. Laura est née le 20 Octobre 2013 d'un accouchement prématuré à 33 semaines d'aménorrhées. Il y a d'abord eu un placement initial de la mère et du bébé en foyer maternel. Puis Laura a été placée en famille d'accueil suite à une décision de justice alors qu'elle avait 6 mois. Cette décision a été prise pour des raisons de carences graves dans un contexte familial très pauvre et un isolement.

A ce jour, les parents de Laura ont droit à des visites médiatisées à un point rencontre, selon une fréquence d'une fois par mois. Ils sont peu en capacité de percevoir les troubles de leur fille, mais ils adhèrent aux propositions de soins.

Laura présente une microcéphalie congénitale et une fœtopathie d'origine toxique avec un retard du développement et des acquisitions.

A son arrivée en famille d'accueil à l'âge de 6 mois, elle présente une grande tension corporelle, des raideurs et un besoin massif de contenance. L'Assistante Maternelle appelée Madame A., doit en permanence la porter avec une écharpe. Elle présente des mimiques sans émotion, ne pleure pas, et peut rester dans son lit des heures entières sans bouger. Elle est toujours sur le qui-vive, craintive et le moindre bruit l'effraie. Elle semble insécure, angoissée et fuit le regard. Laura présente depuis sa naissance des troubles alimentaires avec des périodes où elle refuse de s'alimenter. Elle fait également état d'un retard staturo-pondéral.

Laura est d'abord adressée au Centre Médico Psychologique Petite Enfance (CMPEA) à 14 mois pour un retard psychomoteur, des difficultés relationnelles ainsi que pour des troubles du comportement alimentaire et des agitations anxieuses. Durant son développement, des périodes de régression importantes ont eu lieu.

Laura est admise à l'ITEP en 2016 à l'âge de 3 ans. La consultation d'admission avec Mme A. et Laura, permet d'observer une marche digitigrade, liée à de l'anxiété, inconstante mais persistante tout au long de la séance. Un contact non autistique est observé avec un regard

adressé mais sans demande. Le tiers doit rester à distance et ne pas intervenir auprès de Laura. Pour elle, l'autre est perçu comme menaçant. Elle se constitue des protections, comme son doudou dans lequel elle s'enveloppe. A son admission à l'ITEP, Laura présente donc un tableau clinique complexe, dans lequel plusieurs questionnements ressortent. Il est mis en évidence l'importance de prendre en compte le possible conflit entre les différentes figures d'attachement, et de proposer une entrée progressive associant Mme A.

Laura est une petite fille qui entretient un lien très fusionnel avec Mme A. qui, elle aussi, a été une enfant placée. Celle-ci a du mal à quitter le lien avec Laura. Elle nécessite beaucoup d'attention de la part de l'équipe, de soutien, d'accompagnement.

A l'arrivée de Laura dans l'institution, plusieurs bilans ont été fait par tous les professionnels sur son développement, afin de pouvoir lui proposer un projet thérapeutique le plus adapté.

Il ressort des bilans psychologique, orthophonique et éducatif datant de 2017, que Laura est une petite fille hyper-vigilante, hypertendue. Elle peut être très agréable dans la relation, dynamique, tonique, et prendre plaisir dans tout ce qui lui est proposé. C'est aussi une petite fille qui recherche le dur dans son corps : elle marche sur la pointe des pieds, elle présente des tensions corporelles permanentes, elle est dans une manipulation brusque des objets. Elle présente également un retard de langage et de parole avec un lexique restreint. Cependant il semble qu'elle ait une bonne compréhension. Elle commence à pouvoir faire confiance aux adultes qui s'occupent d'elle et investit positivement la prise en charge.

Concernant le bilan psychomoteur, il a été effectué en deux temps aux 3 ans de Laura. Une réelle évolution entre les deux rencontres est notée par la psychomotricienne.
Au départ, Laura se montre très réticente à entrer en relation. Elle est très silencieuse, affichant un sourire de façade et instaurant une mise à distance par rapport à la psychomotricienne. Durant cette première rencontre, elle investit seule les jeux de la salle tout en surveillant du coin de l'œil la psychomotricienne. Elle la met à l'écart et ne la sollicite que lorsqu'elle a besoin d'elle pour attraper quelque chose d'inaccessible en lui prenant la main pour la diriger vers l'objet souhaité. Laura refuse toutes les propositions de la psychomotricienne pour passer le bilan. Son sourire figé donne une impression de relation inauthentique à la psychomotricienne.

Laura se montre très autonome, dans une réelle volonté de mise à distance et donne l'impression de vouloir faire bonne figure.

Lors de la deuxième rencontre Laura se montre peu à peu moins silencieuse, le sourire de façade tombe au profit d'un réel plaisir dans l'investissement des jeux. En revanche elle reste encore très autonome et continue à garder ce maintien à distance de la psychomotricienne. Laura investit principalement des jeux moteurs. Ainsi la psychomotricienne peut observer qu'elle est performante au niveau du corps agi. Laura reste longtemps sur la pointe des pieds, mais au bout d'un moment, elle peut lâcher et se poser au sol. Elle est également en mouvement permanent et trottine plus que ne marche. Elle est hypertonique, hypertendue et dans la maîtrise. L'accordage tonique est difficile. Elle est décrite comme peu performante dans la manipulation fine, dans le langage ainsi que dans les domaines de la sociabilité, de la conscience de soi et d'autrui.

En conclusion, Laura est présentée comme une petite fille hypervigilante, hypertendue, qui a besoin d'être contenue dans une carapace tonique qui la protège de l'adulte qui reste encore menaçant pour elle. Malgré cette corporéité particulière, Laura peut faire preuve de bonnes compétences motrices. En revanche, Laura est beaucoup plus en difficulté au niveau du corps vécu. Elle présente des fragilités sur le plan de son enveloppe corporelle. Elle ne semble pas encore prête à ce qu'on touche à sa carapace tonique. Cependant, au vu de l'évolution entre les deux séances, il semble possible qu'avec le temps elle réussisse à lâcher prise et à parvenir à faire confiance à l'adulte. Nous pouvons donc voir ici, à travers le déroulement de ce bilan, l'importance pour Laura de bénéficier d'un cadre suffisamment contenant et sécurisant afin de pouvoir prendre confiance en l'adulte, d'être plus disponible dans ses activités et de pouvoir aller vers un « lâcher prise ».

