



HAL
open science

La psychomotricité : une réponse singulière au défaut d'enveloppe psycho-corporelle

Laetitia Marion

► **To cite this version:**

Laetitia Marion. La psychomotricité : une réponse singulière au défaut d'enveloppe psycho-corporelle. Psychologie. 2020. dumas-02900368

HAL Id: dumas-02900368

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900368v1>

Submitted on 16 Jul 2020

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

COLLEGE SCIENCES DE LA SANTE

INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

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

**La psychomotricité : une réponse singulière
au défaut d'enveloppe psychocorporelle**

Laëtitia MARION

Née le 20 novembre 1994 à Fougères (35)

Directrice de mémoire : Hélène MERGET

Juin 2020

Remerciements

Je tiens à remercier :

Hélène Merget, directrice de mémoire et maître de stage, pour ses relectures, ses conseils et son accompagnement tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Toutes mes maîtres de stage, qui m'ont accueillie sur leur lieu de travail et qui ont contribué à faire de moi la psychomotricienne que je deviendrais.

Les patients, rencontrés en stage, avec qui j'ai cheminé sur la voie de la professionnalisation.

Mes amies de l'IFP pour nos échanges, nos partages de questionnements et ces moments passés ensemble.

L'équipe pédagogique et administrative de l'IFP de Bordeaux.

Ma famille et mes amis pour leur présence.

Thomas pour son soutien indéfectible.

Sommaire

Remerciements	2
Introduction	4
Partie I. Contexte clinique	6
<i>I. Premières rencontres – Premières impressions</i>	<i>7</i>
<i>II. Présentation des enfants.....</i>	<i>10</i>
Partie II. Piliers de la constitution de l’enveloppe psychocorporelle	19
<i>I. La notion d’enveloppe</i>	<i>20</i>
<i>II. Enveloppe psychocorporelle : ancrage physique et relationnel</i>	<i>31</i>
Partie III. L’enveloppe psychocorporelle à travers le regard du psychomotricien	40
<i>I. L’enveloppe psychocorporelle en lien avec les représentations du corps</i>	<i>41</i>
<i>II. Evaluation de l’enveloppe psychocorporelle dans le bilan psychomoteur</i>	<i>52</i>
<i>III. Défaillance de l’enveloppe psychocorporelle.....</i>	<i>56</i>
Partie IV. Du cadre aux médiations : la psychomotricité, une réponse singulière au défaut d’enveloppe psychocorporelle	64
<i>I. Du cadre.....</i>	<i>65</i>
<i>II. ... aux médiations</i>	<i>69</i>
Discussion.....	84
Conclusion.....	87
Bibliographie.....	88
Annexes	96
Table des matières	103

Introduction

En deuxième année de formation, j'ai réalisé des stages dans des lieux différents et avec des populations différentes. J'ai d'abord rencontré des adultes polyhandicapés en maison d'accueil spécialisée (MAS), puis, des enfants en institut médico-éducatif (IME) et en service de médecine physique et réadaptation (MPRe). Ces stages m'ont tous conduit, à un moment donné, à me questionner sur l'enveloppe psychocorporelle.

Je me souviens particulièrement de Marin, et de ses séances de psychomotricité qui se déroulaient dans la salle Snoezelen de l'IME. Dans cette salle, une cabane était présente, Marin la remplissait soit par des objets soit par nos corps en nous demandant de l'y rejoindre. Il me semblait alors que cela pouvait être en lien avec la contenance. En outre, c'était un enfant, dont le tonus était élevé, mais qui se détendait (au sens musculaire du terme) quand il était entouré physiquement par l'adulte. J'en ai fait l'expérience quand j'ai assisté à un atelier lecture qui se déroulait avec les éducateurs. Marin est venu s'installer sur mes genoux et a écouté l'histoire, sans s'agiter et j'ai senti son tonus diminuer. J'ai alors émis l'hypothèse que le corps à corps qu'il éprouvait à ce moment-là lui a permis de faire suppléance à son, possible, défaut de contenance.

Pour ma troisième année, je réalise mes stages dans trois endroits différents de la manière suivante : une demi-journée en centre d'action médico-social (CAMSP), une demi-journée en Hôpital de Jour pour enfants (HJ) et une journée en cabinet libéral. Je rencontre principalement des enfants sur mes lieux de stages dont l'âge se situe entre 3 mois et 13 ans. Les enfants que je rencontre présentent des pathologies variées : trisomie 21, trouble du spectre de l'autisme, trouble du graphisme, retard de développement....

De nouveau, la question de l'enveloppe psychocorporelle rejaillit concernant la prise en charge de certains enfants. En effet, ces enfants semblent présenter une défaillance de l'enveloppe dont ils tentent de trouver des suppléances de manière singulière. J'observe notamment Raphaël, qui construit des cabanes à quasiment chaque séance, et Laura, qui demande systématiquement des « massages¹ ».

¹ Mot employé par Laura

En outre, au fur et à mesure de l'avancement dans le suivi, j'ai aussi observé la présence d'angoisses chez Laura et Raphaël, qui me semblent en lien avec une enveloppe psychocorporelle construite de manière pas assez sécurisée. Ces angoisses se manifestaient régulièrement lors de séances par la mise en jeu du loup pour Raphaël et du crocodile pour Laura.

A partir de mes observations, plusieurs questionnements ont émergés : est-ce que les cabanes et les « massages » sont en lien avec un défaut de l'enveloppe psychocorporelle qu'ils tentent de pallier ? Comment la psychomotricité a-t-elle son rôle à jouer dans l'accompagnement de ces enfants ? Comment le psychomotricien peut-il les aider à intégrer une enveloppe psychocorporelle plus contenante et sécurisée ? Tous ces questionnements ont abouti à une question principale :

Comment la psychomotricité peut-elle être une réponse au défaut d'enveloppe psychocorporelle ?

Pour tenter d'y répondre, une première partie sera consacrée à la présentation des enfants. Ensuite, j'explicitai la notion d'enveloppe psychocorporelle ainsi que la manière dont elle se construit. Puis, je détaillerai comment le psychomotricien peut évaluer la constitution de l'enveloppe et quelles sont les manifestations d'une enveloppe défaillante. Enfin, dans la dernière partie, je tenterai de répondre à la problématique à partir d'observations cliniques de ce qui se joue dans les séances de psychomotricité pour Raphaël et Laura.

Finalement, ce plan suit le cours de ma pensée au fil de l'année. J'ai d'abord rencontré les enfants, sans connaître le détail de leur parcours. Cette première rencontre a découlé sur des questionnements à partir desquels j'ai effectué des recherches. Enfin, je me suis demandé comment l'approche psychomotrice pouvait être une réponse au défaut d'enveloppe chez les enfants que l'on rencontre en séance.

Partie I. Contexte clinique

I. Premières rencontres – Premières impressions

Pour la rédaction de ce mémoire, j'ai choisi d'évoquer les prises en charge de Raphaël et de Laura. Raphaël, âgé de quatre ans et demi, est suivi en cabinet libéral. Laura, âgée de huit ans, est suivie en hôpital de jour. Ma rencontre avec ces enfants se déroule de manière hebdomadaire, lors de mes stages. Je vais d'abord présenter la première rencontre, celle qui a amené les premiers questionnements, avant de détailler leur présentation.

1) Rencontre avec Raphaël

Je rencontre Raphaël mi-octobre 2019. Il entre dans la salle d'un pas rapide, assuré, me laissant penser qu'il sait pourquoi il vient et ce qu'il va faire. Quand la psychomotricienne me présente, Raphaël accepte ma présence mais ne m'adresse pas un mot, me regardant du coin de l'œil.

Durant cette séance, Raphaël sort un tunnel qu'il remplit. Une fois rempli, il se cache à l'intérieur. Il refuse que nous entrions dedans avec lui. Puis, il prend des personnages avec lesquels il fait le tour du tunnel, raconte une histoire en lien avec l'école. Quand la psychomotricienne tente de rencontrer ses personnages avec d'autres personnages, il refuse, en mettant des barrières (avec des plots). La psychomotricienne s'appliquera à mettre des mots sur les explorations et les actions de Raphaël.

Sa manière de s'exprimer varie entre les cris (une fois caché dans le tunnel) et le chuchotement en face à face.

A la fin de la séance, la psychomotricienne prend 5 minutes pour prendre des notes sur la séance, me laissant seule avec Raphaël. Il se met à dessiner au tableau blanc, je lui demande si je peux dessiner avec lui mais il refuse. Je dessine alors sur l'autre tableau : celui à craie, qui se situe à un mètre du sien. Il m'observe, il semble intrigué par ce que je dessine mais n'ose pas venir auprès de moi.

2) Premières impressions, premiers questionnements

Cette première rencontre avec Raphaël me fait supposer que la relation sera difficile à instaurer avec lui. Je reste souvent en retrait, ne sachant pas comment l'approcher, l'accrocher. Il ne s'adresse pas à moi durant cette séance, me regarde très peu aussi.

Ses cris et ses chuchotements me laissent perplexe. En effet, j'observe un enfant inhibé, chuchotant, fuyant le regard. Cependant, une fois caché, il peut faire des cris stridents. Quelle est donc la fonction de ce tunnel pour Raphaël ?

J'émetts l'hypothèse que ce tunnel lui permet de se cacher de notre regard (trop intrusif ?). Cependant, je me demande ce que signifient ses cris : sont-ils signe d'angoisse ? est-ce une manière de se faire entendre ? Etant donné qu'il est caché de notre regard et qu'il ne nous voit plus, s'assure-t-il de notre présence ? qu'on l'entend toujours ?

En outre, il me semble que Raphaël utilise le tunnel comme une cabane dans laquelle il explore la question du dehors et du dedans. Le fait qu'il remplisse le tunnel avant d'y entrer me fait penser qu'il a besoin de contenance et que le tunnel fait office *d'holding* symbolique.

Enfin, je remarque que sa motricité est peu fluide, ses mouvements sont très rapides avec un tonus élevé.

3) Rencontre avec Laura

Ma première rencontre avec Laura se déroula le 28 novembre 2019. Lorsque nous allons chercher Laura dans la « *salle de vie* », j'aperçois une jeune fille aux cheveux châtain et de grands yeux bleus. Son regard est la première chose que je remarque, elle semble à la fois ici et ailleurs et, quand je croise son regard, celui-ci me paraît traversant.

Lorsque nous rentrons dans la salle, elle se précipite sur un bac dans lequel se trouvent des ballons. Elle passe d'un ballon à l'autre, avec des formes différentes et teste comment elle peut les dégonfler en compressant le ballon entre ses deux mains.

Ensuite, Laura demande des « massages ». La psychomotricienne sort un panier dans lequel se trouvent des objets pouvant être utilisés pour « masser ». Laura veut les sentir à même la peau, elle soulève son tee-shirt pour que la psychomotricienne ait accès à son dos, soulève son jean jusqu'au genou pour les jambes. Elle veut essayer sur la psychomotricienne et observe ses réactions. Je me dis alors que Laura est attentive aux expressions faciales et posturales et que celles-ci lui donnent un indice sur le vécu que l'autre peut avoir.

Dans un second temps, Laura veut faire un parcours, mais elle ne mènera pas son projet à terme. En effet, Laura s'éparpille, saute sur le trampoline et sur le gros ballon... Elle sort plusieurs éléments pour le parcours mais il est difficile d'en suivre le fil et de savoir où elle veut en venir.

4) Premières impressions, premiers questionnements

J'observe plusieurs éléments au cours de cette séance.

Tout d'abord, j'observe le fait que Laura soit à la recherche de contacts à même la peau par le biais de massage. Que signifie ce besoin de contact ? Est-ce le signe d'une défaillance d'enveloppe psychocorporelle qu'elle cherche à se restituer via les massages ?

Ensuite, j'observe qu'elle semble apprécier les sensations vestibulaires : sauter sur le gros ballon et sur le trampoline. Est-ce en lien avec une particularité sensorielle ?

En outre, le langage de Laura me questionne : elle formule des phrases courtes et il semble qu'il y ait une confusion soi/autrui. En effet, Laura peut dire « je mets *tes* chaussures » en parlant des siennes ou encore « *je* saute ici » en s'adressant à la psychomotricienne : il existe une inversion pronominale dans le langage de Laura. De plus, Laura utilise souvent le miroir pour s'y regarder, je m'interroge sur ce comportement, que cherche-t-elle dans le reflet du miroir ?

Enfin, je me questionne sur son appréhension de l'espace. Il semble que Laura ait besoin d'être guidée et limitée pour l'aider à structurer l'espace et lui éviter de s'éparpiller.

5) Lien entre Laura et Raphaël

J'ai choisi d'évoquer les prises en charge de Laura et de Raphaël car tous les deux semblent traiter la question de l'enveloppe psychocorporelle durant les séances. Pour Laura, ce sera par le biais de « massages » et pour Raphaël avec la construction de cabane. Au fil des séances, il m'a aussi paru qu'ils mettaient en jeu des angoisses corporelles avec l'évocation d'animaux menaçants.

II. Présentation des enfants

1) Raphaël

a) Le cabinet libéral

C'est dans le cadre de mon stage en cabinet libéral que je rencontre Raphaël. Ce cabinet libéral se situe au deuxième étage d'un bâtiment où d'autres professionnels sont présents : orthophonistes et psychiatres. La salle d'attente est commune à la psychomotricienne et aux orthophonistes. Cette salle d'attente n'est pas éloignée de la salle de psychomotricité, à chaque fois que nous venons chercher Raphaël, il se presse d'entrer dans la salle.

La salle est d'environ vingt mètres carrés, elle est très lumineuse du fait de la présence de deux grandes fenêtres. Le bureau se trouve dans un coin de la pièce. Le matériel présent est divers, rangé par « fonction » : instruments de musiques, jeux symboliques (Playmobil, dinette, épée en mousse), jeux moteurs (blocs en mousse, ballons, tunnel, cerceaux), jeux de société, livres... Tous ces éléments sont rangés dans un meuble et leur accès est libre.

Ce sont principalement des enfants qui sont accueillis, avec une tranche d'âge allant de dix-huit mois à treize ans. Le premier contact se fait généralement par les parents ou l'assistant familial, ceux-ci sont orientés par le médecin ou la maîtresse d'école. Un bilan en deux rencontres est proposé. La première rencontre se déroule en deux temps. Dans un premier temps la psychomotricienne prend un moment pour s'entretenir avec la famille, en présence de l'enfant, afin de connaître les difficultés rencontrées par l'enfant ainsi que son développement psychomoteur, des éléments d'anamnèse, etc. Dans un deuxième temps, des épreuves du bilan psychomoteur sont proposées. Lors de la deuxième rencontre, la psychomotricienne poursuit et termine le bilan psychomoteur avec l'enfant. Enfin, elle accueille les parents pour faire part de ses observations et de la nécessité ou non d'entreprendre un suivi en psychomotricité. Le bilan rédigé est envoyé ou transmis les jours suivants.

b) Parcours de soin et présentation clinique de Raphaël

Pour des raisons de respect de la confidentialité, cette partie clinique a été volontairement retirée.

c) Bilan psychomoteur

Pour des raisons de respect de la confidentialité, cette partie clinique a été volontairement retirée.

Ce bilan psychomoteur a mis en avant un retard de développement psychomoteur avec des repères fragiles et instables majorés par le retard de parole et de langage qui limite l'accès à ses connaissances. Il apparaît un défaut de contenance et de limites corporelles avec beaucoup de comportements défensifs et d'évitement, tant dans la relation aux objets que dans celle de l'autre.

Le suivi en psychomotricité sera axé sur le fait d'étayer Raphaël dans ses ressentis et expériences afin que ceux-ci ne soient pas uniquement autocentrés. C'est dans ce contexte que je rencontre Raphaël en octobre 2019.

Les séances se déroulent en individuel, une fois par semaine, dans la même salle et à la même heure. Cela permet un premier cadre, une première contenance.

Avant mon arrivée en stage, les séances de Raphaël s'appuyaient sur ses activités spontanées, que la psychomotricienne étayait. Ces activités étaient souvent en lien avec des poupons auxquels il faisait vivre des histoires, souvent en lien avec l'urine ou l'alimentation.

2) Laura

a) L'hôpital de jour

Je rencontre Laura dans le cadre de mon stage en hôpital de jour Enfants, à raison d'une demi-journée par semaine. L'hôpital de jour Enfants fait partie d'un centre hospitalier. Celui-ci comprend quatre grands axes d'activité sanitaire et médico-social :

- Un secteur de prise en charge psychiatrique pour adultes, enfants, et adolescents,
- Un centre d'addictologie,
- Un service de soins de suite et réadaptation polyvalent et à orientation gériatrique,
- Un secteur médico-social consacré aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

L'activité de ce centre hospitalier couvre l'ensemble du département dans lequel je réalise mon stage : différents sites extrahospitaliers sont donc présents. L'hôpital de jour Enfants se trouve sur un de ces sites. Sur ce dernier se trouvent différentes structures en lien avec le pôle santé mentale enfants et adolescents (CAMSP, centre médico-psychologique pour enfants et adolescents, hôpital de jour adolescents) et le pôle de santé mentale adulte (Hôpital de jour, centre médico-psychologique, centre d'activité thérapeutique à temps partiel).

L'hôpital de jour assure des soins individualisés à des enfants souffrant de troubles psychologiques (trouble du spectre autistique, troubles anxiodépressifs dans le cadre de carences affectives et relationnelles...). L'admission se fait sur prescription médicale. Ces soins, dispensés dans la journée, visent à la réintégration de l'enfant dans le dispositif scolaire habituel ou à sa réorientation.

Les enfants sont accueillis en groupe, un le matin et un l'après-midi. L'équipe se compose de : quatre infirmières dont deux puéricultrices, un éducateur spécialisé, un enseignant spécialisé, une psychologue, une orthophoniste, une psychomotricienne, un médecin, une cadre de santé, une assistante sociale et des secrétaires médicales.

L'emploi du temps des enfants est organisé selon les prises en charges, les temps d'enseignements, et les groupes auxquels ils participent.

La salle de psychomotricité, d'environ 30 mètres carré, est aménagée de la manière suivante :

- Le bureau,
- Un espace avec une petite table pour les activités de motricité fine et de graphisme. Dans cet espace, nous retrouvons un meuble dans lequel se trouvent de la pâte à modeler, du sable fin, des jeux de société, etc.
- Un espace dédié aux activités de motricité globale avec la présence de ballons, cerceaux, tunnel, espalier, etc.

b) Parcours de soin et présentation clinique de Laura

Pour des raisons de respect de la confidentialité, cette partie clinique a été volontairement retirée.

c) Bilan psychomoteur

La passation d'épreuves standardisées fut difficile car Laura ne répondait pas aux demandes. Le bilan s'est principalement déroulé à partir d'une observation de son activité spontanée. Laura passe vite d'une activité à une autre, papillonne, il est difficile de mobiliser son attention sur les activités proposées.

Pour des raisons de respect de la confidentialité, cette partie clinique a été volontairement retirée.

En conclusion, Laura présente des particularités relationnelles, sensorielles et motrices en lien avec un TSA. Les séances en psychomotricité seront axées sur travail autour de l'enveloppe ainsi que des activités pour soutenir ses coordinations globales et fines.

d) Le trouble du spectre de l'autisme

Laura est atteinte d'un T.S.A. qui se manifeste par des particularités motrices, comportementales et sensorielles.

En 1943, L. Kanner (Kanner, 1943) parle de « perturbation autistique du contact affectif ». Pour L. Kanner, le trouble apparaît à la naissance et associe à l'isolement autistique (*aloneless*), une tendance à la recherche de l'immuabilité de l'environnement (*sameness*), des troubles du langage (« *le langage n'a pas valeur de communication* »), avec des capacités mnésiques et perceptives remarquables.

Depuis L. Kanner, la recherche scientifique s'est étendue à plusieurs disciplines : épidémiologie, neurobiologie, psychologique, neurophysiologie... Les résultats de recherches rendent compte de complexité de la problématique autistique tant sur les origines que sur les modes de fonctionnement qu'elle sous-tend et les besoins spécifiques qu'elle engendre.

Dans le DSM-V (AAP, 2016), le TSA fait partie des troubles neurodéveloppementaux et a deux caractéristiques principales :

- **Difficultés persistantes sur le plan de la communication et des interactions sociales**

Ces difficultés sont en lien avec :

- la réciprocité socio-émotionnelle (par exemple : anomalies de l'approche sociale, incapacité à la conversation bidirectionnelle, difficultés à partager les intérêts, émotions et affects, incapacité à initier des interactions sociales ou à y répondre)

-un déficit dans la communication non-verbale (coordination des moyens de communication verbaux et non verbaux ; intégration des moyens verbaux et non verbaux au contexte ; utilisation et compréhension du contact visuel, des gestuelles, de la posture, des expressions faciales).

- des difficultés à développer, maintenir et comprendre des relations sociales appropriées pour l'âge ; difficulté à adapter son comportement à différents contextes sociaux, difficulté à partager le jeu symbolique et imaginaire avec autrui, absence manifeste d'intérêt pour autrui.

- **Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités.**

Cela se manifeste de plusieurs manières :

-Utilisation de mouvements répétitifs/stéréotypés, utilisation particulière du langage (écholalie différée, phrases idiosyncratiques, propos stéréotypés) et des objets (par exemple : alignement d'objets, rotation d'objets).

Avant d'entrer davantage dans le langage, Laura utilisait des écholalies. Elle présente des mouvements stéréotypés : fait pianoter ses doigts d'une main sur l'autre, se tapote le menton avec un doigt.

- Insistance sur la similitude, aux routines et rituels verbaux ou non verbaux (par exemple : détresse importante face aux moindres changements, difficultés avec les transitions, pensées rigides, rituels de salutation figés, nécessité des mêmes itinéraires, manger la même nourriture, etc.)

-Intérêts restreints, limités ou atypiques quant à l'intensité et au type d'intérêt (par exemple : attachement excessif à un objet inhabituel, ou intérêts trop limités à certains sujets ou prenant une place très importante).

-Hyper ou hypo réactivité à des stimuli sensoriels ou intérêt inhabituel envers des éléments sensoriels de l'environnement (par exemple : indifférence à la douleur/température, réponse négative à certains sons ou textures, fascination pour les lumières ou objets qui tournent.)

A l'issue de mes premières observations, de mes premiers questionnements, et des conclusions des bilans psychomoteurs de Laura et Raphaël, j'ai commencé à m'intéresser à l'enveloppe psychocorporelle. Comment se constitue-t-elle ? Quels sont les facteurs d'une bonne constitution ?

Partie II. Piliers de la constitution de l'enveloppe psychocorporelle

I. La notion d'enveloppe

D'après Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL, s.d.), le mot enveloppe est le déverbal d'envelopper et désigne une « *matière ou objet souple s'adaptant à la forme de l'objet.* » Envelopper c'est entourer, couvrir quelque chose ou quelqu'un.

Une enveloppe entoure complètement un espace en contenant ce qui se trouve à l'intérieur de cet espace. C'est une limite entre un espace interne, intérieur délimité et un espace externe, un dehors.

L'enveloppe psychocorporelle désigne l'union de deux types d'enveloppe : enveloppe corporelle et enveloppe psychique.

1) Enveloppe corporelle : une peau physique.

L'enveloppe corporelle correspond à l'enveloppe cutanée, la peau. L'enveloppe cutanée s'ajuste à ce qu'elle contient, constituant une interface qui entoure la globalité du corps afin d'en délimiter les contours. La peau limite, protège et contient le corps. Elle nous revêt et nous donne notre apparence (Pireyre E. , 2015). L'enfant prend conscience progressivement de sa peau grâce à la relation du corps à corps avec sa figure d'attachement.

