



HAL
open science

“ Quand je te laisse mon bras, ça me fait mal... ”. La psychomotricité auprès d’enfants présentant une enveloppe défaillante, en pédopsychiatrie

Solène Rey

► To cite this version:

Solène Rey. “ Quand je te laisse mon bras, ça me fait mal... ”. La psychomotricité auprès d’enfants présentant une enveloppe défaillante, en pédopsychiatrie. Psychologie. 2019. dumas-02179694

HAL Id: dumas-02179694

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02179694>

Submitted on 11 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.

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège et Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

« Quand je te laisse mon bras, ça me fait mal... »

**La psychomotricité auprès d'enfants présentant une
enveloppe défaillante, en pédopsychiatrie**

Solène REY

Née le 20 Février 1997 à Pau (64)

Directrice de mémoire : Geneviève LAMARQUE

Juin 2019

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège et Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

« Quand je te laisse mon bras, ça me fait mal... »

**La psychomotricité auprès d'enfants présentant une
enveloppe défaillante, en pédopsychiatrie**

Solène REY

Née le 20 Février 1997 à Pau (64)

Directrice de mémoire : Geneviève LAMARQUE

Juin 2019

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement, ma directrice de mémoire, Geneviève LAMARQUE, pour ces échanges riches tout au long de cette année ; son soutien et son accompagnement dans ma réflexion, et dans l'élaboration de ce mémoire.

Je souhaite également remercier vivement, ma maître de stage, Stéphanie VILLETET, pour sa disponibilité, son soutien, ses conseils, et sa contribution dans ce travail de réflexion.

Je remercie l'ensemble des professionnels pour leur accueil au sein de l'équipe.

Je voudrais remercier tous mes maîtres de stages, au cours de ces trois années de formation, qui ont participé à la construction de mon identité professionnelle.

Merci aux patients et aux familles rencontrés.

Je remercie également mes amis, pour ces bons moments partagés, ainsi que les belles rencontres faites à l'IFP.

Enfin, un grand merci à mes proches, pour leur écoute, leur soutien indéfectible au cours de cette année riche et intense.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	4
PREMIERE PARTIE : D'une enveloppe psychocorporelle contenant à une enveloppe défailante.....	7
I- Construction de l'enveloppe psychocorporelle dans le développement de l'enfant.....	7
II- Une enveloppe psychocorporelle défailante chez ces enfants rencontrés en pédopsychiatrie.....	39
DEUXIEME PARTIE : Apport de l'enveloppe institutionnelle et place du psychomotricien dans ce service de pédopsychiatrie.....	49
I- Présentation des institutions	49
II- L'enveloppe institutionnelle.....	50
III- Place de la prise en charge psychomotrice	53
TROISIEME PARTIE : Etude clinique	64
I- Présentation générale de Diego.....	64
II- Anamnèse et parcours de soin.....	64
III- Premières observations de Diego au sein de l'atelier (de novembre à décembre 2018) :.....	68
IV- Bilan psychomoteur (entre janvier et février 2019) :.....	70
V- Evolution au cours de l'atelier (à partir de janvier 2019) :.....	71
VI- Début de suivi individuel en psychomotricité et évolution (mi-février) :.....	74
VII- Conclusion.....	80
CONCLUSION GENERALE	82
TABLE DES MATIERES	84
BIBLIOGRAPHIE	86
ANNEXES.....	90

INTRODUCTION

En fin de deuxième année de psychomotricité, j'ai effectué un stage d'une semaine dans un Centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescents (CMPEA) et en Hôpital de Jour (HJ). Ce stage m'a fortement intéressée, j'ai donc poursuivi au sein de ces structures pour ma troisième année. J'ai choisi ce terrain de stage afin de découvrir le domaine de la pédopsychiatrie, qui m'était inconnu jusqu'alors.

Lors des premiers échanges avec la psychomotricienne du CMPEA, (actuellement ma directrice de mémoire), je lui ai soumis l'idée de mon mémoire, autour de la pratique de la relaxation. A mon étonnement, elle m'a fait part de sa réticence, ou en tout cas du fait qu'elle ne pratique pas de relaxation, avec les enfants qu'elle accompagne au CMPEA.

C'est en débutant ce stage court en pédopsychiatrie, que j'ai pu commencer à comprendre pourquoi la pratique de la relaxation peut être délicate, et pas forcément adaptée pour ces enfants suivis au CMPEA et à l'HJ.

En effet, lors d'une sortie en extérieur avec un petit groupe, j'observe avec stupéfaction, un enfant, que je nommerai Yoann, s'allonger entièrement dans l'eau froide de la rivière. Il semble alors s'apaiser complètement et se sentir bien, totalement immergé dans cette eau très froide. Je décide d'en faire l'expérience en mettant les pieds dans l'eau, pour essayer de comprendre ce qu'il peut ressentir et pourquoi il le fait. Je ressens alors une douleur insupportable me remontant jusqu'aux mollets, comme prise dans un « étau », une sensation de dur. J'ai l'impression d'avoir des poteaux à la place des jambes. Ce ressenti m'est tellement intenable qu'il m'est impossible de rester plus de 5 minutes dans l'eau glacée.

Je me demande alors comment Yoann peut faire pour tenir autant de temps dans l'eau, le corps entièrement plongé dedans, et surtout en semblant totalement apaisé. Cette sensation qui m'est insupportable, semble être tout le contraire pour lui, trouve-t-il de l'apaisement dans la douleur ? D'ailleurs, est-ce qu'il ressent de la douleur également, ou pas du tout ? La vasoconstriction provoquée par l'eau glacée donne une sensation de « tout dur », et c'est ce qui semble réellement l'apaiser.

J'emploie volontairement le terme « d'apaisement » et non de « détente », car ce dernier fait plutôt référence à un relâchement musculaire, ce qui n'est pas le cas pour ces enfants rencontrés.

Plus tard, au cours du stage en troisième année, lors de la passation du bilan avec Diego, un enfant très agité et instable, je commence à évaluer le tonus de fond avec l'épreuve du ballant. Puis au cours de la mobilisation, cet enfant me dit « aïe, ça me fait mal », j'arrête et le questionne pour savoir ce qu'il se passe pour lui. Il formule la phrase suivante : « Quand je te laisse mon bras, ça me fait mal ».

Cette autre expérience me pose alors question, est-ce que la détente, le relâchement, ça fait mal pour cet enfant ? Est-ce que la détente musculaire est signe de douleur pour lui ? Quel est son vécu corporel, devient-il « éclaté », non unifié, dans le relâchement ? Son corps se disloque-t-il quand il est détendu ?

Au cours de mes observations, je constate que la plupart des enfants rencontrés, sont à la recherche de « dur », d'appui sur du solide, que ce soit dans leur corps mais aussi dans l'environnement, le corps du psychomotricien, ou encore les objets de la salle. Ces deux situations expliquées précédemment permettent d'illustrer ce besoin de « dur », par quelque moyen que ce soit (l'effet de l'eau glacée, l'hypertonie, l'agitation, marcher sur la pointe des pieds...).

Je me demande alors pourquoi sont-ils à la recherche de cette sensation de « dur », de solide, dans leur corps ? A quoi cela peut-il bien leur servir ? Ce recours au « tout dur » semble être un besoin presque « vital » pour ces enfants, qui paraît nécessaire pour pallier à une insécurité.

Ces observations-là m'ont amenée à une réflexion autour de la formation d'une enveloppe corporelle contenant et sécurisante. Or, par mes observations, j'ai pu constater un défaut de contenance chez ces enfants rencontrés en pédopsychiatrie. Ils semblent être en recherche et dans le besoin de sentir une enveloppe sécurisante : or, quand « tout va bien » on ne sent pas l'enveloppe corporelle, ou du moins on ne s'en préoccupe pas, c'est intégré corporellement et psychologiquement.

Je me suis alors demandée ce qu'ils peuvent mettre en place, pour compenser cette faille, cette insécurité au niveau de l'enveloppe corporelle ? Quels sont les moyens qu'ils ont trouvés, afin de lutter face à ce défaut de contenance, pour se créer une autre forme d'enveloppe singulière, propre à eux ?

Qu'est-ce que la psychomotricité peut apporter chez ces enfants présentant une enveloppe fragile, un défaut de contenance ? Quel peut être le rôle à jouer du psychomotricien ? Comment peut-il les contenir et les aider à acquérir une sécurité intérieure, un apaisement général ?

Tous ces questionnements m'amènent donc à me demander :

Comment le psychomotricien peut-il participer à l'élaboration et soutenir la construction d'une enveloppe psychocorporelle suffisamment contenante chez ces enfants ?

Je tenterai d'illustrer autant que possible mes propos par des vignettes cliniques. Cette réflexion, à partir de mes observations et mes questionnements, me conduira à poser une hypothèse de travail concernant le rôle du psychomotricien, pour accompagner au plus près ces enfants.

Dans un premier temps, je parlerai de la façon dont se met en place l'enveloppe psychocorporelle dans la construction de l'enfant, et quelles fonctions elle assure.

Ensuite, j'aborderai la question d'une enveloppe fragile chez ces enfants rencontrés ; ainsi que les moyens compensatoires utilisés par ces enfants, pour pallier à ce défaut de contenance.

Dans un second temps, j'exposerai l'apport de la psychomotricité et la place du psychomotricien, dans l'accompagnement de ces enfants en pédopsychiatrie.

Pour terminer, je m'appuierai sur une étude de cas pour illustrer mes propos.

Je garde en tête que je ne pourrai répondre à tous mes questionnements, mais je tenterai autant que possible d'y apporter un éclaircissement et des hypothèses de compréhension au long de ma réflexion.

PREMIERE PARTIE : D'une enveloppe psychocorporelle contenante à une enveloppe défaillante

I- Construction de l'enveloppe psychocorporelle dans le développement de l'enfant

Je précise en amont que l'emploi du mot « mère » est un terme générique pour désigner la figure d'attachement, la ou les personne(s) s'occupant de l'enfant, de façon générale « la fonction maternante » de son entourage.

1. De la vie intra-utérine aux premières interactions précoces

La vie intra-utérine constitue pour le fœtus un milieu sécurisant, contenant, où il va pouvoir se développer au fur et à mesure des semaines et des mois de grossesse. La première sensation d'enveloppe de l'enfant trouve donc son origine dans la vie fœtale, c'est l'enveloppe utérine. En effet, l'utérus permet au bébé de se sentir serré, entouré, et lui apporte donc une première sensation de « tout-autour ». Le fœtus baigne dans le liquide amniotique, ce milieu liquidien vient renforcer cette première enveloppe, et participe à cette sensation d'être contenu. Ce liquide amniotique est donc à la fois un contenant pour le fœtus, et un contenu de la cavité utérine.

1.1 Le développement du fœtus in-utéro

Le développement des sens du bébé débute dès la grossesse, et va participer à la création d'un lien affectif entre la mère et l'enfant. Premièrement, c'est le sens du toucher qui apparaît, avec la mise en place des récepteurs tactiles à partir de la 7^{ème} semaine de gestation. Ensuite, ce sont les récepteurs olfactifs et gustatifs qui apparaissent assez tôt, d'ailleurs le liquide amniotique va être parfumé par les préférences alimentaires de la mère. A la naissance, le bébé sera capable de reconnaître l'odeur du sein de sa mère ainsi que l'odeur du lait maternel. Cela permet donc de soutenir le processus d'attachement entre les deux protagonistes.

L'autre sens qui se développe au cours du 7^{ème} mois de grossesse est l'audition : le bébé perçoit les bruits et les sons, le manifeste par des réactions toniques et est sensible à la prosodie de la voix. Il est également soumis aux bruits internes du corps de la mère : il entend les battements de son cœur, le sang qui s'écoule dans les artères, et les bruits intestinaux.

Les bruits extérieurs de l'environnement ainsi que les bruits internes de l'organisme de la mère, constituent pour le nourrisson une enveloppe sonore. Enfin, le dernier sens à se mettre en place est celui de la vision : à la naissance, le bébé peut voir à une distance d'environ 20 cm, correspondant à la distance entre le visage de la mère et du bébé lors de la tétée.

Donc le développement des sens in-utéro contribue à cette sensation d'enveloppe contenant et sécurisante. Elle commence à se mettre en place dès la vie intra-utérine et continue à s'instaurer après la naissance. Cette enveloppe est plurielle, alliant à la fois l'enveloppe corporelle, sonore ou encore visuelle ; elle se base alors sur l'intrication de tous les sens.

En plus de ces enveloppes sensorielles, il existe une autre enveloppe formée par le tonus, se constituant dès la vie foétale.

Le tonus commence à se mettre en place dès la vie intra-utérine. Au cours des six premiers mois de grossesse, le fœtus se trouve dans une position d'enroulement, de rassemblement. Il est contenu et enveloppé par la paroi utérine, son corps est alors relâché, le fœtus présente une hypotonie globale. Puis à partir du 7^{ème} mois, l'hypotonie globale donne lieu à une hypertonie distale, orientée dans le sens caudo-céphalique (du bas vers le haut du corps). Quant à la tonicité de l'axe du corps, elle est marquée par une hypotonie.

Lors des derniers moments in-utéro, juste avant la naissance, les dernières heures participent activement à une sensation de contenance, d'enveloppe pour le bébé.

En effet, les contractions utérines de plus en plus rapprochées ont pour action de serrer l'enfant, et ainsi lui procurer des sensations tactiles, un sentiment de « tout-autour », d'entourance par la peau. Cette sensation de « serrage » est permise par ces contractions, ces sensations toniques.

Enfin, le moment de l'accouchement par voie basse constitue le moment ultime pour masser, malaxer le corps entier du nouveau-né, et de ce fait, stimuler toutes les cellules de sa peau. (29 ; p.34) Ce massage du corps permis par le passage du col utérin, sollicite et stimule l'émergence de la respiration pour le nouveau-né. (3 ; p.83)

La naissance représente un grand bouleversement pour le bébé. En effet c'est le passage d'un milieu liquidien contenant à un milieu aérien potentiellement menaçant. La première respiration du bébé va être douloureuse, le passage de l'air dans les poumons est nouveau pour lui.

De plus, il est confronté à la pesanteur, va devoir lutter contre la gravité, et se retrouve face à des angoisses de chute sans fin. En passant de la vie utérine au monde extérieur, le bébé perd cette sensation d'enveloppe et se trouve face à un vécu corporel angoissant. (5)

Lorsque le bébé naît, il est recouvert d'une substance cireuse, le vernix caseosa, très adhérente qui protège sa peau du milieu liquidien in-utéro. Cette matière est reconnue comme ayant des propriétés nourrissantes et formant une enveloppe protectrice pour la peau.

Actuellement, il est conseillé de ne pas faire prendre un bain dès le premier jour, afin de laisser pénétrer ce vernix caseosa dans la peau du nouveau-né, pour la nourrir et la protéger. Cette substance devient donc une enveloppe qui se poursuit entre la mère et l'enfant, puisqu'elle provient de l'utérus, et qu'on ne nettoie plus l'enfant. (13)

Cependant, l'arrivée du nourrisson dans le monde extérieur reste tout de même inquiétante et source d'angoisse : c'est à ce moment-là que le rôle des parents prend tout son sens et va être fondamental, pour apporter un environnement apaisant et sécurisé au nouveau-né. En effet, ces derniers offrent à l'enfant un enveloppement, un lien qui se continue, une forme de prolongement de l'enveloppe utérine, par le portage et le contact peau à peau dès la naissance.

1.2 L'intérêt de la mise en place des interactions précoces

1.2.1 Contenance corporelle

Durant la grossesse, la peau du bébé et la paroi utérine sont en contact permanent, la surface la plus importante de ce contact est le dos. Puis lors de la naissance, la perte de cette enveloppe utérine va devoir être compensée par les soins des parents.

D.WINNICOTT introduit cette notion avec le terme « handling » pour désigner les soins prodigués à l'enfant. Ce terme représente la façon dont il est manipulé, touché, notamment pendant les temps de change, de bain, de repas.

Ces premiers échanges corporels s'accompagnent d'une narration faite par la figure d'attachement, qui raconte à l'enfant son corps. Ce récit imprégné d'affects peut prendre la forme d'une comptine, dans les moments de soins corporels. Cette narration permet de rattacher une sensation tactile à une partie du corps, nommée par les parents, organisant alors un espace corporel.

B.GOLSE désigne cela par le terme de « double ancrage corporel et interactif ». L'enfant prend conscience petit à petit de son corps et de ses limites dedans-dehors par ses expériences corporelles et dans l'interaction avec le parent. (18 ; p.237)

Les soins, le contact peau à peau ainsi que le portage, vont être indispensables au bon développement du nouveau-né. Cette relation de corps à corps permet une relation de volume à volume, c'est-à-dire que l'enfant peut alors ressentir et percevoir le volume de l'autre ainsi que son propre volume.

En début de séance, Diego se dirige systématiquement vers le gros ballon : son corps vient épouser la forme du ballon, et il fait rebondir tout son corps y compris sa tête sur ce dernier.

J'observe attentivement Alexis en atelier ou dans les temps informels : je remarque qu'il cherche toujours à se loger dans des espaces très étroits, dans des petits trous comme par exemple entre le mur et le meuble.

Très souvent, Alexis a tendance à se faufiler dans le trou de la chaise entre l'assise et le dossier et répète cela à chaque séance.

Ces deux observations me permettent de supposer que par ces différentes actions, Diego et Alexis semblent être à la recherche du ressenti et de la perception des limites et du volume de leur propre corps. (19 ; p.45) Est-il possible qu'ils n'en n'aient pas encore fait l'expérimentation et l'intégration suffisantes pour en être assurés ?

Ce contact corporel est essentiel pour apporter à l'enfant une sécurité de base, ainsi qu'un éprouvé de son corps, de ses limites corporelles, par le ressenti de la surface de la peau. Cela va être permis grâce au portage : le parent soutient la tête, le bassin et l'enfant retrouve alors ce contact dos, qu'il a connu in-utéro.

Selon A.BULLINGER, la mise en place de « l'espace du buste », dans le développement psychomoteur de l'enfant, se construit par l'équilibration entre mouvements de flexion et extension. Cet « espace du buste » lui permet de prendre conscience de l'existence d'un espace avant et arrière de son corps. Ce dernier permet alors la création d'un « arrière-fond ». (9)

Cet appui dos dans le portage s'accompagne inéluctablement du regard de la figure d'attachement qui traverse en quelque sorte l'enfant, et vient créer un espace arrière, un « arrière-fond ». Cet arrière-plan qui se constitue par le contact dos et le regard, permet à l'enfant de passer d'un espace bidimensionnel à un espace tridimensionnel du corps.

Cette notion a été théorisée notamment par G.HAAG qui parle de « l'alliance du contact tactile du dos et de l'interpénétration du regard ». (19 ; p.32)

A propos de la question du regard, il me paraît important de garder en tête que le regard de la mère constitue le premier miroir de l'enfant. C'est à travers son regard que le nourrisson peut se sentir exister : la qualité du regard de la mère a alors une influence considérable sur son développement psycho-affectif. Le regard de la figure d'attachement envers le bébé forme l'enveloppe visuelle, qui participe à l'éprouvé d'un sentiment d'existence et de contenance. (29)

Pour parler du portage, D.WINNICOTT utilise le terme de « holding », correspondant à la façon dont l'enfant va être porté physiquement, mais aussi psychiquement par sa mère. On entend par portage psychique, le fait de contenir psychiquement les angoisses qui traversent le nourrisson, n'étant pas en capacité d'y faire face seul. (21)

1.2.2 Contenance psychique

Dès la naissance, le nouveau-né se trouve confronté à un grand nombre de stimulations sensorielles. Il est alors débordé par cet excès d'informations désorganisatrices et déstructurantes pour lui. Son psychisme n'est pas encore élaboré pour y faire face et les gérer. A ce moment-là, le rôle de la figure d'attachement est primordial, afin de l'aider à organiser toutes ces stimulations.