Plusieurs objectifs ressortent du projet individualisé :

Tout d'abord, un accompagnement de l'autonomie est proposé à Laura dans ses comportements alimentaires, d'habillage, ses déplacements ainsi que dans l'acquisition de la propreté. Ensuite, afin de travailler sur l'hypertonie défensive, sur une enveloppe non encore homogène, il lui est proposé une prise en charge psychomotrice individuelle avec la médiation pataugeoire, des ateliers de boue et de piscine, des ateliers de tissus et de coussins ainsi que des activités motrices, des jeux extérieurs et des temps de soin du corps. Pour le retard de la parole et du langage un soutien par le Makaton lui est présenté ainsi que des ateliers de chansons, comptines, histoires et un atelier musique-tintamarre. Un travail de soutien et d'organisation de sa pensée lui est proposé, grâce à des jeux à penser et des activités cognitives, un emploi du temps

journalier, ainsi que des ateliers à visée expressive et créative comme la terre, la construction ou la peinture. Au niveau de la socialisation et de la relation à l'autre, une prise en charge psychothérapique de groupe lui est proposée en plus des temps éducatifs en collectivité.

Depuis son arrivée dans l'institution, Laura a bien investi le processus de soin et a commencé à faire confiance à l'équipe de l'établissement. Par cette confiance qui s'est peu à peu installée, Laura a pu davantage s'ancrer au sol et avoir moins recours à la marche digitigrade. Au niveau du langage, elle a fait beaucoup de progrès. Son lexique s'est enrichi, elle a commencé à faire des phrases longues et à verbaliser plus fréquemment. Elle a évolué très positivement, tant sur le plan cognitif, intellectuel que figuratif et imaginaire, sa pensée s'est organisée. Sur le plan relationnel, elle est davantage dans la confiance, dans la sécurité, malgré une persistance de la maitrise de l'adulte. Dans l'ensemble, elle s'est beaucoup apaisée corporellement et est moins en tension. Laura participe positivement dans les différents ateliers qui lui sont proposés.

B. Pataugeoires précédentes (année 2017-2018)

Au début de cette prise en charge, Laura se montre anxieuse et défensive, arborant un sourire figé. Elle se présente alors avec une importante carapace tonique associée à une hypertonie très marquée ainsi qu'un corps bloc et peu délié. Le défaut d'enveloppe corporelle est alors flagrant et Laura ne peut tenir et se tenir sur le plan corporel que soutenue par le regard et la préoccupation constante pour elle de la psychomotricienne. Les débuts de la pataugeoire mettent en évidence sa grande fragilité et une construction du corps très morcelé. Le dialogue tonico-émotionnel avec la psychomotricienne est décrit plutôt de l'ordre de l'accrochage que d'un ajustement corporel. Laura a besoin d'être contenue, que ce soit par l'eau froide qu'elle demande, comme pour bien se sentir corporellement, que par le corps de l'autre.

Peu à peu, Laura va se saisir du matériel de la pataugeoire, principalement des contenants qu'elle va utiliser dans des jeux de remplir, vider, de dedans, dehors et des jeux autour des ouvertures et des fermetures. Il est noté que sa pensée se construit et s'organise petit à petit et que le cadre est de plus en plus opérant. Au fur et à mesure, Laura commence à demander des temps de maternage avec la psychomotricienne, l'accrochage corporel se transforme en câlin. Dans ce même temps, Laura met en place des jeux de maternage avec un bébé à qui elle donne à manger. Elle va aussi commencer à investir la crème. Au cours des séances les jeux de Laura

vont évoluer et se diversifier. Il semble que son enveloppe corporelle tend à se solidifier et à se clôturer, cependant Laura montre qu'elle a encore besoin de contenance extérieure.

A travers ces séances, je remarque que Laura a évolué et que le cadre est devenu opérant afin de l'aider petit à petit à mettre de côté sa carapace tonique et à investir le matériel de la pataugeoire. Je constate également l'importance de l'attitude contenante et sécurisante de la psychomotricienne qui, étant garante du cadre, a permis à Laura de lâcher prise et de s'engager dans les séances.

C. Suivi en pataugeoire de cette année

Mois d'octobre

Lors de ma première séance de pataugeoire avec Laura, milieu octobre, la première chose qui me frappe c'est sa fébrilité. C'est une petite fille toute fine et timide que je rencontre. Sa première réaction lorsqu'elle me voit est de s'arrêter, de me regarder pendant quelques minutes, puis de se réfugier derrière la psychomotricienne. Pendant que celle-ci s'installe, Laura se plante derrière sa chaise en se mettant sur la pointe des pieds, signe qu'elle est anxieuse. Lorsque la psychomotricienne s'installe sur sa chaise, Laura vient directement sur ses genoux pour réclamer un câlin. La psychomotricienne lui explique alors la continuité des soins par rapport à l'année dernière, elle lui explique également que ce n'est plus la même stagiaire qui va assister aux séances mais que désormais ce sera moi.
Cette séance marque ma première rencontre avec Laura mais aussi sa première séance en pataugeoire de l'année. Ce jour-là, c'est donc également les retrouvailles entre Laura et la psychomotricienne dans le cadre de la thérapie en pataugeoire. Laura reste longtemps dans les bras de la psychomotricienne. Avec l'approbation de Laura, la psychomotricienne m'informe que normalement celle-ci ne devait pas être là aujourd'hui en pataugeoire. En effet, cette matinée était normalement consacrée au rendez-vous médiatisé avec ses parents mais que ceux-ci l'ont finalement annulé. La question qui me vient alors à l'esprit est de savoir comment elle vit cette annulation. La psychomotricienne met des mots sur cela et lui demande si elle est triste. Pour seule réponse, Laura secoue la tête pour dire « non ».