La peau est constituée de plusieurs couches (Ferrera & Caro, 2007, p. 190) :

- **L'épiderme** est la première couche de la peau, visible et superficielle.
- Le **derme** est riche en collagène et en élastine, il donne à la peau sa tonicité et son élasticité.
- **L'hypoderme** est constitué d'adipocytes et sert d'isolant thermique.

Ces différentes couches permettent d'assurer plusieurs fonctions (Pireyre E. , 2015, p. 76) :

- Une **barrière** protectrice et immunitaire contre les agressions extérieures et les corps étrangers (microbes, rayons ultra-violets...). La peau assure une limite réelle, physique entre le dedans et dehors ; le moi et le non-moi.
- Une fonction de **relation** : la peau est un organe sensoriel qui permet la découverte du monde par le toucher, elle forme une interface entre le sujet et autrui. C'est le premier né de nos organes, et notre premier mode de communication. Elle joue aussi un rôle dans le lien d'attachement.

- Une fonction de **thermorégulation** : la peau régule et maintient une température interne satisfaisante.
- Une fonction de **cicatrisation** : la peau a une capacité de régénération en conditions normales ou après une agression.
- Une **sensibilité** : la peau est constituée de nombreux récepteurs sensitifs qui acheminent l'information sensorielle au système nerveux.

D'après S. Robert-Ouvray, citée par A. Maquin (Maquin, 2016), l'enveloppe corporelle est une enveloppe fermée par des sphincters. Le contrôle sphinctérien dépend de la maturation neurologique mais également psychomotrice et psychoaffective. Toutefois, si l'individu n'arrive pas à les contrôler, il reste des ouvertures donnant une sensation d'enveloppe corporelle « passoire ».

A la naissance, le bébé naît avec une enveloppe visible, une peau physique recouvrant son corps. Cependant, sa peau psychique n'est pas encore mise en place, celle-ci va s'élaborer pendant les premiers mois de la vie.

2) Enveloppe psychique : une peau psychique

Les auteurs se sont longtemps intéressés au contenu du psychisme (notamment les conflits intra-psychiques) plutôt qu'à ce qui le contient. S. Freud donnera les prémices d'une définition de l'enveloppe psychique en détaillant sa notion de Moi. D'autres auteurs ont travaillé cette notion, c'est notamment le cas d'E. Bick, de G. Haag, de W. Bion, de D. Anzieu et de D. Houzel dont je vais évoquer les travaux.

a) *Le Moi de Sigmund Freud*

S. Freud, en développant le Moi² a décrit une structure limitante. En 1895, dans *l'Esquisse d'une psychologie scientifique* (Houzel, 2010), il attribue au Moi des fonctions d'enveloppe psychique : contenir l'excitation (pare-excitation) et zone frontière entre monde extérieur et monde intérieur. Les théories de S. Freud glissent doucement des contenus au

² Le Moi freudien fait partie de sa seconde topique composée du Ca, du Surmoi, et du Moi. Le ça correspond au pôle pulsionnel de la personnalité. Le Surmoi est une instance qui juge et critique, formée par l'intériorisation des exigences et interdits parentaux. Le Moi est l'instance qui réagit à l'influence du monde extérieur. Il est chargé des intérêts de la totalité de la personne mais se trouve dans une dépendance entre les exigences de la réalité, les impératifs du Surmoi et les revendications du Ca. (Laplanche & Pontalis, 2007)

contenant. En 1923, S. Freud affirmait : « le moi est avant toute chose un moi corporel » (Freud, 1923).

En 1925, S. Freud utilise la métaphore du bloc-notes magique (on parlerait aujourd'hui d'ardoise magique) pour parler de l'enveloppe psychique. Elle contient une face externe qui reçoit les inscriptions mais ne les conserve pas, résiste à la destruction mais reste rigide et une face interne qui est malléable et conserve l'inscription du sens.

b) La peau psychique d'E. Bick

Dans un article datant de 1968, E. Bick (2002) décrit la fonction psychique de la peau dans le développement du bébé et montre la nécessité de l'expérience d'un objet contenant (une lumière, une voix, une odeur) auquel l'enfant puisse s'identifier afin de se sentir suffisamment continu dans sa propre peau. L'objet optimal serait « *le mamelon-dans-la-bouche joint à la façon qu'a la mère de tenir et de parler et à son odeur familière* » (Bick, 2002 , p. 288). E. bick désigne cet objet contenant comme éprouvé à la manière d'une peau.

A. Ciccone et M. Lhopital dans *Naissance à la vie psychique* ont proposé un résumé en six points de la théorie d'E. Bick, repris dans *Le Moi-Peau* de D. Anzieu (1995):

- ❖ Le premier postulat est que les parties de la personnalité, dans leur forme primitive, sont ressenties comme n'ayant aucune forme liante. Elles sont maintenues ensemble par l'introduction d'un objet externe éprouvé comme capable de remplir cette fonction.
- ❖ Le deuxième postulat correspond à l'introjection³ de l'objet optimal (le sein de la mère) identifié à cette fonction d'objet contenant, donne lieu aux prémices des espaces intérieur et extérieur.
- ❖ Le troisième postulat aboutit à la fonction de peau psychique qui se base sur le fait que l'objet introjecté soit expérimenté comme une peau.

³ L'introjection correspond au fait que « *le sujet fait passer, sur un mode fantasmatique, du « dehors » au « dedans » des objets et des qualités inhérentes à ces objets.* » (Laplanche & Pontalis, 2007, p. 209) La limite n'est pas que corporelle (introjection dans le Moi par exemple).

- ❖ Le quatrième postulat : ce qui donne à la peau sa fonction de frontière, c'est l'introjection d'un objet externe contenant.
- ❖ Le cinquième postulat : en l'absence d'introjection des fonctions contenantantes, l'identification projective⁴ continue et il en découle des confusions d'identité.
- ❖ Le sixième postulat : La « *seconde-peau* » se forme à partir des perturbations de l'introjection qui résultent soit de l'inadéquation de l'objet réel, soit d'attaques fantasmatiques contre lui.

c) *La fonction contenantante de W. Bion*

W. Bion (1979), contemporain d'E. Bick, en théorisant la notion de contenant-contenu, a démontré que le bébé ne peut pas synthétiser et gérer les stimulations, il ne peut que les expulser à l'extérieur. Il va projeter sur son parent, *objet contenant*, les éléments béta (cris, décharges toniques, angoisses suscitées par la sensation de faim). Le parent aura alors un rôle de réception et de transformation. C'est par la fonction contenantante du parent que celui-ci viendra donner cohérence et sens aux projections du bébé. Le parent reçoit ces projections et les rend dans un format psychiquement digérable (*éléments alpha*), c'est-à-dire en représentations, en émotions, en affects, assimilables par l'enfant. Petit à petit, l'enfant va introjecter la fonction contenantante pour construire son propre *appareil à penser* et son enveloppe psychique. La fonction alpha permet la construction de la *barrière de contact* qui sépare les éléments conscients et inconscients (Bronstein, 2012).

Si l'enfant ne rencontre pas une personne capable de réaliser ce travail, il va réintrojecter l'expérience d'un objet qui refuse les identifications projectives, il réintrojecte alors sa détresse augmentée des failles de l'objet, ce que W. Bion appelle une « *terreur sans nom* » (Ciccone, 2001).

⁴ L'identification projective était un processus pathogène pour M.Klein. Ce processus consistait, pour le sujet, à introduire sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder, le contrôler, etc. (Laplanche & Pontalis, 2007, p. 192). W. Bion et Rosenfeld ont montré l'aspect normal, développemental de ce processus. Pour eux, ce processus consiste « à communiquer un état émotionnel, à transmettre et à faire éprouver à l'objet un contenu émotionnel, un état affectif que le sujet n'a pas les moyens de penser. » (Ciccone, 2001, p. 7)

Pour A. Ciccone, la notion d'enveloppe psychique est indissociable de sa fonction contenante, qui consiste à contenir et à transformer. R. Roussillon a mis en lien fonction contenante et fonction symbolisante : « *Ce qui contient, ce qui détoxique l'expérience, c'est le processus de symbolisation* » (Ciccone, 2001). Dans cette pensée, R. Kaës (Belot & Bonnet, 2016) distingue, dans la fonction contenante, le contenant proprement dit (réceptacle des sensations-émotions-images-affects du bébé) et la fonction conteneur qui elle, transforme (fonction alpha de W. Bion). En d'autres termes, la fonction contenante est un processus dynamique qui se construit à partir d'une détoxification de l'expérience, et non pas uniquement l'expérience d'un réceptacle.

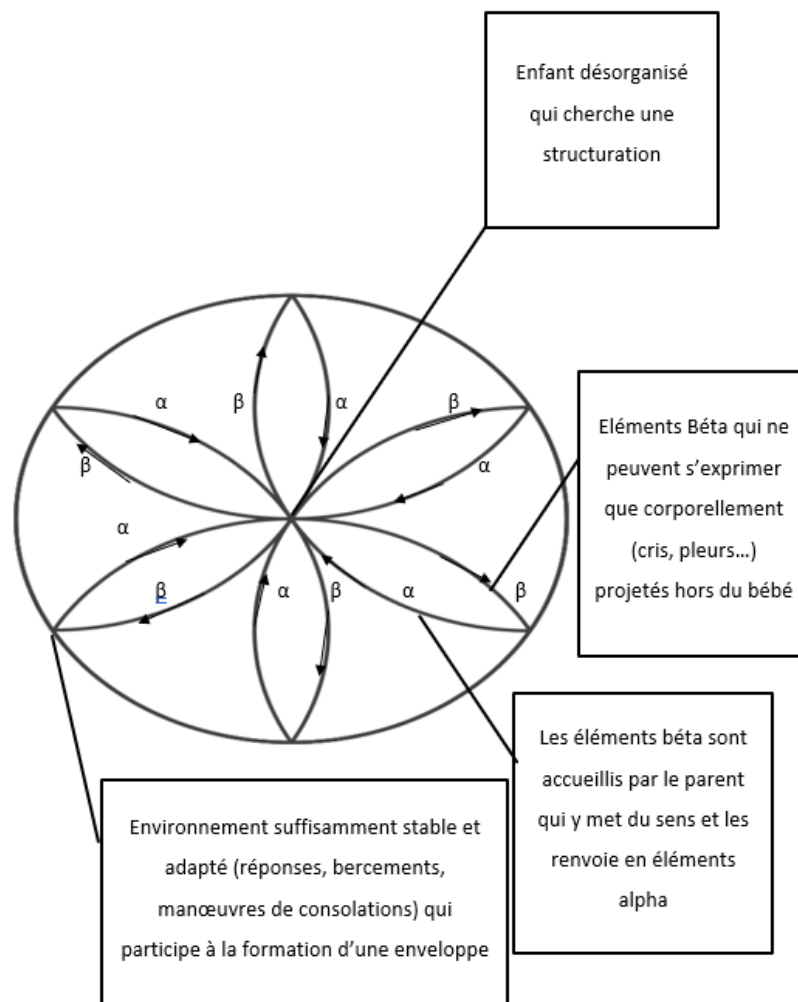


Figure 1 : Schéma de la fonction contenante de W. Bion (Vogel, 2015, p. 35)

d) Les boucles de retour de G. Haag

Le bébé, dans les bras de son parent, effectue des mouvements circulaires antéro-postérieur, les mains se propulsent vers l'avant et en haut vers l'adulte, pour revenir ensuite vers le bébé selon une direction en bas et en arrière. Ces mouvements sont nommés « boucles de retour » par G. Haag (2007). Ce sont des figurations présymboliques qui s'effectuent en présence de l'objet (Golse, 2012).

L'enfant fait l'expérience d'un « aller vers » l'objet et d'un retour vers soi. Tout se passant comme si un lien atteignant la mère (notamment son regard) pour faire retour vers l'enfant à partir d'un point d'inflexion qui correspondrait au sentiment d'avoir atteint le psychisme de la mère, et rebondi sur des aspects solides du monde interne (ASTP, 2008, p. 40).

Ces allers-retours dessinent ainsi une forme de plusieurs boucles qui se décalent dans l'espace et qui chaque fois revient au même point de départ, constituant l'*attache*, c'est-à-dire renforçant l'image de soi, le sentiment de soi, par l'éprouvé et l'image d'un axe corporel fiable. La juxtaposition de ces boucles donne une première circularité qui favorise le sentiment d'avoir un *self* fermé, distinct en déployant le sentiment d'enveloppe (aux environs des deux mois de vie). L'individuation se construit à partir d'une phase de symbiose.

Nous pouvons observer la reprise de ces boucles de retour chez l'enfant de 18 mois qui vient déposer les objets qu'il a sur les genoux de l'adulte, pour ensuite les reprendre et continuer son jeu (Ciccone, 2001).

Alors que je me trouve dans la salle de vie de l'hôpital de jour, Laura vient déposer un poupon, avec lequel elle jouait, sur mes genoux. Je ne sais que faire de ce poupon qu'elle vient de poser sur mes genoux mais je le garde avec moi comme une « offrande » que je ne peux refuser. Laura reviendra le chercher quelques minutes plus tard.

Il me semble que Laura expérimente les boucles de retour dans cette activité : elle me donne quelque chose, puis le reprend.

G. Haag a insisté sur le lien entre la qualité du contact des yeux associée au contact mamelon-bouche, et l'expérience d'un appui dorsal qui donne consistance et solidité à l'enveloppe psychique (Latour, 2014).

e) *Le Moi-Peau de D. Anzieu.*

« *La première différenciation du moi au sein de l'appareil psychique s'étaye sur les sensations de la peau et consiste en une figuration symbolique de celle-ci. C'est ce que je propose d'appeler le Moi-peau.* » (Anzieu, 1995)

La notion s'est insérée pour la première fois en 1972-73 dans le débat sur la pulsion d'attachement (Chabert, Cupa, Kaes, & Roussillon, 2008, p. 80) Ce n'est que quelques années plus tard, en 1985, que l'ouvrage *Le Moi-Peau* sortira.

Le Moi-peau est une « *représentation dont le Moi de l'enfant se sert durant les phases précoces de son développement, pour se représenter lui-même, à partir de son expérience de la surface du corps, comme Moi qui contient les contenus psychiques.* » (Chabert, Cupa, Kaes, & Roussillon, 2008, p. 81).

Le Moi-peau fait le lien entre la construction de l'appareil psychique et l'expérience du corps. Les représentations affectives et cognitives s'organisent progressivement au sein du toucher, du contact corporel peau à peau.

D. Anzieu souligne trois types d'expériences que fait le bébé :

- Le contact différenciateur par le mamelon dans la bouche et l'incorporation ;
- L'expérience d'un centre de gravité par réplétion ;
- Importantes stimulations tactiles par le fait d'être tenu, porté, serré contre le corps du parent.

C'est avec ces expériences que l'enfant distingue une surface comportant une face externe et une face interne avec un dedans et un dehors. Cela formera le premier sentiment d'enveloppe corporelle.

D. Anzieu propose trois figurations pour le Moi-peau :

- Un **sac** qui permet de retenir le bon à l'intérieur (les sons, les paroles...) et de contenir.
- Un **écran**, qui permet de délimiter le dedans et le dehors.
- Un **tamis** qui filtre les échanges et permet l'inscription des traces mnésiques.

Selon D. Anzieu, toute fonction psychique s'étaye sur une fonction biologique. Quant au Moi-peau, il s'étaye sur les fonctions de la peau. Le Moi-peau a huit fonctions :

- **Fonction de maintenance.**

La peau a une fonction de soutien du squelette et des muscles. Le Moi-peau exerce une fonction de maintenance du psychisme par intériorisation du *holding*⁵.

- **Fonction de contenance**

La peau recouvre la surface entière du corps. Quant au moi-peau, il enveloppe la psyché et la contient avec l'intériorisation du *handling*. Le Moi-peau permet de contenir les excitations qui pourraient menacer l'intégrité du nourrisson. Il vise donc à envelopper tout l'appareil psychique et ainsi contenir le noyau pulsionnel que S. Freud nomme le « ça ».

- **Fonction de pare-excitation**

La couche superficielle de l'épiderme protège la couche sensible de celui-ci contre les agressions physiques, les radiations, les excès de stimulations. Le Moi-peau protège la psyché des excès de stimulations.

- **Fonction d'individuation du soi.**

La membrane des cellules protège l'individualité de la cellule en distinguant les corps étrangers auxquels elle refuse l'entrée et les substances semblables auxquelles elle accorde l'admission. Par son grain, sa couleur, sa texture, la peau humaine présente des caractéristiques individuelles différentes. Le Moi-peau assure une fonction d'individuation et apporte un sentiment d'être un être unique.

- **Fonction d'intersensorialité**

La peau contient des poches, des cavités, où sont logés les organes des sens (autre que le toucher). Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et les fait ressortir comme figures sur ce fond originare qu'est l'enveloppe tactile.

⁵ Les termes holding et handling seront définis ultérieurement.

- **Fonction de soutien de l'excitation sexuelle**

La mère a un investissement libidinal de la peau du bébé, la nourriture et les soins sont accompagnés de contacts peau à peau qui préparent l'auto-érotisme et situent les plaisirs de la peau comme toile de fond habituelle des plaisirs sexuels. Le Moi-peau remplit la fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle. La différence des sexes est reconnue et des zones érogènes sont localisées.

- **Fonction de recharge libidinale**

Le Moi-peau maintient une tension énergétique interne du fonctionnement psychique comme la peau, surface de stimulation, maintient le tonus sensori-moteur par les excitations externes.

- **Fonction d'inscription des traces**

La peau, avec ses organes sensoriels, fournit des informations sur le monde extérieur. Le Moi-peau aura une fonction d'inscriptions des traces sensorielles tactiles.

f) Les apports de Didier Houzel

D. Houzel (2010) définit l'enveloppe psychique comme étant une délimitation fictive entre un monde intérieur et un monde extérieur, un monde psychique interne et un monde perceptif. Elle assure ses fonctions de délimitation tout en étant perméable, en permettant des communications entre ces deux mondes.

D. Houzel insiste sur l'aspect dynamique du concept d'enveloppe psychique. En effet, le psychisme construit lui-même son enveloppe sous l'effet des forces qui l'animent de l'intérieur (les pulsions), et au contact de la réalité extérieure et de ses contraintes. D. Houzel envisage la fonction contenant comme « *un processus de stabilisation de mouvances pulsionnelles et émotionnelles qui permet la création de formes psychiques douées de stabilités structurelle* » (Ciccone, 2001).

En s'appuyant sur les travaux d'E. Bick pour qui l'objet optimal est le mamelon-dans-la-bouche accompagné du portage et de la voix de la mère, D. Houzel envisage l'objet contenant comme un *attracteur* des éprouvés du bébé dont il donne forme. Il n'est pas un récipient qui reçoit les parties expulsées du psychisme du bébé, il est l'objet qui focalise et stabilise les forces psychiques qui l'investissent. La notion d'attracteur est définie par le mathématicien R. Thom dans sa théorie des catastrophes : l'attracteur est une partie stable

d'un système dynamique qui draine les forces à l'œuvre. L'objet contenant stabilise les forces qui agitent le psychisme de l'enfant.

D. Houzel nous propose de concevoir l'enveloppe psychique comme possédant **trois feuillets** correspondant à trois niveaux :

- La **pellicule** est « *l'effet de tension superficielle de la dynamique pulsionnelle elle-même.* » (Houzel, 2010, p. 24). Les manifestations pulsionnelles ne sont pas purement énergétiques, elles comportent une *préconception* (Bion, 1979) de l'objet capable de les satisfaire.

D. Houzel précise que l'objet n'est pas uniquement un contenant au sens mécanique du terme, c'est-à-dire un récipient. Il faut alors admettre que la fonction contenante, en lien avec l'enveloppe psychique, « *répond à une exigence de stabilisation des émergences pulsionnelles du bébé que le mamelon vient satisfaire en stabilisant le système bouche-mamelon ou mère-bébé, grâce à l'apaisement de la sensation de faim qui avait mis l'enfant en tension.* » (Houzel, 2010, p. 27). La pellicule est donc un feuillet instable de l'enveloppe psychique, dû à l'effet de tension de l'émergence pulsionnelle.

- La **membrane** est composée des inscriptions sur la pellicule des traces de rencontres avec l'objet, ce qui donne à la pellicule la solidité qui lui manquait. En d'autres termes, la pellicule se transforme en membrane lors des expériences de rencontres avec les objets externes. Cette transformation aboutit à l'émergence de l'enveloppe psychique, avec le sentiment, pour le sujet, d'habiter l'espace interne de cette enveloppe.

- **L'habitat** est un autre type de stabilité qui permet la construction des limites du Soi et du sentiment d'identité, l'enveloppe psychique est constituée. L'habitat correspond aussi au lieu que l'on habite dans l'espace, qui doit être stable. « *Quelque soit le degré d'indépendance que nous atteignons pour maintenir notre stabilité psychique et notre sentiment d'identité, nous restons toujours plus ou moins dépendant de notre environnement et de sa stabilité.* » (Houzel, 2010, p. 35).

En définitif, l'enveloppe psychique dépend des pulsions ou mouvements internes du bébé et des relations ou liens qu'il a créés avec les autres. Elle permet de contenir son appareil à penser dedans tout en restant perméable avec le dehors, pour pouvoir construire et échanger avec l'environnement. Le psychisme se localise alors dans un espace, ce qui évite son éparpillement et sa fuite. L'enveloppe psychique sert de protection, de limite entre le dedans

et le dehors, le connu et l'inconnu, les expériences assimilables et celles rejetées ou intrusives. « *Le corps psychique est comme le corps réel, il est délimité, constitué d'une enveloppe, d'une peau faite d'une membrane qui, une fois solidifiées, ont une fonction de contenance pour les pulsions, les éprouvés, les sensations, les affects, les émotions, les représentations.* » (Marinopoulos, 2007, p. 82)

3) L'union de l'enveloppe psychique et l'enveloppe corporelle : l'enveloppe psychocorporelle

Le terme d'enveloppe psychocorporelle est une notion psychomotrice en ce sens qu'elle unit le psychisme et le corporel.

Les auteurs qui ont théorisé l'enveloppe psychique ont mis en avant l'articulation psyché-soma, en explicitant comment le développement de la pensée, du Moi, repose sur le développement du corps, du Moi corporel. Comme Freud l'a énoncé : « *Le Moi est finalement dérivé des sensations corporelles, principalement de celles qui ont pour source dans la surface du corps* » (Freud, 1923), l'enveloppe psychique s'étaye sur l'enveloppe corporelle. La peau, lieu d'échange entre le parent et l'enfant, est le support de l'émergence de la conscience de soi et des limites corporelles, puis, progressivement de celles du psychisme.

L'enveloppe psychocorporelle est à la fois physique (la peau) et psychique (propre à chacun). Elle contient et délimite tout en mettant en contact les deux réalités qu'elle sépare, le soi et non-soi. L'enveloppe psychocorporelle peut être définie comme une membrane imaginaire et dynamique qui vient envelopper et délimiter notre entité psychocorporelle. Elle maintient les parties du corps ensemble, mais aussi les affects, les représentations, les pensées, au service d'un sentiment d'unité d'être.