D'après W.BION, ces stimulations désorganisatrices correspondent aux « éléments bêta ». Ces derniers sont des impressions sensorielles qui ne peuvent être mentalisées par le nourrisson, elles sont donc toxiques.

La mère a un rôle important à jouer, qui s'apparente à un rôle de transformation de ces « éléments bêta » en quelque chose de supportable pour son enfant. Une fois que la mère a transformé et détoxiqué les « éléments bêta », elle les renvoie au bébé, sous une forme beaucoup plus tolérable et acceptable pour lui : c'est ce que W.BION appelle les « éléments alpha ».

Pour décrire cette fonction de transformation ou « fonction alpha », W.BION la qualifie comme la « capacité de rêverie maternelle ». (12)

Lorsque Diego arrive pour la séance de psychomotricité, il semble être triste, n'a pas le sourire et parle très peu.

Je lui explique le déroulé de la séance : on continue à faire le parcours, de la même manière que les fois précédentes. Je m'aperçois rapidement que Diego est très perturbé, il teste en permanence le cadre, tente de transgresser les règles. Il est beaucoup dans la provocation, dans l'opposition et l'agitation.

Nous arrêtons donc la séance, et lui demandons de s'asseoir entre nous deux. Nous mettons alors des mots sur son importante agitation : probablement liée au fait qu'il n'est pas venu depuis un moment, qu'il a été absent à l'école, et donc qu'il est resté longtemps seulement avec sa mère. Le fait de devoir se détacher d'elle est sûrement difficile à vivre pour lui.

Diego est alors attentif, réceptif à nos propos, puis confirme en verbalisant : « oui c'est ça ».

Cette situation met en évidence que Diego manifeste, dans son comportement et son agitation, une tension interne, quelque chose qui le désorganise, sans pouvoir le verbaliser. Cette agitation est le seul moyen qu'il a trouvé pour exprimer son état intérieur, on peut l'assimiler aux éléments « bêta ». Ensuite, la mise en mots permet de proposer un sens à ce comportement, qui s'avère être le bon, puisque confirmé par les mots de Diego ainsi que son apaisement. La réception de son comportement, puis le retour verbal pour lui proposer un sens, correspond à la fonction « alpha » du psychomotricien.

On peut faire une analogie entre la théorie de BION et une observation faite par G.HAAG : elle va pouvoir observer chez les bébés un mouvement circulaire. Ils projettent leurs mains vers l'avant et vers le haut en direction de l'autre, puis les ramènent vers le bas et l'arrière, en direction d'eux-mêmes.

Elle émet l'hypothèse que ce geste représente ce qui circule entre l'enfant et l'autre, avec ces allers-retours formés par les mouvements de boucles.

Elle va appeler ce geste les « boucles de retour ». Ces dernières caractérisent le message envoyé par l'enfant, réceptionné par l'adulte, et la réponse en retour envoyée à l'enfant. (18 ; p.237-238)

Ce mouvement corporel illustre donc le circuit des éléments « bêta » et « alpha ».

Quant à D.WINNICOTT, il parle de « préoccupation maternelle primaire » pour qualifier la seule préoccupation de la mère qui est la pensée de son enfant. Elle est en capacité de se mettre à la place de l'enfant, de comprendre ses besoins et d'y répondre de manière adéquate et en temps voulu. (20)

D.WINNICOTT désigne cela en parlant de mère « suffisamment bonne ».

Ces premières interactions précoces ont donc un intérêt central dans le développement psychomoteur, cognitif et affectif du nourrisson. Lorsque ces premières interactions, relations entre le parent et le nourrisson sont défailantes, que cela soit dans l'excès ou dans le manque, on retrouve des répercussions sur le développement de l'enfant.

D.WINNICOTT le souligne en parlant de la « suffisamment bonne distance » à trouver dans la relation, en vue d'un juste équilibre entre le « trop » ou le « trop peu ». (29 ; p.14)

En effet, si les soins prodigués à l'enfant sont déficitaires, ou bien ne sont pas imprégnés d'affects, d'émotions par la figure d'attachement, le nourrisson ne pourra pas se développer de façon sécurisée et harmonieuse. Ceci fait référence au « syndrome de l'hospitalisme » décrit par R.SPITZ. Ce syndrome est en lien avec d'importantes carences affectives chez le jeune enfant, pouvant entraîner de graves conséquences sur son développement. (15)

A l'inverse, lorsque la relation de soin à l'enfant est trop fusionnelle voire étouffante, il aura plus de difficulté à devenir autonome.

Pour résumer cette idée-là, A.PINELLI pourra dire que :

« Entre le soin étouffant et le soin inexistant, un juste milieu est à trouver, celui d'un soin maternel équilibré et source d'équilibre qui permettra, tout en les accompagnant, les expériences personnelles et environnementales que le bébé doit faire pour grandir. » (29 ; p.13-14)

En conclusion, le portage physique, les soins apportés à l'enfant constituent une contenance corporelle. La capacité du parent à penser pour l'enfant procure une contenance psychique. Tout cela va permettre l'émergence et la construction d'un « moi » chez l'enfant, afin de se sentir et se vivre comme un être entier et unique. Cette construction du « moi » s'étaye sur la constitution de l'enveloppe de la peau, à partir du « holding » et « handling ».

D. ANZIEU s'est attaché à décrire cette construction du « moi » en introduisant le concept de « Moi-peau ». Je développerai alors ce concept un peu plus loin dans ma réflexion.

1.2.3 L'instauration d'un « sentiment continu d'existence »

La construction corporelle et psychique de l'enfant va être soutenue par la continuité et la régularité du portage, et des soins apportés par les parents. Dans le bon développement de l'enfant, on retrouve alors une dimension fondamentale, qui est la temporalité, la notion de rythmicité. Le passage par la répétition va permettre à l'enfant de se construire progressivement des repères temporels stables.

Pendant la vie intra-utérine, le fœtus ne connaît pas de discontinuité. Il est soumis à un temps continu. En effet, il est nourri, en permanence, par le cordon ombilical.

Dès la naissance, le nouveau-né est confronté premièrement au rythme de son propre corps, avec l'apparition du rythme respiratoire (première sensation inconnue et douloureuse lors du passage de l'air dans les alvéoles).

Deuxièmement, le nourrisson va vivre des successions d'états d'inconfort et d'apaisement. On retrouve notamment l'apparition de sensation de faim (se caractérisant par une sensation de « vide »), puis de satiété lorsque l'enfant est nourri (s'associant à une sensation de « plein intérieur »). Ces sensations engendrent et se manifestent alors par des variations toniques chez le nourrisson.

Le jeune enfant est soumis aux premiers rythmes physiologiques, dont celui de faim/satiété, où il éprouve pour la première fois une sensation désagréable de faim. Il manifeste cette sensation corporellement, par des cris et par son tonus. Il va donc être dans une hypertonie, dans une tension généralisée. On retrouve ici cette modalité de communication par le dialogue tonico-émotionnel. Dès l'instant où le nouveau-né est satisfait, cela se traduit par une hypotonie de soulagement, d'apaisement. (1 ; p.177)

Le nourrisson a besoin de deux types de nourriture : à la fois d'un besoin alimentaire biologique, et également d'une nourriture affective. Cette dernière se joue dans l'interaction qui se crée, notamment lors de la tétée, par le contact, le regard et les expressions du visage.

Ensuite, un autre rythme essentiel pour le nourrisson est celui de veille/sommeil. Au début, les moments d'éveil sont très courts puis au fil du temps ils deviennent de plus en plus longs. Ces moments de veille permettent à l'enfant de s'ouvrir au monde et de tisser ses premières relations.

De par la répétition de ces différents rythmes, va progressivement se constituer un rythme de fond pour le bébé. Cela participe à l'élaboration d'une sécurité de base, essentielle au développement de l'enfant. D'après D.WINNICOTT, c'est ce qui forme le « sentiment de continuité d'existence ». Grâce à la répétition des rythmes, le nourrisson intègre qu'il peut revenir au sein lorsqu'il a besoin de s'alimenter, l'attente devient alors supportable.

D.MARCELLI introduit le terme de « macrorythme » pour qualifier les rythmes physiologiques, et les soins apportés à l'enfant (lever, repas, bain, coucher...). De plus, il parle également de « microrythme », correspondant à l'introduction de moments de jeu, et de surprise par la mère.

Selon D.MARCELLI :

« C'est la conjonction de ces deux temps qui est essentielle. Lorsque le bébé est inscrit dans un macrorythme suffisamment stable et sûr, il a ainsi un investissement narcissique en continuité, il pourra investir le temps de l'attente parce qu'il va y avoir de temps en temps des surprises ». (33 ; p.21)

Cela signifie que la mise en place et la régularité des macrorhythmes est indispensable. Leur but est de permettre à l'enfant d'acquérir une sécurité de base, et ainsi construire un « sentiment continu d'exister ». Cette intégration est fondamentale, et constitue un préalable à la mise en place des microrhythmes. Dès lors que l'enfant a acquis cette stabilité dans les rythmes, et cette sécurité de base, on peut introduire de la surprise.

En séance individuelle, je propose à Diego d'effectuer un parcours psychomoteur répété sur plusieurs séances, avec les mêmes obstacles et le même ordre.

Lors d'une séance, Diego souhaite changer certains éléments du parcours et apporte quelques modifications.

Je constate qu'au cours de cette séance, Diego semble complètement désorganisé et déstructuré.

Cet exemple illustre mes propos concernant les macrorhythmes et les microrhythmes.

En effet, je fais le lien avec les séances de psychomotricité où Diego semble avoir encore besoin de répétition, (du « toujours pareil »), afin d'intégrer cette stabilité (assimilable aux macrorhythmes) pour construire une sécurité interne plus solide. Lorsqu'il aura bien intégré cela, il sera alors peut-être possible d'introduire du changement, apparenté aux microrhythmes.

Pour le moment, le changement ne paraît pas gérable ni supportable pour Diego. A ce moment-là, c'était un contexte de rupture de rythme dans la garde alternée : il était chez sa mère étant donné que son père ne souhaitait plus le garder.

Cependant, il est important de signifier qu'il ne faut pas apporter de la surprise lors des relations de soins. En effet, comme l'a dit D. MARCELLI :

« Il faut que les surprises, les petites tromperies se limitent à la relation ludique, aux microrhythmes et pas à la relation de soins et aux macrorhythmes ». (33 ; p.23)

Dans le cas contraire, cela peut provoquer une forme d'insécurité chez le nourrisson, qui serait néfaste à sa construction, et pourrait perturber l'intégration d'un « sentiment de continuité d'existence ».

L'apparition de ces microrhythmes constitue une amorce de la séparation de la dyade mère-enfant, un début de différenciation entre les deux protagonistes. Ce début de séparation permet progressivement à l'enfant de se vivre comme un être unique, et bien différencié de sa mère.

1.2.4 Quelle façon de communiquer ?

Durant les premiers mois de vie, le mode de communication du bébé est uniquement sur un plan tonique. En effet, tant que l'enfant n'a pas acquis le langage oral, la figure d'attachement tente de comprendre, par les modifications toniques du nourrisson, les messages d'insatisfaction ou d'inconfort chez ce dernier. (32)

H. WALLON va introduire la notion de « dialogue tonique » qui s'instaure entre la mère et l'enfant pour communiquer et se comprendre. Le bébé va signaler ses besoins et attentes par ses variations toniques. La mère tente de s'ajuster au mieux à son enfant : il se met alors en place un jeu d'ajustement tonique.

Quant à D.STERN, il parle de la mise en place d'un « accordage affectif » entre la mère et l'enfant. Selon lui, les affects constituent le support de la communication dans la relation mère-nourrisson. L'enfant peut percevoir des sentiments de plaisir, de déplaisir, de frustration, et d'excitation.

D'après la théorie de D.STERN, il y a la notion de partage dans cet accordage. Pour qu'un partage soit possible, il est nécessaire qu'il y ait compréhension de l'émotion du nourrisson de la part de la mère. (10)

J. DE AJURIAGUERRA poursuit les travaux de H. WALLON et parle de « dialogue tonico-émotionnel », support de communication entre les deux protagonistes.

Le nouveau-né exprime ses émotions par son tonus, et la figure d'attachement essaye d'apporter une réponse tonico-émotionnelle adaptée à la demande du bébé. En effet, d'après H.WALLON, le tonus constitue la toile de fond des émotions du sujet.

Le tonus constitue donc le premier mode de communication pour le nourrisson, et reflète ses états émotionnels par ses variations toniques.

En parallèle à cela, l'évolution du tonus se fait selon la maturation du système nerveux. Le tonus représente un point d'appui majeur dans la construction corporelle de l'individu, dans les différentes étapes du développement psychomoteur. Le tonus permet alors à l'enfant d'acquérir un sentiment de consistance, de tenue dans son corps.

2. L'intégration d'un ancrage corporel dans le développement psychomoteur

2.1 Quelques définitions du tonus

Le terme tonus vient du grec « tonos » qui signifie tension. J-C.CARRIC et B.SOUFIR ont défini le tonus de la manière suivante :

« Le tonus est un état de tension permanente des muscles : tension active, involontaire, variable dans son intensité selon les diverses actions synchroniques ou réflexes qui le renforcent ou l'inhibent ». (11 ; p.253)

D'après MULLER le tonus correspond à une :

« Tension légère à laquelle se trouve normalement soumis tout muscle squelettique à l'état de repos, et qui disparaît après section du nerf moteur ».

On retrouve trois grands types de tonus : (1 ; p.173-175)

- Le tonus de fond : est permanent, toujours présent même pendant le sommeil, involontaire et d'origine réflexe. Il maintient la cohésion entre les différentes parties du corps, permettant à l'individu d'éprouver un sentiment d'unité corporelle.
- Le tonus postural ou d'attitude : c'est l'activité tonique minimale nécessaire pour tenir l'équilibre, maintenir une posture, et lutter contre l'effet de la pesanteur.
- Le tonus d'action : est sollicité pour la mise en mouvements. Il peut être à la fois recruté pour un acte volontaire mais également dans une action réflexe ou automatique. On observe la manière dont le tonus est engagé dans l'action et dans la relation.

On peut alors distinguer deux grandes dimensions du tonus, à savoir :

- Une dimension relationnelle et affective : le tonus étant comme on l'a vu précédemment, un mode de communication non verbal, basé sur le dialogue tonico-émotionnel. De plus, les variations toniques du sujet sont le reflet de son état émotionnel. On parle de réactions tonico-émotionnelles.
- Une dimension fonctionnelle : le tonus de fond apporte une forme de contenance, et de sentiment d'unification. Le tonus d'attitude joue un rôle dans la posture, et enfin le tonus d'action est sollicité dans la motricité.

2.2 La maturation neurologique du tonus

A partir de la naissance, le tonus continue d'évoluer en suivant différentes lois de maturation :

- La loi de succession : elle comporte deux lois décrites par A.GESELL :
 - La loi céphalo-caudale : la maturation se fait du haut vers le bas du corps, de la tête vers la colonne vertébrale. On constate donc une inversion du processus de maturation, par rapport à la vie fœtale (sens caudo-céphalique).
 - La loi proximo-distale : progression de la maturation neurologique de la racine des membres vers la périphérie.
- La loi de différenciation : c'est le passage d'une motricité diffuse et indifférenciée, à une activité motrice de plus en plus volontaire, fine, coordonnée, localisée.
- La loi de variabilité : le développement psychomoteur se fait toujours dans un sens de perfectionnement progressif. Il y a donc une alternance entre des phases de stagnation, régression, pour aller ensuite vers une progression. Le développement psychomoteur est continu mais non linéaire.

Durant les premiers mois de vie, la maturation neurologique permet d'équilibrer progressivement la répartition du tonus chez le nourrisson. On observe alors une diminution de l'hypertonie distale, et une augmentation du tonus axial. Cette équilibration du tonus entre l'axe et la périphérie contribue à l'émergence des coordinations, ainsi qu'à l'organisation du mouvement chez l'enfant.

La maturation du tonus est concomitante à l'acquisition des différentes étapes du développement psychomoteur, permettant à l'enfant d'aller progressivement vers son autonomisation. L'acquisition de cette dernière s'accompagne de la constitution d'une enveloppe propre, séparée de l'autre, ainsi que d'une verticalisation, prenant appui sur l'intégration de l'axe. Le tonus participe alors à la formation de l'enveloppe et de l'axe.

En conclusion, le tonus tient donc une place fondamentale dans la construction et l'intégration d'un sentiment de contenance et de rassemblement corporel.

En effet, la peau étant supportée par les muscles, le tonus sert alors de liant pour globaliser et faire tenir le corps dans une unité corporelle.

D'après S.ROBERT-OUVRAY et A.SERVANT-LAVAL :

« Le tonus soutient alors le sentiment d'unité corporelle et d'individuation et constitue une véritable enveloppe tonique en support de l'enveloppe peau. » (1 ; p.173)

2.3 En marche vers l'individuation...

L'évolution du tonus constitue la base de l'acquisition des étapes du développement psychomoteur. Cette dernière ne peut pas se faire sans interaction avec l'environnement. Pour se développer de façon satisfaisante, l'enfant s'appuie sur son environnement et ses relations à autrui.

Sa curiosité, son envie de découvrir le monde sont tout aussi importantes que la maturation neuro-physiologique du tonus, dans l'intégration des étapes du développement psychomoteur. Cette envie d'explorer l'environnement ne peut avoir lieu, que si l'enfant a expérimenté des interactions suffisamment sécurisées. Cette sécurité interne lui permet alors d'accepter de se détacher et prendre de la distance, tant physique que psychique. Cette dernière laisse place aux expériences sensori-motrices au cours de son développement.

Ainsi, l'acquisition des étapes majeures du développement psychomoteur, est inter-dépendante et indissociable du partage affectif et émotionnel, des interactions avec l'environnement humain.

Durant les premières semaines de vie, dans la position à plat dos, le nourrisson commence à expérimenter les mouvements de ses membres supérieurs et inférieurs. De plus, il balaye son regard de droite à gauche, et de haut en bas.

Cette première position lui donne accès à la découverte et à l'exploration de son environnement, à son rythme. Elle favorise la manipulation d'objets par la liberté de mouvement de ses membres.

Grâce au soutien humain, à ses expérimentations sensorimotrices, et à la maturation neuro-physiologique, musculaire avec l'augmentation du tonus au niveau de l'axe, l'enfant devient capable de se retourner à plat ventre. Vers 3 mois, il peut relever sa tête, puisque les muscles du cou et du dos deviennent plus toniques. Cependant il n'est pas encore en capacité de s'appuyer sur ses poignets, la maturation respectant le sens céphalo-caudal et proximo-distal.

Au fur et à mesure de ses expériences sensorimotrices, dans la position à plat ventre, l'enfant commence à éprouver le repoussé du sol en sollicitant ses appuis plantaires et palmaires. Il peut alors explorer un premier mode de déplacement qui est le ramper, en apprenant à coordonner le mouvement de ses membres.

Ce premier déplacement augmente considérablement son champ d'exploration de l'environnement, lui procurant alors une première forme d'autonomie. A ce moment-là, une première forme de distanciation, de séparation avec l'adulte s'opère.

La maturation du tonus continue dans le sens céphalo-caudal. L'enfant va progressivement tenir son tronc, puis son bassin, pour acquérir la station assise vers 8-10 mois. Cette acquisition progressive d'une tenue du corps émane en partie de la construction de l'axe corporel.

Ce dernier prend pour origine le moment de la tétée : le dos et la tête de l'enfant reposent sur l'avant-bras. Il peut donc ressentir toute sa colonne vertébrale le long de l'avant-bras, en appui notamment sur la partie osseuse, constituant alors un « axe auxiliaire ». En effet, la formation de cet axe constitue une structure interne, une sorte de tuteur conférant à l'enfant une forme de maintenance et de solidité dans son corps.

Concernant cet axe, A.BULLINGER considère qu'il provient de la mise en place de « l'espace du torse » permettant à l'enfant de découvrir un espace droit et gauche.