Vient ensuite le temps de se déshabiller pour mettre le maillot de bain et aller vers l'espace-eau. Laura se laisse principalement déshabiller malgré quelques interventions pour aider.

Lorsqu'elle est enfin en maillot de bain, elle prend la main de la psychomotricienne et se dirige vers l'espace-eau.

Durant toute la séance, Laura sollicite beaucoup la psychomotricienne dans ses agirs et l'inclut dans ses activités. Elle utilise beaucoup la crème notamment dans des jeux associés à la nourriture qu'elle donne au poupon avec l'aide de la psychomotricienne. Je remarque beaucoup de gestes brusques, de forcing par exemple lorsqu'elle force le bébé à manger en lui enfonçant la cuillère dans la bouche alors qu'elle verbalise qu'il n'a plus faim. Dans ses jeux avec l'autre, je remarque que Laura est très directive, et montre son mécontentement lorsqu'on ne fait pas ce qu'elle nous dit.

Au moment de se rhabiller à la fin de la séance, je retrouve ce comportement autoritaire et directif de Laura qui dicte à la psychomotricienne ce qu'elle doit faire, quelle partie du corps elle doit essuyer, quel vêtement elle doit lui mettre en premier.
Au moment de partir, Laura me demande de me lever et de me mettre devant la porte. Elle sort, referme la porte derrière elle et me demande oralement de frapper à la porte. Dès que je m'exécute, elle m'ouvre la porte en me souriant. La psychomotricienne verbalise que c'est le rituel du « coucou-caché » qu'elle a initié l'année dernière avec la stagiaire.

De cette première séance, j'ai pu remarquer l'importance des retrouvailles avec la psychomotricienne. En effet, Laura a directement réclamé d'être dans ses bras. La psychomotricienne a alors fait la présentation du nouveau cadre, m'incluant en tant que nouvelle observatrice. La présentation de ce nouveau cadre semble importante à faire avec Laura car on a pu voir, par rapport aux pataugeoires précédentes, l'intérêt de celui-ci dans son investissement des séances. Durant cette longue étreinte avec la psychomotricienne, j'ai pu également remarquer que Laura a eu un regard fixe avec une certaine expression de tristesse. Elle m'a semblé se raccrocher aux bras de la psychomotricienne. Je me suis alors demandé si cette attitude n'était pas un lien avec l'annulation de la visite médiatisée avec ses parents et si par cette étreinte Laura n'a pas cherché à se restaurer. J'ai également constaté durant cette séance une continuité des activités de Laura par rapport à l'année dernière avec la reprise des jeux autour de la crème et de la nourriture. A la fin de la séance la reprise du rituel du « coucou-caché » qu'elle avait entamé l'année dernière avec l'ancienne stagiaire semblait peut-être signifier pour elle une continuité dans la prise en charge en pataugeoire.

Mois de novembre

Début novembre, la tristesse exprimée par Laura lors de la première séance semble s'accentuer, se préciser, et se confirmer. Elle est également remarquée par l'éducatrice au sein de son lieu de vie. D.W. WINNICOTT parle d'enfants déprivés lorsque ceux-ci, comme Laura, sont privés d'un environnement familial et sont placés en famille d'accueil très tôt. Il parle d'état dépressif chez ces enfants qu'il énonce comme un signe encourageant car cela signifie que l'enfant « conserve une personnalité intégrée, qu'il éprouve de la sollicitude et se sent responsable de tout ce qui s'est mal passé » [28, p87]. Pour lui, le fait que ces enfants n'ont pas l'espoir de retrouver une mère « suffisamment bonne », cela dénote d'un signe encourageant, car ils sont conscients de la situation. Je me demande alors si Laura ne se trouve pas dans cette phase dépressive lui permettant peut-être de dépasser le possible conflit entre ses différentes figures d'attachement.

Durant les séances de pataugeoire de début novembre, je retrouve chez Laura ce côté obsessionnel dans le déshabillage et l'habillage avec le besoin que ses affaires soient mises d'une certaine manière à un endroit précis ou que ce soit tel ou tel habit qui soit mis ou enlevé en premier. Laura refuse d'aller dans l'espace mouillé sans la présence de la psychomotricienne et lui demande à chaque fois de l'accompagner. Comme celle-ci ne peut pas aller dans l'espace mouillé, car elle n'est pas en maillot de bain, elle amène sa chaise et s'installe juste devant. Laura se met alors sur ses genoux et y reste durant toute la séance. Ses jeux se font donc principalement depuis les genoux de la psychomotricienne et sont donc plutôt pauvres. Laura préfère rester dans les bras de la psychomotricienne sans rien dire et attendre la fin de la séance. Elle ne répond que très peu à ses questions ou ses remarques. Je fais alors l'hypothèse que cette attitude est en lien avec l'état dépressif retrouvé chez Laura depuis quelques semaines. Durant cette période, Laura abandonne son rituel de fin de séance du « coucou-caché » avec moi.

La dernière séance de novembre, constitue un tournant dans la prise en charge pataugeoire de Laura car celle-ci décide de ne plus vouloir se mettre en maillot de bain et de ne plus avoir d'eau. Le cadre de la séance en pataugeoire est donc modifié car il n'est plus constitué du médiateur eau. Durant cette séance, Laura semble un peu plus active. Elle reste beaucoup moins sur les genoux de la psychomotricienne et initie davantage de jeux et d'explorations, essentiellement centrés autour de la crème qu'elle utilise pour verser dans des contenants. Cependant elle est toujours aussi proche de la psychomotricienne qui a pris l'habitude, sur

demande de Laura, de venir s'asseoir près de l'espace mouillé. Il semble que Laura a tout le temps besoin de la psychomotricienne pour effectuer ses actions. Elle utilise beaucoup le corps de la psychomotricienne comme arrière-fond notamment quand elle est sur ses genoux le dos collé à son corps mais également pour sentir, toucher. Par exemple, elle utilise sa main pour faire ce qu'elle ne veut pas faire comme un prolongement d'elle-même, comme si elle ne faisait qu'une seule et même personne avec la psychomotricienne et comme si cette personne était dotée de plusieurs mains. Cependant, je remarque quand même qu'elle intègre la psychomotricienne comme un corps entier dont elle a besoin pour explorer l'environnement. Ce jour-là, Laura me fait le rituel du « coucou-caché » mais au lieu de m'ouvrir quand je frappe, elle décide de vouloir me laisser à l'intérieur, enfermée et s'en va.