II. Enveloppe psychocorporelle : ancrage physique et relationnel

La vie est une longue succession d'expériences d'enveloppement qui débute par le ventre maternel. Puis, l'enfant sera enveloppé par les bras parentaux quand il sera soigné, habillé, bercé, nourri, tout en étant plongé dans un bain de langage. Toutes ces expériences vont permettre la construction d'une enveloppe psychocorporelle ainsi qu'une identité unifiée et différenciée.

Pendant neuf mois, le fœtus se trouve dans un espace chaud, clos et sécurisant qui l'enveloppe et le protège : **L'espace utérin** (Bullinger, 2015)(**Annexe 1**). Au fil de sa croissance, les parois s'ajustent au corps de l'enfant. Le berceau utérin est un premier contenant sécurisant permettant au fœtus de se développer jusqu'à la naissance. Ce berceau utérin vient délimiter un dedans un dehors que le fœtus commencera à percevoir à partir du cinquième mois de vie in-utero via l'audition, le toucher, et la gustation. Pendant la vie utérine, la position de repli fœtal avec le dos collé à la face interne de l'utérus va constituer une surface de contact et de soutènement (Anzieu, 1995) (Haag, 2007).

A la naissance, le bébé passe d'un milieu aquatique à un milieu aérien. Ce dernier milieu est moins sécurisant et contenant que celui qu'il a connu. Le sentiment d'enveloppe diminue et le nouveau-né se retrouve confronté à des angoisses archaïques. C'est pourquoi, les **interactions précoces** et les **sensations** sont indispensables à la construction de l'enveloppe psychocorporelle : il s'agit d'un « *double ancrage, corporel et interactif* » (Golse, 2015, p. 248).

1) Les sensations

« *Rien n'est dans la pensée qui ne fut d'abord dans les sens* ». Cette citation de John Locke au XVIIIe siècle mettait déjà en exergue l'importance des sensations dans la construction psychique. Elles jouent aussi un rôle dans la constitution de l'enveloppe.

Une **sensation** est « *phénomène par lequel une stimulation physiologique (externe ou interne) provoque, chez un être vivant et conscient, une réaction spécifique produisant une perception ; état provoqué par ce phénomène.* » (CNRTL, s.d.).

Les sensations peuvent être :

- **Extéroceptives** (tactiles, visuelles, auditives, gustatives et olfactives).
- **Proprioceptives** (sensibilité profonde qui sollicite le système vestibulaire dans l'oreille interne en lien avec l'équilibre statique, dynamique et les coordinations sensori-motrices).
- **Viscéroceptives** (informations venant de nos organes).

La **perception** est un « événement cognitif dans lequel un stimulus ou un objet, présent dans l'environnement immédiat d'un individu, lui est représenté dans son activité psychologique interne, en principe de façon consciente » (Larousse, s.d.). La perception dépend de notre état d'attention, de disponibilité.

La **représentation** est une « image mentale dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet. » (Larousse, s.d.).

Le corps est équipé de **capteurs sensoriels**, spécifiques à chaque organe des sens. Ils perçoivent une information brute en provenance de l'environnement ou de l'intérieur du corps.

La première étape de traitement de cette information est la **transduction** qui permet de transformer cette information brute en signal électrique. Puis, ce signal est pris en charge par les fibres nerveuses et est acheminé dans les zones correspondantes du cortex cérébral. Mis à part les afférences sensorielles olfactives, les voies sensorielles réalisent un relais synaptique au niveau du thalamus et un croisement des hémisphères.

Dans le cortex, l'étape de **perception** a lieu : l'information sensorielle est traitée, identifiée et reconnue.

Le cortex élabore ensuite une **réponse** motrice ou émotionnelle. Cette réponse sera transmise par les fibres nerveuses motrices jusqu'aux organes. Une fois que la réponse a été exécutée, le résultat constaté va donner lieu à des afférences sensorielles, qui reviennent dans la boucle de traitement.

A la naissance, les éléments somatiques et psychiques sont confondus. Le bébé est soumis à de nombreuses sensations internes et externes indifférenciées. C'est avec la constitution de l'enveloppe psychocorporelle que le bébé arrive à différencier le dedans et le dehors.

Si l'enfant a la capacité de relier les stimuli sensoriels, il parvient à réaliser un travail de *mantèlement* de ses sensations, avec intégration de la fonction de pare-excitation et d'intersensorialité du Moi-peau. C'est notamment au cours de la tétée que D. Meltzer (Meltzer, Bremner, Hoxter, Weddell, & Wittenberg, 2002) décrit comme *moment d'attraction consensuelle maximum* que l'enfant fera l'expérience d'un mantèlement temporaire. Le bébé va osciller entre mantèlement et démantèlement de tétée en tétée jusqu'à réussir à parvenir au mantèlement.

Pour habiter son corps, l'enfant doit maîtriser les sensations qui arrivent aux frontières de l'organisme⁶ : « *Habiter son corps suppose que l'on maîtrise les sensations qui arrivent aux frontières de l'organisme. Savoir cela c'est, à travers les sensations, délimiter une zone habitable* » (Bullinger, 2017, p. 152).

Pour A. Bullinger, le bébé apprend à habiter son corps dans la **période sensori-motrice** (jusqu'à 2 ans). Ce stade se caractérise par la mise en place et le développement sensoriel et moteur. C'est l'action qui est au premier plan de ce stade : l'enfant ne pense pas en dehors de ce qu'il perçoit. C'est à travers les interactions avec l'environnement que l'enfant accède à une représentation qui organise et oriente les actions dans le milieu (Golse, 2015).

Selon R. Spitz, il y a une distinction entre les sens proximaux (toucher, odorat) et les sens distaux (vision). Les enveloppes vont se construire dans les premiers soins maternels et sont d'abord sensorielles (Mellier, 2014).

Pendant longtemps, l'enfant a été considéré comme un *tube digestif*, dénué de compétences, de sentiments, de sensations. Désormais, il est admis que le bébé possède des compétences à la naissance : il voit, entend et reconnaît les odeurs (Scialom, Giromini, & Albaret, 2012). Ces compétences dépendent des systèmes sensoriels qui commencent leur développement in-utéro et continuent ce développement après la naissance. Ce

⁶ Dans la théorie d'A. Bullinger, l'organisme n'est pas le corps, c'est l'ensemble des fonctions biologiques. C'est un des objets de connaissance sur lequel porte l'activité psychique du bébé, et à partir de quoi il va se construire un corps (Le corps étant une représentation psychique de l'organisme qui se construit au travers des interactions entre lui et le reste du milieu matériel et humain).

développement suit l'ordre suivant : le tact, l'olfaction, le goût, l'audition et la vision. A ces cinq sens, il est commun d'ajouter le système vestibulaire et le système proprioceptif.

Pour décrire les systèmes sensoriels, je vais les présenter de manière séparée. Je vais principalement m'appuyer sur les écrits de S. Beckier et M. Guinot (Scialom, Giromini, & Albaret, 2012, pp. 96-100), de C. Laranjeira et J. Perrin (Perrin & Maffre, 2013, pp. 175-201) ainsi que d'A. Bullinger (2015) (2017).

a) Le système tactile

Le système tactile correspond à la peau. Ce système nous permet de percevoir le toucher, la pression, la température et la douleur.

C'est le premier sens à se mettre en place dans la période intra-utérine : au cours du deuxième mois de grossesse, les récepteurs cutanés apparaissent autour de la bouche et des lèvres. A 20 semaines, toute la surface cutanée est recouverte de récepteurs tactile. Les muqueuses et la sensibilité thermique sont mises en place à 24 semaines.

Le flux tactile⁷ concerne toute la surface du corps, il est créé par le contact avec des surfaces solides ainsi que par un fluide ou un gaz en mouvement. Le système tactile a deux fonctions : une fonction *exploratrice* (qui permet de traiter les aspects physiques de l'environnement) et une fonction *instrumentale* (l'utilisation des informations sensorielles pour agir sur l'objet).

b) Le système visuel

Le système visuel permet de voir grâce aux organes de la vision que sont les yeux. Le système visuel est composé de deux sous-systèmes : le système périphérique (sensible au mouvement et ayant un rôle dans la régulation du tonus) et le système focal (permettant l'analyse des images).

A la naissance, le système visuel n'est pas mature, le câblage et la myélinisation ne sont pas achevés. Le système focal n'est pas encore opérant. L'acuité visuelle du bébé n'est pas élevée, seule la vision de près (20 cm environ) est opérante. Cependant, le bébé a des

⁷ A. Bullinger désigne sous le terme de *flux sensoriels*, les signaux continus et orientés qui sollicitent les systèmes sensoriels.

compétences visuelles précoces. Il a une préférence pour les visages, notamment quand ceux-ci regardent eux-mêmes le bébé. Il peut orienter son regard vers les mouvements, les couleurs et les formes. La coordination entre système périphérique et système focal se met en place pendant les trois premiers mois. La vision sera mature à l'âge de 10 ans.

Les flux visuels sont formés par un ensemble de signaux émanant d'un environnement éclairé. Ils jouent un rôle dans la régulation tonico-posturale, les mises en forme et l'orientation du corps.

c) Le système olfactif et gustatif

Le système olfactif nous permet de sentir les odeurs ou parfums, grâce à l'organe qu'est le nez. Le système gustatif est relié à l'organe de la bouche. Le nez et les narines sont formés à partir de la septième semaine d'aménorrhée (SA), en même temps que l'apparition des premiers bourgeons gustatifs sur la langue. Pendant le troisième mois de grossesse, tout le système gustatif est fonctionnel. A la naissance, le bébé montre des préférences gustatives et olfactives. Il reconnaît aussi l'odeur de sa mère, support des premiers liens affectifs. La sphère orale est le premier espace que l'enfant investit de manière instrumentale.

d) Le système auditif

Le système auditif permet de percevoir les flux auditifs composés des sons, via les oreilles. A partir de 20 SA, les structures anatomiques sont formées et fonctionnelles : Le fœtus entend les sons en provenance du corps de sa mère et du monde extérieur. Le développement anatomique et fonctionnel s'achève entre la 28 et 30^{ème} semaine. Le bébé de trois jours reconnaît la voix de sa mère, à quatre jours, il préfère la langue maternelle.

D. Anzieu a introduit le terme d'*enveloppe sonore* qui sera ensuite repris par E. Lecourt. L'enveloppe sonore met en avant d'autres modalités sensorielles que le toucher comme support de construction de Soi.

e) Le système vestibulaire

L'appareil vestibulaire donne des informations sur le positionnement de la tête et du tronc et leurs déplacements dans l'espace. Le système vestibulaire est sensible aux accélérations créées par les forces de la pesanteur et celles produites par les mouvements passifs et actifs de notre organisme. Cela est détecté par l'oreille interne. Celle-ci contrôle aussi l'équilibre et l'oculomotricité. A 15 SA, les canaux semi-circulaires et le labyrinthe sont

matures. Ce sens est stimulé in utero par l'environnement liquide et la possibilité de mouvements en trois dimensions.

f) Le système proprioceptif

Le système proprioceptif nous permet de percevoir la position et les mouvements du corps dans l'espace. Les récepteurs sont situés dans les muscles, les articulations et les tendons.

Les sensations permettent d'intégrer les limites entre le dedans et le dehors ainsi que la fonction d'échange de l'enveloppe. La sensorialité a un rôle de support de la vie psychique, dans les premiers temps de la vie. Néanmoins, la sensorialité ne permet pas, à elle seule, la constitution de l'enveloppe psychocorporelle. Les interactions jouent aussi un rôle fondamental, en relation avec les sensations : « *L'interaction avec l'environnement est médiatisée par les sensations, le corps. L'intersubjectif alimente l'intrapsychique dès les origines.* » (Branchard, 2020, p. 19). Pour habiter son corps, l'enfant en passe par les relations, pour faire de son corps-organisme un corps-habité psychologiquement et relationnellement.

2) Les interactions précoces

« *Un bébé seul, ça n'existe pas* » disait D. Winnicott, c'est dans l'interaction que l'enfant va donner une signification à ses sensations. Les *interactions précoces* définies par S. Lebovici, P. Mazet et J-P. Visier désignent les échanges entre le bébé et les personnes qui l'entourent (Scialom, Giromini, & Albaret, 2012). Une interaction est « *une action réciproque qu'exercent entre eux des êtres, des personnes et des groupes* » (CNRTL, s.d.). Cette définition souligne la théorie transactionnelle des interactions précoces. Pour définir ces notions, je m'appuierais principalement sur les écrits de S. Bekier et M. Guinot (Scialom, Giromini, & Albaret, 2012).

a) Les interactions comportementales

Les interactions comportementales, directement observables, concernent la manière dont les comportements du parent et de l'enfant s'harmonisent et s'agentent.

Les interactions corporelles

Les interactions corporelles concernent la façon dont le bébé est tenu, porté, touché, manipulé. D. Winnicott (Scialom, Giromini, & Albaret, 2012, p. 328) parle de *holding* (« maintien » en français) qui correspond à la manière dont le parent tient, porte le bébé. La qualité, la régularité, et la dimension contenante du holding sont garant du sentiment de sécurité chez l'enfant. D. Winnicott décrit aussi le *handling* : la manière dont l'enfant est traité, manipulé, soigné. Le holding et le handling permettent d'intégrer progressivement un *état d'unité*. (ASTP, 2008)

La mère qui prend soin, touche, caresse le corps du bébé, lui fait sentir sa propre enveloppe charnelle. L'enfant prend conscience de ses limites et construit le sentiment d'intégrité de son enveloppe. Tous ces soins donnés au bébé forment *l'enveloppe maternante* (Anzieu, 1995, p. 272).

Selon A. Bullinger (2015), la mise en place de l'espace du buste, qui se construit par l'équilibration des mouvements de flexion et d'extension, permet à l'enfant de prendre conscience de l'existence d'un espace avant et arrière de son corps et favorise la création d'un *arrière-fond*. C'est le portage, avec le soutien dos et le regard de la figure d'attachement, qui va créer un espace arrière-fond et permet de passer d'un espace bidimensionnel à un espace tridimensionnel du corps. G. Haag (2007) parle d'« *alliance du contact tactile du dos et de l'interpénétration du regard*. ». Selon G. Haag, l'appui dorsal du bébé sur le bras du parent forme l'objet d'arrière-plan. La relation d'objet se situe à ce moment-là dans un espace bidimensionnel. Ce n'est que lorsque l'enfant fait l'expérience d'un écart entre lui et l'objet, dans la défusion, que l'espace tridimensionnel pourra se construire (ASTP, 2008, p. 40).

L'expérience de la peau n'est pas reçue passivement par le bébé. J. de Ajuriaguerra parle de *dialogue tonique* entre les postures de la mère et du bébé dans le but de construire un ajustement réciproque dans les jeux corporels. Pour J. De Ajuriaguerra, le dialogue tonique est un véritable outil de communication, il existe une interaction entre le tonus musculaire de la mère et celui de l'enfant.

Les interactions visuelles

Les interactions visuelles sont un mode de communication pour le bébé et ses partenaires dès les premières semaines de la vie. Ces interactions correspondent au *dialogue œil à œil* ou *regard mutuel* qui traduit l'affect du parent.

J. Lacan (1966) a mis en évidence la fonction du miroir dans le développement du Moi de tout individu. En effet, l'enfant découvre l'image de son corps dans le miroir : une image unifiée, unitaire et unifiante, qui contraste avec le vécu qu'il a de son corps comme morcelé. « *Le stade du miroir est conçu comme formateur de la fonction du Je, c'est-à-dire un moment de la vie psychique où l'enfant construit, dans une forme d'anticipation et par double identification, à l'image de l'autre et à la sienne propre, son unité corporelle.* » (Cognet & Cognet, 2018). J. Lacan soulignera d'ailleurs l'importance de l'adulte qui confirme « oui, c'est toi dans le miroir » pour que « *l'intuition d'identification devienne la représentation adéquate.* » (Cognet & Cognet, 2018).

D. Winnicott (1975) propose de mettre en relation le miroir et le visage de la mère. Pour D. Winnicott, ce que l'enfant voit quand il tourne son regard vers le visage de sa mère, c'est lui-même. « *La mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation direct avec ce qu'elle voit.* » (Winnicott, 1975, p. 205). Le regard permet l'intégration de l'altérité et de la distinction dedans/dehors pour l'enfant.

Les interactions vocales

Les interactions vocales correspondent aux cris, pleurs, gazouillis qui traduisent les besoins et affects du bébé qui seront interprétés par l'adulte maternant. Les interactions vocales sont aussi caractérisées par le langage adressé à l'enfant (LAE), ou *baby-talk* : modification de la prosodie, timbre chantant, rythmé, pauses (tour de parole). Elles jouent un rôle dans l'attachement, comme étant un *cordon ombilical acoustique* (Sander et Julia).

b) Les interactions affectives

Les interactions affectives désignent le climat émotionnel ou affectif des interactions. D. Stern parle *d'accordage affectif* pour évoquer les influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère.

Elles sont aussi en lien avec la théorie de l'attachement développée par J. Bowlby. Selon ce psychiatre, l'enfant manifeste des conduites dirigées vers sa mère pour la tenir près de lui. L'enfant va utiliser cinq conduites de bases : la succion, l'étreinte, les actions de poursuites (oculaire ou motrices), les cris et les sourires.

c) Les interactions fantasmatiques

Les auteurs (Kreiser, Cramer, Lebovici) prennent en compte l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique du bébé et celui de sa mère, tant dans les aspects imaginaires,

conscients, que fantasmatiques et inconscients. Les interactions fantasmatiques sont en lien avec les modalités d'investissement des objets par les pulsions ou les désirs.

3) Éléments nécessaires pour la constitution d'une enveloppe

a) Du côté des parents

Les interactions précoces mettent en avant le rôle essentiel des adultes qui s'occupent du bébé. Ils devront posséder des qualités en lien avec le holding, le handling, la capacité de rêverie, la fonction alpha, l'activité de symbolisation. Le parent doit aussi faire preuve de *sollicitation* (Ciccone, 2001) c'est-à-dire qu'il doit non seulement répondre aux besoins du bébé, les transformer et le protéger de la désorganisation, il doit aussi le solliciter, l'attirer vers des niveaux de présence, d'intégration, d'organisation, d'expériences émotionnelles plus élevés. De plus, il doit aussi garantir une certaine rythmicité des expériences. Cette rythmicité permet l'anticipation et donne une illusion de continuité et de permanence, ce qui favorise la constitution de l'enveloppe psychocorporelle.

L'expérience première est fondée sur un vécu corporel en relation avec un environnement *suffisamment bon*.

b) Du côté de l'enfant

Pour l'enfant, les éléments qui jouent un rôle sont :

- Les compétences sensorielles : il faut qu'elles soient opérantes pour que l'enfant puisse entrer en interaction (une hyper- ou hyposensibilité peut altérer la qualité des interactions précoces).
- Le rôle actif de l'enfant dans les interactions.
- Les caractéristiques toniques, puisqu'elles permettent la qualité du dialogue tonique.

Maintenant que nous avons vu comment l'enveloppe psychocorporelle se constituait, quelle est sa place dans la pratique psychomotrice ? Comment l'évaluer dans le cadre d'un bilan psychomoteur ? Quelles sont les manifestations d'une enveloppe psychocorporelle défaillante ?

Partie III. L'enveloppe psychocorporelle à travers
le regard du psychomotricien

I. L'enveloppe psychocorporelle en lien avec les représentations du corps

En psychomotricité, il existe deux notions importantes : le schéma corporel et l'image du corps. Ces deux notions sont indissociables et peuvent être regroupées sous le terme de représentation du corps.

La distinction entre schéma corporel et image du corps repose sur le système de localisation et le système de perception des formes (Scialom, Giromini, & Albaret, 2012). Le schéma corporel serait relié au système de localisation et permet de répondre aux questions : Où ? (Où sont les membres dans l'action et où est la cible ?) et Comment ? (Comment utiliser mon corps pour réaliser un but ?). L'image du corps serait reliée au système de perception des formes et répond à la question : Quoi ? (Quel corps suis-je ? Quelles en sont les particularités ?). L'image du corps regroupe donc des perceptions et des attitudes vis-à-vis de son corps.

F. Dolto distingue schéma corporel et image du corps de la manière suivante :

Tableau 1 : Différence entre schéma corporel et image du corps selon F. Dolto

Schéma corporel	Image du corps
Le même pour tous	Propre à chacun, liée à l'histoire
S'élabore sur des sensations	S'élabore sur des expériences émotionnelles
Évolutif dans le temps et l'espace	Le passé inconscient résonne dans la relation présente
Pré-conscient, conscient, inconscient	Inconscient
Se structure par apprentissage et expériences	Se structure par la relation

En résumé : « *le schéma corporel est le corps dans sa dimension neurologique et l'image du corps est le corps dans sa dimension psychique.* » (Bonandrini, 2014)

L'enveloppe psychocorporelle repose sur ces deux notions, elle dépend à la fois de la biologie et du psychisme. D'une part, l'intégration de l'enveloppe se fait par le biais des sensations et favorise la constitution du schéma corporel. D'autre part, le schéma corporel est en lien avec l'image du corps. L'image du corps trouve sa source dans le schéma corporel. F. Dolto, cité par O. Moyano (2011) disait : le ciment qui lie le schéma corporel et image du corps est le narcissisme. Le schéma corporel est préconscient ou conscient tandis que l'image du corps est *éminemment* inconsciente, en lien avec l'histoire du sujet et sa manière d'investir le schéma corporel (Moyano, 2011).

1) Le schéma corporel

L'élaboration du schéma corporel dépend de la maturation neurologique et des expériences, ainsi que de l'environnement. Il se construit par les expériences sensorielles et motrices, l'intégration des sensations et l'accompagnement de l'adulte (Bonandrini, 2014). Pour J. De Ajuriaguerra, le schéma corporel s'édifie sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles. Le schéma correspond à la « *connaissance objective du corps dans sa réalité.* » (Potel, 2015, p. 144). Cette connaissance repose sur différents éléments : nos limites dans l'espace, nos perceptions des différentes parties de notre corps, la connaissance des rapports spatiaux entretenus entre les différentes parties de notre corps.

Selon J. De Ajuriaguerra, le schéma corporel se construit en quatre étapes (D'Ignazio & Martin, 2018) :

- Le **corps subi** (de 0 à 3 mois) : Le bébé ne choisit pas ses actes ni les réponses à ses besoins. La conscience qu'il a de son corps est fragmentaire et peu différenciée de l'autre.
- Le **corps vécu** (de 3 mois à 3 ans) : Avec la répétition de multiples expériences sensorielles et motrices, l'enfant maîtrisera davantage son corps et les objets qu'il manipule.
- Le **corps perçu** (de 3 à 7 ans) : L'enfant a une meilleure compréhension des sensations éprouvées et une meilleure conscience du corps dans l'espace.
- Le **corps connu** (jusqu'à 12 ans) : L'enfant passe d'une perception globale de son corps à une connaissance topologique de ses différentes parties.

Nous voyons ici l'articulation du triptyque sensation-perception-représentation. Les sensations vont devenir perception, puis représentation et ce, notamment grâce à l'interaction avec les personnes qui y donnent une signification. (Golse, 2015, p. 248).

2) L'image du corps

E. Pireyre (2015) retrace les débuts de cette théorie qui trouve ses fondements dans la psychanalyse. Le premier à avoir proposé cette théorie fut Paul Ferdinand Schilder en 1935. Pour ce dernier, les fondements de l'image du corps sont physiologiques. Les composantes toniques, motrices, visuelles, auditives, cinesthésiques, ont une importance primordiale dans la construction de l'image du corps.