Lors de ses explorations, l'enfant fait passer un objet d'une main à l'autre en passant par « l'espace oral », la bouche constituant alors l'axe médian servant de transition entre droite et gauche.

Progressivement, l'enfant acquiert une coordination entre ses deux hémicorps et n'a plus besoin de transiter par la bouche : c'est la formation d'un « espace de préhension ». Cette expérimentation de « l'espace du torse » contribue donc à la formation de l'axe corporel de l'enfant. (9)

La constitution de cet axe corporel est un élément clé, et contribue grandement à la tenue du corps de l'enfant pour tendre vers le redressement puis l'acquisition de la marche. L'intégration de l'axe corporel se trouve à la base de la capacité de l'enfant à se maintenir seul, par intériorisation préalable de la fonction de « holding » maternel.

Pendant cette même période, (entre 8 et 10 mois), a lieu un phénomène marquant la maturation psycho-affective de l'enfant : « l'angoisse de disparition » qui tend à se transformer par la suite en « angoisse de séparation ». On parle d'abord « d'angoisse de disparition » car lorsque l'enfant ne voit plus la mère, pour lui elle a disparu. Il ne peut pas encore penser qu'elle est ailleurs. Par conséquent, si elle a disparu, l'enfant peut avoir l'impression qu'il disparaît aussi ; puisqu'il existe à travers le regard de sa mère.

Pour signaler la fin de la séance à Martin, on lui montre l'horloge.

A ce moment-là, Martin refuse d'arrêter la séance et se met à courir dans tous les sens dans la salle.

La psychomotricienne n'a pas d'autre choix que de l'arrêter dans ce mouvement débordant, et lui propose une contenance corporelle dans ses bras. Martin refuse de mettre ses chaussures et se débat, crie et tente de mordre. Puis il se dirige vers la porte, ne veut pas partir, et se met contre le mur puis s'effondre au sol en pleurant.

On lui explique alors qu'on se revoit la semaine prochaine et qu'il continuera à jouer lors de la séance suivante. Martin semble alors rassuré, peut s'apaiser, et sort calmement de la salle de psychomotricité.

Cette situation permet d'illustrer cette angoisse de « séparation ». En effet, Martin ne semble pas assuré que l'on va se revoir par la suite et donc qu'il va revenir. Cette fin de séance paraît être une fin définitive pour lui, sans continuité, vécue comme une rupture.

Il est donc nécessaire, avec Martin, de pouvoir mettre en mots ce qu'il vit intérieurement étant donné qu'il l'exprime uniquement par des réactions corporelles, afin de lui assurer que « ça revient » toujours chaque semaine.

On peut parler ensuite d'angoisse de séparation, lorsqu'il devient capable de construire dans son for intérieur, l'existence de sa mère, malgré son absence. Aux alentours de 8-10 mois, l'enfant commence à comprendre que sa mère et lui ne font pas qu'un, ils font deux. En d'autres termes, cela signifie que s'il a une mère bien différenciée et extérieure à lui, il peut en être séparé. L'enfant est capable de supporter la séparation quand il arrive à garder en lui une représentation mentale de la personne, ou plus précisément du lien à cette personne. Pour cela, l'utilisation d'un objet pour symboliser la relation d'union avec la mère, permet de rendre la séparation possible.

D.WINNICOTT nomme cela « l'objet transitionnel ». Cette nouvelle étape dans le développement de l'enfant signe le début d'un processus d'individuation ; il commence à se différencier et se vivre comme un être unique.

Puis le développement de ses capacités motrices se poursuit, et le conduit vers l'acquisition d'un second moyen de déplacement : la quadrupédie, faisant appel à la coordination, ainsi que l'élévation de son centre de gravité.

Ensuite, il est en recherche d'un appui pour se redresser, et devient capable de se tenir debout aux alentours de 11 mois. L'enfant passe donc de quatre points d'appui à deux points d'appui, il fait l'expérience de l'équilibre, mettant en jeu les systèmes vestibulaire, proprioceptif et visuel.

Enfin, l'évolution du tonus et de ses expérimentations, permet à l'enfant d'acquérir la marche entre 9 et 18 mois.

L'acquisition de la marche est une étape importante dans le développement psychomoteur de l'enfant, afin de le conduire vers un début d'individuation et d'autonomie.

L'acquisition de la station debout et de la marche est un passage marquant dans le développement psychomoteur et psycho-affectif de l'enfant.

En effet, il devient capable de s'auto-porter : ce qui symbolise quelque part une forme de renoncement au portage du parent, et demande au préalable l'expérience suffisante et l'intégration du portage.

Lors de chaque séance, Martin répète une même action : il monte l'escalier et reste en haut en disant « au secours ! » comme s'il ne tenait pas tout seul et qu'il allait tomber.

La psychomotricienne lui assure qu'il ne craint rien, et qu'il peut descendre tout seul car il tient bien sur ses jambes. Martin semble, un peu, s'apaiser et rassuré. Il redescend seul mais a souvent tendance à se laisser glisser, « couler » en descendant.

Cette situation me permet d'émettre deux hypothèses, pouvant être concomitantes, concernant le vécu de Martin :

- *A-t-il des angoisses de chute similaires aux angoisses archaïques du nourrisson ?*
- *Il y a un possible lien dans le développement de l'enfant et le fait de s'auto-porter avec l'acquisition de la marche. En effet, Martin ne paraît pas assuré qu'il tient bien seul sur ses appuis, c'est ce qui semble être source d'angoisse pour lui.*

A-t-il suffisamment intégré les expériences de portage étant nourrisson, afin d'être sécurisée dans l'acquisition de l'auto-portage ? Je tiens à préciser que cela ne préjuge pas de la qualité du portage mais questionne de l'intégration qu'il a pu en faire.

Dès lors que l'enfant est en capacité de marcher, c'est un pas de plus franchi dans le processus d'individuation. Ce dernier nécessite au préalable un attachement suffisamment sécurisé. A propos de ce lien d'attachement, il a été théorisé par J.BOWLBY. L'enfant investit alors la séparation de manière active et non passive. Il ne la subit plus et peut décider de s'éloigner, de se séparer puis revenir. Il entre donc dans une phase où il peut explorer et investir un monde autre que sa figure d'attachement, et ainsi s'en détacher.

On peut en conclure que le développement neuro-physiologique, tonico-moteur et psycho-affectif de l'enfant sont interdépendants, c'est-à-dire que l'un ne va pas sans l'autre.

Un enjeu dans le développement : la sphinctérisation (24)

Suite à l'acquisition de la marche, une autre étape significative dans le développement de l'enfant a lieu : c'est la sphinctérisation ou maîtrise des sphincters aux alentours de 18-20 mois. Les sphincters peuvent rester fermés grâce à un tonus suffisant. L'ouverture des sphincters demande une détente, un relâchement tonique pour uriner ou déféquer. La maîtrise des sphincters comporte deux fonctions :

- Une fonction de serrage pour « prendre et garder »
- Une fonction de détente, relâchement pour « laisser couler »

On peut considérer que cette maîtrise commence bien avant, avec le sphincter de la bouche. Ce dernier serre le mamelon pour prendre et garder le sein de la mère puis se relâche pour laisser couler le lait.

On compte alors trois sphincters : celui de la bouche, les sphincters anal et urétral. La maîtrise des sphincters anal et urétral s'acquiert plus tard, entre 18 et 20 mois.

On retrouve ici, encore, des enjeux psycho-affectifs autour de la séparation, où l'enfant doit accepter de se séparer de quelque chose d'intérieur à lui.

Cette étape de sphinctérisation demande alors à l'enfant d'avoir construit au préalable un sentiment de « moi » suffisamment stable ; afin de s'assurer de préserver son intégrité corporelle. En conséquence, la constitution d'un « moi » bien différencié, tout entier, est nécessaire à l'acquisition de cette maîtrise sphinctérienne.

Ce mouvement sphinctérien « serrer pour garder – relâcher pour laisser partir » s'étend plus globalement au corps tout entier de l'enfant. En effet, ce mouvement se joue dans sa capacité à saisir et serrer le corps du parent avec ses bras et jambes ; puis relâcher l'enlacement afin d'être posé.

L'acquisition de ce mouvement global met à nouveau en jeu la notion de séparation dans le processus d'individuation.

De plus, l'acquisition de la maîtrise des sphincters est caractéristique de la construction de sa différence et de sa singularité. Cette étape du développement de l'enfant symbolise sa capacité à décider volontairement de garder ou rejeter. Ce dernier devient donc actif et non plus passif. Il entre alors dans un sentiment de « toute puissance », et peut s'opposer à la volonté du parent : soit en retenant ses selles, ou au contraire en les expulsant dans un endroit et un moment inadéquat.

Cette émergence d'un sentiment de « toute puissance » se retrouve également avec l'acquisition de la marche un peu plus tôt. L'enfant acquiert alors une forme d'autonomie et de contrôle volontaire sur son environnement.

Pendant cette période-là, ce n'est pas un hasard si on retrouve également l'apparition du « non » chez l'enfant. Il est en train d'investir qu'il y a du « moi » et du « non moi », et il est en capacité de l'assumer. Cette émergence du « non » symbolise la consolidation d'un « moi » unique et bien différent de l'autre. L'enfant prend progressivement conscience de sa différenciation, et il va pouvoir dire par la suite « je » ; ce qui l'installe dans une position stable de sujet à part entière. On peut ainsi voir l'émergence progressive de sa subjectivité.

En conclusion, l'intégration de cet ancrage corporel chez l'enfant, requiert au préalable un sentiment de contenance corporelle et psychique. L'enfant a donc besoin d'une assurance d'être « un tout » contenu, afin de vivre ses expériences sensori-motrices, de manière sécurisée.

3. L'intériorisation d'un sentiment d'une tenue et d'une contenance :

3.1 La peau comme premier sentiment d'une unité psychocorporelle

3.1.1 Une peau physique

La peau constitue en elle-même une superposition de plusieurs couches, on retrouve alors :

- L'épiderme : première couche de la peau, la partie visible, superficielle.
- Le derme : ce dernier est riche en collagène et en élastine, donnant ainsi à la peau sa tonicité et son élasticité.
- L'hypoderme : on parle aussi de graisse pour le définir, il sert d'isolant thermique.

La peau composée de différentes couches, permet d'assurer de manière générale plusieurs fonctions :

- Une barrière protectrice : permet de protéger l'intégrité de l'organisme des agents extérieurs pathogènes.

Une limite réelle : la peau forme une délimitation physique entre le dedans et le dehors ; le « moi » et le « non-moi ».

- Fonction de relation : permet des échanges avec l'extérieur, et forme l'interface entre le sujet et autrui.
- Une fonction de thermorégulation : afin de réguler et maintenir une température interne satisfaisante.
- Fonction de cicatrisation : la peau a une capacité importante de régénération.
- Une sensibilité : la peau est constituée de très nombreux récepteurs sensitifs, acheminant l'information sensorielle au système nerveux.

L'enfant devient capable progressivement de prendre conscience de sa peau, grâce à la relation de corps à corps avec la figure d'attachement, dans le peau à peau, et les soins prodigués par le parent. Cette sensation d'avoir une peau permet alors à l'enfant de sentir une délimitation entre le dedans et le dehors, et lui confère un sentiment de « tout-autour » sécurisant.

D.ANZIEU en parle notamment de manière très explicite pour qualifier cette première acquisition :

« L'infans acquiert la perception de la peau comme surface à l'occasion des expériences de contact de son corps avec le corps de la mère et dans le cadre d'une relation sécurisante d'attachement avec elle. » (3 ; p.59)

L'enfant perçoit alors une surface et un volume du corps formés par la peau, dans les relations d'interactions précoces avec la figure d'attachement.

Cette perception de la peau est essentielle pour l'enfant dans l'acquisition d'un sentiment d'unité corporelle. En effet, D.ANZIEU parle de trois fonctions fondamentales assurées par la peau (3 ; p.61-62) :

- Fonction de « sac » : permet de contenir et maintenir à l'intérieur du corps les organes, et dans un sens plus large ce qui est bon à garder en soi.
- Fonction « d'interface » : permet de délimiter le dedans et le dehors, et assure ainsi une fonction de « barrière protectrice ».
- Fonction de « communication » : permet des échanges et l'instauration de relations.

Tout comme l'expérience de la peau formant une enveloppe corporelle contenante, le psychisme de l'enfant a besoin également d'être rassemblé, organisé et contenu. Comme décrit précédemment dans la partie « contenance psychique », le nourrisson n'est pas encore en capacité d'assurer cette fonction de contenance seul. C'est alors la figure d'attachement qui est désignée pour remplir ce rôle et ainsi assurer une contenance corporelle et psychique pour l'enfant.

La première à introduire l'existence d'une « peau psychique » est E.BICK, lorsqu'elle parle de « peau primaire ».

3.1.2 « Une peau psychique »

E.BICK part alors du principe que :

« Dans sa forme la plus primitive, la personnalité est constituée de parties qui sont vécues comme n'ayant pas de liens de cohésion intrinsèques et qui doivent donc être tenues ensemble d'une manière qui est vécue comme passive par la peau qui sert de frontière. Mais cette capacité interne de contenir les parties du self dépend de l'introjection d'un objet externe vécu comme apte à satisfaire ce rôle. » (6 ; p.67)

Cela explique alors que le psychisme du nourrisson ne peut être rassemblé et contenu que par l'intermédiaire d'un objet extérieur. Elle considère que cette expérience de contenance se fait essentiellement lors de la tétée :

- l'enfant est porté par la mère : sensation d'une peau contenue par le corps de la mère.
- Le mamelon dans la bouche : sentiment chez l'enfant d'être à la fois contenu/rassemblé et un contenant.

Cette expérience de la tétée s'accompagne de l'interpénétration des regards, de la voix et de l'odeur de la mère.

La simultanéité de ces modalités sensorielles (tactile par le portage, visuel, olfactif, sonore) permet à l'enfant de vivre une expérience de rassemblement interne, et l'émergence du sentiment d'être contenu.

La mère (en particulier le sein) constitue donc cet objet externe contenant, que E.BICK nomme « l'objet optimal ». L'introjection de cet objet externe par le nourrisson, lui permet alors de faire l'expérience d'un rassemblement aussi bien corporel que psychique. C'est pourquoi E.BICK emploie le terme de « peau primaire » : une expérience qui est d'abord corporelle, et l'incorporation de celle-ci permet l'acquisition d'un sentiment d'être contenu et rassemblé.

Par la suite, D.ANZIEU fait l'analogie entre cette notion de « première peau » et son concept du « Moi-peau ». (3 ; p.220)

Il part du postulat que les contacts corporels, les relations de corps à corps avec la figure d'attachement éprouvées par l'enfant, sont à l'origine d'une sensation de surface et de volume. En effet, le nourrisson peut ressentir sa peau comme une « interface » faisant séparation entre l'intérieur et l'extérieur. De plus, il perçoit le volume de son corps qu'il peut éprouver comme un « contenant ».

Cette relation de corps à corps est le résultat d'une intrication des données sensorielles, combinant à la fois le tactile, le bain sonore, les odeurs et l'interpénétration des regards.

Par le terme de « Moi-peau », D.ANZIEU sous-entend l'idée d'une enveloppe du psychisme, dans le sens d'une contenance, sur la base de l'expérience de l'enveloppe de la peau :

« Par Moi-peau, je 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. » (3 ; p.61)

Pour expliquer la création de ce terme « Moi-peau », il ajoute que :

« Toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique. Le Moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau. »

D.ANZIEU définit alors huit fonctions du « Moi-peau ». Je vais m'attacher à parler des quatre premières fonctions qui me paraissent être les plus pertinentes et en lien avec ma réflexion.

- Une fonction de maintenance : « De même que la peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles, de même le Moi-peau remplit une fonction de maintenance du psychisme. » (3 ; p.121)

Cette maintenance du psychisme s'étaye sur l'intériorisation de la fonction de « holding ». De la même façon que l'enfant intègre cette fonction de portage afin d'acquérir un ancrage corporel suffisamment solide pour se redresser, il intègre et intériorise ce « holding » pour pouvoir maintenir et soutenir son psychisme.

Dans la même idée d'un axe corporel pour soutenir la solidité du corps, il y a aussi une forme d'axe comme appui pour « tenir » et maintenir le psychisme.

- Une fonction de contenance : « De même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique. » (3 ; p.124)

Cette fonction est sous-jacente au « handling ». Les soins corporels et l'instauration du dialogue tonico-émotionnel qui se jouent dans la relation mère-enfant permettent à ce dernier de se sentir contenu corporellement et psychiquement.

- Une fonction de pare-excitation : « la mère sert de pare-excitation auxiliaire au bébé, jusqu'à ce que le Moi en croissance de celui-ci trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction. » (3 ; p.125)

En d'autres termes, cela signifie qu'au départ, la mère assure une fonction de pare-excitation pour protéger son enfant d'un excès de stimulations sensorielles. Lorsqu'il devient capable d'assurer cette fonction seul, cette dernière lui permet de se protéger des agressions extérieures ainsi que d'un trop plein de stimulations.

- Une fonction d'individuation : « Par son grain, sa couleur, sa texture, son odeur, la peau humaine présente des différences individuelles considérables. » (3 ; p.126)

Cette fonction d'individuation du « Moi-peau » s'étaye sur celle de la peau, permettant alors à l'enfant d'avoir le sentiment d'être différent de l'autre, d'être un individu singulier, un sujet à part entière et donc unique.

Pour conclure, la formation d'une « peau psychique » s'étaye sur la sensation et la perception d'une « peau physique », qui s'élabore grâce à l'expérience d'une contenance corporelle dans les interactions mère-enfant. Ces différentes expériences, lorsqu'elles sont suffisamment intégrées, conduisent à l'intériorisation d'un sentiment d'une tenue et d'une contenance à la fois corporelle et psychique.

Cette intériorisation permet alors à l'enfant de se construire et se vivre progressivement dans une unité psychocorporelle.

L'intériorisation de cette contenance, et son enrichissement au travers des expériences sensorimotrices, participent à l'élaboration et à la mise en place du schéma corporel et de l'image du corps.

3.2 La notion de schéma corporel

Cette notion est généralement associée au champ de la neurologie, partant du principe que c'est une représentation du corps, trouvant son origine au niveau cérébral.

P.BONNIER est le premier à introduire le terme de « schéma corporel » en 1902. Il y inclut une dimension spatiale permettant l'orientation du corps dans l'espace : il parle alors de « figuration topographique ». D'ailleurs A-M.MAIRESSE évoque son concept et cite son hypothèse à propos de « l'existence d'un schéma, c'est-à-dire une figuration topographique du corps que chacun posséderait en lui. » (10 ; p.68)

Suite à l'émergence de ce concept, F.DOLTO en donne à son tour une définition en 1984 : « Le schéma corporel se structure par l'apprentissage et l'expérience, il réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate. Le schéma corporel est évolutif dans le temps et l'espace et peut être indépendant du langage entendu comme histoire relationnelle du sujet aux autres. » (1 ; p.226)

En 2007, J-D.NASIO propose une définition explicite du schéma corporel : « C'est une représentation plus ou moins consciente que l'individu a de son propre corps et qui lui sert de repère pour se situer et se déplacer dans l'espace. »

Puis il précise que « le schéma corporel est donc une représentation, plus exactement, une autoreprésentation de notre corps en action, un dispositif neuropsychologique qui recueille et synthétise une multitude de subtiles sensations internes et règle automatiquement l'intelligence motrice du corps dans le monde des objets. » (28 ; p. 170-171)

Plus récemment, J-M.ALBARET définit le schéma corporel comme « un ensemble de représentations pour l'action et répond donc à la fameuse question « Où ? » (où sont les membres et où est la cible de l'action ?) mais aussi à la question « Comment ? » (comment utiliser l'ensemble du corps pour réaliser le but fixé ? comment atteindre un point du corps ?), fournissant les informations sur la posture et les coordonnées spatiales des différentes parties du corps ».