A travers cette séance j'ai pu remarquer que le remaniement du cadre par Laura lui a permis d'être plus actrice au sein de la pataugeoire et d'être davantage dans une démarche exploratrice. J'ai également pris conscience de l'importance de la flexibilité du cadre qui, s'adaptant à ses besoins, lui a permis de rentrer dans cette démarche d'exploration. De plus, j'ai constaté que la présence contenante et bienveillante de la psychomotricienne a constitué un soutien à cette exploration de la pataugeoire.

Mois de janvier

Laura continue à faire des pataugeoires sans eau. Son investissement des séances est différent, elle s'amuse à classer, organiser, ranger, associer des couleurs en utilisant les objets de la pataugeoire. Elle semble être davantage dans des jeux de plus grands, plus symboliques. On retrouve également des jeux autour de l'alimentation avec les poupons de la pataugeoire, à qui elle fait à manger et à qui elle donne à manger. On est dans des jeux de faire semblant. Laura a encore tendance à utiliser le corps de la psychomotricienne comme instrument mais ses actions sont davantage dissociées, séparées. Je remarque donc les bienfaits du cadre sur l'investissement de Laura dans les séances. Il lui permet d'entrer dans des jeux plus symboliques et de s'individuer dans ses activités. Laura, lors de ses câlins avec la psychomotricienne, depuis la première pataugeoire sèche, semble être également plus apaisée et ne plus exprimer cette tristesse visible en début d'année. On peut donc supposer qu'elle est sortie de son état dépressif. Elle semble prendre davantage plaisir dans l'échange et être moins dans un accrochage corporel.

Lors d'une autre séance de pataugeoire, Laura s'avance vers l'espace mouillé avec sa propre chaise et demande à la psychomotricienne de faire de même. Laura n'a plus besoin d'être sur les genoux de la psychomotricienne, elle peut vivre la pataugeoire à côté, sans forcément avoir besoin de contact physique. Durant cette séance, Laura est davantage dans un contact verbal. Elle rentre avec la psychomotricienne dans un jeu très symbolique où il est question de petits enfants qui vont à la piscine. Elle initie l'idée de ce jeu mais laisse la psychomotricienne diriger la suite de l'histoire. Laura rejoue alors le fait de se changer et de mettre son maillot de bain pour aller à la piscine et quand la piscine est finie de s'essuyer avec les serviettes et de se rhabiller. Je fais donc l'hypothèse que Laura ne fait plus la pataugeoire mais plutôt « JOUE » la pataugeoire. A la fin de la séance, Laura fait le rituel du « coucou-caché » et cette fois-ci, après avoir frappé, elle m'ouvre la porte en affichant un très grand sourire. En partant, elle me dit au revoir et commence à refermer la porte puis soudain se ravise et s'en va en laissant la porte ouverte.

Mois de février

La séance suivante, Laura décide de réinvestir la pataugeoire avec l'eau et accepte de se mettre en maillot de bain. Je me demande alors si le fait d'avoir rejoué la pataugeoire à la séance précédente ne l'a pas aidé ou ne lui a pas donné envie de réinvestir l'eau de la pataugeoire. Peut-être le fait d'avoir maintenu le cadre, de l'avoir protégé, malgré les pataugeoires sèches, l'a aidée à faire d'autres expériences, d'autres explorations qui lui ont permis d'entrer dans des jeux plus élaborés. Elle a pu vérifier que le cadre tient pour elle pendant qu'elle a besoin de se poser et de faire d'autres expériences.

Durant cette séance, Laura rejoue encore au jeu de la piscine avec les petits enfants. Cependant, cette fois-ci, elle est, elle aussi, en maillot de bain et au contact de l'eau. Durant ce jeu symbolique, Laura met l'accent sur le fait que pour aller dans l'eau tous les enfants doivent avoir un maillot de bain. Je me demande alors si elle ne rejoue pas également toutes les fois où la psychomotricienne lui a dit qu'il ne pouvait pas y avoir d'eau si elle ne mettait pas son maillot de bain. Laura a bien compris les règles du cadre et les met peut-être en application lors de ses jeux autour de la piscine. Je fais donc l'hypothèse que Laura a bien intégré les règles de la pataugeoire et que ces règles font sens pour elle. Dans ses activités, elle commence à choisir des petits jeux même si elle se calque encore sur les propositions de la psychomotricienne.

Vers la fin du mois de février, une stagiaire arrive sur son groupe de vie. Laura est à ce moment-là un peu déstabilisée et l'on retrouve durant les séances de pataugeoire une recrudescence des comportements de maitrise ainsi que des comportements obsessionnels et compulsifs. D.W. WINNICOTT s'est arrêté sur la question de la valeur du jeu pour les enfants. Une de ses hypothèses est que l'enfant joue pour maitriser ses angoisses. Pour lui, « la menace d'un excès d'angoisse conduit à un jeu compulsif ou répétitif ou une recherche exagérée des plaisirs ou du jeu » [28, p69-70]. En effet, durant cette séance, Laura reste essentiellement dans des activités et des jeux de rangement et de classement. On peut faire l'hypothèse que l'arrivée de cette stagiaire est vécue par Laura comme un changement qui met en danger son intégrité corporelle et qui la conduit à contenir cette angoisse par la maitrise et la rigidité retrouvées dans ses activités. Ici encore, je peux noter l'importance d'un cadre stable pour Laura afin de lui permettre de maintenir son intégrité corporelle.

Mois de mars

Au début du mois de mars, Laura attrape la varicelle et décide à nouveau de ne plus vouloir se mettre en maillot de bain. Se pose alors la question de savoir si les boutons dus à la varicelle ne sont pas source d'angoisses corporelles. On peut donc supposer que son vécu du corps est encore sensible et fragile.