Pour F. Dolto (1984), l'image du corps est de nature subjective et liée aux émotions. Elle serait alors une forme de mémoire inconsciente du corps en relation. La théorie de F. Dolto permet un éclairage sur la nature de l'image du corps ainsi que sur ses étapes de développement. Les étapes sont toutes concentrées dans « l'avant » des phénomènes suivants :

- La différence symbolique entre la mère et le bébé (fin du 1^{er} trimestre de vie)
- Le stade du miroir (entre six et 18 mois)
- L'avènement du langage (entre deux et trois ans)
- La castration œdipienne avec l'interdit de l'inceste

Nous voyons une hétérochronie dans le développement de l'image du corps qui est en faveur d'une *image composite* du corps. Selon, E. Pireyre la théorisation de la F. Dolto ne rend pas compte de toutes les facettes abordées par la clinique psychomotrice. Les facettes abordées par F. Dolto sont l'identité, la continuité d'existence et l'identité sexuée dans ses trois modalités de l'image du corps :

- L'image de base fait référence à la continuité d'existence : « *L'image de base est ce qui permet à l'enfant de se ressentir dans une « mêmété d'être »* (Dolto, 1984, p. 50).
- L'image fonctionnelle est « *l'image sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir* ». En d'autres termes, l'enfant cherche la satisfaction de ses besoins et désirs. L'image fonctionnelle peut être liée à l'identité.
- L'image érogène renvoie à l'identité sexuée.

C'est grâce à l'image fonctionnelle et à l'image érogène que le désir cherche à s'accomplir. Cependant, cet accomplissement peut être interdit : cela renvoie aux castrations symboligènes.

Les *castrations symboligènes* constituent une étape structurante en favorisant le développement psycho-affectif de l'enfant.

La castration ombilicale inscrit l'enfant dans une filiation avec une identité (identité par le prénom et identité sexuée en le nommant fille ou garçon). Ensuite, la castration orale aura pour conséquence l'accès au désir et à la possibilité de parler. La castration anale est en lien avec la séparation de l'enfant avec l'assistance de sa mère : il acquiert l'autonomie. Enfin, la castration génitale œdipienne en interdisant l'inceste favorise la vie sociale.

L'image du corps se construit au moment de l'archaïque. C'est une période où l'enfant est dépendant de l'autre et dont la parole a un rôle essentiel. La communication se fait essentiellement par le dialogue tonico-émotionnel. L'immaturation neurophysiologique, tonique, motrice est prédominante.

En 2007, J-D Nasio (2013) redéfinit l'image du corps en se basant sur les définitions de l'image inconsciente du corps de F. Dolto et celle d'image spéculaire de J. Lacan. Sa définition sera la suivante « *l'image inconsciente du corps est la représentation inconsciente que chacun se fait de son propre corps d'hier et aujourd'hui, corps vibrant de désir, de langage et de tendresse* ».

J-D Nasio insiste sur l'aspect social mis en jeu dans l'image du corps : « *que le regard de l'autre soit intérieur ou extérieur, il reste le principal agent formateur de l'image de soi* ». En effet, l'opinion, le jugement de l'autre modifie nos propres opinions et jugements.

3) L'image composite du corps

Pour E. Pireyre, l'image du corps ne peut se concevoir de manière monolithique. Pour argumenter cela, il s'appuie sur le fait que l'image du corps se construit par étapes chronologiques, en lien avec des fonctionnements physiologiques variés, elle concerne des fonctions ou des zones corporelles diverses et est investie par la libido.

E. Pireyre reprend et prolonge les travaux de Françoise Dolto et propose 9 sous composantes de l'image du corps. Appréhender l'image du corps de manière composite permet d'élargir les choix de médiations en s'adaptant à la situation de chacun. E. Pireyre s'est appuyé sur de nombreux domaines et a réuni de nombreuses recherches pour décrire en détails chaque composante et en proposer une approche psychomotrice.

Pour chaque sous-composante, il existe une grille des indices positifs et négatifs d'observation de l'image composite du corps. Cette grille (**Annexe 2**) est un outil opératoire pour un bilan psychomoteur de l'image du corps.

Le concept d'image du corps est fortement lié à la notion d'enveloppe psychocorporelle. Selon E. Pireyre, l'enveloppe en est une sous composante. Toutes ces composantes sont liées et se construisent de manière synchrone ou non au cours du développement de l'enfant⁸ :

❖ **La continuité d'existence :**

Pendant la vie intra-utérine, le fœtus est soumis à un temps continu : il est nourri, en permanence, par le cordon ombilical. A la naissance, le nouveau-né est confronté à d'autres rythmes et notamment celui de son corps (dont le rythme respiratoire). Il va aussi vivre des successions d'inconfort et d'apaisement, de faim et de satiété. Ensuite, un autre rythme essentiel va s'instaurer pour le bébé : celui de veille/sommeil. Au début, les moments de veille sont courts, ils deviennent plus longs au fil des mois. C'est dans ces moments de veille que l'enfant va s'ouvrir au monde et tisser ses premières relations.

D. Marcelli (2007) introduit la notion de *macrorhythme* pour qualifier les rythmes physiologiques et les soins apportés à l'enfant (repas, lever, coucher...) et *microrhythme* pour désigner l'introduction de jeux, de surprise par le parent. Si les macrorhythmes sont suffisamment répétitifs, stables et sûrs, ils vont progressivement constituer un rythme de fond pour le bébé, ce qui participe à l'élaboration d'une sécurité de base, essentielle au développement de l'enfant. C'est sur cette sécurité de base que repose le *sentiment de continuité d'existence* décrit par D. Winnicott. Pour ce dernier, le sentiment continu d'exister se construit grâce à des interactions adaptées entre le bébé et l'environnement.

Le sentiment continu d'exister c'est une « *sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours « le même* » (Pireyre E. , 2015, p. 55). Ce sentiment permet de protéger le Moi des angoisses qui le menace, l'individu percevant quelque chose de lui, de l'ordre d'une cohérence, d'une unité interne stable. Le développement psycho-affectif intervient dans la mise en place de ce sentiment de continuité d'existence, notamment par le biais du *holding*.

Pour A. Bullinger (2017) certains enfants peuvent être dans une recherche de sensations organisatrices de l'image du corps. Les stéréotypies pourraient alors être des recherches de sensations qui auraient pour but d'essayer de maintenir un sentiment continu d'exister.

⁸ Afin d'étayer mes propos, j'évoquerai des situations cliniques en lien avec la grille d'évaluation des indices positifs et négatifs de l'image composite du corps.

A l'hôpital de jour, les infirmières peuvent venir frapper à la porte de la salle de psychomotricité, quand les taxis sont arrivés, pour venir chercher l'enfant qui se trouve encore en séance. Cette situation s'est produite avec Laura à la fin d'une séance. Nous sommes en train de remettre nos chaussures quand une infirmière vient frapper à la porte, la psychomotricienne entrouvre la porte pour lui parler. Laura me demande alors « c'est Patricia ? » (Prénom de sa conductrice), je lui réponds alors que non, que c'est une infirmière qui prévient que son taxi est arrivé. Pendant ces quelques minutes, entre le moment où l'infirmière frappe à la porte et le moment où la psychomotricienne referme la porte, Laura présente de nombreuses stéréotypies. Il semble que cette situation ait été anxiogène pour Laura qui a besoin de s'assurer d'une continuité d'existence par les stéréotypies.⁹

❖ L'identité

L'identité correspond à ce qui représente la singularité d'une personne. E. Pireyre souligne quatre notions essentielles à la construction de l'identité de l'individu :

- les positions parentales : Les parents agissent sur l'identité de l'enfant en lui attribuant un prénom et en lui transmettant un nom.

- la sensorialité : Selon A. Bullinger, la subjectivité s'acquiert par la « *régularisation intériorisée des états toniques, l'instrumentation des différents segments corporels ainsi que les représentations de l'organisme* ». Les flux sensoriels permettent de discriminer une limite entre le dedans et le dehors. Au-delà de la sensation, c'est la perception qui pourrait apporter le sentiment d'identité. Pour Damasio, le substrat neurologique de l'identité se trouve dans le cortex sensoriel. La peau joue donc un rôle primordial en permettant de tracer les limites corporelles, la différenciation entre dedans et dehors, entre soi et non-soi, ce qui permet une subjectivation.

- le dialogue tonique : En étant une forme de communication, il permet la distinction entre le dedans et le dehors, le soi et le non-soi.

⁹ Les stéréotypies de Laura surviennent souvent dans des moments de nouveauté, de changement.

- le regard : « *l'identité se construit par le regard* » (Pireyre E. , 2015, p. 64). Quand le bébé regarde sa mère, il s'interroge sur ce qu'il voit. Il comprend, petit à petit, que les images présentes dans le regard de sa mère, sont son reflet.

L'identité repose donc sur la différenciation entre soi et l'autre, entre son corps et le corps de l'autre. En psychomotricité, nous pouvons rencontrer des enfants qui questionnent leur identité. Le travail sera alors de reconnecter l'enfant à ses sensations.

Chez Laura, j'ai pu observer une certaine confusion entre soi et autrui. Son utilisation des pronoms personnels est incorrecte. En effet, elle peut employer le « tu » au lieu du « je ».

¹⁰

Laura s'assure aussi que ce soit elle l'auteure de ses propres mouvements. Par exemple, alors que nous faisons de la pâte à modeler et qu'elle fait des productions, elle peut demander « qui a fait ça ? » (en pointant du doigt sa création) et le fait qu'on lui dise que c'est bien elle l'auteur semble la rassurer (recrutement tonique scapulaire).

❖ L'identité sexuée

La différenciation sexuelle commence au niveau chromosomique. Cependant, se sentir fille ou garçon ne dépend pas uniquement de la biologie. Pour S. Freud, l'identité sexuée repose sur la découverte anatomique de la différence des sexes (vers 2 ans) ainsi que le stade œdipien. Aujourd'hui, il y a un consensus pour affirmer que l'identité sexuée se construit dès la naissance et se poursuit pendant la période précœdipienne. Les sensations corporelles jouent aussi un rôle dans la conscience de la différenciation des sexes.

Pour Rouyer, cité par E. Pireyre (2008, p. 70), ce qui compte aussi ce sont « *l'activité [et] les réponses de l'enfant face aux attitudes et aux comportements des personnes et de son entourage.* » En d'autres termes, l'enfant naît dans une société dans laquelle les comportements et attitudes sont différents en fonction de la personne à laquelle on s'adresse (garçon ou fille). Cela découle notamment des croyances subjectives et sociales des parents.

¹⁰ L'inversion pronominale peut aussi être en lien avec le T.S.A. L'inversion pronominale serait une étape plus longue chez les personnes avec T.S.A : l'accès au pronom demandant une souplesse mentale qui ferait défaut chez ces enfants. (Perrin & Maffre, 2013)

Laura intègre cette différenciation à partir de caractéristiques vestimentaires et physiques :

-Elle s'interroge sur le fait que l'enseignant ait une boucle d'oreille.

-En séance, elle nous a demandé si une dame se promenait dans les couloirs en entendant des bruits de talons.

❖ **La peau physique et psychique**

Nous retrouvons ici la notion d'enveloppe psychocorporelle, déjà évoquée dans la partie II.

❖ **La représentation de l'intérieur du corps**

L'intérieur du corps correspond notamment aux os et aux articulations. L'ossature est, d'une façon générale, *le plus profond du corps* et peut représenter un *contenu*. Elle se situe alors dans une sorte de polarité et complémentarité avec le « contenant-peau ». Les articulations permettent le mouvement.

A la naissance, l'ossification et le tonus sont immatures et insuffisant, l'axe corporel n'est pas encore solide. La sensation de solidité interne ne sera acquise qu'à la suite d'une maturité physiologique suffisante.

Laura manifeste une certaine méconnaissance de l'intérieur de son corps quand elle me montre ses veines sur son poignet en me demandant ce que c'est.

❖ **Le tonus**

Le tonus correspond à un état de tension de la musculature. Il s'élabore selon la maturité neurologique. Il existe trois tonus différents :

- Le **tonus de fond** qui est constitué de l'état de légère tension des muscles et représente le substrat de l'affectivité et des émotions.
- Le **tonus postural** qui représente l'activité tonique minimale permettant le maintien des positions.
- Le **tonus d'action** se définit par la contraction musculaire, dite phasique, permettant l'action et le mouvement.

La **régulation** du tonus dépend de quatre mécanismes (Bullinger, 2015) :

- Le niveau de **vigilance** : le passage d'un niveau de vigilance à l'autre modifie l'état tonique.
- Les **réponses toniques** consécutives aux variations des flux sensoriels atteignant l'organisme. Si le flux sensoriel est contrôlé activement, cela maintient un état tonique autour d'un point d'équilibre.
- **L'interaction** entre l'enfant et son milieu : le *dialogue tonique*.
- Les **représentations** : L'anticipation sur l'état du milieu et ses variations probables.

Ces quatre modes de régulation favorisent l'équilibre sensori-tonique et l'émergence d'une vie psychique.

Le tonus n'est en lien avec l'image du corps « *que s'il est appréhendé comme relié à certains aspects de la vie psychique, comme mode d'expression ou comme trace psychique de l'histoire relationnelle du sujet* » (Pireyre E. , 2015).

❖ **La sensibilité somato-viscérale**

La sensibilité somato-viscérale renvoie à la sensorialité, déjà évoquée dans la partie II.

E. Pireyre fait un lien entre la sensibilité somato-viscérale et le **schéma corporel**. La théorie de l'image composite du corps met en avant la relation entre psychisme et sensibilité somato-viscérale.

❖ **Les compétences communicationnelles du corps**

E. Pireyre, s'appuie sur les travaux de C. Ballouard pour qui il existe des *communications corporelles* qui remplace la notion de *communication non verbale*. Il s'agit des attitudes, modifications toniques, gestes, mouvements, regard. Toute personne utilise cette forme de communication en fonction de son histoire.

❖ **Les angoisses corporelles archaïques.**

Le nouveau-né est sujet à des angoisses dites archaïques, notamment dû au sentiment continu d'exister qui n'est pas encore construit. Ces angoisses sont nommées archaïques car elles sont présentes avant l'émergence du langage. Selon D. Winnicott, le nouveau-né est un être immature qui est tout le temps au bord d'une angoisse. Cette angoisse a différentes formes : se morceler ; ne pas cesser de tomber ; ne pas avoir de relation avec son corps ; ne pas avoir d'orientation.

Pour E. Pireyre « *L'angoisse est une réaction qui se présente au sujet à chaque fois qu'il se trouve dans une situation plus ou moins traumatique, c'est-à-dire qu'il est soumis à*

un afflux, trop important pour lui, d'excitations d'origine externes ou internes, excitations non maîtrisables et non compréhensibles. » (Pireyre E. , 2015, p. 142).

Les angoisses corporelles archaïques apparaissent comme identitaire en ce sens qu'elles touchent au sentiment même d'habiter son corps, à la possibilité de le ressentir comme sien et de s'attribuer ses éprouvés et expériences.

E. Pireyre dénombre quatre angoisses corporelles archaïques : angoisse de morcellement, angoisse d'effondrement, angoisse de dévoration, angoisse de liquéfaction.

- **L'effondrement**

L'effondrement correspondrait au vécu de chute sans fin évoqué plus haut. L'enveloppe psychocorporelle est constituée mais elle apparaît menacée dans son intégrité par l'absence de la fonction de contenance permettant au sujet de lutter contre ce vécu de chute infinie. La fonction de maintenance semble aussi défaillante puisque ce vécu de chute ne peut répondre la solidité d'un appui interne offrant au sujet de résister à la gravité. Cette angoisse peut se manifester chez l'enfant par une perte massive de tonus en situation de lâche relationnel, c'est-à-dire dans les temps de transitions (Brunoro, 2019).

- **Dévoration**

L'angoisse de dévoration correspond à la crainte d'être dévoré. Cette angoisse est en lien avec le stade oral Freudien. En effet, pendant la première année de l'enfance, l'oralité est le mode privilégié de la relation au monde. Au début, l'alimentation est principalement liquide. Puis, avec la poussée des dents, l'enfant apprend à couper, mastiquer la nourriture. L'objet demande à être détruit pour être incorporé. L'agressivité orale devient l'une des composantes de l'alimentation. Cependant, dans une logique psychique de retournement actif-passif, « *l'enfant se dit que, s'il dévore, il peut être aussi dévoré* » (Chouvier, 2015).

- **Morcellement**

L'absence d'unité et de limites corporelles entraîne la sensation d'un corps morcelé, l'enfant ressent les parties de son corps comme des morceaux dépourvus de liens, ne perçoit pas son corps comme unifié.

- **Liquéfaction**

Dès que l'enfant a construit un peu d'enveloppe, il présente des angoisses en lien avec le milieu liquide : angoisse de s'écouler et de se répandre.

Les angoisses corporelles archaïques sont présentes chez tous les individus mais elles peuvent se trouver au centre des préoccupations quotidiennes des patients que l'on rencontre. De plus, du fait de son approche corporelle, la psychomotricité se trouve au cœur de l'angoisse dont peuvent témoigner les patients que l'on rencontre.

La notion *d'image composite du corps* est intriquée à la notion d'enveloppe psychocorporelle. Plusieurs composantes se construisent en parallèle de l'enveloppe psychocorporelle (le sentiment continu d'exister, l'identité), d'autres permettent sa construction (le tonus, la sensorialité). L'intérieur du corps a une valeur particulière dans la conception de l'enveloppe : c'est ce qui est contenu par l'enveloppe corporelle. Enfin, une enveloppe qui n'est pas construite de manière assez sécurisée peut engendrer des angoisses corporelles archaïques.

La notion d'image composite du corps relève ainsi l'intrication entre le schéma corporel, qu'E. Pireyre nomme sensibilité somato-viscéral et l'image du corps. Elle met en avant l'intrication entre corps réel, anatomique et corps psychique, entre schéma corporel et image du corps, et sont liés à la notion d'enveloppe psychocorporelle.

II. Evaluation de l'enveloppe psychocorporelle dans le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur est un outil indispensable du psychomotricien, il évalue toutes les notions psychomotrices à partir de deux éléments : les tests et les observations cliniques. Le psychomotricien va observer plusieurs fonctions psychomotrices, dont les représentations du corps, qui nous donnent des indices sur la qualité de l'enveloppe psychocorporelle du patient que l'on rencontre.

1) Le protocole d'O. Moyano

O. Moyano (2011) a proposé un protocole permettant d'avoir accès aux représentations du corps chez l'enfant ou l'adolescent. Ce protocole comprend un entretien sur les représentations corporelles (un dessin du bonhomme puis un questionnaire semi-directif) et le conte de la fourmi de J. Royer.

Le dessin du bonhomme

La consigne est simple « Peux-tu dessiner un bonhomme le plus joli et le plus complet possible ». La consigne induit donc un détail narcissique. Une fois le dessin réalisé, il est demandé à l'enfant d'annoter les parties du corps qu'il connaît, ce qui permet d'explorer les connaissances anatomiques de l'enfant. Dans le dessin du bonhomme, ce sont les commentaires qui accompagnent le dessin qui nous donnent des indices sur l'image du corps. Nous pouvons aussi observer la versant projectif du dessin.

Laura passe beaucoup de temps à se regarder dans le miroir quand elle fait des mouvements, quand elle joue. Elle emploie le « je » mais il se différencie mal de l'autre puisqu'elle peut l'utiliser à la place du « tu ». Le stade du miroir permet d'accéder à une représentation de soi-même (le bonhomme « je ») (Cognet & Cognet, 2018) dans le dessin, or ce n'est pas le cas pour Laura qui n'accède par à la demande, puisqu'elle dessine la psychomotricienne. J'é mets l'hypothèse que Laura n'a pas acquis le stade du miroir et par conséquent l'identité et l'altérité ne sont pas encore construits. Je suppose que la construction de son schéma corporel est, elle aussi, défailante.

L'entretien

Ce questionnaire (**Annexe 3**) explore les composantes du corps connu et du corps vécu.

Il débute avec la différenciation dedans/dehors (questions a et b). Ces deux premières questions viennent interroger la porosité du moi, la porosité des enveloppes, des confusions dedans/dehors ou moi/non moi.

Les questions c et d explorent la connaissance fonctionnelle du corps (articulation et sensorialité), le corps fantasmatique (zones érogènes), le corps relationnel (lien du monde environnant à l'enfant).

Les autres questions sont en lien avec l'investissement narcissique du corps. La dernière question est en lien avec le sentiment corporel et mental du moi.

Tout au long du questionnaire, l'histoire des enfants viendra interférer les réponses. Les questions viennent interroger la qualité des échanges mère-enfant et la constitution du Moi-peau dans les interactions corporelles avec la mère et le monde environnant.

Le conte de la fourmi de J. Royer

Le conte de la fourmi (**Annexe 4**) explore les composantes de l'image du corps, dans une double inscription relationnelle et narcissique.

Les questions renvoient à la notion du corps connu (schéma corporel, connaissance cognitive de la constitution du corps propre) et au corps vécu (investissement affectif). Chaque question comporte un contenu latent qui sont les suivants (Tychev, 2018):

- ❖ La première question, qui concerne le lieu d'arrivée de la fourmi sur le corps de l'enfant, permet de voir si l'enfant projette un investissement de son image du corps différencié sur le plan cognitif (arrivée de la fourmi par une extrémité du corps) ou si cet investissement est régressif. L'investissement régressif se manifeste par l'arrivée de la fourmi sur une zone à valeur régressive (bouche, nombril, ventre, sexe, fesses) ou symbolique (cœur).
- ❖ La questions 2 et 3, en lien avec le trajet de la fourmi à l'extérieur et intérieur du corps, approchent le degré d'élaboration du corps connu : l'absence ou la présence de confusions dedans/dehors ou sujet/objet, la richesse ou la pauvreté des références sensorielles, la capacité ou non d'évoquer des orifices naturels du visages et de s'en dégager, la richesse ou la pauvreté de l'exploration intérieure, la capacité ou non d'explorer intérieurement le corps sans faire de confusions. L'image du corps se

construisant en référence à des expériences sensorielles, ces questions viennent explorer la qualité ou la pauvreté des échanges par la médiation de l'enveloppe corporelle.

- ❖ Les questions 4 et 5 interrogent l'enfant sur les choses belles ou pas belles vues par la fourmi durant son trajet et le ressenti de l'enfant pendant son voyage. Ces questions sont en lien avec le degré de narcissisation de l'enveloppe corporelle (solidité ou fragilité) et la capacité de l'enfant d'intégrer l'ambivalence par rapport à son corps (plaisir/déplaisir). Ces questions sont en lien avec l'évolution de l'image inconsciente de F. Dolto. Cette dernière avance que l'enfant a ressenti les volumes de son corps par le contact avec les mains de sa mère d'abord puis le contact des siennes avec des sensations de plaisir ou de douleur.
- ❖ La dernière question, celle du dénouement de l'histoire, permet de voir si l'enfant est capable de restauration au terme de l'interaction imaginée. La réponse normative étant que les deux protagonistes se séparent.

Ce protocole permet d'apprécier la qualité des enveloppes de manière projective. Il permet de mettre en évidence des défaillances dans sa construction.

2) Les autres tests permettant d'apprécier la qualité des enveloppes

Une autre proposition, élaborée par O. Moyano permet d'appréhender certaines notions en lien avec l'enveloppe psychocorporelle : Le dessin du bonhomme avec quelqu'un à l'intérieur. Ce dessin permet d'observer comment l'enfant se représente un espace corporel, psychique en deux ou trois dimensions. Il permet aussi d'apprécier comment l'enfant se représente la qualité, la perméabilité, la transformation (en fonction des stimulations) des limites ainsi que des éléments traversants (Branchard, 2020).