De plus, il ajoute que le schéma corporel est formé sur la base de l'intégration des informations sensorielles (tactiles, kinesthésiques, proprioceptives, visuelles, vestibulaires). Il est aussi remanié dans le temps et demeure non conscient pour le sujet. (1 ; p.216)

A la différence du schéma corporel, l'image du corps est une notion associée à une dimension plus subjective, affective et émotionnelle.

3.3 Le concept d'image du corps

Ce terme d'image du corps est introduit par P.SCHILDER, qu'il différencie du schéma corporel en mettant en évidence l'existence d'une image visuelle, et non pas seulement une image posturale au sens du schéma corporel.

Il en donne une définition claire : « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes. » (27 ; p.42)

Concernant l'idée d'une image visuelle, c'est H.WALLON qui s'est intéressé à « l'image spéculaire » correspondant à l'image dans le miroir. Ce concept a ensuite été repris par J.LACAN qu'il nomme « stade du miroir ». Ce dernier a lieu dans le développement de l'enfant entre 6 et 18 mois.

L'enfant face au miroir se trouve confronté à un « double » qu'il ne perçoit pas encore comme une image, mais comme une personne réelle. Puis vers 18 mois, il est en capacité de distinguer une image. L'enfant perçoit alors dans un premier temps une image avant de percevoir son image. (10 ; p.73)

Selon J.LACAN, l'acquisition du « stade du miroir » permet à l'enfant de passer d'une perception d'un corps « morcelé » à une perception d'un corps entier et unifié. (27 ; p.45)

Il me semble important d'avoir en tête que l'image visuelle ne se suffit pas à elle-même pour que l'enfant puisse percevoir que c'est sa propre image.

En effet, cette expérience s'accompagne du parent que l'enfant perçoit aussi dans le miroir. L'adulte pointe du doigt et désigne alors l'image de l'enfant, en verbalisant que c'est son image tout en l'appelant par son prénom.

C'est A-M.MAIRESSE qui résume cette idée :

« Ce double visuel ne prend intérêt et vie pour l'enfant que, parce que la mère le nomme, l'appelle et c'est parce que le double visuel se soutient d'un double sonore qu'il contribue à la formation du je chez l'enfant. » (10 ; p. 72)

Cette expérience du « miroir » montre une nouvelle fois que l'enfant construit son enveloppe psychocorporelle en appui sur une enveloppe visuelle et sonore. Il peut alors construire son image corporelle de manière unifiée, rassemblée et contenante, grâce et avec son entourage en soutien.

D'après F.DOLTO, citée par P.SCIALOM, « l'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire ». (1 ; p.226)

Dans son ouvrage, J-D.NASIO reprend le concept « d'image inconsciente du corps » de F.DOLTO et la définit comme :

« L'ensemble des toutes premières et nombreuses impressions gravées dans le psychisme infantile par les sensations corporelles qu'un bébé, voire un fœtus, éprouve au contact avec sa mère, au contact charnel, affectif et symbolique avec sa mère. » (28 ; p.25)

Il explique alors que « l'image inconsciente du corps » selon F.DOLTO comporte trois composantes qui sont : (28 ; p.35-37)

- L'image de base : l'individu perçoit son corps comme une masse corporelle stable, sécurisante et permanente, assurant son existence. Je fais alors le lien avec « le sentiment continu d'exister » de D.WINNICOTT.
- L'image fonctionnelle : c'est l'image d'un corps en constant mouvement, à la recherche de la satisfaction de ses besoins et désirs.
- L'image érogène : c'est l'image d'un corps plaisir.

J-D.NASIO évoque également la dimension subjective associée à l'image du corps, qui appartient à chaque individu et lui est propre. Cette image est influencée par les affects et l'histoire de chacun.

Il pourra dire que :

« L'image de soi est avant tout l'image déformée de notre corps. Déformée, dis-je, parce que les images de notre corps, qu'elles soient celles de nos ressentis ou celle du miroir, sont des images éminemment affectives et, surtout, éminemment changeantes, je veux dire remodelées continuellement depuis qu'elles ont été gravées par nos plus vives impressions infantiles. » (28 ; p.77)

Enfin, d'un point de vue neuropsychologique, J-M.ALBARET définit l'image du corps comme un système servant « à l'identification et à la reconnaissance du corps et répond à la question « Quoi ? » (Quel corps suis-je ? Quelles sont les particularités de mon corps ou de mon apparence corporelle ?). Elle regroupe des perceptions et des attitudes à l'égard de son propre corps qui s'expriment par des pensées, des convictions, des sentiments mais aussi des comportements. » (1 ; p.216)

En conclusion, de manière générale, l'image du corps est marquée par :

- Une dimension relationnelle, de communication avec autrui, la façon dont on se présente à l'autre et ce qu'on laisse voir.
- L'image du corps est imprégnée d'affects.
- Elle est étroitement liée au vécu, à l'histoire du sujet.

Finalement, l'image du corps correspond à une image mentale que l'on se fait de notre corps, gravée dans le psychisme, et influencée par différents facteurs (biologiques, environnementaux, sociaux, psychologiques, affectifs).

Pour finir sur cette partie, il me semble important de pouvoir mettre l'accent sur l'interdépendance et l'intrication de ces deux grands concepts que sont le schéma corporel et l'image du corps. En effet, lorsque l'un est remanié, cela peut avoir une influence sur l'autre.

La construction satisfaisante du schéma corporel et l'acquisition d'une image du corps unifiée et contenante dans le développement de l'enfant sont primordiales. En effet, c'est ce qui permet d'une part à l'enfant de pouvoir se repérer et s'orienter dans l'espace, par le biais du schéma corporel.

Ce dernier permet de construire d'abord ses propres repères corporels afin de construire par la suite des repères spatiaux, l'orientation dans l'espace trouve donc son origine dans le corps. Comme on l'a vu dans cette partie, le schéma corporel se construit par l'intégration des données sensorielles, et permet de situer les liens entre les différentes parties du corps ainsi que leurs positions. Il participe donc à un vécu corporel rassemblé et unifié.

D'autre part, l'image du corps se construit dans la relation à l'autre, dans le vécu d'expériences corporelles et affectives. Comme je l'ai évoqué précédemment, la présence de l'entourage maternant constitue un élément clé dans l'acquisition d'une image corporelle enveloppante, contenant, et sécurisante. En effet, le premier miroir de l'enfant correspond au regard du parent, lui renvoyant une image, son image. Il est donc déterminant dans la construction de sa propre image corporelle et de son développement psycho-affectif.

Le schéma corporel et l'image du corps participent tous deux à la mise en place d'un vécu corporel contenant, et donc à l'intégration d'une enveloppe psychocorporelle suffisamment sécurisante.

Lorsque l'enfant n'a pas éprouvé de manière satisfaisante cette expérience de rassemblement, il va s'accrocher à des sensations, afin d'essayer de maintenir un sentiment d'unité. A ce propos, A.CICCONE reprend le concept d'E.BICK qui parle de « seconde peau » comme substitut d'un « contenant-peau défaillant ». (12 ; p.87)

II- Une enveloppe psychocorporelle défaillante chez ces enfants rencontrés en pédopsychiatrie

1. Des fonctions défaillantes de l'enveloppe ?

Mes observations tout au long de l'année m'ont amenée à faire le lien avec certaines fonctions de l'enveloppe paraissant défaillantes pour la plupart de ces enfants rencontrés.

Les principales fonctions, évoquées précédemment, qui semblent leur faire défaut sont les suivantes :

- La fonction de maintenance
- La fonction de contenance
- La fonction de pare-excitation

Pour illustrer ces fonctions défaillantes, je vais m'appuyer sur diverses vignettes cliniques.

Diego et Samuel participent tous deux à l'atelier multisupport co-animé par la psychomotricienne et l'infirmière du CMPEA.

Au cours des séances, j'observe que Diego est souvent en recherche d'un appui dur : il pose sa tête sur l'épaule de l'adulte, s'allonge au sol sur le dos.

De même, Samuel est debout le dos contre le mur, puis positionne son dos contre les panneaux métalliques. Il finit par s'asseoir au pied des panneaux sur le socle dur au sol, le poteau constituant un appui tout le long de son dos.

Ces deux situations, à titre d'exemple, mettent en évidence un possible défaut d'intégration de la fonction de maintenance.

En effet, par ces différentes actions, Diego et Samuel semblent être en recherche d'une tenue du corps, d'un axe solide.

J'ai donc l'impression que par le contact tête-épaule, Diego recherche une qualité chez l'autre ou dans l'environnement (le sol) qu'il n'a pas pu intérioriser en lui : se maintenir par un appui solide.

Quant à Samuel, il se sert du mur, des panneaux métalliques et du repoussé du sol. L'utilisation du poteau comme appui dos peut s'apparenter à une sorte de « tuteur », un axe « extra-corporel » pour tenir et maintenir son corps.

Il me paraît important de préciser que Diego et Samuel font ces actions-là pendant le temps de lecture d'histoire, sur le matelas. Ils sont donc passifs, n'ont pas recours à ce moment-là à une enveloppe par le mouvement perpétuel. Diego et Samuel tentent donc, pendant ce temps d'écoute et de passivité, de s'assurer de leur permanence d'être, grâce à un appui solide extérieur.

Florian a 7 ans, il bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire à l'Hôpital de Jour (HJ) depuis 2016. J'assiste à la prise en charge « pataugeoire » qui se déroule tous les vendredis, co-animée par la psychomotricienne et une infirmière.

Lors d'une pataugeoire courant mois de mars, Florian nous montre sa plaie sur le bras avec la croûte formée. Il semble très angoissé par la présence de cette plaie. En effet, Florian nous fait part de sa pensée : selon lui, cette blessure provoque une fragilisation voire même une disparition de ses muscles. On lui demande de nous montrer où se trouvent les muscles, il touche l'os. La psychomotricienne lui signale alors que ce qu'il touche de dur c'est de l'os. Florian rebondit sur ce propos et nous dit « J'aime bien l'os ! ».

Lors du rhabillage, la croûte se décolle un peu, Florian manifeste alors sa forte inquiétude en disant : « elle ne va plus revenir maintenant ! ». Il accepte qu'on lui mette un pansement, semble rassuré, et nous dit : « le pansement ça sert à faire re-renter le sang dans l'os ! »

Concernant la première partie de cet exemple, on retrouve à nouveau la question d'une fonction de maintenance défaillante. Florian manifeste son angoisse face à cette plaie, il pense que cette dernière affaiblit son corps, dont ses muscles. Sa réponse par rapport à l'os m'interpelle quant à un besoin de dur, de solidité dans le corps, de pouvoir ressentir un corps qui « tient bon ».

La deuxième partie de cette situation fait plutôt référence à la fonction de contenance :

Florian semble présenter des angoisses par rapport à ce qui peut sortir de l'intérieur de son corps, comme s'il ne fallait que rien ne sorte de l'intérieur vers l'extérieur. Est-il bien assuré de l'intégrité de l'intérieur de son corps ? Est-il possible qu'il ait peur de « se vider de l'intérieur » ? Cette situation me questionne alors quant à la fermeture de son enveloppe, et à un probable vécu d'enveloppe « percée ». Cette dernière témoigne donc d'un défaut dans sa fonction de contenance.

Ces impressions d'angoisse de « vidage » sont renforcées par une séance antérieure où Florian exprime que la mort est liée à l'écoulement du sang. On peut alors supposer qu'il vit quelque chose de très angoissant dès qu'il se blesse et saigne. Cette enveloppe « trouée » ne remplit donc pas son rôle de garder et contenir ce qui doit rester à l'intérieur du corps, d'où une fonction de contenance défaillante.

De plus, Florian a passé une grande partie des séances de pataugeoire en choisissant de se mettre dans une grande baignoire : celle-ci lui offrant de nouveau une contenance, supplémentaire à la contenance de la pièce ainsi que celle de l'enveloppe « eau ».

Au sein de l'atelier « multisupport » au CMPEA, j'observe Diego au fur et à mesure des séances. Je constate alors qu'il répète très souvent une même action : il tire sur sa manche en passant sa main à l'intérieur.

Par la suite, j'essaye de reproduire ce geste pour tenter de ressentir la sensation qu'il peut avoir, et comprendre alors dans quel but il répète ce geste. Le fait de tirer fort sur sa manche lui permet de sentir le haut de son corps, en partant du bras jusqu'à l'épaule, et enfin de ressentir tout l'arrière de son corps.

Je suppose alors qu'il se crée une enveloppe par le vêtement, et surtout par la qualité de « serrage » du vêtement en effectuant cette action. Par ce geste, on retrouve à nouveau la recherche d'une contenance de substitution.

Pendant quelques séances successives, Martin s'attache à faire de la peinture et du dessin.

Je remarque, que ce soit avec le pinceau ou le feutre, que Martin vient toujours chercher au maximum le bord de la feuille, sans laisser de blanc entre son tracé et le bord, et pour autant, sans jamais dépasser, déborder.

Par ailleurs, je peux observer que Martin a très souvent de l'eczéma autour de la bouche. Ces rougeurs viennent border sa bouche.

Il est important de préciser que Martin est souvent dans une agitation motrice et psychique. Il part dans tous les sens, est en permanence en mouvement et change beaucoup d'avis sur ce qu'il a envie de faire.

Lorsqu'il peint ou dessine en allant jusqu'au bord de la feuille, j'ai l'impression qu'il cherche à éprouver les limites du support. Je remarque également qu'il est plus posé pendant ce temps-là. Martin semble donc expérimenter les limites de la feuille, comme peut-être une projection d'une amorce d'intégration de ses propres limites corporelles.

A propos de son eczéma récurrent, je fais le lien avec la théorie de D.ANZIEU. Selon lui, l'eczéma serait un moyen de sentir par l'extérieur un « Moi-peau-sac » qui entoure et contient les contenus corporels et psychiques, par l'intermédiaire des déchirures douloureuses et du contact rugueux de la peau. (3 ; p.130)

On retrouve donc une fois de plus cette fonction de contenance qui fait défaut, et de quelles façons elle peut s'exprimer.

Pour finir, je vais illustrer par quelques exemples la défaillance de la fonction de pare-excitation, correspondant à la capacité de se protéger des stimulations extérieures et excitations intérieures pouvant être débordantes.

Baptiste est suivi au CMPEA, il présente un bégaiement et des tics. Il a un accompagnement individuel en psychomotricité et participe depuis peu à l'atelier « jeu », co-animé par la psychomotricienne et l'infirmière.

Pendant les séances de l'atelier « jeu », je constate que Baptiste présente beaucoup de difficultés pour gérer son angoisse. Cette dernière se manifeste corporellement.

En effet, lors du temps de jeu, Baptiste mobilise tout son corps : il est dans une hypertonie générale, s'accompagnant par des mouvements brusques ainsi qu'une agitation verbale (il parle vite et fort). Son comportement semble très pulsionnel, donnant l'impression qu'il expulse les mots.

Pendant le jeu, les bégaiements et les tics de Baptiste s'intensifient. Ils se caractérisent par d'importants raclements de gorge, des reniflements ainsi que des tics au niveau du visage (clignements des yeux, « grimaces »).

Baptiste donne alors l'impression de jouer « sa vie » et ne pas dissocier le jeu et la réalité. Il semble se donner complètement dans le jeu, tant corporellement que psychiquement.

Cette situation me laisse penser que Baptiste n'est pas en capacité de faire face aux excitations externes provoquées par le jeu. Ces dernières génèrent alors beaucoup d'angoisse pour Baptiste, qu'il ne peut pas gérer seul. Cet exemple est une possible illustration de la fonction de pare-excitation faisant grandement défaut chez lui. Il se retrouve alors pleinement confronté aux excitations externes et internes, sans filtre pour lui permettre de les supporter.

Diego présente un TOC de lavage de mains : il prétend qu'il va aux toilettes ou bien qu'il va boire au robinet pour se mettre les mains sous l'eau. Sa peau est par conséquent très abîmée.

De même, Etienne se lave les mains de façon excessive avec le gel hydroalcoolique, pendant une période de gastro et de grippe. Il exprime qu'il fait cela par peur de tomber malade. La psychomotricienne lui explique alors le rôle de la peau comme « bouclier », étant une protection qu'il ne faut pas abîmer.

L'expression de son visage semble témoigner d'une prise de conscience. On remarquera ensuite par la régénération de sa peau, que ce comportement s'est atténué.

Ces deux situations permettent d'illustrer une fragilité dans la fonction de pare-excitation. En effet, ce comportement de lavage de main semble exprimer des angoisses, face à l'exposition à des agents extérieurs potentiellement pathogènes, et une incapacité à pouvoir se sentir protégé.

Au commencement de l'atelier multisupport, sur le temps de dessin, Samuel dessine sur plusieurs séances une maison et un voleur qui s'y introduit.

Au cours de l'année, je remarque une évolution dans ses dessins. Samuel dessine à présent un digicode qui permet d'autoriser ou non l'accès. Par la suite, il s'attache à dessiner des châteaux forts, avec ce qu'il nomme le « pont de vie » correspondant au pont-levis. Le château comporte une seule entrée, est entouré de douves et les fenêtres sont fermées.

A travers ses premiers dessins, Samuel paraît exprimer des angoisses d'intrusion, représentées par le voleur pénétrant dans la maison. J'émet alors l'hypothèse d'un lien avec une fonction de pare-excitation qui n'assure pas son rôle de protection envers les agressions extérieures.

Par la suite, l'ajout d'un digicode dans ses dessins semble symboliser un mécanisme de protection. On peut l'assimiler à une sorte de filtre tenant le rôle de pare-excitation, afin de faire face aux éléments extérieurs.

Ensuite, ses systèmes de défense se complexifient. Samuel multiplie les systèmes de sécurité qui viennent faire pare-excitation. Je constate également qu'à cette période-là, Samuel a l'air moins envahi par l'angoisse, et donc plus apaisé psychiquement et corporellement.

Pour conclure sur cette partie, j'ai illustré à travers différents exemples, les fonctions de l'enveloppe faisant grandement défaut à ces enfants.

Cette enveloppe défaillante va entraîner indéniablement chez ces enfants, des moyens de compensation, pour tenter de pallier à cette fragilité, et ainsi trouver une forme d'enveloppe substitutive, qui leur est propre.

2. Les moyens de compensation possibles de ces failles de l'enveloppe, observés chez ces enfants

J'entends par « moyens de compensation » des systèmes auxiliaires pour pallier à une enveloppe défaillante, n'assurant pas pour autant une contenance aussi efficiente que celle d'un enfant sécure de base.

Je vais m'appuyer sur deux exemples, concernant Yoann et Diego, afin d'illustrer une première enveloppe de substitution.

Je reprends l'exemple de Yoann, cité en introduction.

Il recourt à la propriété de l'eau glacée, provoquant la vasoconstriction des vaisseaux, ainsi qu'un raidissement du corps tout entier. Cette immersion dans l'eau lui procure alors une sensation de « tout dur » dans le corps, d'un corps solide, qui tient « bon ». Cette sensation qui m'est intenable car provoquant de la douleur chez moi, est paradoxalement apaisante pour lui. Lorsqu'il est dans l'eau, Yoann donne l'impression de se sentir fort, comme « indestructible ». L'action de l'eau glacée semble lui procurer une sorte « d'armure solide et infranchissable ».

Par ailleurs, il me paraît important d'avoir en tête que Yoann est très féru de musculation. On retrouve encore une fois cette idée chez Yoann, de se créer un corps solide, dur, une « armure ».

En faisant passer le bilan psychomoteur à Diego, je m'aperçois rapidement qu'il présente une hypertonie importante. Cette dernière est généralisée, et s'étend jusqu'à son geste graphique.

De plus, lorsque je tente d'évaluer le tonus de fond (ballant, extensibilité), demandant un certain relâchement, Diego manifeste directement une réaction corporelle de retrait. Il pourra dire : « Quand je te laisse mon bras, ça fait mal ».

A travers ces deux situations, on retrouve les fonctions défaillantes de l'enveloppe (fonctions de maintenance, de contenance) évoquées précédemment. Par conséquent, Yoann et Diego sont à la recherche d'un corps tout dur, pour tenter de ressentir un corps qui tient, unifié, rassemblé.