Lors de la première séance de ce mois, Laura arrive dans la pataugeoire en rasant les murs et va s'asseoir sur le dossier de sa chaise. Je retrouve ce besoin qu'elle a d'avoir un arrière fond qui se matérialise ici par le mur. Je me demande alors si ce besoin n'est pas en lien avec son vécu de la varicelle. Laura durant cette séance commence également à grimper sur le mur de la pataugeoire en s'accrochant aux tuyauteries. Elle nous dit vouloir monter et toucher le plafond. La psychomotricienne lui demande alors si c'est parce qu'elle a envie de grandir. Laura lui répond qu'elle est déjà grande. Alors la psychomotricienne commence à me raconter et à raconter à Laura comment elle a grandi depuis qu'elle est à l'ITEP. Elle parle notamment du fait que Laura au début était tout le temps sur la pointe des pieds et que petit à petit elle a réussi à bien s'ancrer au sol. Pendant que la psychomotricienne raconte les étapes, Laura nous montre comment elle était, d'abord sur la pointe des pieds puis les pieds bien ancrés au sol. Je fais alors l'hypothèse qu'à ce moment-là Laura rejoue dans son corps son histoire. Je remarque également, par le récit de son histoire, que Laura est passée d'un corps qui agit, non subjectivé, par la marche sur la pointe des pieds, à un corps qui ressent, qui est vécu, par l'ancrage de ses

pieds au sol. Durant cette séance Laura sollicite encore beaucoup la psychomotricienne dans ses jeux qui sont autour de l'alimentation qu'elle donne au poupon. A la fin de la séance, Laura reprend le jeu du « coucou-caché » avec moi et se montre tyrannique en ne voulant pas me laisser sortir et en me refermant la porte au nez en rigolant.

Durant les autres séances du mois de mars, Laura continue à ne pas vouloir se mettre en maillot de bain mais investit différemment le milieu de la pataugeoire en instaurant des jeux en relation comme le cache-cache avec la psychomotricienne. Dans ce jeu elle commence par se cacher elle-même et demande à la psychomotricienne de la trouver. Puis elle souhaite que chacune puisse expérimenter le cache-cache et propose alors de cacher chacune son tour sa serviette dans la pataugeoire pendant que l'autre compte. Laura prend beaucoup de plaisir dans ce jeu.

D. Conclusion

Durant toutes les séances faites avec Laura, j'ai pu constater que le dispositif de la pataugeoire lui a permis de progresser dans un cadre suffisamment stable et sécurisant.

Tout d'abord, à la fin des séances de pataugeoire de l'année dernière, Laura a commencé à mettre un petit peu de côté sa carapace tonique et à investir le matériel et l'espace de la pataugeoire. Son dialogue tonique avec la psychomotricienne s'est également peu à peu ajusté. Le cadre est devenu opérant et a permis à Laura d'évoluer de façon plus sécure au sein de la pataugeoire.
Ensuite, durant cette année, Laura a réussi à m'accepter en tant que nouvelle observatrice. En effet, c'est la première fois qu'elle est confrontée à ce changement de stagiaire car cela fait seulement 2 ans qu'elle bénéficie de la prise en charge en pataugeoire. Dès le début, Laura instaure le jeu du « coucou-caché » avec moi. Elle ne l'a pas forcement suivi tout au long des séances en fonction de son état.

Depuis le mois d'octobre, Laura est passée par plusieurs phases. Tout d'abord, son côté dépressif l'a paralysée dans ses activités. Elle a semblé à ce moment-là passive et inactive durant les séances. Dans cette période, j'ai pu également remarquer chez Laura un besoin massif de contenance par le corps de la psychomotricienne.

Puis les séances de pataugeoire sèche ont permis à Laura d'entrer dans des jeux plus codifiés et plus symboliques. Laura a alors commencé à réinvestir l'espace de la pataugeoire, à être davantage actrice et dans une démarche exploratoire. Au départ, elle a beaucoup utilisé le corps de la psychomotricienne comme « arrière fond » lui permettant d'être plus disponible et réceptive à tout ce qui l'entoure. Puis au fur et à mesure des séances de pataugeoire sèche, Laura a commencé à se détacher du corps de la psychomotricienne et à s'individualiser dans ses jeux. Cependant, durant toute l'année, j'ai pu remarquer la présence d'attitudes obsessionnelles avec une certaine rigidité qui témoigne d'une fragilité psychique et corporelle encore présente. En effet, Laura par ces obsessions tente de retrouver une maitrise sur son corps et sur les autres. J'ai également retrouvé cette fragilité au niveau de l'image qu'elle a de son corps et de son vécu corporel lors de l'apparition au cours de l'année de boutons de varicelle qui ont peut-être expliqué pourquoi elle n'a pas voulu se mettre en maillot de bain pendant quelques séances.

Laura est donc une petite fille qui continue à prendre ses marques et à évoluer progressivement au sein de la pataugeoire. La poursuite de la prise en charge semble nécessaire afin d'aider Laura à continuer sur cette appropriation de son corps et de ses limites ainsi que pour l'accompagner dans son développement.

CHAPITRE 3 : MA PLACE DE STAGIAIRE

A. Rôle dans la mise en place du cadre

Lorsque j'arrive le matin en stage, c'est moi qui installe la pataugeoire. Je mets en place les chaises des adultes et de l'enfant, je mets en place la baignoire avec les objets de la pataugeoire et avant chaque séance avec un enfant, je lui prépare sa serviette et son maillot de bain. Je fais également partie du cadre. Lorsque l'enfant arrive accompagné de la psychomotricienne, je suis déjà installée sur ma chaise dans la pataugeoire avec le cahier de l'enfant.