En outre, nous pouvons utiliser différents tests qui évaluent :

- ❖ Les **représentations du corps** : évaluation de la motricité gnosopraxique, le schéma corporel révisé...
- ❖ Les **coordinations** : Celles-ci permettent d'observer comment le patient vit son corps. Le test de Charlop-Atwell peut être utilisé dans cette visée.
- ❖ Le **tonus** : celui-ci est en lien avec la constitution de l'enveloppe et sa défaillance, il s'évalue à travers le ballant notamment.

3) Les observations

E. Pireyre a proposé un bilan d'observation (**Annexe 2**) permettant d'apprécier chacune des composantes de l'image du corps. En fonction de chacune d'entre elles, il propose des signes à observer en cas de trouble de l'image du corps.

Les observations peuvent aussi reposer sur le jeu spontané de l'enfant. Il nous indique la manière qu'a l'enfant d'investir son corps dans la relation aux autres, aux objets. Les scénarios permettent de mettre en avant différentes composantes des représentations du corps : identité, identité sexuée.

En définitif, bien qu'il n'existe pas de tests dédiés à l'enveloppe psychocorporelle, nous pouvons en passer par l'évaluation des représentations du corps pour nous aiguiller sur la qualité des enveloppes chez la personne que l'on rencontre.

III. Défaillance de l'enveloppe psychocorporelle

La défaillance concerne le *sentiment d'enveloppe*. A-M Latour nous précise qu' « *il ne suffit pas d'avoir une peau « tout autour » pour se sentir enveloppé, un squelette pour s'imaginer solide, des organes sensoriels pour communiquer et des orifices corporels pour se vivre capable de maîtriser et apprécier les échanges avec son environnement. Le « sentiment d'être » est cette part imaginaire qui doit s'intriquer avec le somatique propre à chaque individu.* ». Ce *sentiment d'être* et le sentiment d'enveloppe dépendent à la fois des expériences du corps et des interactions avec le parent.

En évoquant les piliers de la constitution de l'enveloppe psychocorporelle, nous pouvons donc envisager la défaillance de celle-ci dans deux cas :

- ❖ Troubles sensoriels.
- ❖ Troubles de la relation entre le nourrisson et son entourage maternel. Les raisons en sont souvent multiples et multifactorielles.

Ces défaillances de l'enveloppe peuvent être décrites en lien avec les fonctions du Moi-peau et notamment les fonctions de maintenance, de contenance et de pare-excitation. Nous pouvons observer des troubles de la représentation du corps (non-conscience de certaines zones corporelles).

Si le Moi-peau ne remplit pas ses fonctions, les limites du Soi sont floues, le sentiment d'identité et d'unité aussi. Une absence de limite peut entraîner une confusion entre le monde interne et le monde externe et générer des angoisses : le sujet peut avoir l'impression de se vider ou que le monde extérieur vient envahir l'appareil psychique.

Afin de pallier la défaillance de l'enveloppe psychocorporelle, l'enfant peut se créer des substituts d'enveloppe en cherchant des limites (physiques, corporelles ou dans l'environnement).

1) Des substituts d'enveloppe

Certains auteurs ont théorisé ces substituts d'enveloppe, ceux-ci peuvent être regroupés de la manière suivante :

❖ Le tonus

De manière normale, le tonus participe au sentiment de **cohésion** et de **consistance** corporelle. Le tonus joue aussi un rôle dans la construction et l'intégration d'un sentiment de contenance. La peau, étant supportée par les muscles, le tonus sert de liant pour globaliser et faire tenir le corps dans une unité corporelle. A. Bullinger (2015) a par ailleurs souligné que l'enveloppe corporelle contient deux faces : une face interne (les variations toniques) et une face externe (qui reçoit les signaux sensoriels) et que c'est par le dialogue tonique (et les réactions toniques) que l'enfant intègre la distinction entre les deux faces de l'enveloppe.

S. Robert-Ouvray (2007) précise que, l'enveloppe tonique qui résulte de la coordination des schèmes de base « *s'identifie comme le prototype moteur d'une première enveloppe psychique, d'un contenant psychique tel que l'a théorisé Bion et du soutien moteur du Moi-peau tel qu'Anzieu le définit* » C'est à partir de la dynamique entre hypertonie et hypotonie que l'enveloppe va se constituer et aider à la différenciation du dedans et du dehors, de soi et de l'autre.

Pour A. Bullinger (2015), *l'unité perceptive* que procure le tonus contribue à la stabilisation de l'image corporelle en limitant l'impact potentiellement traumatique des sensations puisque si elles ne sont pas ordonnées, elles sont ressenties comme chaotiques (Joly, 2017, p. 228). Cependant, le tonus est comme figé, ce qui empêche le dialogue tonique.

Quand l'enveloppe psychocorporelle est défaillante, le tonus peut être investi pour y pallier. E. Bick (2002) parle de « seconde peau » pour désigner le fait que le tonus soit investi de manière élevée pour pallier le défaut d'enveloppe : elle peut être musculaire (hypertonie) ou motrice (enfants agités, instables).

Pour M-F. Livoir-Petersen (2010), l'hypotonie peut aussi être observé : « *l'enfant utilise sa surface tactile pour maximiser les contacts* ».

❖ L'os

Nous parlons ici de *Moi-Os* (Bullinger, 2015): l'enfant produit ou recherche des vibrations, se tasse sur ses talons...

❖ Les sensations

L'utilisation du vêtement permet un enveloppement à la fois tactile et visuel qui permet de conserver un retour sensoriel global et unifiant. L'autostimulation sensorielle peut aussi pallier le défaut d'enveloppe. Enfin, les atteintes corporelles vont former une enveloppe de souffrance : « *la douleur et la trace cutanée refondent les contours du soi, renouent une frontière toujours à reprendre entre le dedans et le dehors, colmatent les brèches.* » (Lebreton, 2003, p. 27)

2) La défaillance de l'enveloppe chez l'enfant avec T.S.A.

Laura a été diagnostiquée T.S.A., ce trouble peut entraver la bonne constitution d'une enveloppe. « *Un défaut de contenants et d'enveloppes corporelles, enveloppes inexistantes ou fragiles, avec une discordance induite dans l'habitation corporelle, et une faillite des images du corps sont toujours observés par tous les cliniciens* » (Joly, 2017, p. 47). Cette citation de F. Joly appuie le défaut d'enveloppe chez l'enfant avec T.S.A. En illustrant de vignettes cliniques *l'image composite du corps*, j'émetts l'hypothèse d'une *fixation* (Pireyre E., 2015) de l'image du corps chez Laura.

F. Joly soulignait que l'aspect majeur de la problématique autistique réside dans l'altération des capacités de communication, mais aussi dans sa manière singulière d'habiter son corps et sa motricité en relation. F. Joly formulera d'ailleurs que l'autisme serait la représentation prototypique de *ce que serait notre corps sans le corps de l'autre*. (Joly, 2017, p. 35)

Cette défaillance de l'enveloppe est multifactorielle « [Elle] *se source dans l'intrication complexe dès le développement le plus précoce des différentes lignes équipementales, fonctionnelles, psycho-affectives et relationnelles* » (Joly, 2017, p. 47).

Je vais tenter d'aborder, d'expliquer, ce défaut d'enveloppe à travers les deux piliers de la constitution de l'enveloppe : les sensations et les interactions précoces.

a) *Les particularités sensorielles*

Les particularités sensorielles ont particulièrement été mises en avant dans l'ouvrage *Ma vie d'autiste* de Temple Grandin, autiste, pour qui l'hyperesthésie sensorielle serait à l'origine de certains comportements autistiques (Caucal & Brunod, 2010). Temple Grandin précise le lien entre sensations et enveloppe : l'enfant avec T.S.A. a des impressions d'absence de conscience claire que son corps existe, qu'il a un volume, et qu'il est distinct de

ce qui n'est pas de lui. Temple Grandin décrit cet aspect particulier des personnes avec T.S.A. :

« Parfois les gens avec autisme ont des problèmes avec les frontières de leur corps. Ils sont incapables de juger par la sensation où finit leur corps et où commence la chaise sur laquelle ils sont assis ou l'objet qu'ils tiennent dans la main, un peu comme ce qui arrive à la personne qui a perdu un membre mais continue à percevoir les sensations de ce membre, comme s'il était encore là. »

Ces particularités sensorielles seraient en lien avec un dysfonctionnement altérant les étapes du traitement de l'information sensorielle. Au niveau de la perception, les personnes avec T.S.A présentent des seuils perceptifs variables (faible ou élevé) qui entraînent une hyper- ou une hyposensibilité. Ces seuils perceptifs peuvent être différents en fonction du canal.

Ensuite, le traitement cognitif des informations sensorielles et les réponses comportementales sont singuliers chez la personne avec T.S.A. D'autant plus que les neurosciences ont montré que, pour les personnes avec T.S.A., la vitesse de traitement de l'information sensorielle et des mouvements est plus lente. Tout cela entraîne un véritable **trouble de l'intégration sensorielle** (Perrin & Maffre, 2013).

En me basant sur le tableau rédigé par l'HAS (2010) (**Annexe 5**), les réactions aux stimulations sensorielles chez Laura sont les suivantes :

Tableau 2 : Réactions aux stimulations sensorielles de Laura

Sensibilité somesthésique	Hyporéactivité (recherche de sensation tactile)
Vision	Hyperréactivité (perception du détail renforcée ¹¹)
Audition	Hyperréactivité (Laura pouvait être dérangée par certains bruits)

¹¹ Cette perception du détail chez Laura se manifeste notamment par rapport aux caractéristiques vestimentaires des adultes (bijoux).

Gout-toucher	Hyporéactivité (Laura sent les objets quand elle les manipule pour la première fois)
Fonction vestibulaire	Hyporéactivité (Laura cherche à se balancer régulièrement sur le gros ballon)

Le traitement de l'information chez Laura varie donc entre hyper et hyposensibilité. Certains seuils perceptifs sont élevés (fonction vestibulaire) tandis que d'autres sont faibles (audition).

Le trouble d'intégration sensorielle va engendrer des *brouillages sensoriels* (Lheureux-Davidse, 2012). Pour remédier à cela, l'enfant autiste va avoir recours au *clivage* afin d'apaiser l'intensité des flux sensoriels qui ne peuvent pas être filtrés en raison d'un défaut de pare-excitation. L'enfant autiste va se retrouver dans une incapacité provisoire à utiliser plusieurs sens en même temps. Par exemple : un enfant autiste peut se couper du regard pour mieux écouter. Cependant, cela peut générer un *chaos interne* « où chaque élément psychique devient interchangeable avec des risques de vécus confusionnels et le sentiment que des parties clivées sont anéanties ». L'image du corps est alors vécue comme morcelée (par exemple, la partie inférieure du corps peut être comme anéantie de l'image du corps et provoque des vécus d'effondrement).

Le clivage sensoriel a notamment été étudié par D. Meltzer qui parle de *démantèlement*. Ce démantèlement permet à l'enfant autiste de pas être submergé par les sensations émanant de l'environnement grâce aux clivages inter-sensoriels de ses différentes perceptions. Nous pouvons en faire un lien avec la non-intégration de la fonction d'intersensorialité du Moi-peau. Le Moi se retrouve alors « *clivé selon les plans d'articulations des modalités sensorielles* ». Tout se passe comme si l'enfant juxtaposait des sensations les unes à côté des autres dans une « *sorte de patchwork qui n'a ni profondeur ni relief* ». L'espace est alors *bidimensionnel* (Houzel, 2006).

A. Bullinger (2015) a mis en évidence que les enfants autistes ont une mobilisation plus importante des systèmes sensoriels archaïques (vision périphérique¹² par exemple). Les situations sont traitées sur un mode qualitatif binaire (chaud/froid, dur/mou...). Ces systèmes

¹² Il se peut que Laura utilise ce regard, qui m'a donné l'impression qu'elle était « ici et ailleurs » au début de mon stage.

sont présents et fonctionnels dès la naissance et permettent de créer un état tonique important qui vient mobiliser l'organisme, participant à la construction du sentiment d'unicité, base de l'image du corps. L'enfant avec T.S.A. met donc en place des conduites visant à maintenir cet état tonique et ce sentiment d'unité, au détriment des conduites instrumentales. En effet, l'instrumentation est particulière et détourne la fonction des différents espaces de son propre corps, elle sert des agrippements sensoriels¹³ par exemple.

D'autre part, A. Bullinger décrit l'axe de développement sensori-moteur (**annexe 1**) : l'enfant développe des coordinations corporelles et celles-ci s'accompagnent d'une activité psychique spécifique. Chez l'enfant avec T.S.A., ces coordinations se mettent en place de façon particulière (voire se fixent à travers les stéréotypies par exemple). L'activité psychique qui les accompagne prend aussi une dimension particulière. A partir de cela, nous pouvons faire l'hypothèse que ce que l'enfant manifeste au niveau corporel nous donne des indices de là où il en est de sa représentation corporelle.

F. Tustin (Belluso, Desnos, & Segond, 2014) a émis l'hypothèse que le manque de constitution d'une enveloppe psychocorporelle chez l'enfant pourrait être une cause fondamentale de l'émergence des troubles autistiques. Selon la psychanalyste, il existe un lien entre l'instabilité de l'enveloppe psychocorporelle chez l'enfant autiste et son incapacité à mémoriser les sensations dans son corps. Des angoisses vont alors découler de ce défaut d'élaboration de l'enveloppe : des trous noirs (qui correspondent à des lieux où les sensations sont éprouvées régulièrement mais qui font trou dès que l'excitation sensorielle cesse). Le dos en est un exemple et les stéréotypies de balancement favoriseraient les stimulations dorsales.

Les particularités sensorielles ne sont pas les seules à avoir pu entraver la constitution de l'enveloppe. Les troubles des interactions ont aussi pu jouer un rôle.

b) Les interactions précoces

Les interactions précoces sont entravées par de nombreux aspects du développement de la personne avec T.S.A. (Perrin & Maffre, 2013).

Une étude de Brisson et al. en 2011 a mis en évidence que les indices sociaux (regard vers le parent, sourire, vocalise) sont moins présents chez les bébés ultérieurement

¹³ Les agrippements sensoriels correspondent à des agrippements à une sensation en dehors du corps dans l'environnement non-humain (Lheureux-Davidse, 2012).

diagnostiqués T.S.A., ils réagissent aussi moins vite à l'appel de leur prénom. Au niveau du langage, le babillage est limité en quantité et inhabituel.

L'imitation des sons, gestes et expressions faciales est réduite. De plus, l'enfant présente un visage impassible et une expression neutre, ainsi qu'une absence d'attention active et positive envers la mère.

Les enfants avec T.S.A. produisent moins de gestes de communication, cela serait en lien avec le déficit d'imitation. Un retard d'acquisition de l'attention conjointe et du pointer est aussi observé.

En outre, des troubles du tonus ont été mis en avant (Caucal & Brunod, 2010). Certains parents ont pu évoquer l'absence de dialogue tonique avec leur enfant dans le second semestre de vie. Plus tard, il peut être observé une hypotonie modérée isolée qui peut entraver la motricité, notamment fine. A l'inverse, des enfants avec T.S.A. peuvent présenter un tonus de fond très important. « *L'association successive des deux variabilités de trouble du tonus chez le même enfant n'est pas exceptionnelle.* » Cependant, dans les deux cas, il est constaté un recrutement tonique important dans le tonus d'action.

Dans une vision psychanalytique, L. Branchard (2020), s'appuyant sur les travaux de Boubli et Konicheckis, envisage l'enfant autiste comme *prématuré psychique*. Contrairement aux théories selon lesquels l'enfant autiste aurait des difficultés dans la séparation, il se serait individué avant d'investir des relations assez sécurisées et stables et n'aurait pas construit de *sentiment continu d'existence*. Pour appuyer cela, L. Branchard s'appuie sur deux arguments : la détection précoce de l'autisme et les spécificités sensorielles (celles-ci s'accrochent à du non-soi, ce qui montre une séparation avec l'environnement).

La séparation n'a pas échoué mais s'est produite de manière *trop rapide et violente*. L'enfant avec T.S.A. serait davantage en défaut d'attachement que de séparation. L'enfant subirait une séparation trop précoce alors que son appareil psychique n'est pas assez mature pour lui permettre d'affronter une telle réalité. Par la suite, les attachements sensoriels précoces et partages émotionnels ont été entravés. L'enfant ne serait alors pas garanti dans son sentiment de continuité.

L'argument selon lequel les enfants autistes vivent les séparations et les vivent de manière violentes me fait particulièrement écho. Cela me fait penser à une situation vécue avec Marin¹⁴, cité en introduction. Nous avons passé deux jours en séjour, en dehors de l'I.M.E.

A la fin du séjour et lorsque nous étions sur la route de retour, Marin s'est mis à pleurer et à hurler qu'il voulait retourner voir Françoise, personne qui nous accueillait dans le gîte. Je suppose alors que Marin vit la séparation et il la vit de manière violente. Cela s'observe aussi par rapport aux changements de rituels, ou d'environnement.

Pour compenser cette séparation brutale, la sensorialité se trouve alors au premier plan : « boucles et mouvements de rotations (retour au même), mouvements égocentrés et défaut d'initiative vers du non-soi ». A cela s'ajoutent des tentatives de maîtrises sensorielles qui seraient des « symptômes qui engagent le corps comme cicatrices de cet arrachement (trou béant dans des angoisses et des symptômes corporels : trouble de l'alimentation et des sphincters, accrochages sensoriels type démantèlement) » Enfin, l'enfant pourrait avoir des tentatives de constitution d'une enveloppe imperméable.

En définitif, le développement psychomoteur et les expériences du corps seraient entravés par les particularités sensorielles, relationnelles, motrices. F. Joly souligne que les signes corporels et psychomoteurs de l'enfant avec T.S.A. témoigneraient du défaut d'enveloppe, de la mise en place de limites corporelles, et ainsi de la faillite de la mentalisation et subjectivation. Le Moi-peau est défaillant et le vécu corporel est insécure. Cette défaillance de l'enveloppe psychocorporelle peut se manifester de diverses manières : *Moi-poulpe* (perception du corps confusionnel avec sensation de soi dispersé), *Moi-crustacé* (carapace qui pallie le manque de limites de la peau) ou *seconde peau*.

Le bilan psychomoteur permet d'appréhender la qualité des enveloppes. Il permet l'observation des défaillances de l'enveloppe psychocorporelle. Comment la psychomotricité peut-elle jouer un rôle par rapport à ces défaillances ? Quelles pratiques peuvent être mises en lien avec l'enveloppe psychocorporelle ?

¹⁴ Marin avait le diagnostic de trouble du spectre autistique.

Partie IV. Du cadre aux médiations : la
psychomotricité, une réponse singulière au défaut
d'enveloppe psychocorporelle

I. Du cadre...

Pour C. Potel (2015, p. 321) : « *le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* ». La notion de cadre engendre la notion de lieu avec des murs réels qui sont un premier contenant. La pensée correspond au cadre théorique dans lequel s'inscrit le psychomotricien.

Selon C. Ballouard (2003), « *un cadre contenant, c'est un cadre ajusté, un cadre relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître.* »

Le cadre c'est aussi l'instauration de limites par les règles, les limites de temps et d'espace. Il y a un avant, un après, un soi, un non-soi, un dedans, un dehors. Le cadre peut être envisagé à deux niveaux : **physique** et **psychique**.

1) Le cadre physique

Le cadre inclut le lieu (la salle), le temps (jour, horaire, durée), le matériel et l'institution. Selon C. Potel (2015), le cadre a plusieurs conditions :

❖ Conditions d'espace :

L'espace doit être conçu comme « *vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps.* ». La thérapie psychomotrice se déroule toujours dans un même espace et il ne changera pas. Ce lieu doit être assez sécurisant pour permettre les expériences motrices, cognitives. La manière dont sont rangés les objets présents dans la salle a aussi son importance.

Sur mes deux lieux de stages, la salle de psychomotricité est toujours la même, ce qui permet qu'elle soit bien repérée par les enfants. Dans ces salles, les objets sont toujours rangés à la même place.

❖ Conditions de temps :

Les séances doivent avoir une durée suffisante (entre 45 minutes et une heure) et une régularité qui favorise la continuité temporelle et des repères structurants. A-M. Latour (2014) insistait sur le fait que le dispositif doit offrir suffisamment de stabilité, de régularité dans le

temps pour que l'enfant puisse faire peu à peu l'expérience d'un *sentiment continu d'exister*. La durée peut être choisie par le psychomotricien ou imposée par l'institution.

A l'hôpital de jour et au cabinet libéral, les séances sont de 45 minutes. L'horaire et le jour de la séance est toujours le même pour l'enfant (sauf en cas exceptionnel, l'enfant est alors prévenu de cette modification à l'avance).

A l'hôpital de jour, nous utilisons le tableau qui permet de séquencer le temps. Nous pouvons aussi utiliser une minuterie visuelle en fonction des besoins de l'enfant.

❖ **Conditions de matériel :**

Le psychomotricien « *implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets – jeux, tissus, coussins, matières-couleurs- qui sont autant de support aux intégrations et à l'imaginaire.* » Le psychomotricien va s'engager corporellement dans l'espace et le temps avec le patient, mais il peut aussi utiliser des objets qui feront office de médiateur. Ceux-ci sont choisis en fonction du patient et des objectifs de prise en charge.

❖ **Conditions d'encadrement :**

Le psychomotricien travaille seul ou à plusieurs (en équipe, à deux).

❖ **Condition de fonctionnement institutionnel :**

Le cadre dépend du fonctionnement institutionnel qui met en place des projets pour les patients et s'appuie sur le travail d'équipe.

2) Le cadre psychique

En psychomotricité, il est primordial d'accueillir l'enfant tel qu'il est avec son agitation, ses pulsions agressives, ses refus, ses inhibitions.

« *Que cherche en fait l'enfant dans sa cure ou sa psychothérapie ? A mon sens, tout simplement peut être, une rencontre avec un adulte pas comme les autres.* » (Aucouturier, 2017 , p. 92) Cette phrase, écrite par B. Golse, cité par B. Aucouturier montre l'importance du cadre psychique. Même si la psychomotricité n'est pas une cure analytique, la position de psychomotricien possède des qualités en commun aux psychologues.

Pour être un *adulte pas comme les autres*, le psychomotricien a un « *cadre dans la tête* » (Latour, 2014) qui correspond à la fonction du psychomotricien d'assurer et maintenir

dans un temps un dispositif stable et fiable pour l'enfant, quelles que soient les projections et tentatives de destruction du cadre.

Le premier outil du psychomotricien c'est son corps, son *implication corporelle* et donc la connaissance qu'il a de lui-même. L'*implication corporelle*, décrite par O. Moyano (Scialom, Giromini, & Albaret, 2012, p. 333) est la relation partagée entre l'enfant et le psychomotricien dans le cadre des séances. Le psychomotricien est support relationnel, générateur de traces mnésiques et affectives. Il va aussi percevoir des signes corporels et émotionnels avec lesquels il va entrer en résonance pour y apporter une réponse au niveau sensoriel et corporel, ainsi qu'au niveau du langage.

Le psychomotricien est attentif au dialogue tonico-émotionnel ainsi qu'aux manifestations psychocorporelles du patient. Cette attention particulière aux indices non-verbaux permettent de s'ajuster au mieux.