Ces deux exemples illustrent le recours à l'hypertonie, pour pallier à une enveloppe fragile. L'hypertonie, par les contractions intenses et permanentes, engendre une sensation de « dur » dans le corps, et donc un sentiment de tenue et de contenance.

L'hypertonie constitue donc une première forme d'enveloppe substitutive, à laquelle nombre de ces enfants rencontrés ont recours. Ce moyen de compensation fait donc appel à la création d'une « carapace tonique ».

Cette notion-là fait référence au concept de « **seconde peau musculaire** » d'E.BICK. (6) Pour reprendre sa théorie de « peau psychique », évoquée précédemment : l'objet « optimal » remplissant une fonction de contenance pour l'enfant, constitue alors une « première peau ». L'introjection de cette dernière, permet l'acquisition d'un sentiment de contenance corporelle et psychique, chez l'enfant.

Cependant, lorsque l'intériorisation de cette « première peau » s'avère être défaillante, cela mène à la formation d'une « seconde peau » chez l'enfant, pouvant être de nature musculaire ou motrice. (2)

En effet, la construction de cette seconde peau peut être également de nature motrice. Elle se traduit alors par une agitation chez l'enfant, qui est dans une forme de mouvement perpétuel.

Je retrouve très fréquemment, cette agitation permanente chez une majorité des enfants rencontrés. Cette instabilité motrice semble provenir de leur enveloppe défaillante, du défaut de contenance corporelle et psychique, traduisant ainsi une insécurité intérieure. Cette agitation perpétuelle paraît alors être une conséquence de cette enveloppe très fragile, et constitue donc un moyen de compensation mobilisé par ces enfants. (12)

Ils semblent avoir besoin de remplir l'espace, et les sensations procurées par le mouvement permanent sont un moyen de se « sentir vivant ». D'ailleurs, J.BERGES considère que l'enfant tente de faire face à des pulsions de mort :

« [...] l'enfant hyperkinétique, je dirais que c'est celui qui bouge, parce que tant qu'il bouge, il n'est pas mort. » (4 ; p.51)

De plus, il ajoute que ces enfants agités ne semblent pas avoir intégré leurs propres limites corporelles. Ils sont donc à la recherche de limites procurées par l'extérieur, l'environnement (les objets, le corps de l'autre). (4)

En effet, ces enfants n'ont probablement pas suffisamment intégré un « sentiment continu d'existence », une sécurité interne, afin d'être assurés de leur intégrité psychocorporelle. Par conséquent, le recours à **l'agitation motrice** constitue une autre forme possible d'enveloppe substitutive.

Selon B.GOLSE, l'agitation serait « une enveloppe motrice défensive face à un défaut de contenance primordiale. » (16 ; p.53)

Pour illustrer cette seconde enveloppe de substitution, observée fréquemment chez ces enfants, je vais m'appuyer sur l'exemple de Samuel.

En début d'année, Samuel intègre l'atelier « multisupport ». Lors de sa première séance, il est dans un mouvement perpétuel, une agitation constante. Il ne parvient pas à venir s'asseoir pour le temps d'histoire, reste debout et circule dans la salle. Samuel est dans une agitation corporelle et verbale, il occupe beaucoup l'espace par le mouvement et la parole.

Au fil de l'année, séance après séance, son agitation diminue intensément, jusqu'à disparaître complètement. Samuel trouve progressivement un apaisement.

Il me semble que Samuel a pu construire, au cours des séances de l'atelier, une sécurité intérieure, lui permettant de « lâcher » petit à petit cette enveloppe d'agitation.

J'émetts alors l'hypothèse que le cadre contenant de l'atelier, l'enveloppe groupale, ainsi que notre fonction de contenance, offrent une enveloppe « extra-corporelle ». Samuel a pu se saisir de cette enveloppe « auxiliaire », l'intérioriser, afin d'entamer la construction de sa propre enveloppe.

En conclusion, l'hypertonie ou l'agitation constituent des moyens de compensation, utilisés par ces enfants, pour pallier à un défaut de contenance. Ces enveloppes de substitution ne sont pas exhaustives, mais ce sont ces dernières que j'ai pu observer au cours de ce stage.

HYPOTHESE DE TRAVAIL :

Ces enfants rencontrés en pédopsychiatrie présentent donc une enveloppe psychocorporelle défaillante.

J'émetts alors l'hypothèse que ces enfants expérimentent dans un premier temps, une enveloppe « extra-corporelle », venant de l'extérieur, de l'environnement.

Cette enveloppe « auxiliaire » est formée par :

- L'enveloppe institutionnelle
- Les structures du CMPEA et de l'HJ
- Le cadre thérapeutique
- L'équipe pluridisciplinaire dont le psychomotricien et ses fonctions spécifiques.

L'intégration de cette enveloppe « extra-corporelle », leur permet alors progressivement de trouver ou retrouver une sécurité interne, un apaisement. Par conséquent, l'intériorisation d'une enveloppe formée par l'extérieur, les conduit à se construire par la suite une enveloppe, leur propre enveloppe.

DEUXIEME PARTIE : Apport de l'enveloppe institutionnelle et place du psychomotricien dans ce service de pédopsychiatrie

I- Présentation des institutions

J'effectue mon stage de 3^{ème} année de psychomotricité dans un CMPEA et dans un HJ. Ces deux structures sont côte à côte, permettant donc un échange entre les professionnels. Par ailleurs, c'est la même pédopsychiatre qui assure la prescription des soins sur les deux structures.

Le CMPEA accueille des enfants et adolescents jusqu'à 18 ans, leur proposant des soins en ambulatoire. Les accompagnements peuvent être pluridisciplinaires, en effet, l'équipe du CMPEA se compose de différents professionnels. On retrouve deux psychologues, deux psychomotriciennes, une infirmière, une orthophoniste, une assistante sociale, une secrétaire médicale.

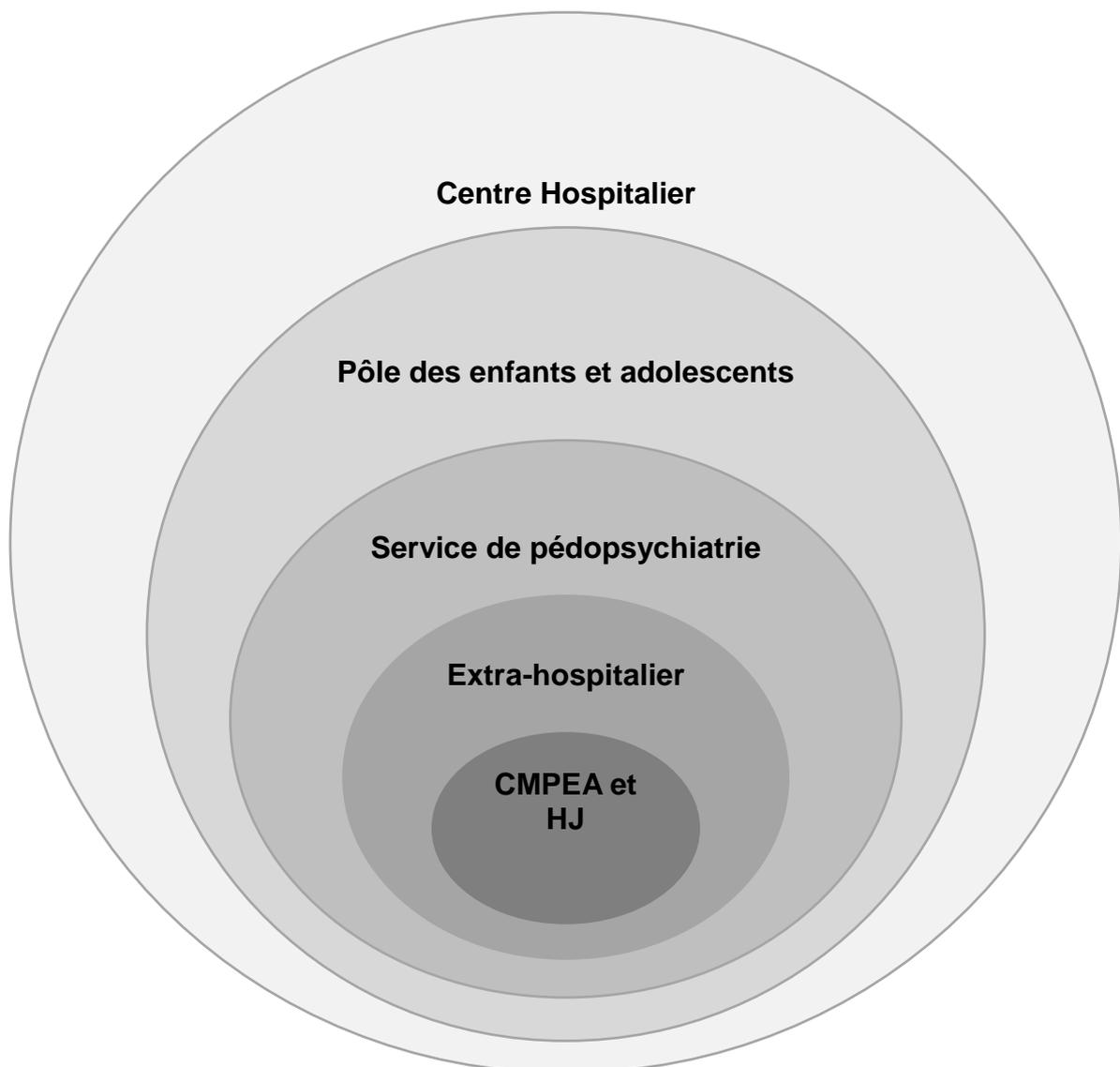
L'HJ accueille des enfants de 18 mois à 11 ans, et propose des soins pluridisciplinaires et plus intensifs. L'équipe se compose d'infirmières, d'une orthophoniste, de deux psychomotriciennes, d'une psychologue, d'une assistante sociale, d'une institutrice spécialisée, d'une Agent des Services Hospitaliers (A.S.H), d'une éducatrice et d'une cadre de santé.

Les enfants accueillis présentent des pathologies diverses, allant des troubles des apprentissages aux Troubles du Spectre Autistique. Pour une majorité d'enfants, le diagnostic n'est pas encore établi, étant donné que généralement, ils débutent tout juste le parcours de soin dans ces structures.

II- L'enveloppe institutionnelle

L'enveloppe institutionnelle démarre à un premier niveau : celui du CMPEA et de l'HJ. Cette dernière ne s'arrête pas seulement à l'extérieur de ces structures, elle se prolonge et s'étend sur plusieurs niveaux. En effet, le CMPEA et l'HJ constituent une première enveloppe, qui se trouve intriquée dans une enveloppe plus élargie : le secteur extra-hospitalier. Cette seconde enveloppe se situe dans une troisième enveloppe, correspondant au service de pédopsychiatrie, et ainsi de suite jusqu'au centre hospitalier.

L'enveloppe institutionnelle équivaut donc à une intrication d'une succession d'enveloppes, les unes dans les autres. J'ai souhaité illustrer cette idée d'intrication par le schéma suivant :



L'enveloppe institutionnelle (caractérisée par cette intrication de plusieurs enveloppes) assure un rôle de contenance, à la fois pour le patient, les familles, et également pour les professionnels. En effet, ils assurent une fonction de contenance auprès du patient, et pour maintenir dans le temps cette contenance, ils ont besoin d'être, à leur tour, eux-mêmes contenus.

Au sein des institutions, ici le CMPEA et l'HJ, les soignants bénéficient de réunions d'équipe, supervisées généralement par la pédopsychiatre ou la cadre de santé. Ces espaces-temps offrent la possibilité à l'équipe pluridisciplinaire, de pouvoir « décharger » les messages chaotiques, désorganisés, déposés par les patients en séance. Ensuite, les professionnels peuvent réfléchir ensemble, élaborer, et mettre du sens sur certaines situations difficiles, vécues avec des patients. Ce temps de réflexion et de transformation correspond donc à la fonction « alpha ». (7)

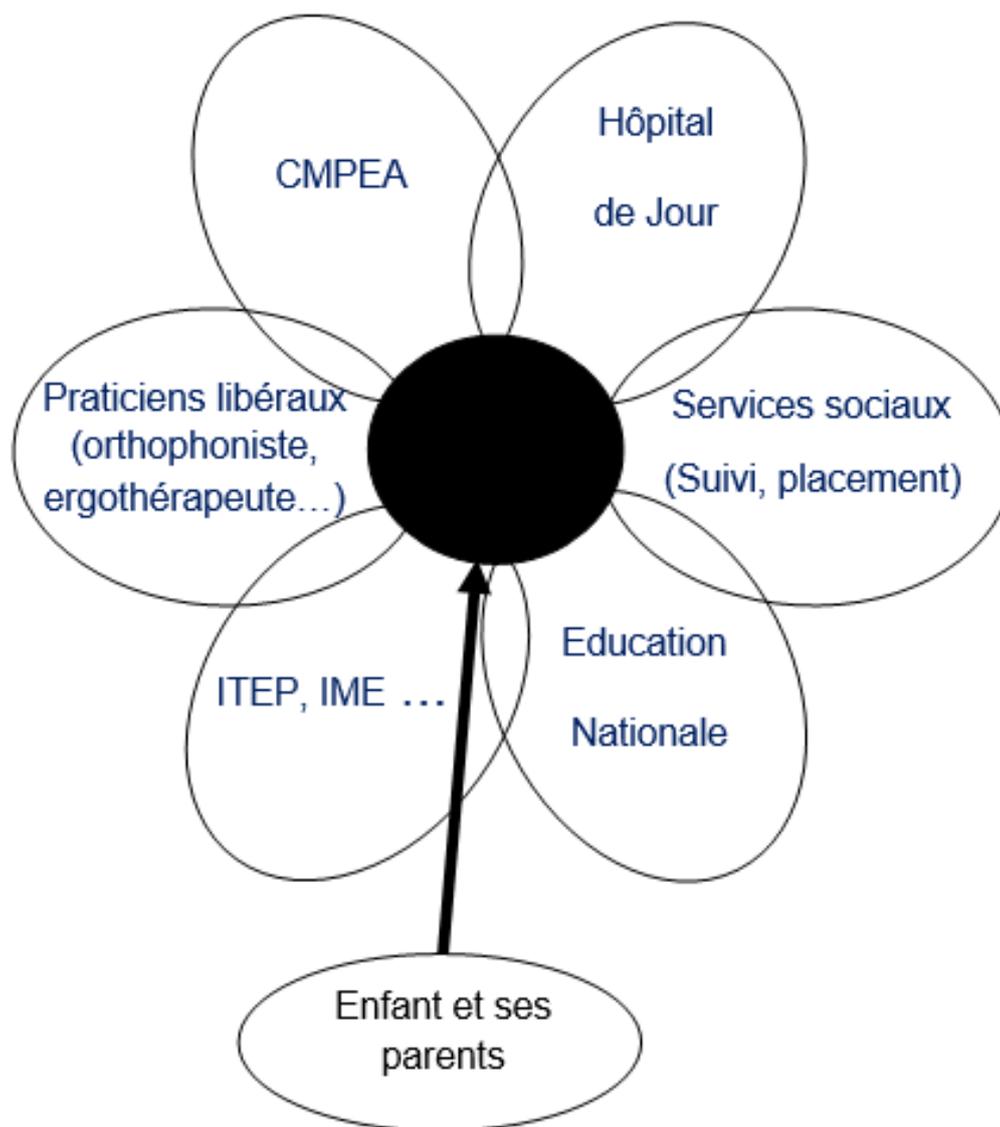
Les réunions de synthèse permettent donc aux différents membres de l'équipe de faire un point sur l'évolution des soins. De plus, les professionnels ont des temps de régulation individuel et collectif, assurés par les psychologues pour les ateliers.

Ces temps de réunion, par leur caractère stable et régulier, les échanges entre les différents professionnels, permettent d'assurer une continuité et une cohérence des soins. De plus, l'enveloppe institutionnelle joue le rôle d'un tiers, dans la relation thérapeutique entre patient et professionnel. (7)

B.GOLSE reprend la théorie de D.HOUZEL à propos de la notion de « bisexualité », présente dans l'enveloppe institutionnelle. Cette dernière revêt alors des « fonctions maternelles », associées à un « holding institutionnel » assurant une fonction de contenance ; et des « fonctions paternelles » assimilées aux règles, aux limites. La co-présence de ces deux fonctions contribue alors à la formation d'une enveloppe institutionnelle de qualité. (17 ; p.79)

Par ailleurs, l'enveloppe institutionnelle s'étend au-delà des institutions, tournée vers l'extérieur, et s'adresse aux différents partenaires, participant de près ou de loin, à l'accompagnement de l'enfant et de sa famille, se trouvant au cœur du dispositif. Un travail en réseau est donc essentiel, afin de trouver une articulation cohérente et collaborer avec les partenaires. Ce travail en partenariat, s'avère nécessaire, pour garantir une continuité des soins, assurer et renforcer une fonction de contenance pour l'enfant et ses parents. (22)

Ce travail en réseau peut se voir comme une métaphore des fonctions de la peau. Il assure à la fois, un rôle de barrière protectrice, et permet les échanges entre les différents partenaires, en étroite liaison avec le patient et sa famille. Les échanges avec les professionnels extérieurs à l'institution sont permis notamment par des réunions partenariales. J'illustre donc ce réseau de partenariat par le schéma suivant :



A travers ce schéma, on peut y voir une illustration des « boucles de retour » décrites par G.HAAG : c'est-à-dire les messages envoyés par l'enfant et ses parents, réceptionnés par les professionnels, puis leurs réponses envoyées en retour.

III- Place de la prise en charge psychomotrice

1. Spécificités et fonctions du psychomotricien :

1.1 Le bilan psychomoteur (5)

Le bilan psychomoteur est un outil d'évaluation spécifique et propre au psychomotricien, réalisé sur prescription médicale. Le bilan psychomoteur constitue une aide au diagnostic, posé par le médecin. Il permet au psychomotricien d'avoir une vision globale, afin de situer la personne, là où elle en est dans son développement. Le bilan comporte une appréciation objective, par la passation de tests standardisés (résultat chiffré par rapport à une norme) ; ainsi qu'une appréciation subjective par l'observation des réactions du patient, de ses mouvements.

Il contribue donc à une vision globale du patient, et permet la mise en évidence de ses capacités et difficultés. Suite à la passation du bilan, le psychomotricien juge si un accompagnement en psychomotricité s'avère être nécessaire ou non. Il permet d'établir ensuite un projet thérapeutique, afin de proposer une prise en charge adaptée au patient, en collaboration avec l'équipe.

1.2 L'outil privilégié du psychomotricien

L'outil thérapeutique de prédilection du psychomotricien est le dialogue tonico-émotionnel. Le psychomotricien se base alors sur l'observation du tonus, comme moyen de compréhension et de communication avec le patient. Il observe donc les postures, les mouvements, les mimiques, les réactions de prestance, mais aussi le regard, la tonalité de la voix, pour saisir ce par quoi est traversé le patient dans le moment présent. En effet, le tonus étant le support des émotions, il permet l'expression de l'état interne du patient, sans avoir recours au langage oral.

Le psychomotricien a développé un sens certain de l'observation, est attentif aux manifestations corporelles du patient, expressions de ses émotions, et ajuste en conséquence sa posture, son tonus. Ceci correspond à la mise en place du dialogue tonico-émotionnel entre le psychomotricien et le patient.

L'observation fine de ces manifestations toniques, les plus minimes soient-elles, du patient, permet au psychomotricien de s'ajuster corporellement, en réponse du message envoyé par le patient. Le dialogue tonico-émotionnel est à la base de l'instauration de la relation thérapeutique, en psychomotricité. Le psychomotricien s'appuie donc sur ce dialogue tonico-émotionnel, pour comprendre ce qui se passe pour le patient, d'autant plus lorsqu'il n'est pas en capacité de l'exprimer par des mots. (5)

1.3 Une posture d'implication particulière

L'outil premier du psychomotricien est son corps, en effet, il est impliqué corporellement dans l'action. Cette posture d'implication n'est pas seulement corporelle, mais également psychique. Le psychomotricien présente donc une double implication : (8 ; p.79-80)

- Il est d'une part engagé corporellement dans l'action, avec le patient.
- D'autre part, il est capable de se dégager de l'action, pour porter un regard extérieur, « au-dessus » de la situation, sur le moment présent.