La mise en place du cadre matériel est importante et nécessaire pour la stabilité de l'enfant en séance. En effet la régularité de la disposition du matériel nécessaire permet de créer un cadre contenant pour l'enfant. J'ai pu le remarquer notamment au début de mon stage, la première fois où j'ai oublié de préparer la serviette et le maillot de bain d'un des enfants. Celui-ci me l'a alors de suite fait remarquer. On peut donc voir l'importance d'un cadre matériel stable et permanent pour ces enfants.

Lors des séances en pataugeoire, je joue le rôle d'observatrice attentive et de « secrétaire » de la séance. En effet, je suis chargée de retranscrire sur un carnet dédié à l'enfant tout ce qui se passe durant la séance. Je suis assise dans l'espace sec et je décris le plus objectivement possible tout ce que l'enfant dit et fait ainsi que les interventions verbales ou non de la psychomotricienne. Je dois être attentive aux attitudes, activités, déplacements, sons et mots de l'enfant que je dois ensuite retranscrire sur son carnet.

A la fin de chaque séance, un temps de régulation est fait avec la psychomotricienne afin de mettre des mots et d'essayer de comprendre les manifestations de l'enfant. Durant ces temps de régulation, le but est d'associer aux observations faites, nos propres réflexions, nos propres hypothèses. Je fais la lecture de tout ce que j'ai écrit sur le carnet durant la séance à la psychomotricienne. Puis, ensemble, nous partageons sur ce que nous avons ressenti sur ce qui s'est passé et émettons des hypothèses, des réflexions sur les comportements de l'enfant. Depuis la fin du mois d'avril, nous avons également entamé avec la psychomotricienne un temps de supervision pour nous aider à mieux comprendre ce qui se passe en séance avec les enfants que nous accueillons. Ces temps de supervision représentent selon E. BLANQUET « un moment

au cours duquel un thérapeute va solliciter un superviseur pour qu'il lui permette de reconduire l'étonnement, de s'ouvrir à de nouvelles possibilités, de regarder et interpeller ce qui se déroule dans le cours de la rencontre avec son patient » [2, p48]. Ce superviseur permet donc d'avoir un regard nouveau sur les patients et peut-être nous amener à d'autres possibilités de compréhension.

B. Rôle d'observation et de transcription

Ce rôle d'observatrice et de transcription que je remplis, peut être assimilé à une seconde enveloppe dans le cadre de la pataugeoire. En effet, A. BRUN fait l'hypothèse que l'observateur de la pataugeoire fait partie du feuillet interne de l'enveloppe du dispositif thérapeutique selon la conceptualisation de D. ANZIEU. Ce dernier, décrit le dispositif thérapeutique comme organisé en deux feuillets : « un feuillet externe tourné vers le monde extérieur, soit l'enveloppe d'excitation où se vivent les interactions sensorielles et émotionnelles entre enfant et soignants, et un feuillet interne, tourné vers le monde intérieur, soit l'enveloppe d'inscription, où il s'agit de mettre en sens ce qui se joue, ici principalement à un niveau corporel » [6, p248]. Pour A. BRUN, cette enveloppe d'inscription se constitue d'abord par l'écriture de l'observatrice au sein du cadre thérapeutique des jeux d'eau, puis par la synthèse entre moi-même et la psychomotricienne à la fin de chaque séance et enfin par une élaboration dans le cadre de supervision.

Cette seconde enveloppe a une fonction contenante pour les enfants. En effet, il y a une composante très contenante dans le fait d'écrire sur un carnet tout ce que fait l'enfant. C'est-à-dire que cette retranscription est également un outil pour contenir les angoisses et les débordements des enfants.
Certains d'entre eux reconnaissent leur carnet et me le font remarquer « c'est mon cahier celui-là, il y a écrit mon prénom dessus ». D'autres s'intéressent beaucoup à ce que j'écris et parfois me demandent de leur lire ce que je viens de marquer et de ce fait viennent vérifier si j'ai bien retranscrit ce qu'ils ont fait ou dit.

Camille, durant les séances de pataugeoire, me demande souvent de retranscrire l'histoire qu'elle va nous raconter. Durant son récit elle fait très attention à bien prendre son temps et me demande souvent si j'ai fini d'écrire et si elle peut continuer son histoire. Elle est très attentive et, si elle voit que je suis toujours en train d'écrire, elle attend que j'ai fini pour continuer son

récit. A la fin de son histoire ou lorsqu'elle est en train de se rhabiller, elle me demande de lui lire son histoire, c'est-à-dire tout ce que j'ai retranscrit sur son carnet. Tout au long de ma lecture, Camille répond à mes questions lorsque parfois je n'ai pas compris ce qu'elle nous a raconté et je rectifie donc au passage mon écrit. Généralement à la fin elle me complimente sur l'exactitude de ma retranscription.

Donc le cahier semble concrétiser pour l'enfant comme le dit A-M LATOUR une « fonction-conteneur » par analogie avec l'attention contenante à la fois de la psychomotricienne et de moi-même et notre travail de transformation.

Comme A-M LATOUR le dit, « pour les soignants engagés dans le travail directement auprès de l'enfant, l'observateur est un appui important pour repérer les microsignes produits par l'enfant mais aussi leurs propres contre-attitudes ; c'est parfois seulement au moment de la régulation qu'il apparaît qu'un comportement de l'enfant peut être en lien avec une parole ou un déplacement de l'adulte, ou avec un évènement antérieur » [20, p60]. L'observateur constitue donc une réelle aide au processus de transformation et de compréhension des projections de l'enfant durant les séances. Dans ce rôle, j'essaie de me montrer attentive et d'utiliser un regard à la fois naïf et affûté qui s'appuie sur la conviction que tout ce qui se produit a une signification. Cette attitude me permet alors de rester disponible à l'inattendu, à la surprise, et d'éviter d'être trop enfermée dans des à priori.

CONCLUSION

Avez-vous déjà réussi à vous représenter l'univers ? Cet espace dit infini ? … Moi non. Il est généralement admis qu'il est impossible de se représenter l'infinité de l'espace justement parce que notre esprit conçoit des limites à toutes choses et qu'on a besoin de ces limites pour penser les choses. L'infini échappe donc à notre pensée car c'est un concept qui ne contient pas de limite. Il apparait donc vrai que notre pensée ne peut s'actualiser que dans un cadre. Sans cadre il n'y a pas de limite et sans limite nous nous perdons. Le cadre est donc bien une nécessité à la pensée et donc une nécessité pour se construire.