Le psychomotricien a aussi un cadre théorique, qui garantit une mise en pensée de son travail. Ce cadre théorique correspond aux auteurs auxquels il se réfère, aux théories.

Nous pouvons aussi faire un lien entre cadre et fonction du Moi-peau de D. Anzieu :

❖ **La fonction de maintenance**

Le cadre offre un axe solide, fiable, persistant sur lequel l'enfant peut prendre appui.

❖ **La fonction de contenance**

Le cadre assure des fonctions de contenance par ses conditions d'espace, de temps et par les qualités du psychomotricien. La notion de rythmicité participe à la contenance du cadre. Cette rythmicité est assurée par la durée des séances et leur rythme hebdomadaire ainsi que la constance de certains éléments faisant partie intégrante du cadre.

Chaque semaine, Raphaël commence la séance en se dirigeant vers une boîte dans laquelle se trouve des objets divers. Les objets qu'il souhaite y prendre sont les téléphones factices, support de ses jeux. Le fait que les objets soient toujours présents lui permet de s'approprier cet objet médiateur qu'est le téléphone pour servir d'appui au jeu.

Le psychomotricien va développer sa « *capacité de contenir les émotions, les pensées que le moi trop fragile du patient, trop peu assuré dans son sentiment d'exister, ne peut contenir, ne peut tolérer, ne peut penser* » (Ciccone, 2001). Ces extériorisations corporelles, ces *éléments béta*, nous allons de les transformer pour en favoriser une symbolisation. Pour

cela, le psychomotricien met du sens sur les actes du patient en mettant des mots, lui permettant ainsi d'accéder progressivement à la symbolisation.

A l'instar de la *fonction alpha* de la mère, le psychomotricien va accueillir les messages corporels du patient (éléments béta) et les transformer en éléments alpha détoxiqués et intégrables. Le psychomotricien met alors à disposition son propre appareil psychique. Cela se traduit notamment par la verbalisation qui permet à l'enfant de symboliser ce qui est vécu corporellement (Veeseer, 2015).

Pour assumer au mieux sa fonction contenante, le psychomotricien doit disposer de qualités de solidité et de constance pour « supporter » tout ce qui sera déposé en lui. Le psychomotricien aura développé une disposition interne à recevoir ces projections, sans pour autant perdre son identité. Cela suppose qu'il se trouve lui-même suffisamment contenu dans son propre fonctionnement psychique (Decoopman, 2010).

❖ **La fonction de pare-excitation**

Le psychomotricien a un rôle de tiers *séparateur* (Veeseer, 2015) : il organise et délimite. Le tiers a une fonction importante dans les séances de psychomotricité, il peut être représenté par le matériel, les règles, l'institution etc.

La question de tiers renvoie aussi à la bisexualité du cadre et du thérapeute : « *La qualité de l'intégration de la bisexualité psychique du cadre est essentielle, avec la nécessité d'un équilibre suffisamment bon entre une fonction contenante (qui renvoie aux registres du féminin et du maternel) et une fonction limitante (qui renvoie aux registres du masculin et du paternel). La qualité de l'intégration de la bisexualité psychique du thérapeute est également très importante (lequel fait d'ailleurs partie intégrante du cadre, tout en en étant le garant).* » (Golse, 2006). La fonction contenante (le holding) et la fonction limitante (la loi) représentent la *bisexualité des enveloppes* au sein du cadre.

A la manière de la *mère suffisamment bonne* (Winnicott, 2006), le psychomotricien ajuste ses interventions en fonction des besoins, de la disponibilité et de la disposition du patient : il dose et filtre les stimulations. Cela passe donc par l'observation des signaux non-verbaux. Il est aussi important de laisser des moments de repos, permettant à l'enfant d'intégrer les stimulations.

Le psychomotricien va accueillir les excitations motrices, ludiques, tout en assurant les conditions de leur intégration psychique. Le psychomotricien s'adapte aux rythmes de l'enfant ainsi qu'à ses sollicitations.

II. ... aux médiations

Le cadre est élément premier des séances de psychomotricité, mais le cadre ne se suffit pas à lui-même dans une perspective liée aux enveloppes psychocorporelles. Les médiations sont alors le deuxième élément pour envisager une approche psychomotrice des enveloppes psychocorporelles.

Une médiation est un intermédiaire entre soi et l'autre (Potel, 2015). En psychomotricité, nous différencions l'objet de médiation (l'objet, l'activité manuelle par exemple) et la médiation qui désigne les phénomènes transitionnels rencontrés dans le dispositif thérapeutique. La médiation propose un espace « entre » et un objet commun à partager ou à créer. Le lieu, les objets sont utilisés comme des objets concrets organisant l'activité.

En psychomotricité, on vit des expériences : perceptives, ludiques, sensorielles, kinesthésiques, et qui sont symboligènes. Nous pouvons parler de médiation corporelle puisque c'est le corps qui est au cœur de la prise en charge, et c'est en canalisant et orientant ces vécus qu'ils pourront être symbolisés. Les médiations utilisées en psychomotricité se trouvent à l'intervalle entre symbolisation primaire (corporelles, par le contact avec les objets) et la symbolisation secondaire (langagière, représentation en l'absence d'objet).

La médiation, au-delà du but qu'elle a à atteindre, est un moment propice à l'échange, la créativité, l'expression. La médiation aura pour objectif de proposer un lieu d'expériences, de sensations, de perceptions. Elle favorisera le jeu du corps en lien avec un étayage relationnel structurant ainsi que la transformation des éprouvés en représentations (Potel, 2015).

Le psychomotricien est appelé à exercer un véritable « handling », afin d'offrir à l'enfant des mises en forme du corps adéquates pour sa construction corporelle et psychique. Les angoisses corporelles peuvent être travaillées par l'expérience et l'éprouvé d'un corps solide, dont la peau est bien fermée, organisée autour des points d'appuis.

Pour Laura et Raphaël, l'enjeu principal est de permettre la (re)construction progressive de l'enveloppe psychocorporelle et en amont, des autres composantes de *l'image composite du corps*. Le psychomotricien est attentif au corps, le sien et celui de l'autre, dans sa globalité, dans son rapport à la psyché. Il s'agit d'induire la constitution d'une enveloppe psychocorporelle fiable et unifiée par le biais de médiations.

1) La cabane et le « massage » pour suppléer les enveloppes

a) *Les cabanes de Raphaël*

Les cabanes en thérapie psychomotrice

En observant Raphaël construire des cabanes, je me suis demandé : quel lien pouvons-nous établir entre les cabanes et la construction psychocorporelle ?

Au fur et à mesure de mes observations et de mes lectures, il m'est apparu que nous pouvions établir un lien entre les cabanes et les enveloppes psychocorporelles. Il me semble que Raphaël expérimente les notions en lien avec les enveloppes : le dedans et le dehors, les limites, etc.

Pour S. Miglioranza (2006) le « *besoin de délimiter, de tracer l'espace, c'est un travail de constitution de contenant physique et psychique, de symbolisation, de contention des pulsions, peurs et angoisses.* ».

A l'image des poupées russes, les différents niveaux de contenants vont se déployer « *tel cet enfant enveloppé dans une couverture, couché sur un lit aménagé dans une construction-cabane, contenu par les limites de l'espace et du cadre thérapeutique et porté par notre attention relationnelle.* » (ASTP, 2008).

F. Kohler, cité par B. Senn (ASTP, 2008), a émis l'hypothèse d'une évolution génétique de la structure de la cabane au fil du développement de l'enfant. Il classe les cabanes de la manière suivante :

- La *cabane utérus* (stade fœtal) qui correspondent aux enveloppements dans une couverture.
- La *cabane coquille ou carapace* qui se manifeste par l'enfant qui se love dans des contenants rigides et prêts à l'emploi.
- La *cabane peau commune* (stade symbiotique) dans laquelle plusieurs enfants peuvent se réunir.
- La *cabane Moi-peau* qui serait une construction autonome aboutie.
- La *cabane Moi-psychique* qui est une construction complexe et enrichie par des aménagements.

D'octobre à décembre : le début de l'investissement des cabanes

Pendant quelques séances, Raphaël continue de sortir le tunnel qu'il remplit, dans lequel il se cache. Dans un deuxième temps, il utilise des voitures ou des personnages pour raconter des histoires. La psychomotricienne essaie de jouer avec lui, d'entrer en relation pour que ses jeux ne soient pas seulement égocentrés. Il crie beaucoup pendant ces séances.

Lors d'une séance, la psychomotricienne lui demande si le tunnel est sa maison, ce à quoi il répond oui. Nous construisons alors une cabane de notre côté. Il arrête alors ce qu'il était en train de faire pour nous regarder, il semble perplexe. Il commence à imiter un chien en aboyant. Nous lui proposons alors de lui construire une cabane à côté de la nôtre pour qu'il ait un endroit à lui. Tout au long de cette séance, les cris sont beaucoup moins présents, il essaie d'être en relation avec nous. Cette séance marquera le début de la construction des cabanes avec Raphaël.

Les séances suivantes, nous l'aiderons à construire ses cabanes. Celles-ci sont fabriquées avec des objets de la salle : blocs en mousse et tissus principalement. Dans la construction de cabane, Raphaël se situe dans un *espace transitionnel*, avec des *objets malléables* à créer et à transformer. Selon D. Winnicott (1975), le jeu crée une aire transitionnelle d'expérimentation de soi, des autres, du monde physique. L'espace transitionnel se situe entre la réalité intérieure et la réalité extérieure. Dans cette aire, l'enfant s'essaie à extérioriser sa réalité interne et à intérioriser la réalité externe. La cabane est aussi *malléable* puisqu'elle comporte certaines des caractéristiques du *medium malléable* décrites par R. Roussillon (Brun, Chouvier, & Roussillon, 2013). En effet, la cabane est créée à partir d'éléments : indestructible, transformable et disponible.

Raphaël ne reste pas passif pendant que nous l'aidons à construire, il a toujours quelque chose dans les mains (objets qu'il veut mettre dans la cabane), il intègre très bien d'une séance à l'autre quels éléments nous allons mettre, à quelle place, etc. Les séances ont un *macrorythme* (Marcelli, 2007): la construction de la cabane suit le même protocole et Raphaël l'a intégré. Dans ce macrorythme, on peut avoir des *microrythmes*, c'est-à-dire des moments de jeux, de nouveauté. Ce macrorythme favorise la constitution d'un sentiment continu d'existence.

Au début des séances, quand la psychomotricienne demande si elle peut se construire une cabane, il répond par l'affirmative. Cependant, moi, je n'ai « pas le droit » d'en construire une et doit rester « dehors ». Il donne un téléphone (factice) à chacune de nous, pour pouvoir nous appeler en cas d'intrusion du « loup » (imaginaire) dans sa cabane. Je me questionne

alors beaucoup sur la place qu'il m'accorde dans ses séances. La relation triangulaire semble être trop compliquée pour lui et il ne peut investir que l'une de nous.

Nous nous assurons toujours de respecter les limites de la cabane. On frappe à la porte pour y entrer. D. Balcherat (2012) a d'ailleurs souligné l'importance de respecter cela puisqu'il fait le lien entre construction du psychisme et cabane. En effet, en investissant la cabane comme jeu, Raphaël découvre qu'il peut avoir un espace à lui, en fixer les règles, y avoir une pensée intime. Cet espace a ses secrets, Raphaël peut y réguler ses émotions, sa vie affective. Le respect de cet espace marque l'acceptation de la vie psychique autonome de Raphaël.

Les cabanes que nous construisons avec Raphaël sont plus riches que le tunnel qu'il investissait, il entre davantage en relation avec nous et nous pouvons construire un réel jeu autour de cette cabane. Selon le classement de F. Kohler, les cabanes de Raphaël ressemblent davantage aux *cabanes coquilles* ou à la *cabane peau commune*. Au départ, c'est nous qui l'aidons à les construire, ce sont souvent des cabanes relativement petites. Puis, elles deviennent de plus en plus grandes.

De janvier à mars¹⁵ : L'évolution des cabanes

Au retour des vacances de Noël, je commence à avoir une autre place pour Raphaël : je partage la cabane de la psychomotricienne et ne suis plus « dehors ». Je pense que le fait que Raphaël accepte plus ma présence dans les jeux est en lien avec le fait que j'ai souvent joué « la cuisinière », qui prépare les repas et que Raphaël peut contacter au sein du jeu. Raphaël a alors pu vérifier que je serais présente dans ce rôle.

Selon C. Ballouard, le stagiaire « se situe à la fois au-dedans et au-dehors de la prise en charge, comme de l'institution. » (2003, p. 125). Le stagiaire peut alors se positionner en tant qu'observateur des moments relationnels entre l'enfant et le psychomotricien et intervenir dans l'action pour trouver sa place dans cette dyade. Concernant Raphaël, la triangulation a mis du temps à trouver une articulation. Le fait que la psychomotricienne m'inclue dans les jeux en m'attribuant un « rôle » m'a aidé à trouver ma place dans les séances.

¹⁵ En raison du confinement, mes stages se sont arrêtés la semaine du 16 mars.

Au fil des séances, il m'investira pour créer les cabanes ou pour que j'aie combattre le « loup » qui se trouve dans sa cabane. Je ne suis plus un Autre menaçant pour lui et il peut me solliciter. La relation triangulaire commence à prendre une articulation pour Raphaël, même s'il sollicite davantage la psychomotricienne que moi.

Jusqu'à Février, nous l'aidions toujours à construire ses cabanes mais à partir de février nous lui demandons de les construire seul, ce qu'il fait. Les cabanes qu'il construit seul reprennent la même forme que celles que nous construisions avant. Pourtant très attentif à la présence du toit quand nous les construisons, pendant une séance il « oubliera » d'en mettre un sur sa cabane. Raphaël ne semble pas repérer le fait qu'il n'y ait pas de toit. Cependant, son comportement n'est pas le même que lorsqu'il y en a, il va alors se mettre dans un recoin de la cabane construite, celle-ci ne semblant pas assez sécurisée.

Avec les cabanes, Raphaël témoigne de ce qu'il met au travail concernant les enveloppes psychocorporelles. Selon B. Senn (ASTP, 2008, p. 74), « *Pour l'enfant, construire sa maison cabane est très certainement en lien avec la façon dont il habite son corps. Construire sa maison est en lien avec la construction de son identité ; à la fois la cabane témoigne de ce formidable élan pour accéder au Je et à la fois elle offre un support ludique qui favorise ce développement.* »

J'observe que certaines des fonctions du moi-peau sont défaillantes chez Raphaël et que les cabanes lui permettent d'y suppléer. M. Druenne-Ferry expliquait d'ailleurs qu'« *une cabane c'est aussi comme l'écorce du noyau, avec sa double paroi, comme un Moi-Peau d'emprunt.* » (Anzieu, et al., 1988, p. 85)

La **fonction pare-excitatrice** sert à se protéger des stimulations excessives de l'environnement. Pour Raphaël, cela est notamment lié au regard et à la proximité physique. Dans sa cabane, Raphaël n'est plus envahi par notre regard et notre proximité physique, et il peut alors exprimer ses cris, il peut s'adresser à nous avec une voix franche. La cabane peut aussi permettre une sorte de caisse de résonance dans laquelle il expérimente sa voix.

Au fil des séances, les chuchotements sont moins présents, le regard est moins fuyant, il semble qu'il commence à intégrer la fonction de pare-excitation.

La **fonction de contenance** est le fait que le moi-peau enveloppe l'appareil psychique et le contient. Pour Raphaël, le défaut de contenance est visible du fait de sa motricité peu fluide, comme s'il avait investi le tonus pour se créer une *seconde peau* (Bick, 2002).

Au début, Raphaël montre son besoin de contenance en remplissant sa cabane avant d'y entrer. Puis, il s'assurera que tout soit bien fermé, avec la présence de mur, de toit. Dès qu'il aperçoit un trou il nous le signifie et nous demande de le fermer. Désormais, il a moins besoin de remplir la cabane pour y entrer, les murs qu'elle comporte suffisent pour qu'il s'y sente en sécurité.

La **fonction d'individuation du soi** permet 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. La cabane vient faire office de *holding* symbolique. « *Ainsi, la construction de maisons-cabanes, particulièrement dans le lien thérapeutique, peut être envisagée comme un élan de réassurance face à l'angoisse et l'insécurité soulevées par la séparation d'avec l'environnement maternel.* » (ASTP, 2008). A travers la construction de cabane, l'enfant met aussi en jeu les processus d'individuation, en lien avec une recherche dialectique entre attachement et séparation. En investissant la cabane, Raphaël peut davantage être dans la relation, la cabane est un lieu sécurisant et contenant pour lui, dans lequel il peut se ressourcer après une interaction.

A travers la cabane, Raphaël structure son sentiment d'individualité. Il construit des cabanes pour lui seul. Il nous demandera souvent de faire nos propres cabanes et il viendra nous rendre visite. Il élabore aussi sa relation à l'autre en nous attribuant des téléphones avec lesquels il nous contacte. En construisant son intériorité, il construit aussi son rapport à l'autre. A la fin d'une séance, il nous dessinera tous les trois, une personne par feuille. Ces dessins sont des cercles dans lesquels se trouvent des ronds pour les yeux, un trait pour la bouche, pour le nez. Un visage apparaît, « *premier signe symbolique de la relation humaine et humanisante* » (Potel, 2015, p. 140)

Je fais aussi un lien avec le troisième feuillet de l'enveloppe psychique, l'*habitat* de D. Houzel puisqu'elle correspond à la trace de l'environnement concret dans lequel le sujet s'est développé, à la construction des limites du soi et au sentiment d'identité.

B. Senn fait référence à la fonction maternante et paternante. L'intérieur de la cabane ferait alors référence à la fonction maternante, sécurisante, et l'espace extérieur à la fonction paternante, d'ouverture sur l'extérieur.

Dans les jeux, nous retrouvons aussi cette place de tiers de manière plus visible. Je joue davantage la fonction maternelle avec le rôle de cuisinière, tandis que la psychomotricienne permet une ouverture vers l'extérieur en proposant d'aller aux « manèges » par exemple.

En définitif, la construction de cabane participe à l'élaboration de ses propres limites, de son intégrité, de sa subjectivité. La cabane lui permet une intégration de certaines des fonctions du moi-peau.

b) Les « massages » de Laura

Chaque début de séance débute par un temps de « massage ». Ce temps permet de ritualiser la transition entre deux moments et de permettre à Laura d'être plus disponible pour le reste de la séance en lui apportant une détente et un apaisement. Pour réaliser ce temps de massage, nous utilisons divers objets (**Annexe 6**).

La conscience corporelle

Lorsque j'ai évoqué le lien entre image du corps et enveloppe psychocorporelle, les vignettes cliniques concernant Laura ont montré la fragilité de la construction de son image composite du corps, E. Pireyre parle de *fixation de l'image du corps*. La fixation renvoie à un « *arrêt du développement psycho-affectif* » qui va altérer le développement des composantes de l'image composite du corps.

Au-delà de l'enveloppe psychocorporelle, ce sont les représentations du corps qui sont fragiles chez Laura.

Pour favoriser la constitution des représentations corporelles, nous pouvons en passer par la prise de conscience du corps. Selon E. Pireyre, la prise de conscience du corps revêt deux aspects :

- Physique : prendre conscience de son corps correspond au fait que le système nerveux recense et analyse des afférences sensorielles de la périphérie ou de l'intérieur du corps.
- Psychique : Cela désigne le fait de focaliser son attention sur certaines parties du corps.

La prise de conscience du corps se trouve à l'interface entre *sensibilité somato-viscérale* et processus représentationnel, ce qui permet l'accès à certaines composantes de l'image du corps.

Avec Laura, la prise de conscience corporelle se fait *avec mobilisation sensorielle* (Pireyre E. , 2015) : Il est proposé à Laura des stimulations sensorielles ayant pour objectif la liaison entre ses sensations et son psychisme. Je me rends vite compte qu'il est difficile pour Laura de faire état de ses ressentis quand je lui pose des questions. Je verbalise alors ce que je peux observer (« tu bouges parce que ça te chatouille ? ») ce qui permet d'accompagner ses manifestations corporelles et peut l'aider à en avoir une représentation.

La médiation sensorielle

Selon R. Roussillon (Brun, Chouvier, & Roussillon, 2013), le médiateur possède entre autres la fonction de permettre les intégrations sensorielles. Pour C. Potel (2015): l'un des objectifs de la médiation est de proposer des activités sensorielles et perceptives. La séance de psychomotricité devient alors un lieu d'expériences, par la suite assimilées, intégrées et transformées en représentation.

Le traitement des flux sensoriels chez l'enfant avec T.S.A. reste dans sa dimension archaïque, ce qui freine l'élaboration des représentations du corps comme unifiée et sécurisée. Les expériences sensorielles renforcent l'image du corps fragilisée par l'autisme en travaillant la notion d'enveloppe (ASTP, 2008, pp. 39-45).

En utilisant la médiation sensorielle, les séances de psychomotricité soutiennent la construction du schéma corporel et le développement de l'image du corps. (Belluso, Desnos, & Segond, 2014). Pour Laura, cela passe par un travail autour des limites corporelles au travers d'expériences somatiques et vibratoires. Ces « massages » vont permettre des vécus corporels dans une situation d'interaction sécurisante, avec le corps de l'autre. En permettant à Laura d'avoir une meilleure conscience de son corps, elle pourra investir son organisme pour en faire un corps, au sens d'A. Bullinger. Ces séances favorisent aussi l'intersubjectivité puisque celle-ci correspond au partage de l'expérience vécue entre deux personnes.

Il s'agit aussi de renforcer les fonctions du Moi-peau afin que le corps puisse étayer convenablement le psychisme ainsi qu'une base de sécurité. « *En favorisant la conscience du corps, l'attention à ses sensations corporelles, le ressenti de ses propres limites, de son enveloppe, la thérapie psychomotrice amène cette sécurisation.* » (Marchal, 2012). La thérapie psychomotrice amène une conscience de soi mais aussi conscience de l'autre.

Emmanuel Levinas, philosophe, parlait d'*altérité essentielle* (Lesage, 2012, pp. 253-264). Cette altérité est vectrice d'identité.

Cette conscience corporelle passe donc pas la stimulation de son équipement neurosensorielle qui permet une connexion du corps au cerveau. Cette conscience corporelle peut permettre l'intégration de certaines composantes de l'image du corps, altérée chez Laura.

Déroutement du « temps massage »

Le « temps massage » se passait en début de séance, sur un tapis que nous mettions au sol. Au début de mon stage, nous étions toutes les trois présentes sur ce tapis (la psychomotricienne, Laura et moi), puis, au fil des semaines, j'ai commencé à faire ce moment seule avec Laura. Nous avons instauré un sablier de dix minutes venant symboliser la durée du « *temps massage* ». L'utilisation d'un objet venait faire tiers dans la relation, il vient médiatiser la relation.

Durant ce moment, différentes sensations étaient proposées à Laura : percussions osseuses, effleurements de la peau, palpation du muscle. Ces sensations viennent étayer les « matières premières » du corps (Lesage, 2012) :

❖ L'os

Je pratiquais les percussions osseuses avec des instruments de musiques (claves) frappées l'une contre l'autre, sur le squelette pour en nourrir les sensations (membres supérieurs, colonne vertébrale, hanches, membres inférieurs). Les percussions osseuses abordent différents points.