Ce regard extérieur à l'action, permet au psychomotricien d'avoir une lecture de la situation, de ce qui se passe pour l'enfant, et de ce qui se joue dans la relation. Cette posture spécifique contribue alors à l'exercice de la fonction « alpha » par le psychomotricien. L'analyse de la situation dans l'instant présent, lui permet de mettre du sens sur l'action. Cette double posture est donc fondamentale pour le psychomotricien, afin de saisir tout ce qui se joue dans la situation vécue, ne se limitant pas seulement à l'implication corporelle.

1.4 Des fonctions partagées avec les autres professionnels

La fonction de contenance assurée par les soignants, dont le psychomotricien, peut se définir selon trois fonctions, décrites par P.DELION : (14)

- La fonction « phorique » : fait référence au « holding » de D.WINNICOTT. Le psychomotricien assure le maintien d'un portage psychique du patient, dans le temps, tant qu'il n'est pas en capacité de s'auto-porter.

- La fonction « sémaphorique » : correspond à notre capacité d'observation des signes apparents. Nous devenons à notre tour « porteur des signes de souffrance de l'enfant », par phénomène transférentiel.
- La fonction « métaphorique » : équivaut à l'élaboration d'hypothèses, en vue d'une compréhension des signes, et à la proposition d'un sens pour le patient.

2. Le cadre thérapeutique :

L'instauration d'un cadre thérapeutique est fondamentale dans l'accompagnement de ces enfants rencontrés en pédopsychiatrie. De manière générale, le cadre permet de délimiter les contours.

Le cadre est notamment défini par X.POMMEREAU comme :

« Le support, le châssis, ce qui constitue la structure de l'espace de soins. »

Selon lui, il est alors « question de contenance et non de détention – de souplesse et non de rigidité ». (30)

D'après C.POTEL, le cadre thérapeutique est :

« Ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. » (31 ; p.321)

Du point de vue de la phénoménologie, M.MARTIN définit le cadre de cette manière :

« Ce 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. » (26 ; p.110)

La mise en place d'un cadre constitue un préalable à tout accompagnement en psychomotricité, afin d'apporter une structuration à la séance, aussi bien pour le patient que pour le psychomotricien. Pour ce faire, le cadre doit être à la fois souple afin de permettre les explorations sensorimotrices, et également structurant pour garantir une sécurité au patient.

Le cadre thérapeutique permet également de jouer le rôle de tiers dans la relation pouvant être duelle entre le patient et le psychomotricien.

Le cadre thérapeutique sous-entend alors la notion de cadre physique et de cadre psychique.

2.1 Le cadre physique

Le cadre physique comporte plusieurs éléments essentiels, à savoir :

- Le cadre spatial : c'est un espace délimité par les murs de la salle de psychomotricité, offrant un espace fermé et contenant au patient. Cet espace permet alors de recevoir et contenir les projections du patient. A l'intérieur de la salle, l'espace peut être organisé en différents petits espaces dédiés à des activités diverses. On retrouve généralement trois espaces principaux : l'espace du bureau, un espace de détente (matelas, coussins, cabanes...) et un espace plutôt moteur.
- Le cadre matériel : il offre une certaine diversité dans le choix des objets que le patient peut découvrir et utiliser, accompagné par le psychomotricien. Le matériel est ludique, attrayant et varié, mais il est nécessaire d'adapter l'espace matériel en fonction des patients. En effet, pour certains patients cela peut générer un trop plein de stimulations, d'excitations pouvant les désorganiser. Il est alors plus judicieux de privilégier un environnement hypo-stimulant en ne laissant pas tous les objets à la vue du patient.

L'objet est un bon médiateur dans l'instauration de la relation thérapeutique. Il sert de tiers dans la relation avec le psychomotricien et permet ainsi d'atténuer une relation duelle en face à face.

- Le cadre temporel : il implique un horaire précis et une durée de séance, de préférence, identiques et une fréquence hebdomadaire définie. Ce cadre temporel est primordial pour définir un début, un milieu et une fin de séance. Il est important de préparer et de ne pas négliger le temps de séparation avec le patient.

Le cadre physique constitue donc une délimitation réelle, tant au niveau de l'espace que du temps, un écrin procurant ainsi une structure à la fois solide et contenante. Ce cadre physique a pour but d'accueillir et de contenir les excitations, les décharges pulsionnelles des patients.

Cependant, pour assurer pleinement cette fonction de délimitation et de contenance, le cadre physique s'accompagne indissociablement du cadre psychique.

2.2 Le cadre psychique

Le cadre psychique est assuré par son intégration au sein de « l'enveloppe institutionnelle » mais également par la réflexion et la pensée constante du soignant, pouvant s'appuyer sur ses apports théoriques et les temps de régulations. C'est par le biais de cette pensée que le psychomotricien peut tenter de mettre du sens sur ce que lui renvoie le patient.

Il essaye alors de lui proposer une compréhension de ses états internes qui se manifestent par des réactions motrices, corporelles.

Cette fonction du cadre psychique est donc essentielle afin de contenir les états émotionnels, les excitations pouvant déborder le patient et le désorganiser.

Cette idée de cadre psychique est qualifiée par A-M.LATOURE de « cadre dans la tête ». Ce dernier désigne la fonction du psychomotricien à pouvoir assurer et maintenir dans le temps un dispositif stable et fiable pour l'enfant, quelles que soient les projections et tentatives de destruction du cadre.

Cette fonction de « cadre dans la tête » permet d'accueillir en toute circonstance les messages envoyés par le patient. Elle lui assure en permanence une structure qui « tient bon », afin de lui garantir sa propre sécurité et intégrité.

Pour conclure sur le cadre thérapeutique (sous-entendu à la fois cadre physique et psychique), il me paraît important de pouvoir faire l'analogie entre les fonctions qu'il assure et certaines fonctions du « Moi-peau » abordées en première partie :

- Le cadre assure une fonction de maintenance : il offre un axe solide, fiable et persistant dans le temps sur lequel chaque protagoniste peut prendre appui. Cette fonction de maintenance du cadre lui confère une résistance permanente à l'égard des projections ou éventuelles « attaques » du patient envers ce cadre.
- Une fonction de contenance : le cadre forme une enveloppe contenant, sécurisante et protectrice.
- Une fonction de pare-excitation : le cadre protège les patients d'un excès de stimulations extérieures qu'ils ne peuvent pas gérer seul, et permet aussi de contenir leurs états d'excitations intérieurs pouvant les déborder.

A présent, je vais présenter succinctement quelques médiations proposées au CMPEA et à l'HJ, auxquelles j'ai assisté lors de mon stage. Quelle que soit la médiation proposée en psychomotricité, elle est toujours sous-tendue par la mise en place d'un cadre thérapeutique. Ce dernier permet d'en définir les contours, les règles à respecter, et ainsi apporte une structure permanente et sécurisante.

3. Exemples de médiations utilisées :

3.1 Dispositif pataugeoire

Ce dispositif se trouve à l'HJ. Il est co-animé par la psychomotricienne ainsi qu'un autre soignant jouant le rôle de l'observateur (une infirmière, ou la psychologue).

La pataugeoire forme en elle-même un espace clos et contenant, par l'ambiance qu'il y règne. On retrouve une ambiance humide, chaude et enveloppante.

La pièce de la pataugeoire comporte deux espaces délimités :

- La zone sèche : il y a une table pour que l'observateur écrive le contenu de la séance, dans le cahier dédié à l'enfant. Il y a également une pièce attenante, où les enfants laissent leur maillot de bain, et qui peut servir au déshabillage et rhabillage.

- La zone humide : cet espace est entièrement carrelé, surélevé par rapport au niveau du sol. Le robinet se prolonge d'un long tuyau transparent et souple, tous deux accessibles à l'enfant, qu'il peut manipuler à sa guise.

La zone humide se compose également d'un miroir, l'enfant a accès à une panier comportant de nombreux objets simples (contenants de différentes forme, poupons, baignoire...). Il peut manipuler ces objets dans l'espace de la flaque. Cet espace contient la bonde d'évacuation d'eau au centre. La psychomotricienne se situe dans cet espace, à côté de l'enfant.

Le cadre est donc bien spécifique à ce dispositif pataugeoire, par la disposition des différents espaces, et également par certaines règles à respecter. En effet, deux règles essentielles sont énoncées à l'enfant :

- Ne pas mouiller la partie sèche.
- Ne pas mouiller les adultes, étant eux habillés.

Cette médiation a une action sur plusieurs points :

- L'enfant peut expérimenter le fonctionnement de son propre corps, à travers des expériences avec l'eau et les objets. Par exemple, les expérimentations de transvasement s'apparentent aux fonctions du corps, ce dernier se vide et se remplit. C'est donc par la manipulation des objets et de l'eau, que l'enfant va rejouer ce qu'il vit intérieurement, des expériences qui sont d'abord corporelles.
- L'eau constitue une enveloppe : la sensation de l'écoulement de l'eau sur le corps délimite les contours, et définit les limites corporelles, afin de construire une perception d'une unité corporelle.

- La pataugeoire offre un travail sur les limites dedans/dehors : d'une part avec la délimitation des espaces dans la pièce, et d'autre part par l'intermédiaire de l'eau. En effet, l'enfant peut faire rentrer et ressortir l'eau par la bouche, par les objets (passoire ou récipient).
- Dans ce dispositif, il y a un travail d'élaboration psychique pour l'enfant. La psychomotricienne assure la fonction « alpha » en proposant un récit, une verbalisation des actions de l'enfant. Elle lui propose alors un sens sur ses expérimentations sensorimotrices.
- L'enfant reçu en pataugeoire présente une profonde défaillance de son enveloppe corporelle. Il va chercher à l'extérieur, dans les objets ou l'espace (mobilier...) des éléments qui lui tiennent lieu de corps. (23 ; p.7)

3.2 Atelier « jeu »

Cet atelier est proposé par la psychomotricienne et l'infirmière du CMPEA, auquel quatre enfants participent cette année.

Le cadre instauré pour cet atelier définit un espace-temps qui reste toujours le même : l'atelier se déroule chaque jeudi, dure 1h30 et a lieu dans la salle de l'infirmière.

Le cadre temporel de cet atelier inclut un rituel de début et de fin de séance. On commence l'atelier par un échange verbal autour de la table.

Un temps de parole est donné à chaque enfant, pouvant alors exprimer son état du moment ou encore raconter ce qu'il souhaite. Le rituel de fin de séance correspond à un temps de verbalisation, un retour fait par chaque enfant sur comment s'est passée la séance. Ce temps de parole est suivi par le temps du rangement, avant de se quitter.

Les soignants représentent les garants de ce cadre contenant, et assurent le maintien de ce dernier, afin de garantir l'intégrité et la sécurité de chacun.

Au sein de cet atelier, sont proposés divers jeux : allant des jeux d'équipes, des jeux de rapidité, de réflexion, d'imitation, aux jeux de stratégies.

Cet atelier « jeu » favorise l'expérience et l'intégration de nombreux apprentissages organisateurs pour l'enfant :

- Le jeu est systématiquement régi par des règles, et de ce fait contribue à l'apprentissage et le respect de celles-ci.
- Il favorise l'entrée en relation, les interactions avec autrui, par le partage d'une activité commune, dans un espace sécurisé.
- Le jeu soutient le développement de la créativité et de l'imaginaire.
- Il privilégie l'écoute de l'autre, l'acceptation de la différence dans la divergence d'opinions, en faveur d'un travail d'équipe.
- Il favorise la coopération et l'entraide entre les enfants, pouvant s'appuyer l'un sur l'autre, et pas seulement sur l'adulte.
- Il met en jeu le passage par différentes émotions, la capacité à les identifier, les gérer, et à les exprimer.
- Il permet à chacun de trouver une place, sa propre place au sein d'un groupe, et promeut le respect de la place de l'autre.

3.3 Atelier « multisupport »

Cet atelier est co-animé par la psychomotricienne et l'infirmière, à raison d'une séance par semaine où trois enfants participent. L'atelier multi-support consiste à proposer diverses activités dans un espace-temps bien pensé. Cet atelier suit toujours le même déroulé, avec trois temps correspondant à trois espaces différents dans la salle.

- **Un temps d'histoire** : ce premier temps consiste à lire un livre aux enfants, la lecture est faite par l'infirmière. Ce temps se déroule dans l'espace détente de la salle, dans le coin matelas-coussins.

De plus, on se positionne de manière à « border » les enfants ; c'est-à-dire que l'infirmière est au milieu pour lire l'histoire, et la psychomotricienne et moi de part et d'autre des enfants, de chaque côté.

Ce positionnement est pensé pour leur offrir une meilleure contenance, une forme d'enveloppe corporelle. On retrouve également l'idée d'une enveloppe sonore par la lecture de l'histoire. Il est important de noter que les enfants ont besoin d'un accrochage visuel, soit aux lettres ou bien aux dessins.

C'est donc un espace propice à l'apaisement, la contenance, notamment par la mise en lien des différents sens : tactile, visuel, sonore.

- **Un temps de dessin** : ce second temps est proposé aux enfants à la suite de l'histoire, dans un autre espace de la salle, à la table. Cet espace est séparé du coin détente par des panneaux métalliques.

Les enfants sont libres de dessiner ce qu'ils souhaitent, nous sommes 3 adultes pour 3 enfants, donc chacune de nous accompagne un enfant, nous effectuons des binômes. Cela peut être un moment de dessin, mais aussi de collage, de coloriage, dans une co-construction possible avec l'adulte.

Ce temps-là favorise le développement de la représentation symbolique et/ou graphique. A la fin du dessin, chaque enfant s'exprime à tour de rôle pour parler de sa production. La proximité de l'adulte permet à l'enfant de trouver un point d'appui, un étayage, dans sa réalisation créative. En effet, c'est d'autant plus important pour ces enfants qui se trouvent généralement en panne dans leur imaginaire.

- **Un temps de jeu** : ce troisième temps se déroule dans un troisième espace de la salle, sur la petite table. On propose aux enfants un jeu coopératif, qui consiste à gagner ou à perdre ensemble. Ce temps de jeu permet l'apprentissage de règles, et le respect de celles-ci. Les enfants peuvent expérimenter le passage par diverses émotions, par l'intermédiaire du jeu, qui permet de dédramatiser « l'échec » et d'apprendre à gérer leurs émotions. La fin du temps de jeu signe la fin de l'atelier. Avant de se quitter, on fait un retour sur la séance, où chacun exprime comment ça s'est passé, ce qu'il a préféré ou non.

Le cadre thérapeutique propre à cet atelier multisupport (spatial, temporel, psychique) permet donc d'offrir un espace-temps contenant et sécurisant à chaque enfant.

Pour conclure, l'enveloppe institutionnelle et la mise en place d'un cadre thérapeutique en séance individuelle ou groupale, constituent une enveloppe, un espace d'échange possible sécurisant à la fois pour le patient et pour le soignant. L'enveloppe institutionnelle et le cadre forment donc un support sur lequel on peut s'appuyer et se maintenir, afin de continuer à assurer à notre tour, en tant que psychomotricien, une fonction de contenance pour les patients. Pour résumer cette idée, je reprendrai la phrase de X.POMMERAU :

« Le support, le châssis, ce qui constitue la structure de l'espace de soins. » (30)

TROISIEME PARTIE : Etude clinique

Au cours de l'année, Diego a pu démarrer un suivi individuel en psychomotricité. J'ai donc eu l'occasion d'assurer son accompagnement, par la passation du bilan en premier lieu, puis par la mise en place des séances de psychomotricité.

I- Présentation générale de Diego

Ma première rencontre avec Diego a lieu en novembre, lors de l'atelier multi-support. Il a 7 ans et 7 mois à ce moment-là, et présente un développement staturo-pondéral normal pour son âge. Au premier abord, c'est un enfant qui est avenant, souriant, et qui entre facilement en relation avec l'autre.

II- Anamnèse et parcours de soin

Avant la naissance de Diego, les parents sont un couple assez fusionnel, ils travaillent ensemble. Diego est né le 09 avril 2011, 4 jours après le terme, par césarienne en urgence (bradycardie et col utérin qui ne s'ouvre pas). A ce moment-là, le couple présente déjà des problèmes conjugaux. Selon les dires de la mère, après la naissance, le père aurait mal supporté qu'elle s'occupe de Diego.

En janvier 2015, c'est la naissance de leur second enfant, les conflits parentaux sont omniprésents, le père n'est pas venu lors de l'accouchement. En décembre 2015, une sclérose en plaque est diagnostiquée à la mère. Puis en juillet 2017, le couple décide de se séparer. C'est à cette période que la mère demande une consultation pédopsychiatrique pour Diego, sans en avoir informé le père en réalité, même si elle affirme le contraire lors de la première consultation.

Diego est suivi au Centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescents (CMPEA) depuis septembre 2017, il a alors 6 ans et 5 mois. Le délai d'attente pour une consultation médicale étant trop long, et face à l'urgence de la situation, un premier rendez-vous infirmier est fixé. La demande semble être en lien avec des problèmes familiaux. Diego a été exposé à beaucoup de violences physiques et verbales au sein du couple, leurs relations sont très conflictuelles.

La prise en charge infirmière, ainsi que le rendez-vous médical avec la pédopsychiatre de décembre 2017 ont mis en évidence des problèmes plus spécifiques à Diego, en plus des violences familiales.

Première consultation avec la pédopsychiatre (décembre 2017) :

Selon la mère, les difficultés de Diego ont démarré à l'issue de la séparation du couple. Elle le trouve perturbé, pas concentré, plus violent.

Au niveau développemental :

Lors de la première année, il n'y a « rien de particulier à signaler », selon les propos de la mère. Il acquiert la marche à 12 mois. Concernant la propreté, il acquiert la propreté diurne à 3 ans et demi, et la nocturne à 5 ans. Il a présenté un retard au niveau de l'acquisition du langage, Diego est devenu compréhensible vers 4 ans.

Concernant sa scolarité :

Diego est scolarisé à 3 ans et demi, il n'y a pas de problème de séparation. Cependant, les institutrices repèrent que lui et sa mère sont très proches.

A l'issue de cette première consultation, et tenant compte des observations de l'infirmière et de l'école, la pédopsychiatre relève plusieurs points problématiques dans le comportement de Diego :

- Instabilité et difficultés attentionnelles
- Insécurité de base
- Immaturité
- Discours plaqué à celui de la mère
- Difficultés au niveau des coordinations fines et globales

Elle en conclut un trouble des apprentissages ainsi qu'un retard global de développement.

En avril 2018, Diego est alors en classe de CP ; l'année de CP marque un tournant important dans le parcours scolaire, et demande des prérequis suffisamment solides pour l'accès à la lecture et l'écriture. La réunion de l'équipe éducative mène à la conclusion d'importantes difficultés scolaires pour Diego, par défaut d'acquisition des prérequis nécessaires.

Ces difficultés de base entraînent des conséquences pour les apprentissages de CP ; Diego présente alors des problèmes de mémorisation, de concentration, de lecture et d'écriture.

Le point majeur à relever est que Diego n'est pas en capacité de travailler en autonomie : besoin perpétuel d'un adulte à côté de lui. Ce dernier semble trop préoccupé et envahi par ce qui se passe dans la cellule familiale, selon l'institutrice. Une information préoccupante a donc été faite par l'école. De plus, la mère étant démunie quant à l'éducation de son fils, une Aide Educative à Domicile (AED) est proposée par l'assistante sociale. La famille accepte cette proposition d'AED, afin de contenir et apaiser les échanges familiaux. Elle est exercée par les services sociaux départementaux.