A travers mon expérience de stagiaire et la rédaction de ce mémoire, j'ai pris davantage conscience de l'importance de l'instauration d'un cadre dans notre pratique professionnelle. J'ai notamment saisi sa complexité au sein du processus thérapeutique de la pataugeoire et plus particulièrement dans la prise en charge de Laura.

En effet, le cadre est un élément prépondérant qu'il est important de mettre en place, que ce soit aussi bien au sein d'une séance psychomotrice que, dans un sens plus large, à travers l'organisation d'une institution thérapeutique. Il est à la base de tout travail thérapeutique en psychomotricité et il est le garant de l'investissement de l'enfant dans les séances. Le cadre présente différentes fonctions qui sont d'assurer une position contenante, sécurisante, limitante et symbolique. De plus, c'est par l'intrication à la fois du cadre physique et psychique que ses fonctions peuvent exister. Elles sont également celles du thérapeute qui représente et porte le cadre.

Par ailleurs, au sein du processus thérapeutique de la pataugeoire, l'instauration d'un cadre associant toutes ces fonctions permet aux enfants de pouvoir explorer, s'exprimer, et accéder à des représentations à la fois sur leur propre corps et sur le monde qui les entoure.

Enfin, pour des enfants ayant un défaut de construction de leur enveloppe corporelle, comme chez Laura, l'instauration d'un cadre dans le dispositif de la pataugeoire fait sens. Le cadre est une co-construction entre le thérapeute et le patient permettant à celui-ci d'évoluer au sein de la prise en charge. En effet, comme je l'ai constaté durant le suivi de Laura, le cadre est également modulé par le patient, il est pensé par celui-ci pour lui-même.

J'en déduis donc, en répondant à ma problématique de départ, que l'instauration d'un cadre contenant dans le dispositif de la pataugeoire a une grande importance afin de permettre à ces

enfants, dont l'intégrité corporelle est sans cesse menacée du fait de ce défaut de construction de l'enveloppe corporelle, d'investir cet espace source d'expériences et d'explorations riches en symbolisations.

Grâce à mon implication dans le cadre de la pataugeoire au cours de cette année, je me suis appropriée petit à petit ses différentes fonctions. J'ai notamment appris à jouer le rôle d'observatrice et de retranscription des manifestations des enfants. J'ai compris l'importance de ce rôle dans la compréhension et l'accompagnement des manifestations de l'enfant vers une symbolisation de leurs vécus. Cette collaboration avec la psychomotricienne dans la compréhension des enfants m'a beaucoup apporté et m'a permis d'acquérir progressivement des capacités d'observation et d'analyse qui vont continuer à s'enrichir et se développer tout au long de mon parcours professionnel.

Je réalise aujourd'hui que ce mémoire, bien plus qu'une réflexion, m'a permis de concevoir ma future pratique professionnelle à travers un « savoir être » qui va évoluer avec le temps et l'expérience.

BIBLIOGRAPHIE

(1) ANZIEU Didier. ***« Le Moi-Peau »***. Dunod, 1995, pp.102.

(2) BLANQUET Edith. ***« Réflexions sur la pratique de la supervision en Gestalt-thérapie »***. Gestalt, vol. 35, n° 1, 2009, pp. 41-56.

(3) BOGDASHINA Olga. ***« Questions sensorielles et perceptives dans l'Autisme et le Syndrome d'Asperger »***. AFD Editions, Grasse, 2013.

(4) BOUTINAUD Jérôme, JOLY Fabienne, MOYANO Olivier, RODRIGUEZ Marc. ***« Où en est la psychomotricité ? : Etat des lieux et perspectives : Pour une approche psychodynamique »***. Edition In Press, 2014, pp. 101-125, 127-151, 173-184.

(5) BROSSEAU henry. ***« L'eau et les soins »***. Vie Sociale et Traitements, n° 73, 2002. http://mediations-aquatiques.com/articles.html

(6) BRUN Anne. ***« Médiations thérapeutiques et psychose infantile »***. Dunod, 2010, pp. 243-257.

(7) CICCONE Albert. « ***Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques »***. Cahiers de psychologie clinique, vol. 17, n° 2, 2001, pp. 81-102. https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=CPC_017_0081

(8) CORRE Elodie. ***« L'eau, l'autre et moi : le milieu aquatique, médiation du dialogue corporel en psychomotricité »***. Université Bordeaux Segalen, 2013.

(9) DECOOPMAN Françoise. ***« La fonction contenante. Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenante du thérapeute »***. Gestalt, vol. 37, n° 1, 2010, pp. 140-153.

(10) DESOBEAU Fabienne. *« **Thérapie psychomotrice avec l'enfant, la rencontres en son labyrinthe** »*. Erès, 2008, pp. 20-127.

(11) UGRAVIER Romain et BARBEY-MINTZ Anne-Sophie. ***« Origines et concepts de la théorie de l'attachement »***. Enfances & Psy, vol. 66, n° 2, 2015, pp. 14-22.

(12) EDMOND Marc. ***« Entre supervision et thérapie : le contre-transfert »***. Gestalt, vol. 35, n° 1, 2009, pp. 157-168. https://www.cairn.info/revue-gestalt-2009-1-page-157.htm

(13) FERNANDEZ Paul. ***« Au-delà du principe d'Archimède : L'expérience du corps aquatique »***. Revue Evolutions psychomotrices, Vol. 15, n° 59, 2003. http://mediations-aquatiques.com/articles.html

(14) HOUZEL Didier. « ***Le concept d'enveloppe psychique ».*** Editions In Press, 2010.

(15) https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006906399&dateTexte=&categorieLien=cid

(16) http://www.makaton.fr/

(17) http://mediations-aquatiques.com/article-la-pataugeoire-latour.pdf

(18) JOLY Fabienne. ***« L'enfant autiste et son corps : une approche psychomotrice de l'autisme infantile »***. Editions In Press, 2016, pp. 47-51, 93-108, 227-239.