Tout d'abord, les percussions osseuses abordent la densité du corps et la densification axiale en venant donner consistance au corps. Ce travail de densification est primordial, cela fait ressentir quelque chose de l'ordre de la consistance.

Ensuite, l'os est vecteur de vibrations à travers tout le corps. Ceci donne une sensation d'unité par le biais de l'unité vibratoire qui donne une cohérence interne.

En outre, les percussions osseuses favorisent la prise de conscience des points d'appuis (dos, axe, bassin) qui constituent des jonctions entre les différentes parties du corps.

Les percussions osseuses permettent à Laura de percevoir sa solidité interne et son unité corporelle, par l'expérience du solide en soi, du dur. La perception de son squelette permet aussi un travail de *l'arrière-fond*. Pour G. Alexander, la conscience osseuse est une question

de *sécurité intérieure*. Nous pouvons ici y faire un lien avec la fonction de maintenance du Moi-peau : la perception du squelette offrant une sécurité interne, permet aussi d'éprouver une solidité interne permettant de rester édifié. A-M. Latour précisait d'ailleurs que, pour l'enfant autiste, « *c'est la qualité dure qui est recherchée car elle est analogue pour l'autiste à ce qui est solide. Le défaut d'intégration, chez l'enfant autiste, d'un squelette interne le met toujours en demeure de trouver de manière concrète dans les objets, dans les manipulations, dans les postures, cette tenue qui n'a pu s'intérioriser.* » (Latour, 2014, p. 91)

❖ **Le muscle**

A travers la palpation de muscle, nous abordons la tonicité du corps ainsi que la dualité dur et mou du corps. A la suite d'une expérience du dur, la palpation du muscle vient apporter la sensation de mou. L'alternance et le contraste entre dur et mou sont à la base de l'intégration psychomotrice selon S. Robert-Ouvray (Robert-Ouvray, s.d.). Le muscle donne consistance à ce qui est contenu dans l'enveloppe psychocorporelle.

❖ **La peau**

Avec les sensations d'effleurements de la peau, nous étayons des notions de limites du corps (entre soi et non-soi) et d'interface (entre dedans et dehors), ce qui favorise la conscience de l'identité. La peau étant l'enveloppe corporelle à la base de l'enveloppe psychique, nourrir ses sensations permet de consolider le sentiment de limites. Nous pouvons en faire le parallèle avec la fonction de contenance du Moi-peau : les sensations provenant des limites de la peau peuvent faire office de « *sensation-image de la peau comme sac* » (Anzieu, 1995, p. 124).

F. Giromini (Lesage, 2012, pp. 253-264) a fait le lien entre *l'image composite du corps* d'E. Pireyre et ce qui s'expérimente en psychomotricité. Les percussions osseuses, les effleurements, les palpations des muscles jouent un rôle dans l'établissement du *sentiment continu d'exister* qui fait défaut chez Laura. En effet, ce sont les *structures corporelles* qui agissent comme matrices psychiques et relationnelles, qui vont construire le sentiment de continuité d'existence :

- Le squelette : « les os par leur capacité vibratoire et les articulations qui unissent et séparent les différentes parties du corps
- La peau comme zone d'échange entre le dedans et le dehors comportant son système de protection (pare-excitation).

- Les muscles : par leur réseau tridimensionnel extensible, comme mise en mouvement de la charpente osseuse

En chemin vers la construction de l'enveloppe psychocorporelle...

Progressivement, avec la répétition de ces stimulations, l'expérience sensorielle s'inscrit dans la mémoire corporelle et reste imprimée dans le corps. Le toucher permet une intégration des sensations qui tissent ou affinent un sentiment d'unité.

Au fil des séances, Laura semble commencer à intégrer un corps en volume. En effet, Laura est davantage attentive au volume des parties de son corps en demandant de « *faire en dessous* » (du bras ou des jambes par exemple).

Laura demandait beaucoup à changer d'objet, désormais c'est moins le cas. Je suppose qu'elle est davantage à l'écoute de ses sensations et n'a plus besoin d'effectuer un « zapping » de sensations.

Laura a moins besoin d'en passer par le corps de l'autre pour observer ses réactions aux différentes sensations. Il me semble alors qu'elle commence à subjectiviser ses ressentis. Au niveau des somatognosies, Laura est attentive aux nominations des parties du corps que j'effectuais de manière synchrone au toucher. Elle commençait à poser des questions sur le nom de certaines parties du corps ou sur l'intérieur du corps (les veines).

Nous avons aussi pu observer que ce temps de massages permettait de diminuer les stéréotypies. En effet, lors d'une séance sans ce moment, les stéréotypies étaient davantage présentes.

Afin d'observer l'évolution des représentations du corps de Laura, nous souhaitions refaire passer des épreuves de représentations corporelles, notamment le dessin du bonhomme. Nous voulions aussi permettre à Laura d'expérimenter les automassages afin qu'elle puisse les faire en dehors des séances de psychomotricité.

C'est avec un travail autour de la peau, mais aussi du muscle et du squelette qu'il devient possible, pour Laura, de se constituer une représentation de son corps.

2) Jouer l'angoisse pour mieux la maîtriser

Le jeu a une place fondamentale dans la thérapie psychomotrice. J'ai déjà évoqué cette place dans les jeux de Raphaël en lien avec la cabane. Pour J. Piaget, le jeu est important dans le développement de l'enfant et dans le développement de la fonction symbolique. Par le jeu, l'enfant explore, comprend, imagine, communique et s'exprime. Le jeu est l'expression même de l'enfant, c'est un moyen d'exprimer ses désirs, conflits et angoisses.

Le cadre (physique et psychique) va permettre que le jeu soit symboligène. En effet, la fonction de pare-excitation va permettre de doser l'excitation, la fonction de contenance va permettre que les éléments bêta présents dans le jeu soient transformés en éléments alpha, et ce notamment par la verbalisation.

Selon R. Caillois, le jeu est une activité :

- Libre,
- Séparée (délimitée dans un espace et un temps),
- Incertaine (le déroulement n'est pas prévu à l'avance),
- Fictive (se situe consciemment ailleurs que dans la vie courante),
- Régulée (soumise à des conventions que les joueurs partagent).

Les jeux de Raphaël et Laura comportent toutes ces dimensions. Ce sont des jeux libres qui se déroulent dans un espace et un temps prévu pour cela. Le déroulement n'est pas prévu à l'avance. Ils ont conscience de la valeur fictive du jeu (le jeu peut être mis sur pause par l'utilisation du « pouce »). Ces jeux sont soumis à certaines règles : jeu de rôle par exemple.

Je me suis rendu compte que Laura et Raphaël étaient souvent en demande de jouer des animaux menaçants, dévorants, dans le cadre du jeu libre.

Le film *les trois petits cochons* illustre les différentes étapes de la constitution du Moi-peau. En d'autres termes « *si tu construis solidement ton chez toi, tu pourras y être à l'abri. Il ne sera pas menacé de destruction et ne sera pas réduit pas en miettes* ». Si les fonctions du Moi-peau ne sont pas remplies, le psychisme n'est alors pas maintenu et le corps peut être support d'angoisse mettant en relief les failles de cette bonne constitution (Rossignol, 2015). Nous pouvons alors supposer que le fait que Raphaël et Laura aient une enveloppe psychocorporelle défaillante leur fait vivre des angoisses corporelles, qu'ils tentent de maîtriser à travers le jeu.

a) Le loup de Raphaël

En parallèle de l'apparition des cabanes, le loup fait son apparition dans le jeu de Raphaël. B. Senn avait bien repéré que la construction de cabanes réveille l'émergence du danger, souvent personnifié par le loup, symbole d'un monde terrifiant et dévorant, à apprivoiser mais aussi reflet des angoisses de séparation. Ainsi, la construction de cabanes, particulièrement dans le lien thérapeutique, peut être envisagée comme un élan de réassurance face à l'angoisse et l'insécurité soulevées par la séparation d'avec l'environnement maternel (ASTP, 2008). Dans les trois petits cochons, ceux-ci construisent leurs propres maisons après avoir quitté le foyer familial : *« parvenir à habiter son propre corps après avoir habité le corps de la mère est la condition d'un développement psychocorporel harmonieux. »* (Rossignol, 2015, p. 82).

Le loup fait peur à la fois par ses dents, son regard, ses cris. La relation engendre-t-elle le risque d'être dévorée pour Raphaël ?

Tout au long de l'année, le loup a toujours été présent pendant le jeu avec les cabanes. Raphaël se mettait à hurler, comme le loup, puis à nous appeler sur nos téléphones. « Peur du loup, moi » nous disait-il alors. C'est souvent la psychomotricienne qu'il appelait. Pour bien comprendre la demande latente qui se cachait derrière cet appel, la psychomotricienne verbalisait « tu veux qu'on vienne t'aider à chasser le loup ? », ce que Raphaël affirmait. Nous voyons ici que le jeu est un mode d'expression, de projection des angoisses de Raphaël (dont il n'a pas conscience). Il vient rejouer ce qui est désagréable, angoissant et peut alors le transformer en quelque chose d'assimilable. Raphaël devient acteur, il peut maîtriser la réalité au lieu de la subir. La psychomotricienne utilisera des épées en mousse pour chasser le loup en verbalisant « va-t'en le loup ! »

Plus tard dans l'année, il m'appellera pour que je vienne l'aider à chasser le loup. Au fil des séances, il commencera à, lui aussi, prendre une épée et à chasser le loup, il commencera doucement à être acteur de la disparition du loup, et en amont, d'une relation moins terrifiante avec l'autre. Le loup devient même « gentil » une fois qu'il a été combattu. Le jeu permet ainsi de structurer à la base la relation à l'autre. Le fait que le loup soit moins terrifiant peut aussi être mis en lien avec le fait que Raphaël se construise une enveloppe psychocorporelle plus sécurisée, qui peut donc le protéger de la dévoration.

Le jeu de Raphaël se trouve dans le jeu symbolique : il existe un scénario avec des personnages et sa mise en action implique le langage ou une activité créatrice (dînette, mallette de docteur).

b) Le crocodile de Laura

Durant les séances de Laura, le temps était découpé de la manière suivante : « massages », jeux de coordination ou de motricité fine, jeu libre. Pendant le temps de jeu libre, Laura demandera à jouer au « crocodile ». Ce jeu s'appuie sur une histoire qu'elle lit beaucoup à l'hôpital de jour : « N'oublie pas de te laver les dents ! » de Philippe Corentin. Dans ce livre, il est raconté l'histoire d'un crocodile qui veut manger une petite fille, il demande alors à son père la raison pour laquelle ils n'en mangent jamais. Le père répond alors que « ce n'est pas très bon. C'est trop sucré » mais lui indique qu'il peut essayer d'aller manger la voisine. Plusieurs éléments font que le crocodile n'atteint jamais son but. Je suppose que cette histoire a pu susciter une angoisse chez Laura et qu'elle tente, par le jeu, de se restaurer de cette histoire, de la jouer en étant actrice.

Elle commencera par se déguiser en « petite souris » en se recouvrant d'un drap et en utilisant une corde, autour de son bassin, qui fera office de queue. Elle demande à la psychomotricienne de jouer le rôle du crocodile, quant à moi je serais « la gentille dame ». Elle se montre alors très directive en donnant des injonctions à la psychomotricienne « mords-moi ! mange-moi ! ». La psychomotricienne joue le jeu ou propose d'être un crocodile gentil, qui n'a donc pas envie de mordre la « petite souris ». Quand le crocodile mord Laura, elle se dirige vers moi pour que je *répare* ce qui a été *cassé* par le crocodile avec du *scotch-pansement*.

Ce déguisement réalisé à partir d'un drap me fait penser à la *cabane utérus*, faisant comme une seconde peau vestimentaire. Il me semble que se joue pour Laura la question de l'ambivalence¹⁶ : la *gentille dame* vs le crocodile, le gentil vs le méchant. Le fait que je sois la *gentille dame* lui permet d'avoir une présence bienveillante, auxiliaire, à ses côtés, qui l'aide à se défendre. Je suis alors là pour la soutenir dans sa confrontation au sein du jeu.

La séance suivante, lorsque le crocodile essaie de dévorer Laura, je lui proposerais un abri (les tapis installés de manière verticale), elle acceptera cette proposition en me disant de

¹⁶ L'ambivalence désigne la « présence simultanée dans la relation à un même objet, de tendances, d'attitudes, de sentiments opposés. » (Laplanche & Pontalis, 2007, p. 19)

ne pas faire de bruit, elle s'assurera de se cacher entièrement avec le drap. Puis, elle regardera par-dessus le tapis pour voir où se trouve le « crocodile », et elle l'appellera en faisant des onomatopées. Nous voyons ici que Laura peut jouer de manière active son angoisse en appelant le crocodile et en se cachant une fois qu'il approche.

Le jeu de Laura reste peu symbolique puisqu'elle reproduit une histoire lue et qu'elle est assez « rigide » quant à la manière dont le jeu doit se dérouler. Le jeu de Laura se situe dans le jeu présymbolique : il existe une amorce de sens avec la présence de personnages et un scénario de base mais l'expression reste « brute », l'implication corporelle est importante. Cependant, elle acceptera que la psychomotricienne joue un hérisson (représenté de manière symbolique avec des épingles sur le pull) au lieu d'un crocodile. Dans le jeu, Laura montre sa capacité à « faire-semblant » : La psychomotricienne ne mord pas réellement Laura et elle le conçoit pourtant comme tel. Le jeu reste peu symbolique mais il me semble que Laura se trouve sur les rails d'une symbolisation.

Au début de mon stage, je me demandais pourquoi Laura passait autant de temps à se regarder dans le miroir. J'émetts l'hypothèse qu'elle cherche à s'assurer de son unité corporelle. Il se peut que son hyporéactivité tactile lui empêche d'avoir une sensation unifiée, et, qu'à l'instar du stade du miroir de J. Lacan, Laura découvre une image unifiée dans le miroir, qui vient contraster avec le vécu morcelé qu'elle a de son corps.

Discussion

L'enveloppe psychocorporelle se construit à partir d'un *corps en relation*, entre sensations et interactions. L. Branchard parle du « *corps comme seuil* », « *comme un objet double pour la psyché : à la fois externe et interne* » (2020, p. 99). Dans cette pensée, je vois le corps comme la métaphore d'une maison : la peau en est les briques, la tapisserie et les motifs, tandis que l'intérieur du corps (le tonus, le squelette) en est la charpente. Cette « maison » est plus ou moins bien construite, plus ou moins sécurisée, et permet d'être plus ou moins en relation avec l'extérieur.

L'évaluation de l'enveloppe psychocorporelle n'est pas aisée mais, nous pouvons en passer par les représentations du corps, celles-ci étant intriquées à l'enveloppe psychocorporelle, et évaluées dans le bilan psychomoteur. Cela demande une observation et analyse clinique relativement fine.

Une fois identifiée, la défaillance de l'enveloppe psychocorporelle peut être travaillée en séance de psychomotricité. En étant lié aux représentations du corps, un travail autour de celles-ci favorise la constitution d'une enveloppe, et inversement. En effet, l'enveloppe psychocorporelle se constitue en parallèle du schéma corporel (ou *sensibilité somato-viscérale*). Par le cadre et les médiations, d'autres composantes de *l'image composite du corps*, s'élaborent en amont de l'enveloppe psychocorporelle notamment l'identité, la continuité d'existence et l'intérieur du corps. Les angoisses corporelles trouvent aussi leur résonance au sein du jeu. Le jeu permet de les « maîtriser » en devenant acteur de celles-ci. Grâce au jeu, l'enfant *en quête de soi*, se recrée pour se créer comme sujet, se créer dans le monde, et donc créer le monde. Le jeu permet de se trouver soi en étant un sentiment de soi, une meilleure habitation corporelle et expérience d'un corps vécu en relation.

La (re)constitution de l'enveloppe psychocorporelle nécessite un travail long, de fond, qui demande une implication corporelle de la part du psychomotricien. J'ai pu m'en rendre compte dans les séances de Laura et de Raphaël. En effet, Raphaël demande à chaque séance que nous construisions une cabane, comme si elle représentait un socle de sécurité à partir duquel la relation devient possible. Pour Laura, il a fallu beaucoup de temps pour qu'elle commence à intégrer un corps en volume.

Pour Laura et Raphaël, la relation à l'autre est quelque chose de compliqué. Mon arrivée dans la séance a généré une relation triangulaire qui a mis du temps à être possible

pour Raphaël, il m'évinçait du jeu. Désormais, la relation s'instaure de plus en plus, il peut nous parler beaucoup plus et d'une voix claire, non chuchotée. Pour que cette relation s'instaure, il a fallu en passer par une distanciation physique (les cabanes, le téléphone). Pour Laura, il a fallu en passer par l'ambivalence.

Nous nous trouvons ici dans une visée de construction et de renforcement d'unité psychosomatique par un travail sur les enveloppes psychocorporelles, soutenue par la relation qui s'instaure dans l'espace thérapeutique (Scialom, Giromini, & Albaret, 2015). En séance, nous travaillons sur les angoisses liées au manque d'unité corporelle mais aussi directement sur le corps et les enveloppes.

L'approche psychomotrice vient apporter une réponse ¹⁷ singulière au défaut d'enveloppe psychocorporelle. Cette singularité repose sur deux éléments.

Le premier élément est le fait que la psychomotricité s'appuie sur la personnalité de l'enfant, sur sa singularité. D. Grabot, évoque la vision des psychomotriciens « thérapeutes » (à l'inverse des « rééducateurs »), pour qui la psychomotricité est une « *interaction totale avec le sujet, ses affects, sa personnalité, ses sensations et sa motricité, ce qui permet d'engager des psychothérapies à médiation corporelle avec une grande variété de pathologies qui s'effacent devant l'unicité du sujet.* » (Potel, 2015, p. 41). Dans les séances avec Laura et Raphaël, la médiation n'est pas la même. Pourtant, ces séances abordent la même notion : l'enveloppe psychocorporelle. Pour Laura, nous en passons directement par les sensations du corps et pour Raphaël par une utilisation de l'espace.

La construction de cabane et les « massages » participent à l'élaboration de leurs limites, de leur intégrité, de leur subjectivité. Ces médiations peuvent permettre une intégration de certaines fonctions du Moi-peau. Cependant, ces approches comportent des limites. Par exemple, le toucher peut provoquer des douleurs, une régression.

En outre, j'ai pu me rendre compte que, derrière des troubles variés (graphisme, tonus, ...), peuvent se cacher une défaillance de l'enveloppe psychocorporelle, d'où l'importance d'une observation fine.

¹⁷ Je parle ici de réponse dans le sens où il s'agit bien d'un retour, à partir de ce que nous observons.

Le deuxième élément recouvre l'approche psychomotrice. Celle-ci s'intéresse particulièrement au vécu corporel ainsi qu'à l'articulation psyché-soma. C'est ce qui fait que les psychomotriciens sont particulièrement sensibles à l'enveloppe psychocorporelle. Nous pouvons faire un parallèle entre les interactions précoces, qui permettent l'étayage de l'enveloppe et la prise en charge en psychomotricité. Selon H. Bucher, cité par A. Maquin, « *il est bien souvent nécessaire de reprendre certaines expériences de la petite enfance, qui n'ont pu avoir lieu ou ont été marquées et qui lui sont indispensables pour se découvrir lui-même, construire son identité, entrer harmonieusement en relation avec l'environnement, personnes, temps, espace, objets...* » (Maquin, 2016, p. 76).

L'approche psychomotrice dépend du cadre physique et psychique. Le cadre est toujours présent, que l'enfant ait une défaillance de l'enveloppe ou non. Le cadre psychique dépend des qualités du psychomotricien, qui dépendent du *savoir-être*. Pour assurer un « bon » cadre psychique, le psychomotricien doit être à l'écoute de ses limites, de ce qui se joue pour lui dans la rencontre. Ce *savoir-être* se développe en même temps que le *savoir-faire* (conscience corporelle, expressivité du corps...). Les supervisions permettent une analyse des séances et un regard extérieur. Pour ma part, j'ai souvent ressenti de l'agacement face au peu de paroles que Raphaël m'adressait et je me suis alors demandé ce qui se jouait en moi, dans mon inconscient, qui me faisait ressentir cet agacement. Le fait d'en parler avec ma tutrice de stage a permis une « libération » de ce ressenti.

Le fait que la psychomotricité soit une approche singulière ne veut pas dire qu'elle est unique. L'institution, les autres professionnels ont aussi une réponse à apporter au défaut d'enveloppe psychocorporelle. Au-delà de la psychomotricité, les enjeux d'une construction psychocorporelle sont importants pour permettre une scolarisation.

La manière dont j'ai analysé ce qui se jouait en séance s'est référée à certains auteurs. Cependant, cette analyse peut être différente si on se réfère à d'autres théories, et c'est là aussi que réside la richesse des débats en psychomotricité comme dans d'autres domaines (psychologie, médecine, ...) qui caractérisent le *carrefour* de la psychomotricité.

Conclusion

La réflexion que j'élabore au long de ce mémoire concrétise le cheminement de ma pensée, et les questionnements que j'ai eu au cours de mes différents stages. J'étais particulièrement intriguée par la notion d'enveloppe psychocorporelle et les répercussions qu'elle pouvait avoir quand elle était fragile.

Au cours de cette année, ma réflexion sur l'enveloppe psychocorporelle s'est enrichie. C'est un concept central en psychomotricité. Nous participons à son élaboration ou à sa reconstitution par notre cadre et nos médiations.

Durant cette année, formatrice, j'ai pu approfondir le rôle d'étayage psychocorporel du psychomotricien. L'objectif du psychomotricien est d'« *aider le patient à se construire dans des limites plus tranquilles et plus sécurisantes, afin d'accéder à des voies de symbolisation plus secondarisée. On pourrait également dire : permettre une « mise en pensée du corps* ». » (Potel, 2015, p. 324). Cette citation résume parfaitement ce que j'ai souhaité mettre en avant tout au long de ce mémoire.

Dans le décret d'acte (Legifrance, s.d.), il est mentionné que le psychomotricien est habilité à la « *contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement (...) des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.* » C'est en référence à cette habilité que les séances avec Raphaël et Laura trouvent leur ancrage, à travers le jeu et la conscience corporelle.

Les massages, comme les jeux de cabanes ne se limitent pas aux enfants présentant une défaillance de l'enveloppe psychocorporelle. Les cabanes sont présentes chez tous les enfants qui prennent plaisir à vérifier, se rassurer de leur unité. Actuellement, pendant cette période de confinement, de nombreux enfants utilisent la cabane pour mieux appréhender la réalité qu'ils subissent : la cabane est un espace confiné non imposé. « *La cabane représente la sécurité affective qui lui manque alors qu'il ne sent pas son parent stable émotionnellement – et qui le serait face à cette situation ?* » souligne la psychologue P. Sadaa dans un article provenant du journal Le Monde (Sultan-R'bibo, 2020). La cabane permet de trouver une certaine sécurité, une enveloppe qui pourrait « *protéger contre le virus et la maladie.* »

Bibliographie

- AAP. (2016). *Mini DSM 5 : critères diagnostiques* (éd. 3e). (M.-A. Crocq, & J. D. Guelfi, Trads.) Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-Peau* (éd. 2e). Malakoff: Dunod.
- Anzieu, D., Doumic-Girard, A., Druenne-Ferry, M., Duriez, M.-C., Fain, M., Houzel, D., . . . Tursz, A. (1988). *L'enfant et sa maison*. Paris: ESF.
- ASTP. (2008). *Interventions en psychomotricité : un mouvement vers soi et les autres*. Lucerne: CSPS.
- Aucouturier, B. (2017). *Agir, jouer, penser: Étayage de la pratique psychomotrice éducative et thérapeutique*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Balcherat, D. (2012, décembre 20). Récupéré sur <http://journals.openedition.org/ere/1029>
- Ballouard, C. (2003). *Le travail du psychomotricien*. Paris: Dunod.
- Belluso, P., Desnos, Y., & Segond, H. (2014). Intérêts de la psychothérapie à médiation sensorielle dans le cadre de la prise en charge des troubles de la relation et de la communication chez des enfants autistes sévèrement déficitaires. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62(2), pp. 90-94. doi:10.1016/j.neurenf.2013.12.006
- Belot, R.-A., & Bonnet, M. (2016). Défaillance dans la construction des enveloppes psychiques et conséquences somatopsychiques chez le bébé. À partir d'une observation, Madras 2 mois 15 jours. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 64(7), pp. 464-472. Récupéré sur <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.05.007>
- Bick, E. (2002). L'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces. Dans D. Meltzer, *Exploration du monde de l'autisme* (D. Meltzer, Trad., pp. 287-295). Paris: Payot.