Devant l'importance des troubles, la prise en charge infirmière ne suffit pas. Le projet de soin est élargi à :

- l'atelier multi-support en octobre 2018,
- l'orthophonie débutée en novembre 2018,
- un suivi en psychomotricité en janvier 2019 (il était sur liste d'attente jusqu'alors).

Antécédents médicaux :

- A la suite d'une fracture du tibia droit, Diego n'arrivait plus à retrouver un schéma de marche satisfaisant. La pédopsychiatre du service a prescrit 6 séances de kinésithérapie.
- Opération chirurgicale du phimosis.

En septembre 2018, Diego change d'école et entre en classe de CE1. Plus récemment, une réunion de l'équipe éducative a lieu en janvier 2019. L'enseignante rapporte qu'il présente de grandes difficultés à entrer dans les apprentissages : il n'a pas encore acquis la lecture, présente un graphisme « maladroit », et n'a pas encore intégré tous les prérequis de la maternelle. Diego bénéficie également d'une prise en charge par le Réseau d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté (RASED).

La psychologue scolaire rapporte lors de la réunion : « Diego a été sans cesse recadré lors de la passation du bilan. Il se comporte comme un « bébé ». Son attention est faible. Il est fatigable et se démobilise très vite. Il a été nécessaire de reformuler souvent les consignes. Le bilan cognitif est plutôt satisfaisant mais le vocabulaire, la catégorisation de la pensée, la mémoire de travail et la vitesse de traitement sont très faibles. Au niveau de la construction psychique, il est fusionnel. Diego a la maturité d'un très jeune enfant, il a besoin de grandir. Il est en difficulté d'assemblage psychiquement et émotionnellement. »

Enfin, la psychomotricienne et l'infirmière du CMPEA parlent des réveils nocturnes et des perceptions angoissantes, selon les propos de Diego, le mettant dans une situation insécure.

En conclusion de cette réunion, l'équipe trouve que Diego est très envahi par des préoccupations et des conflits d'adultes, entravant son entrée dans les apprentissages. L'équipe éducative préconise une scolarité plus adaptée, et aboutit à une demande auprès de la MDPH d'une admission en classe spécialisée de type ULIS et de la présence d'une AVS en attendant l'obtention d'une place. Il faut alors réaliser un GEVASCO pour que la demande soit traitée. Quant aux parents, ils pensent que Diego aura un déclic, que c'est simplement un problème de maturité.

En mars 2019, une seconde réunion de l'équipe éducative a lieu pour constituer le dossier auprès de la MDPH. Devant le refus des parents, pensant que Diego est « passif, immature et fainéant » et qu'il aura un déclic, la psychologue scolaire évoque de nouveau les difficultés psychologiques de Diego. Elle témoigne de l'entretien individuel avec Diego, refusant de grandir, se considérant comme un « tout petit », et dans l'incapacité d'exprimer ses émotions.

Selon elle, il est nécessaire de poursuivre le suivi au sein du CMPEA et d'envisager une orientation en ULIS, afin qu'il puisse faire ses apprentissages. Les parents refusent cette proposition d'orientation et souhaitent changer Diego d'école, pour passer en école privée, en redoublant le CE1.

III- Premières observations de Diego au sein de l'atelier (de novembre à décembre 2018) :

Dès les premières séances, je suis interpellée par le fait que Diego parle souvent avec une voix qui n'est pas la sienne, une voix de petit enfant. Je peux observer une hypertonie buccale lorsqu'il prend cette voix, qui s'étend jusqu'aux muscles du cou, et qui semble jouer sur la tension de ses cordes vocales. J'émetts deux hypothèses concernant cette voix particulière :

- Cela peut être en lien avec la relation fusionnelle à la mère. Y a-t-il une sorte d'indifférenciation, de non séparation entre lui et sa mère, ou séparation partielle ? Cette voix peut témoigner d'un refus de grandir, et d'une volonté de rester un petit enfant, entravant son autonomisation.
- La seconde hypothèse (pouvant être concomitante à la première) concerne cette hypertonie buccale et cette mise en tension des cordes vocales : cette tension intérieure peut-elle venir faire enveloppe pour Diego ? Cette hypertonie buccale qui s'étend jusqu'aux cordes vocales, peut lui permettre de mieux sentir toute sa colonne phonatoire. Par extension, cette dernière peut s'apparenter à la tenue de l'axe corporel, le long de la colonne vertébrale, lui conférant une tenue du corps plus solide, dans le dur et le douloureux.

Je constate également que Diego a l'air très préoccupé par ses selles, car il en parle beaucoup et il rit sans pouvoir s'arrêter. Ce rire semble être signe de forte angoisse qu'il ne peut exprimer que par ce moyen-là, il ne peut rien en dire, et ne peut s'arrêter seul.

Au sein de l'atelier, je remarque que Diego prend beaucoup de place, il monopolise la parole. Il a tendance à ne pas écouter ce que l'autre peut dire, et de ce fait coupe très souvent la parole. Il faut donc canaliser Diego, voire le stopper, afin de laisser la place aux autres enfants dans le groupe.

Au cours des séances, Diego répète très souvent une même action, il tire sur la manche de son pull en mettant sa main à l'intérieur. Ceci attire mon attention sur le fait qu'il tente probablement de sentir l'arrière de son corps, grâce au vêtement qui le serre en tirant dessus. Il semble se créer une enveloppe par le vêtement.

Pendant le temps d'histoire : Diego est très en recherche d'appui dur. C'est-à-dire qu'il vient coller sa tête contre l'épaule de l'adulte, et il s'allonge au sol sur le dos. Je fais alors l'hypothèse qu'il est probablement en recherche d'un arrière fond. Cette idée d'arrière-plan a été abordée par G.HAAG, qui associe le contact tactile du dos et le regard dans la construction d'un arrière fond. Elle parle de l'importance de « l'interpénétration du regard » dans la constitution d'un espace arrière chez l'enfant.

Pendant le temps de dessin : Diego dessine des monstres à dents pointues, mais sans corps, ce sont seulement des têtes. On peut supposer que Diego est très envahi par des angoisses de dévoration. Je me questionne également sur sa perception et sa représentation du schéma corporel, du fait de l'absence de corps dans ses dessins.

Pendant le temps de jeu collectif : Diego est très agité, il a des gestes très impulsifs, et il détruit tout le jeu volontairement, il est dans une excitation débordante. Diego semble être beaucoup dans des « pulsions de mort », dans de la destruction. Il ne peut pas s'arrêter tout seul même quand on lui demande verbalement.

Il est alors nécessaire de le stopper et de l'éloigner physiquement du jeu, le prendre à part pour reposer le cadre. Systématiquement, cela provoque une réaction « d'effondrement » de son excitation, par une montée de sanglots. A ce moment-là, il est important de mettre des mots sur cette agitation destructrice.

Je fais ici le lien avec la théorie de W.BION, à propos de la fonction « alpha », fonction de transformation assurée par le psychomotricien. Les éléments « bêta » correspondent ici à ses excitations débordantes qui le désorganisent complètement.

Le psychomotricien assure la fonction de transformation de ces éléments « bêta » et les renvoie à l'enfant en quelque chose de supportable et plus organisé pour lui, les éléments « alpha ». Cette contenance psychique s'accompagne d'une contenance corporelle. En effet, il est important de lui proposer une enveloppe corporelle par le contact : Diego semble alors être plus sécure et s'apaiser.

IV- Bilan psychomoteur (entre janvier et février 2019) :

Diego a 7 ans et 9 mois et la passation du bilan se fait sur cinq séances, elle a été assez laborieuse. En effet, Diego se disperse beaucoup, il présente de grandes difficultés attentionnelles et de concentration. Ces premiers constats rejoignent les observations de l'école. Il est nécessaire durant la passation du bilan, de rappeler très souvent le cadre, les règles, et contenir son agitation.

De plus, il est important de noter que Diego présente un TOC de lavage de mains. Ce dernier semble révéler des angoisses de contamination par des éléments extérieurs. Cela me questionne sur les limites dedans/dehors, sur la fermeture de son enveloppe corporelle ; a-t-il un vécu d'enveloppe « percée » ou « passoire » ?

On observe aussi un élément significatif, dès qu'il entre dans la salle, il se dirige directement vers le gros ballon. Il tape dessus, puis fait rebondir sa tête dessus, il a du mal à s'arrêter, et entre dans une excitation débordante. Je fais alors l'hypothèse que Diego vient tester ses limites corporelles et son volume avec la résistance et le repousser du gros ballon.

De plus, lorsque deux ballons se percutent, il pousse un cri strident et dit « qu'ils se tapent ». Diego semble comparer cela à un affrontement, un face à face.

Je me questionne alors s'il peut y avoir un lien avec ses parents en conflit permanent, dû au contexte de violences physiques ? Il est probable que Diego rejoue avec les ballons ce dont il a été témoin au niveau familial.

Conclusion du bilan :

Le bilan psychomoteur de Diego révèle des fragilités importantes au niveau de la perception et de la représentation du schéma corporel. On peut observer des difficultés conséquentes concernant l'équilibre, la motricité globale et la graphomotricité pouvant provenir d'un défaut dans la régulation tonique (versant hypertonique). L'évaluation du tonus révèle dans le relâchement, un vécu corporel douloureux et destructurant. En effet, il pourra dire :

« Quand je te laisse mon bras, ça me fait mal. »

Ceci explique probablement son hypertonie pour pallier à cela.

→ Une prise en charge en psychomotricité hebdomadaire me semble alors indiquée pour Diego, afin de travailler en ce sens.

Il me paraît également important de pouvoir l'aider à acquérir une structuration psychocorporelle beaucoup plus contenante et sécurisante ; dans le but de l'aider à s'apaiser. Cet apaisement lui permettra par la suite, de tendre vers une diminution de son instabilité et de son agitation, lui servant d'enveloppe jusqu'alors. Le maintien du cadre thérapeutique va être d'autant plus important pour Diego, afin de l'aider à canaliser ses moments d'excitations.

V- Evolution au cours de l'atelier (à partir de janvier 2019) :

La séance individuelle en psychomotricité a lieu le jeudi matin, juste avant l'atelier multi-support.

Au sein de l'atelier, Diego est très agité pendant les trois temps (histoire/dessin/jeu), même pour le dessin il reste debout, n'arrive pas à se poser.

Il exprime de la violence et ses angoisses à travers ses dessins. Je constate que c'est très difficile pour lui de tenir en place, il ne peut pas rester assis. Diego est dans un mouvement perpétuel, il semble se créer une enveloppe par cette agitation constante, comme pour s'assurer un « sentiment continu d'existence ».

Diego est toujours en recherche d'appuis durs et d'un arrière-fond, il répète les mêmes actions qu'en novembre-décembre. Il est également toujours dans une grande agitation corporelle et verbale : il coupe la parole, ne tient pas en place, et ne peut pas s'arrêter tout seul. Il y a donc une montée crescendo de son excitation qui le déborde si on ne la stoppe pas. Il est essentiel de reposer toujours le cadre en le prenant à part.

En parallèle à l'atelier, nous terminons la passation du bilan et commençons la **prise en charge individuelle en psychomotricité à partir de mi-février.**

A partir de ce moment-là, on observe un début de changement de comportement dans l'atelier. Diego présente toujours des difficultés d'attention, mais il est beaucoup moins agité et plus posé.

Je remarque qu'il parle toujours beaucoup de selles, mais il va pouvoir l'exprimer et l'extérioriser par rapport au début de l'année. En effet, lors du temps de dessin il fait des gribouillages en les nommant « crabouillages ». Je peux observer que tout son corps est tendu, en hypertonie, cela semble être une décharge motrice et pulsionnelle.

Ce geste de gribouillage s'accompagne de moments de pause, comme s'il avait besoin de récupérer, de souffler avant de reprendre ce geste sous tension. Ce mouvement de « serrage-relâchement » peut être assimilé au mouvement des sphincters.

A la fin, il est capable de construire quelque chose à partir de ses gribouillages, il peut y voir une forme d'animal et rajouter des éléments. D'ailleurs, il dessine les fesses de l'animal en train de déféquer.

C'est intéressant qu'il puisse exprimer cela sur la feuille, car il semble extérioriser son angoisse interne. Il y a donc une évolution par rapport à avant, en effet il ne pouvait rien en dire, et ne pouvait exprimer son angoisse que par le rire, des bruitages et une excitation montante. Diego semble alors commencer à lâcher quelque chose, externaliser ses tensions internes.

On peut faire l'hypothèse d'un lien entre le graphisme et la sphinctérisation, apparaissant à la même période dans le développement de l'enfant. En effet, la maîtrise sphinctérienne et les premiers gribouillages ont lieu aux alentours de 24 mois.

Ces deux expériences se rejoignent sur le fait de lâcher quelque chose qui n'est plus à soi, laisser une trace, se séparer de quelque chose qui vient de l'intérieur. On retrouve alors un enjeu psycho-affectif autour de la séparation.

Au fur et à mesure des séances, je peux constater une nette évolution dans sa production de dessins. Je remarque qu'il commence d'abord à faire des gribouillages sur la feuille, puis la retourne pour faire un dessin sur l'autre face. Il me semble que Diego a besoin de décharger, dans un premier temps, quelque chose sur la feuille, d'extérioriser une décharge pulsionnelle ; ce n'est qu'après cela qu'il peut construire quelque chose.

A présent, Diego dessine un château et une maison cachés derrière un buisson, qui entoure ces derniers. Il est intéressant d'observer que les bâtiments sont bien fermés et ne peuvent s'ouvrir qu'à l'aide d'un digicode. En plus des buissons, les bâtiments sont entourés de « pièces explosives », il y a une barrière protectrice de gros rochers tout le long de la feuille entre le château et la maison, avec un passage secret pour passer qui est représenté par un « faux rocher ». Enfin, Diego dessine un éléphant « protecteur » avec une épée. (*Annexe 1*)

Je peux observer par ce dessin, une réelle évolution pour Diego. En effet, on retrouve cette idée d'enveloppe en construction, formée de plusieurs couches intriquées les unes dans les autres.

Lors de la séance suivante, Diego reprend cette idée de château entouré d'une douve. Il dessine ensuite une barrière de « caca » succédée par une barrière de rochers avec un faux rocher pour passer, dont il est le seul à en avoir connaissance. Ensuite, il dessine une barrière de « pets », puis un bouclier, une barrière de « pièces explosives » et pour finir une barrière de pierres précieuses « explosives ». Diego explique que pour passer les barrières de « pets » et de « caca », il faut appuyer sur une manette pour les arrêter avant de passer, sinon « on est mort ». (*Annexe 2*)

J'émetts l'hypothèse que Diego exprime à nouveau des angoisses concernant la défécation, liées à une forme de destruction ou d'auto-destruction. On peut faire le lien avec de possibles angoisses de liquéfaction lorsqu'il va aux toilettes ? Il est intéressant de voir que Diego est en capacité d'exprimer ses angoisses par le dessin, avec une forme reconnaissable cette fois, ce ne sont plus des gribouillages. Il parvient alors à se détacher de la décharge pulsionnelle, et peut en faire une représentation symbolique.

Dans ce dessin, Diego réalise une succession, une accumulation de barrières de protections devant le château. C'est une accumulation de couches intriquées les unes dans les autres, étant plus nombreuses que dans le dessin de la séance précédente. Il y a donc plusieurs enveloppes fermées, avec l'idée d'un passage « secret » dont il est le seul détenteur de l'accès.

En conclusion, au cours de ces deux séances, Diego est beaucoup plus posé qu'avant, il n'est plus nécessaire de rappeler le cadre comme auparavant. Il semble plus tranquille, plus apaisé et serein. Diego n'est plus débordé par ses moments d'excitations comme c'était le cas avant.

Je fais alors le lien entre les dessins qu'il a réalisés et son changement de comportement beaucoup plus apaisé. En effet, Diego paraît exprimer par ces dessins, une enveloppe contenante en cours de construction, se traduisant de manière générale dans sa façon d'être au sein de l'atelier.

VI- Début de suivi individuel en psychomotricité et évolution (mi-février) :

Suite aux observations et au bilan psychomoteur, les axes de travail en psychomotricité privilégiés sont les suivants :

- Un travail sur les appuis : il est en recherche permanente d'appui, d'ancrage
- Un travail d'enroulement, autour de son centre

L'objectif est de repasser par le sol pour aller vers le redressement, afin de revivre les étapes du développement psychomoteur. Pour ce faire, le moyen utilisé est le parcours psychomoteur.

- **Première séance :**

Diego teste beaucoup les limites, en ne respectant pas forcément les consignes. Il semble être dans une forme de toute puissance infantile. Il est alors nécessaire de préciser les règles et tenir le cadre.

Il est intéressant d'observer que les sauts à pied joint sont très compliqués pour lui. En effet, il y a une dissociation des pieds, et donc pas de rassemblement possible. De ce fait, l'utilisation de la toupie me paraît intéressante, pour retrouver une position de rassemblement autour de son centre. D'ailleurs, lorsqu'il se retrouve la tête vers le bas en tournant, il manifeste un peu d'angoisse par des rires au début, puis ça s'apaise.

Ensuite, il semble être angoissé face au mur d'escalade incliné : il descend en étant collé à la paroi, il laisse glisser tout son corps le long de la paroi. Diego semble être à la recherche de la plus grande surface de contact, d'appui pour se sécuriser.

- **Deuxième séance :**

Diego se souvient parfaitement de l'ordre du parcours effectué la semaine précédente. C'est par la répétition qu'il peut acquérir un sentiment de quelque chose de fiable, permanent, et ainsi cela lui confère une sécurité de base. C'est seulement lorsque cette dernière est suffisamment construite, que l'on peut intégrer progressivement du changement dans la répétition, le « pareil ». On peut établir le lien avec les macrorhythmes et les microrhythmes décrits par D.MARCELLI.

En effet, c'est par la régularité et la stabilité des macrorhythmes, que l'on peut amener de la surprise avec les microrhythmes ; seulement une fois que le sentiment de sécurité de base est installé.

Lorsque Diego utilise la toupie à nouveau, il lui est difficile de se positionner au fond et tourner seul sans aide. Il se met alors sur le bord de la toupie, et se balance de gauche à droite. Cela semble signifier la difficulté de se rassembler autour de son centre ; ou bien peut-être qu'il est difficile pour lui de mettre les fesses dans le trou de la toupie, car perçu comme du vide ? On peut se questionner sur l'analogie avec le « trou » des toilettes, qui peut être source d'angoisse ?

Le fait de se mettre sur le bord de la toupie paraît être moins angoissant pour lui. Cela lui permet probablement de pouvoir sentir tout l'arrière de son corps sans discontinuité, qui est alors bien fermé, et donc lui procure une enveloppe sécurisée.

Au cours de ses balancements, ces derniers lui font penser à une chanson, il se met à chanter et on fait de même. Il semble s'apaiser, et tout d'un coup réussit à faire des tours complets dans la toupie.

Je retrouve ici l'idée d'une enveloppe sonore qui contient et facilite les expériences. Il pourrait être intéressant de développer cette notion d'enveloppe sonore pour Diego. En effet, la chanson semble s'associer à du plaisir à chanter, de plus, sa mère aime chanter avec lui. Il est alors possible que Diego apprécie de chanter en séance, lui rappelant ainsi des moments de partage et de plaisir avec sa mère.

J'émetts également l'hypothèse que le fait de chanter permet la vibration de ses cordes vocales, mettant en jeu encore une fois son tonus ; lui apportant une enveloppe, une forme de tenue/d'axe.

Lors de la montée du mur d'escalade, Diego est plus tranquille, il y a un changement notable par rapport à la première fois. En effet, pour redescendre, il ne colle plus tout son corps à la paroi. Cependant, il ne pense pas à diriger son regard et à s'appuyer sur le contrôle visuel pour faciliter la descente.

Concernant la fin de séance, avant il sortait furtivement de la salle en courant sans qu'on lui ait dit de sortir ; puis était dans une agitation et une excitation débordantes par la suite. C'est comme s'il ne devait pas y avoir de silence ou de pause entre deux temps/deux espaces, dans les moments de transition, d'attente. Il est possible que le silence et l'arrêt du mouvement, provoquent de l'angoisse pour Diego, constituant probablement une menace dans son « sentiment de continuité d'existence ».