(19) LAFFORGUE Pierre. ***« Le travail en pataugeoire : une expérience de thérapie a médiation corporelle par l'eau »***.

(20) LATOUR Anne- Marie. « ***La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques »***. La vie de l'enfant. Erès, 2014.

(21) MENDIBURU Jean-Pierre. « ***La fonction du cadre***. Gestalt », vol. 25, n° 2, 2003, pp. 11-25. https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=GEST_025_0011

(22) NAZOU Robin. ***« L'élaboration d'un cadre contenant en psychomotricité »***. Faculté de Médecine Pierre et Marie CURIE Site Pitié-Salpêtrière, 2015.

(23) PONCE DE LEON Ema. ***« Le corps en jeu : La psychanalyse et la psychomotricité réunies dans une technique conjointe pour le traitement des enfants »***. Contraste, vol. 28-29, n° 1, 2008, pp. 105-128. https://www.cairn.info/revue-contraste-2008-1-page-105.htm

(24) POTEL BARANES Catherine. ***« Être psychomotricien »***. Erès, 2010.

(25) POTEL BARANES Catherine. « ***Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité »***. Erès, 2017.

(26) WINNICOTT Donald Woods. « ***Jeu et réalité : l'espace potentiel »***. Editions Gallimard, 1975.

(27) WINNICOTT Donald Woods. ***« La mère suffisamment bonne »***. Edition Payot, 2006.

(28) WINNICOTT Donald Woods. « ***Les objets transitionnels »***. Petite Bibliothèque Payot, 2010.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS……..…1

SOMMAIRE……..……2

INTRODUCTION……...3

PARTIE THÉORIQUE……...……..5

CAPITRE 1 : LE CADRE : DU CADRE INSTITUTIONNEL AU CADRE THÉRAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITÉ…….….5

A. LE CADRE INSTITUTIONNEL…….……...5

1. **Présentation de l'établissement**……....5
   a) Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP)…….…5
   b) Le jardin d'enfant de 0 à 6 ans……...6
   c) Service de suite de 6 à 12 ans……8
   d) Composition de l'encadrement……...9

2. **Le cadre thérapeutique de l'institution**……9
   a) Qu'est-ce qu'un cadre thérapeutique……..9
   b) Modalité d'admission et projet individualisé……....10
   c) Evaluation et évolution……...…….……12

B. LE CADRE THÉRAPEUTIQUE D'UNE SÉANCE SELON C. POTEL……...…13

1. **Un cadre physique**……13
   a) Le cadre spatio-temporel…….…..13
   b) La place des rituels en séance……...14
   c) Les règles……..16

2. **Un cadre psychique : un cadre dans la tête**…….…...17
   a) Fonction de contenance et d'enveloppe……17
   b) Fonction de symbolisation……19
   c) Fonction limitante……20

C. QUALITÉ DU CADRE THÉRAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITÉ…….22

1. Le cadre de la rencontre et de la passation du bilan en psychomotricité…...22
a) La psychomotricité……..…..22
b) La rencontre…….…….23
c) Le bilan psychomoteur…….……25

2. Approche psychocorporelle du psychomotricien……..26
a) La contenance « maternelle » du psychomotricien dans le cadre……26
b) Une implication corporelle et un langage du corps……..28
c) Différents axes d'intervention en psychomotricité……..30

→ Conclusion et hypothèses……...32

CHAPITRE 2 : LA PATAUGEOIRE……...33

A. GÉNÉRALITÉS...…….33

1. Concept de l'eau en tant que médium…….……33
a) Propriétés de l'eau……...33
b) Médium malléable……...34
c) L'utilisation de l'eau en thérapie…….……35

2. Définition et historique de la pataugeoire…….…..37
a) Concept du docteur P. LAFFORGUE…….37
b) Définition de la pataugeoire…….……38
c) Pourquoi un psychomotricien…….…….39

3. Le cadre physique en pataugeoire……...41
a) Le lieu……...41
b) Le matériel……....42
c) Règles et principes de fonctionnement……..…43

B. FONCTION DE LA PATAUGEOIRE : « Se construire dans la tête et dans le corps »……44

1. Fonction d'exploration……44
a) Exploration de l'eau par le jeu à travers le matériel mis à disposition……44
b) Exploration de l'eau par son corps……..46

2. Fonction d'expression……..47
a) Expression des problématiques archaïques par le biais du corps……47
b) Expression des problématiques archaïques à travers le jeu……..48

3. **Fonction de symbolisation**……...50
a) Les objets et le jeu comme vecteurs de symbolisation……..…50
b) Le thérapeute comme source de symbolisation…….51

→ **Conclusion et hypothèses**…….…..…53

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE…….…....54

CHAPITRE 1 : DÉVELOPPEMENT DE LA CONSTRUCTION D'UNE ENVELOPPE CORPORELLE……...54

A. L'attachement mère-enfant comme soutien à la construction de l'enveloppe…….54
1. Le concept de l'attachement développé par J. BOWLBY…….....54
2. Le portage et le toucher : holding et handling de D.W. WINNICOTT……..…55

B. Le concept d'enveloppe…….57
1. Les enveloppes sensorielles du bébé……57
2. D. ANZIEU : le Moi-peau……58

C. Défaut de construction de l'enveloppe corporelle……60
1. Notion de seconde peau pathologique……...60
2. Exemple dans l'autisme……62

CHAPITRE 2 : CAS CLINIQUE : LAURA……..…64

A. Anamnèse……...64
B. Pataugeoires précédentes (année 2017-2018)……..67
C. Suivi des pataugeoires de cette année……..68
D. Conclusion……..74

CHAPITRE 3 : MA PLACE DE STAGIAIRE…….……76

A. Rôle dans la mise en place du cadre……76
B. Rôle d'observation et de transcription……..…77

CONCLUSION……...79

BIBLIOGRAPHIE……81

TABLE DES MATIÈRES…….....84