- Bion, W. R. (1979). *Aux sources de l'expérience*. (F. Robert, Trad.) Paris: PUF.
- Bonandrini, B. (2014). Le développement du schéma corporel. *Soins psychiatrie*, 35(292), pp. 39-43. doi:10.1016/j.spsy.2014.02.010
- Branchard, L. (2020). *Le corps comme seuil entre soi et le monde*. Paris: In Press.
- Bronstein, C. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, 76(3), pp. 769-778. doi:10.3917/rfp.763.0769
- Brun, A., Chouvier, B., & Roussillon, R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris: Dunod. doi:doi:10.3917/dunod.chouv.2013.01
- Brunoro, E. (2019). *Un jeu d'enfant: la rencontre avec Taz médiatisée par le jeu: mise en scène et mise au travail des problématiques d'enveloppe psychocorporelle et d'angoisses archaïques*. (Mémoire de psychomotricité, Université de médecine Pitié-Salpêtrière, Paris).
- Bullinger, A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 2. L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED*. Toulouse: Erès.
- Bullinger, A. (2017). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche* (éd. 2e). Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Caucal, D., & Brunod, R. (2010). *Les aspects sensoriels et moteurs de l'autisme*. Grasse: AFD.
- Chabert, C., Cupa, D., Kaes, R., & Roussillon, R. (2008). *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites*. Toulouse: Eres.
- Chouvier, B. (2015). *La médiation thérapeutique par les contes*. Malakoff: Dunod.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *cahiers de psychologie clinique*, 17(2), pp. 81-102.

- CNRTL. (s.d.). *définition animisme*. Récupéré sur <https://www.cnrtl.fr/definition/animisme>
- CNRTL. (s.d.). *définition enveloppe*. Récupéré sur CNRTL: <https://www.cnrtl.fr/definition/enveloppe//0>
- CNRTL. (s.d.). *définition interaction* . Récupéré sur <https://www.cnrtl.fr/definition/interaction>
- CNRTL. (s.d.). *définition sensation*. Récupéré sur CNRTL: <https://www.cnrtl.fr/definition/sensation>
- Cognet, G., & Cognet, A. (2018). *Comprendre et interpréter les dessins d'enfants*. Paris: Dunod. doi:10.3917/dunod.cogne.2018.01
- Decoopman, F. (2010). La fonction contenant: Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenant du thérapeute. *Gestalt*, 37(1), pp. 140-153.
- D'Ignazio, A., & Martin, J. (2018). *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants*. Paris: Tom Pousse.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Points.
- Ferrera, R., & Caro, D. (2007). *Clés de biologie humaine*. Décines: Alpha pict.
- Freud, S. (1923). *Le Moi et le ça*. (J. P. Lefebvre, Trad.) Paris: Editions du Seuil.
- Freud, S. (1925). Récupéré sur https://www.psychanalyse.com/pdf/freud_Note_sur_le_Bloc_notes_magique.pdf
- Golse, B. (2006). Accompagnement ou psychothérapie : qui fait quoi ? *Contraste*, 24(1), pp. 289-305. doi:10.3917/cont.024.0289
- Golse, B. (2012). Le bébé et les figurations corporelles présymboliques. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(1), pp. 109-124. doi:10.3917/jpe.003.0109

- Golse, B. (2015). *Le développement affectif et cognitif de l'enfant* (éd. 5e). Issy-Les-Moulineaux: Elsevier-Masson.
- Haag, G. (2007). Les enveloppes corporo-psychiques. Dans P. Delion, *La pratique du packing: avec les enfants autistes et psychotiques en pédopsychiatrie* (pp. 31-47). Toulouse: Eres. doi:10.3917/eres.delio.2007.01.0031.
- HAS. (2010). *Autisme et autres troubles envahissants du développement*. Récupéré sur has-sante: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme__etat_des_connaissances_argumentaire.pdf
- Hoptoys. (s.d.). Récupéré sur Massage, Relaxation & Produits Vibrants: <https://www.hoptoys.fr/massage-relaxation-produits-vibrants-c-811.html>
- Houzel, D. (2006). L'enfant autiste et ses espaces. *Enfance & Psy*(33), pp. 57-68. doi:10.3917/ep.033.0057
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique* (éd. 2e). Paris: In Press.
- Huerre, P. (2006). L'enfant et les cabanes. *Enfances & Psy*, 4(33), pp. 20-26. doi:10.3917/ep.033.0020
- Joly, F. (2017). *L'enfant autiste et son corps*. Paris: Inpress.
- Kanner, L. (1943). *Les troubles autistiques du contact affectif (Autistic disturbances of affective contact)* (Vol. 38). (M. Rosenberg, Trad.) Neuropsychiatrie de l'enfance.
- Lacan, J. (1966). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience analytique. Dans *Ecrits* (pp. 93-100). Paris: Seuil.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse* (éd. 5e). Paris: PUF.
- Larousse. (s.d.). *définition perception*. Récupéré sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/perception/59399>

- Larousse. (s.d.). *définition représentation*. Récupéré sur Larousse:
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/representation/68483>
- Latour, A.-M. (2014). *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques* (éd. 2e). Toulouse: Erès.
- Lebreton, D. (2003). *La peau et la trace : Sur les blessures de soi*. Paris: Métailié.
- Legifrance. (s.d.). *décret d'actes des psychomotriciens*. Récupéré sur Legifrance:
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000693097& categorieLien=cid](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000693097&categorieLien=cid)
- Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle: Structures, étayage, mouvement et relation*. Toulouse: Erès. doi:10.3917/eres.lesag.2012.01
- Lheureux-Davidse, C. (2012). De l'agrippement sensoriel à la métaphore partagée dans la clinique de l'autisme. *Chimères*, 3(78), pp. 75-85. doi:10.3917/chime.078.0075
- Livoir-Petersen, M.-F. (2010). L'approche sensori-tonique et la question du morcellement. *Thérapie psychomotrice et recherches*(162).
- Maquin, A. (2016). “ Une enveloppe à fleur de peau ”. *La psychomotricité : une relation thérapeutique contenant pour penser l'enveloppe psychocorporelle des enfants trachéotomisés*. (Mémoire D.E. psychomotricien, Université de Pierre et Marie Curie, Paris). Récupéré sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359578>
- Marcelli, D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé. *SPIRALE*, 44(4), pp. 123-129. doi:123-129. doi:10.3917/spi.044.0123
- Marchal, F. (2012). Lésion cérébrale acquise et bouleversement identitaire, rôle de la psychomotricité. *Evolution Psychomotrice*, 24(98), pp. 210-216.

- Marinopoulos, S. (2007). Enveloppe-moi. Dans S. Marinopoulos, *Le corps bavard* (pp. 61-102).
- Mellier, D. (2014). Le bébé et ses enveloppes psychiques. Dans N. Presme, *Recherches en périnatalité* (pp. 165-194). Paris: Presses Universitaires de France.
doi:10.3917/puf.pres.2014.01.0165
- Meltzer, D., Bremner, J., Hoxter, S., Weddell, D., & Wittenberg, I. (2002). *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris: Payot.
- Miglioranza, S. (2006). L'utilisation de l'espace en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 33(4), pp. 104-112. doi:doi:10.3917/ep.033.0104
- Moyano, O. (2011). Un test d'image du corps, l'entretien sur les représentations corporelles. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*(166).
- Nasio, J.-D. (2013). *Mon corps et ses images*. Paris: Payot & Rivages.
- Perrin, J., & Maffre, T. (2013). *Autisme et psychomotricité*. Paris: De Boeck supérieur.
- Pireyre, E. (2015). *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*. Malakoff: Dunod.
- Pireyre, E. W. (2008). L'image du corps : monolithique ou composite ? *Evolutions psychomotrices*, 20(82), 198-211.
- Potel, C. (2015). *Etre psychomotricien* (éd. 2e). Toulouse: Erès.
- Robert-Ouvray, S. (2007). *Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité*. Paris: Desclée De Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. (s.d.). *L'importance du tonus dans le développement psychomoteur*. Récupéré sur médiations aquatiques: <https://mediations-aquatiques.com/article-l-importance-du-tonus-corporel.pdf>

- Rossignol, M. (2015). Habiter son corps, un processus développemental complexe. Dans E. Pireyre, *cas pratiques en psychomotricité* (pp. 70-85). Paris: Dunod.
- Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2012). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1 : concepts fondamentaux*. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 2 : Méthodes et techniques*. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Sultan-R'bibo, Y. (2020, Mars 26). *Une cabane dans mon salon ou pourquoi les enfants confinés construisent-ils des cachettes ?* Récupéré sur Le Monde: https://www.lemonde.fr/m-le-mag/article/2020/03/26/une-cabane-dans-mon-salon-ou-pourquoi-les-enfants-confines-construisent-ils-des-cachettes_6034499_4500055.html
- Tychev, C. d. (2018, Mars). *Abus sexuel chez l'enfant, image du corps et conte de la fourmi*. Récupéré sur ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/324088224_ABUS_SEXUEL_CHEZ_L'ENFANT_IMAGE_DU_CORPS_ET_CONTE_DE_LA_FOURMI_CHILD_SEXUAL_ABUSE_BODY_IMAGE_AND_TALE_OF_THE_ANT_claude_de_Tychev
- Veesser, A. (2015). Contenance et psychomotricité : accueillir l'autre pour l'aider à se révéler... Dans E. Pireyre, *Cas pratiques en psychomotricité* (pp. 136-153). Paris: Dunod.
- Vogel, F. (2015). *La fonction contenante: un double ancrage corporel et relationnel*. (Mémoire D.E. psychomotricien, Université de Bordeaux, Bordeaux). Récupéré sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01195826>
- Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité*. (C. Monod, & J.-B. Pontalis, Trads.) Paris: Gallimard.

Winnicott, D. (2006). *La mère suffisamment bonne*. (J. Kalmanovitch, M. Michelin, & L. Rosaz, Trads.) Paris: Payot.

Annexes

Annexe 1 : Axe de développe sensori-moteur selon A. Bullinger (Bullinger, 2015)

Espace utérin	Naissance	Espace de la pesanteur	Espace oral	Espace du buste	Espace du torse	Espace du corps
Les stimulations sensorielles entraînent une réponse d'extension du buste contenue par la paroi utérine. Dialogue tonique entre le fœtus et son enceinte	Perte de l'enveloppe utérine et de l'alimentation en continu Déplisser ses poumons et respirer	Coordination proprioception-vestibule	Coordination Capture-exploration	Coordination arrière-avant	Coordination gauche-oral-droite	Coordination haut-bas
		Regroupement Réactions d'appui	Alimentation fractionnée	Équilibre Flexion-extension	Relais oral Espace de préhension	Corps articulé Espace des déplacements
		Création de la verticale	Création d'une contenance	Création d'un arrière-fond	Création de l'axe corporel	Création du corps véhicule
		Élaboration instrumentale de la pesanteur	Élaboration instrumentale de la bouche	Élaboration instrumentale de la vision	Élaboration instrumentale du torse et des mains	Élaboration instrumentale du bassin et des jambes
Les troubles		Sensation de chute	Clivage capture-exploration	Clivage arrière-avant	Clivage gauche-droite	Clivage haut-bas
Aspects instrumentaux		Troubles praxiques du redressement	Troubles praxiques de la zone orale	Troubles des praxies oculomotrices Tonus pneumatique	Troubles praxiques des membres supérieurs, de l'axe corporel et de l'espace de préhension	Troubles praxiques de l'espace du corps et de l'espace des déplacements

Annexe 2 : Grille des indices positifs et négatifs d'observation de l'image composite du corps (Pireyre E. W., 2008)

Sensation de continuité d'existence :

Stéréotypies motrices
Phénomène d'accrochage sensoriel
Certains comportements masturbatoires
Recherche de sensations
Exigence d'immutabilité

Identité

Connaissance imparfaite ou plaquée de son prénom et de son nom
Utilisation incorrecte ou inauthentique des pronoms personnels
Appropriation de l'identité d'autrui par imitation de ses caractéristiques comportementales et/ou verbales
Écholalies - echopraxies - echomimies
Recherche de fusion avec le corps de l'autre

Identité sexuée

Utilisation incorrecte ou inauthentique des pronoms personnels (genre)
Recherche possible d'un habillement censé référer au sexe opposé

Peau physique et psychique

Comportement de recherche de limites : physiques, corporelles ou dans l'environnement
Débordement au-delà des limites de la feuille de dessin
Evitement ou demandes fréquentes de toucher Exploration du corps de l'autre
Essais plus ou moins « involontaires » d'érafler la peau de l'autre Jeux portant sur la pellicule ou la membrane des objets et/ou des végétaux
Investissement particulier des orifices : contrôle imparfait, forte angoisse, énurésie, encoprésie
Angoisse autour des blessures

Sensibilité somato-viscérale

Démantèlement : tendance à recourir à certains aspects de la sensorialité et à refuser le recours à d'autres

Risques de crises clastiques si incitation trop forte.

Somatognosie

Utilisation des aspects les plus archaïques des systèmes sensoriels (ex : vision périphérique)

Evitement ou recherche de jeux de tirers et/ou porters (demande proprioceptive)

Représentation de l'intérieur du corps

Tendance à l'expulsion incontrôlée ou intempestive d'air et de liquide du corps par les orifices

Difficulté à comprendre les contrastes sensoriels (dur/mou particulièrement) Recherche d'appui dans les angles (« prothèse » de colonne vertébrale)

Angoisses de vidage : urine, menstruations, saignements

Attrait pour l'observation de l'écoulement de l'eau Intérêt amplifié pour les constantes corporelles Méconnaissance de la réalité anatomique interne du corps

Connaissance « intuitive » d'un mécanisme interne de conduction type « tuyauterie » Méconnaissance, au niveau axial, de l'os et du muscle

Appréhension d'un corps bidimensionnel Attaques contre la tridimensionnalité Quête du sein

Envie de rentrer dans le corps de l'autre

Angoisses corporelles archaïques

Manifestations liées au morcellement, à la chute, à la dévoration et à la liquéfaction du corps

Recherche de l'horizontalité (longs temps d'allongement au sol)

Manifestations neurovégétatives concomitantes à l'angoisse Recours à des objets autistiques

Recherche de l'appui du dos

Dessins de traits verticaux ou de spirales

Mécanismes de défense corporels

Paratonies de fond et d'action Syncinésies de diffusion tonique et tonico-cinétiques

Hypertonie Hypotonie

Dominance tonique nette et normale d'un hémicorps sur l'autre à partir de 5-6 ans

Qualité de la latéralité

Annexe 3 : L'entretien d'O. Moyano

a) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?

b) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur ?

c) Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?

d) On peut faire quoi avec son corps ?

e) Qu'est-ce qui est fragile dans le corps (Pourquoi ?)

f) Qu'est-ce qui est solide dans le corps, (Pourquoi ?)

g) Qu'est-ce que tu aimes bien dans le corps ? Est-ce qu'il y a des endroits du corps que tu préfères ?

h) Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps ?

i) Où est la pensée à ton avis ? (si "dans le corps", Où exactement ?)

Annexe 4 : Le conte de la fourmi

Un garçon (ou une petite fille) s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit : "Qu'est-ce que c'est que ça ?" Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon (ou de la petite fille) :

- 1- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi ?
- 2- De là, elle va se promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit. Et puis ...
- 3- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans.

-Quel était ce trou ?

Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant.

- Qu'est-ce qu'elle voit ? Et puis...

Alors à la fin elle ressort...

-Par où ?

- 4- La petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles ?

Qu'est-ce qui était beau ?

Et pas beau ?

- 5- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal ?

Où ?

- 6- Comment cette histoire s'est-elle terminée ?

Annexe 5 : Réactions aux stimulations selon l'HAS (HAS, 2010, p. 58).

Tableau 13. Réaction aux stimulations sensorielles. D'après Rapin et Tuchman, 2008 (188)

Fonction sensorielle		
Sensibilité somesthésique	Hyporéactivité	Insensibilité à la douleur ; automutilation ; recherche de pression profonde
	Hyperréactivité	Intolérance à certaines textures incluant la texture des aliments
Vision	Hyporéactivité	Méconnaissance d'obstacles ; difficultés pour reconnaître les visages ; évitement du regard
	Hyperréactivité	Perception du détail renforcée
Audition	Hyporéactivité	Ne se retourne pas à l'appel de son nom ; manque de conscience du ton de la voix/prosodie
	Hyperréactivité	Intolérance au bruit et à certaines fréquences ; oreille absolue relativement fréquente
Fonction vestibulaire	Hyporéactivité	Tolérance à la position tête en bas ; tournoiement
	Hyperréactivité	Mal des transports
Goût - toucher	Hyporéactivité	Sentir ou lécher des personnes ou des objets ; pica *
	Hyperréactivité	Extrême sélectivité des aliments

* Pica : comportement alimentaire caractérisée par la recherche et l'ingestion de substances non comestibles (encre, craie, charbon, etc).

Annexe 6 : Exemples d'objets (Hoptoys, s.d.) utilisés pour les « massages » de Laura.



Table des matières

Remerciements	2
Introduction	4
Partie I. Contexte clinique	6
<i>I. Premières rencontres – Premières impressions.....</i>	<i>7</i>
1) Rencontre avec Raphaël	7
2) Premières impressions, premiers questionnements	7
3) Rencontre avec Laura	8
4) Premières impressions, premiers questionnements	9
5) Lien entre Laura et Raphaël	9
<i>II. Présentation des enfants.....</i>	<i>10</i>
1) Raphaël.....	10
a) Le cabinet libéral	10
b) Parcours de soin et présentation clinique de Raphaël	11
c) Bilan psychomoteur.....	12
2) Laura.....	14
a) L'hôpital de jour.....	14
b) Parcours de soin et présentation clinique de Laura	15
c) Bilan psychomoteur.....	16
d) Le trouble du spectre de l'autisme	17
Partie II. Piliers de la constitution de l'enveloppe psychocorporelle	19
<i>I. La notion d'enveloppe.....</i>	<i>20</i>
1) Enveloppe corporelle : une peau physique.....	20
2) Enveloppe psychique : une peau psychique	21
a) Le Moi de Sigmund Freud	21
b) La peau psychique d'E. Bick.....	22
c) La fonction contenant de W. Bion.....	23
d) Les boucles de retour de G. Haag	25
e) Le Moi-Peau de D. Anzieu.....	26
f) Les apports de Didier Houzel.....	28

3) L'union de l'enveloppe psychique et l'enveloppe corporelle : l'enveloppe psychocorporelle	30
--	----

II. Enveloppe psychocorporelle : ancrage physique et relationnel 31

1) Les sensations.....	31
a) Le système tactile	34
b) Le système visuel	34
c) Le système olfactif et gustatif	35
d) Le système auditif	35
e) Le système vestibulaire	35
f) Le système proprioceptif.....	36
2) Les interactions précoces	36
a) Les interactions comportementales	36
Les interactions corporelles	37
Les interactions visuelles	37
Les interactions vocales	38
b) Les interactions affectives.....	38
c) Les interactions fantasmatiques	38
3) Eléments nécessaires pour la constitution d'une enveloppe	39
a) Du côté des parents	39
b) Du côté de l'enfant	39

Partie III. L'enveloppe psychocorporelle à travers le regard du psychomotricien 40

I. L'enveloppe psychocorporelle en lien avec les représentations du corps..... 41

1) Le schéma corporel	42
2) L'image du corps.....	43
3) L'image composite du corps	44

II. Evaluation de l'enveloppe psychocorporelle dans le bilan psychomoteur 52

1) Le protocole d'O. Moyano	52
Le dessin du bonhomme	52
L'entretien.....	53
Le conte de la fourmi de J. Royer.....	53
2) Les autres tests permettant d'apprécier la qualité des enveloppes	54
3) Les observations.....	55

III. Défaillance de l'enveloppe psychocorporelle	56
1) Des substituts d'enveloppe	57
2) La défaillance de l'enveloppe chez l'enfant avec T.S.A.	58
a) Les particularités sensorielles	58
b) Les interactions précoces	61
Partie IV. Du cadre aux médiations : la psychomotricité, une réponse singulière au défaut d'enveloppe psychocorporelle	64
I. Du cadre	65
1) Le cadre physique	65
2) Le cadre psychique	66
II. ... aux médiations	69
1) La cabane et le « massage » pour suppléer les enveloppes	70
a) Les cabanes de Raphaël	70
Les cabanes en thérapie psychomotrice	70
D'octobre à décembre : le début de l'investissement des cabanes	71
De janvier à mars : L'évolution des cabanes	72
b) Les « massages » de Laura	75
La conscience corporelle	75
La médiation sensorielle	76
Déroulement du « temps massage »	77
En chemin vers la construction de l'enveloppe psychocorporelle	79
2) Jouer l'angoisse pour mieux la maîtriser	80
a) Le loup de Raphaël	81
b) Le crocodile de Laura	82
Discussion	84
Conclusion	87
Bibliographie	88
Annexes	96
Annexe 1 : Axe de développe sensori-moteur selon A. Bullinger (Bullinger, 2015)	
.....	96

Annexe 2 : Grille des indices positifs et négatifs d'observation de l'image composite du corps (Pireyre E. W., 2008)	97
Annexe 3 : L'entretien d'O. Moyano.....	100
Annexe 4 : Le conte de la fourmi	101
Annexe 5 : Réactions aux stimulations selon l'HAS (HAS, 2010, p. 58).	102
Annexe 6 : Exemples d'objets (Hoptoys, s.d.) utilisés pour les « massages » de Laura.....	102
Table des matières	103

Résumé

L'enveloppe psychocorporelle se constitue au début de la vie. Cependant, elle peut présenter des défaillances. Ce mémoire expose, à travers l'analyse d'observations cliniques, des pistes de réflexions quant au rôle du psychomotricien dans l'élaboration et l'intégration d'une enveloppe psychocorporelle. Ce rôle trouve sa source dans deux éléments : le cadre et les médiations.

Mots clés : psychomotricité, enveloppe psychocorporelle, cadre thérapeutique, cabane, médiation sensorielle.

Summary

The psycho-physical envelope is formed at the beginning of life. However, it can fail. This dissertation presents, through the analysis of clinical observations, avenues for reflection on the role of the psychomotrician in the development and integration of a psycho-physical envelope. This role is based on two elements: the framework and the mediations.

Key words : psychomotricity, psycho-physical envelope, sensory mediation, hut.