Ceci pourrait expliquer pourquoi il a recourt à l'agitation permanente, aussi bien corporelle que verbale. A présent, Diego participe au rangement. La sortie de la salle de psychomotricité se fait dans le calme, ensemble. Là aussi il y a un changement important par rapport à début janvier.

- **Troisième séance :**

Lors de cette séance, il est important d'avoir en tête que Diego arrive fatigué et dit qu'il a mal à la tête. Il semble être très préoccupé et triste, on peut le voir au changement de son expression de visage, car d'habitude il est toujours souriant et enthousiaste. De plus, il parle très peu et paraît replié sur lui-même, il nous signale juste qu'il est « chez maman » cette semaine alors qu'il devrait être chez son père.

Je lui explique qu'on continue à faire le parcours comme les séances précédentes, il se souvient toujours de l'ordre, mais cette fois Diego ne souhaite pas refaire exactement le même parcours.

On commence par le tunnel, Diego souhaite le laisser attaché d'un côté pour former un demi-tour. Lorsqu'il est dedans, il me demande de coller les deux sorties pour refermer le tunnel, et former ainsi un cercle fermé. Diego fait plusieurs tours à l'intérieur, puis me signale quand je peux ouvrir afin de sortir du tunnel.

J'ai l'impression qu'à travers cette action, Diego cherche à se rassembler dans un espace clos, bien fermé et contenant. Ce tunnel fermé vient faire enveloppe pour Diego. Cette forme circulaire peut s'apparenter au « moi sphérique » chez l'enfant, décrit par G.HAAG, citée par A-M.LATOURE (24 ; p.33), à la constitution d'un premier sentiment de « tout-autour ».

Maintenant, Diego est capable de tourner seul dans la toupie, il reprend à nouveau la chanson. Cette fois, il finit par dire dans la chanson que « la toile se casse, et les éléphants tombent ».

Je me demande alors s'il y a un rapport avec contexte familial sous tension, notamment concernant la relation délicate avec son père. En effet, Diego pourra confier pendant l'atelier qu'il y a eu un conflit entre lui et son père, ce qui explique pourquoi il est chez sa mère cette semaine.

Je me questionne également s'il peut y avoir un lien avec des angoisses de chute, questionnement qui revient avec le mur d'escalade.

Effectivement, lors de la descente du mur d'escalade, Diego exprime son angoisse et dit qu'il ne peut pas descendre. Je lui propose alors un appui corporel avec ma main dans son dos, mais il se laisse complètement glisser le long de la paroi. Je constate alors que Diego n'est plus dans les appuis comme la séance précédente.

Lors de cette séance, Diego ne respecte pas l'ordre du parcours, il est dans l'opposition. Il me paraît désorganisé, « éclaté » corporellement et psychologiquement.

J'émetts deux hypothèses pouvant expliquer cette désorganisation :

- L'introduction de petits changements dans le parcours : malgré sa demande, j'ai l'impression qu'il n'était pas encore prêt à cela. Je fais alors le lien à nouveau avec les macrorhythmes et microrhythmes évoqués par D.MARCELLI.

Vraisemblablement, c'est ce qui se joue ici pour Diego. Il a encore besoin d'intégrer une sécurité de base dans la répétition, le « tout pareil » correspondant aux macrorhythmes, et par la suite amener du changement en lien aux microrhythmes. (25)

- Le contexte familial et la relation conflictuelle avec son père semblent avoir un fort impact sur l'état psychique et émotionnel de Diego, entraînant probablement cet « éclatement ».

De plus, je fais le lien avec une rupture de rythme dans la garde alternée, étant donné que Diego n'est plus chez son père, c'est donc une rupture dans le « macrorhythme familial ». Diego a transféré la rupture qu'il vivait au niveau familial lors de cette séance, en souhaitant introduire du changement dans le parcours. Il a probablement voulu vérifier s'il pouvait y avoir également rupture de rythme dans cet espace, ou au contraire si le cadre tenait bon dans le « toujours pareil ». Le fait d'avoir accepté l'introduction de changement a contribué à cette désorganisation.

Lorsqu'il est nécessaire de reposer le cadre durant la séance, il est intéressant d'observer que Diego peut exprimer sa colère, à travers le jeu de fléchettes, en lançant d'un geste fort et très tonique. Il est alors capable d'extérioriser ses émotions, ses tensions internes.

- **Quatrième séance** :

Diego demande si on refait le parcours et dit qu'il veut tout changer, je lui explique alors qu'on reprend le parcours initial car le changement n'est pas encore possible pour lui, ça le met à mal. Diego se loge dans la toupie dos à moi, je lui demande de sortir pour démarrer la séance. Je m'aperçois que le verbal, le sonore ne suffit pas puisque Diego ne répond pas.

Je viens alors me mettre en face de lui pour capter son regard et proposer en plus un contact corporel en posant ma main sur son bras. Suite à cela, Diego réagit et sort de la toupie, il semble avoir besoin d'un échange visuel et tactile. L'échange avec Diego est alors permis par une enveloppe visuelle et corporelle en complément de l'enveloppe sonore.

Concernant les sauts à pied joint dans les cerceaux, Diego ne parvient toujours pas à rassembler ses pieds. Je lui propose alors de faire un nœud avec un ruban autour de ses chevilles pour l'aider. Diego me demande de serrer plus le nœud en me disant « j'aime bien quand ça serre ! ». Je réalise un double nœud pour apporter plus d'épaisseur, de tenue et ainsi l'aider à sentir une forme de rassemblement.

Ensuite, la descente du mur d'escalade lui pose à nouveau problème, il se colle à la paroi et appelle « maman ! ». Je lui propose donc toujours un contact corporel par un appui dos afin de le sécuriser et le réassurer. Cependant, il y a un progrès notable puisque Diego se sert à présent d'un appui visuel en dirigeant son regard vers ses pieds pour redescendre.

VII- Conclusion

D'après mes observations au cours de l'atelier puis lors du suivi en psychomotricité, je constate que Diego semble avoir un vécu corporel non unifié, « éclaté » et présente une hypertonie généralisée. Cette dernière semble être un moyen pour lutter contre des angoisses de morcellement. Diego est en recherche d'appui dur, de solidité, d'un ancrage. Il semble présenter une enveloppe psychocorporelle très fragile, se créant alors une enveloppe par l'hypertonie et l'agitation perpétuelle.

Ce défaut de régulation tonique du côté de l'hypertonie semble être une façon de se tenir et de se rassembler. Il s'est constitué une carapace tonique qui lui permet d'avoir une tenue, un corps qui tient par ce biais-là. On peut faire le lien avec la « cuirasse musculaire » décrite par W.REICH ; ou encore la « seconde peau musculaire » décrite par E.BICK. Diego a besoin de ressentir des limites, tant au niveau corporel que psychique.

Au cours de l'année, on observe un changement qui semble tendre vers une évolution positive, une forme d'apaisement. On le constate au sein de l'atelier multi-support, depuis que le suivi individuel en psychomotricité a démarré.

Il semble que quelque chose commence à se mettre en place, à s'intégrer dans le temps. Il peut réinvestir ce qu'il vit en séance individuelle dans un autre espace-temps comme l'atelier. En effet, pour illustrer avec un exemple : il a fait le lien entre la chanson dans la toupie qui parle d'un éléphant, et son dessin dans l'atelier où les gribouillages deviennent un éléphant.

➤ **Les perspectives :**

- Une poursuite du travail individuel autour du parcours psychomoteur qu'il investit bien. Le but étant de repasser par un ancrage, un rassemblement afin de trouver une sécurité interne, un vécu corporel contenant et solide.
- Une poursuite de l'atelier multi-support : dans le dessin il symbolise ce qu'il vit intérieurement. De plus, l'atelier et le soutien de l'adulte permettent de médiatiser les échanges avec ses pairs, afin d'aider Diego à sortir de ses relations habituellement pulsionnelles.

Progressivement, Diego est en train d'expérimenter et de construire une structuration psychocorporelle de plus en plus sécurisée. C'est un processus long mais qui commence à se mettre en place. On peut le remarquer par son évolution au cours de l'année, notamment après avoir débuté le suivi individuel en psychomotricité. En effet, il arrive à se poser pendant l'atelier, il n'est plus dans une agitation permanente et débordante. Il semble alors acquérir petit à petit une sécurité intérieure, qui se traduit dans son comportement au sein du groupe. J'émet l'hypothèse que cette sécurité de base en cours de construction, permet à Diego de s'apaiser corporellement et psychiquement.

Pour conclure, l'idée de la détente, du « mou » et du « maternel » déstructure Diego. Il a donc besoin d'éprouver ses appuis, un ancrage dans le sol, la permanence et la stabilité des séances dans la répétition, le « toujours pareil ». L'accompagnement de Diego s'articule donc autour de ces points-là, dans l'expérience de solidité et de permanence, lui permettant progressivement de tendre vers un apaisement. A partir de ce moment-là, on pourra amener petit à petit de la nouveauté et du changement, lorsqu'il aura suffisamment intégré ces expériences au préalable.

CONCLUSION GENERALE

Comme je l'ai présenté dans l'introduction, avant d'effectuer mon stage, mon hypothèse de départ était de proposer de la relaxation avec ces enfants.

En débutant le stage au CMPEA et à l'HJ, j'ai commencé à comprendre pourquoi ce serait difficile de proposer de la relaxation, avec ces enfants rencontrés.

Durant ce stage en pédopsychiatrie, j'ai été instantanément interpellée par ces enfants, présentant une enveloppe psychocorporelle profondément fragile, et quelles en étaient ses répercussions. En effet, j'ai pu constater quels moyens ils ont pu mettre en œuvre, afin de tenter de se maintenir dans une unité, dans un rassemblement, tant bien que mal.

Ils essayent donc de pallier ce défaut de contenance, notamment par le recours à l'hypertonie ou encore l'instabilité motrice. La mise en place de ces moyens de compensations semble être presque « vitale » pour eux. En effet, l'hypertonie ou l'agitation semblent nécessaires à ces enfants, pour avoir la sensation d'un corps qui « tient bon ».

Le contact auprès de ces enfants m'a permis d'acquérir une autre manière d'appréhender et de percevoir les choses, vers une compréhension plus juste, et donc une meilleure adaptation aux besoins réels de l'enfant.

Cette autre vision des choses m'a permis de me demander pourquoi tel enfant présente tel symptôme ? Pourquoi ce symptôme est présent et persistant ? A quoi lui sert-il ? Est-il bénéfique ou néfaste pour l'enfant ?

Le symptôme constitue peut-être, en fin de compte, un moyen de faire face à une enveloppe défaillante.

Cette réflexion m'a amenée à comprendre que parfois, il est nécessaire de ne pas « toucher » d'emblée au symptôme, en tentant de l'atténuer voire de le faire disparaître. En effet, comme l'évoque mon titre « Quand je te laisse mon bras, ça me fait mal » : il est nécessaire dans ce cas-là, pour le moment, de ne pas toucher à cette « carapace tonique ». C'est la seule façon trouvée par Diego, de se tenir et se maintenir dans une unité psychocorporelle rassemblée.

Cette année a donc été très formatrice, notamment grâce à ce stage auprès de ces enfants en pédopsychiatrie. Cela m'a permis de mener cette réflexion tout au long de l'année, m'apportant une autre façon de penser, constituant un point de départ éclairant et fondamental pour ma future pratique, en tant que psychomotricienne.

La question de l'enveloppe psychocorporelle se trouve au cœur de nos préoccupations. En tant que psychomotricien, nous participons donc à l'élaboration ou à la consolidation de celle-ci, en apportant contenance par notre regard spécifique, notre propre corps, notre adaptation tonico-émotionnelle, et par le cadre thérapeutique.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	4
PREMIERE PARTIE : D'une enveloppe psychocorporelle contenant à une enveloppe défailante.....	7
I- Construction de l'enveloppe psychocorporelle dans le développement de l'enfant... 7	
1. De la vie intra-utérine aux premières interactions précoces.....	7
1.1 Le développement du fœtus in-utéro.....	7
1.2 L'intérêt de la mise en place des interactions précoces.....	10
1.2.1 Contenance corporelle.....	10
1.2.2 Contenance psychique	12
1.2.3 L'instauration d'un « sentiment continu d'existence ».....	15
1.2.4 Quelle façon de communiquer ?	18
2. L'intégration d'un ancrage corporel dans le développement psychomoteur	19
2.1 Quelques définitions du tonus	19
2.2 La maturation neurologique du tonus.....	21
2.3 En marche vers l'individuation... ..	22
3. L'intériorisation d'un sentiment d'une tenue et d'une contenance :.....	29
3.1 La peau comme premier sentiment d'une unité psychocorporelle	29
3.1.1 Une peau physique.....	29
3.1.2 « Une peau psychique ».....	31
3.2 La notion de schéma corporel.....	34
3.3 Le concept d'image du corps	35
II- Une enveloppe psychocorporelle défailante chez ces enfants rencontrés en pédopsychiatrie	39
1. Des fonctions défailtantes de l'enveloppe ?	39
2. Les moyens de compensation possibles de ces failles de l'enveloppe, observés chez ces enfants	45
HYPOTHESE DE TRAVAIL :.....	48

DEUXIEME PARTIE : Apport de l'enveloppe institutionnelle et place du psychomotricien dans ce service de pédopsychiatrie.....	49
I- Présentation des institutions.....	49
II- L'enveloppe institutionnelle.....	50
III- Place de la prise en charge psychomotrice.....	53
1. Spécificités et fonctions du psychomotricien :.....	53
1.1 Le bilan psychomoteur.....	53
1.2 L'outil privilégié du psychomotricien.....	53
1.3 Une posture d'implication particulière.....	54
1.4 Des fonctions partagées avec les autres professionnels.....	54
2. Le cadre thérapeutique :.....	55
2.1 Le cadre physique.....	56
2.2 Le cadre psychique.....	57
3. Exemples de médiations utilisées :.....	58
3.1 Dispositif pataugeoire.....	58
3.2 Atelier « jeu ».....	60
3.3 Atelier « multisupport ».....	61
TROISIEME PARTIE : Etude clinique.....	64
I- Présentation générale de Diego.....	64
II- Anamnèse et parcours de soin.....	64
III- Premières observations de Diego au sein de l'atelier (de novembre à décembre 2018) :.....	68
IV- Bilan psychomoteur (entre janvier et février 2019) :.....	70
V- Evolution au cours de l'atelier (à partir de janvier 2019) :.....	71
VI- Début de suivi individuel en psychomotricité et évolution (mi-février) :.....	74
VII- Conclusion.....	80
CONCLUSION GENERALE.....	82
TABLE DES MATIERES.....	84
BIBLIOGRAPHIE.....	86
ANNEXES.....	90

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Albaret J-M., Giromini F. et Scialom P. (2015). Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tôme 1. Paris : De Boeck.
- (2) Antoine M. et Corde P. (2008). De l'agrippement à une seconde peau musculaire vers une peau psychique plus souple. Dans : Pierre Delion éd., *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick* (pp. 225-243). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.delio.2008.01.0225.
- (3) Anzieu D. (1995). Le Moi-peau. Paris : Dunod. (Chapitres 3 ; 5 ; 7 ; 12 ; 15 ; 18).
- (4) Bergès J. (2001). L'enfant agité. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n° 43(1), 49-56. doi:10.3917/lett.043.56.
- (5) Bergès J., Boscaini F. et Pireyre E. (2004). Dialogue tonico-émotionnel et thérapies corporelles. *Evolutions Psychomotrices - Vol. 16 – n°63*. (p.4-20 ; 36-40).
- (6) Bick E. (2007). L'expérience de la peau dans les relations objectales précoces. *Revue Belge de Psychanalyse n°50*.
- (7) Billard M. et Costantino C. (2011). Fonction contenante, groupes et institution soignante. *Cliniques*, 1(1), 54-76. doi:10.3917/clini.001.0054.
- (8) Boutinaud J. (2001). La thérapie psychomotrice : réflexions et hypothèses autour d'une pratique institutionnelle. *Thérapie Psychomotrice et Recherches n°125*
- (9) Bullinger A. (2017). Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Tôme 2. Toulouse : Erès. (p.15-35).

- (10) Bursztejn C. et Golse B. (1990). Penser, parler, représenter – émergences chez l'enfant. Paris, Milan, Barcelone, Mexico : Masson. (p.15-23 ; 65-81).
- (11) Carric J-C. et Soufir B. (2014). Lexique pour le psychomotricien. Paris : Era.
- (12) Ciccone A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102.
doi:10.3917/cpc.017.0081.
- (13) <http://www.co-naitre.net/actualites/bain-nouveau-ne-a-naissance-ensuite-de-controverses/>
- (14) Delion P. (2011). Psychanalyse, autisme et institution. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 1(2), 27-43. doi:10.3917/jpe.002.0027.
- (15) Durand-Lasserve B. : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/hospitalisme/>
- (16) Golse B. (2001). L'enfant excitable: Système pare-excitation, système pare-
incitation. *Enfances & Psy*, n°14(2), 49-56. doi:10.3917/ep.014.0049.
- (17) Golse B. (2001). La psychose à partir de la clinique du bébé, ou entre corps et institution : l'instauration. Dans : Pierre Delion éd., *Le bébé et ses institutions* (pp. 73-89). Toulouse, France: ERES.
doi:10.3917/eres.delio.2001.01.0073.
- (18) Golse, B. (2009). Le corps découvert: Texte rédigé à partir de l'intervention faite dans le cadre des 27es Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, organisées sur le thème « Le corps retrouvé », Grand Palais de Lille, le 25 septembre 2008. *L'information psychiatrique*, volume 85(3), 235-239. doi:10.3917/inpsy.8503.0235.

- (19) Haag G. (2007). Les enveloppes corporo-psychiques. Dans : Pierre Delion éd., *La pratique du packing: avec les enfants autistes et psychotiques en pédopsychiatrie* (pp. 31-47). Toulouse, France: ERES.
doi:10.3917/eres.delio.2007.01.0031.
- (20) Jaucourt N. et Tricaud J. (2010). Quand le corps d'un bébé parle... à qui le regarde et l'écoute.... *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 54(1), 61-73. doi:10.3917/rppg.054.0061.
- (21) Joly V. : <http://psy-enfant.fr/holding-donald-winnicott/>
- (22) Larralde J. et Leblanc B. (2012). Continuité et contenance institutionnelle: Nouage entre continuité d'action et discontinuité affective. *Empan*, 85(1), 43-49. doi:10.3917/empa.085.0043.
- (23) Latour A-M. : <http://www.mediations-aquatiques.com/article-la-pataugeoire-latour.pdf>
- (24) Latour A-M. (2014). La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques. Toulouse : Erès.
- (25) Marcelli D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, 44(4), 123-129.
doi:10.3917/spi.044.0123.
- (26) Martin M. (2001). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité: (Du cadre analytique au pacte). *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 103-120. doi:10.3917/cpc.017.0103.
- (27) Morin C. (2013). 2. L'image du corps. Dans : , C. Morin, *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire: Neurologie et psychanalyse* (pp. 39-45). Toulouse, France: ERES.
- (28) Nasio J-D. (2007). Mon corps et ses images. Paris : Payot et Rivages.
- (29) Pinelli A. (2015). Porter le bébé vers son autonomie. Toulouse : Erès.

- (30) Pommereau X. :
<http://psyfontevraud.free.fr/pedopsychiatrie/13decembre/Pommereau.htm>
- (31) Potel C. (2015). Etre psychomotricien. Toulouse : Erès. (p. 321-398).
- (32) Robert-Ouvray S. : <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/limportance-du-tonus-dans-le-developpement-psychique-de-lenfant/>
- (33) Rodriguez M. et Gassie H. (1994-1995). Entretien avec Daniel Marcelli.
Thérapie Psychomotrice et Recherches n°102.

N°2

