



**HAL**  
open science

## Relâcher ou retenir : un lien avec l'organisation de l'enveloppe psychocorporelle

Mathilde Naulet

► **To cite this version:**

Mathilde Naulet. Relâcher ou retenir : un lien avec l'organisation de l'enveloppe psychocorporelle. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02939547

**HAL Id: dumas-02939547**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02939547v1>**

Submitted on 15 Sep 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.



Institut de Formation en Psychomotricité  
de la Pitié Salpêtrière  
Faculté de Médecine Sorbonne Université  
91 Boulevard de l'Hôpital  
75013 Paris

**Relâcher ou retenir :**  
**un lien avec l'organisation de l'enveloppe psychocorporelle**

Mémoire présenté par Mathilde NAULET

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Session de Juin 2020

Référents de mémoire :

Coline TAMPIGNY

Mathieu PETIT-GARNIER



## Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe du CMPE pour leur accueil chaleureux cette année et la qualité de leurs réflexions cliniques.

Je tiens à remercier Coline Tampigny pour la richesse de cette année de stage passée à ses côtés, son soutien, la confiance qu'elle m'a accordée ainsi que sa précieuse aide dans l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens aussi à remercier Mathieu Petit-Garnier pour son accompagnement dans l'écriture de ce mémoire, le temps consacré à la relecture attentive et ses retours et conseils constructifs.

Merci aux professionnels, psychomotriciens ou non, rencontrés lors de mes stages pour leur disponibilité, leur engagement et la transmission de leurs connaissances. Vous avez participé à ma construction de psychomotricienne en devenir.

Merci aux patients qui ont croisé mon chemin et qui m'ont tant appris d'un point de vue professionnel et personnel. Et tout particulièrement, cette année, aux enfants et parents du CMPE.

Merci à mes amies rencontrées au cours de ces trois années d'étude pour les moments partagés, leur soutien, leurs sourires et leurs rires qui remontent le moral et redonnent de la motivation.

Merci enfin à ma famille et mes amis qui me soutiennent depuis toujours dans ce que j'entreprends et spécialement en cette dernière année d'étude.

# Sommaire

<b>Précautions de lecture.....</b>	<b>6</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>7</b>
<b>I- Présentation du cadre de réflexion et des cas cliniques.....</b>	<b>8</b>
<b>1. Présentation du lieu de stage.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Présentation d'Aleksei.....</b>	<b>9</b>
2.1. Anamnèse.....	9
2.2. Bilan psychomoteur.....	12
2.2.1. Relation et comportement.....	12
2.2.2. Posture et motricité globale.....	12
2.2.3. Dextérité manuelle et graphisme.....	13
2.2.4. Schéma corporel et image du corps.....	13
2.2.5. Organisation spatio-temporelle.....	13
2.2.6. Cognitif.....	13
2.2.7. Conclusion et projet thérapeutique.....	14
2.3. Notre rencontre et les premières séances en psychomotricité.....	14
<b>3. Présentation de Samia.....</b>	<b>20</b>
3.1. Anamnèse.....	20
3.2. Bilan psychomoteur.....	22
3.2.1. Relation et comportement.....	22
3.2.2. Posture et motricité globale.....	23
3.2.3. Dextérité manuelle et graphisme.....	23
3.2.4. Schéma corporel et image du corps.....	23
3.2.5. Organisation spatio-temporelle.....	24
3.2.6. Cognitif.....	24
3.2.7. Conclusion et projet thérapeutique.....	24
3.3. Notre rencontre et les premières séances en psychomotricité.....	25
<b>II- L'agitation.....</b>	<b>30</b>
<b>1. Définition.....</b>	<b>30</b>
<b>2. L'évolution des descriptions.....</b>	<b>31</b>
<b>3. Les classifications actuelles.....</b>	<b>32</b>
<b>4. Les étiologies possibles.....</b>	<b>33</b>

<b>III- La retenue.....</b>	<b>33</b>
<b>1. Définition .....</b>	<b>33</b>
<b>2. L'évolution des descriptions.....</b>	<b>34</b>
<b>3. Les classifications actuelles.....</b>	<b>35</b>
<b>4. Les étiologies possibles.....</b>	<b>35</b>
<b>IV - L'enveloppe psychocorporelle.....</b>	<b>37</b>
<b>1. La notion d'enveloppe psychocorporelle.....</b>	<b>37</b>
<b>2. Les premières enveloppes.....</b>	<b>38</b>
<b>3. Les enveloppes sensorielles.....</b>	<b>39</b>
3.1. L'enveloppe tactile et le Moi-peau.....	39
3.2. L'enveloppe visuelle.....	41
3.3. L'enveloppe sonore.....	43
3.4. L'enveloppe tonique.....	44
<b>4. Le rôle de l'environnement.....</b>	<b>46</b>
<b>5. L'enveloppe psychocorporelle dans le développement psychomoteur.....</b>	<b>49</b>
5.1. Le développement psycho-sexuel.....	50
5.2. Les représentations corporelles.....	53
5.3. Les angoisses identitaires.....	59
<b>V-L'agitation et la retenue et les liens avec l'enveloppe psychocorporelle.....</b>	<b>61</b>
<b>1. Dans le domaine relationnel.....</b>	<b>62</b>
<b>2. Dans le domaine du langage.....</b>	<b>65</b>
<b>3. Dans le domaine cognitif.....</b>	<b>65</b>
<b>4. Dans le domaine psycho-affectif.....</b>	<b>67</b>
<b>5. Dans le domaine corporel.....</b>	<b>68</b>
<b>VI- Travailler autour de l'enveloppe psychocorporelle en psychomotricité.....</b>	<b>72</b>
<b>1. Les fonctions du psychomotricien et du cadre thérapeutique.....</b>	<b>72</b>
1.1. Le cadre thérapeutique.....	73
1.2. Le psychomotricien et les enveloppes.....	75
<b>2. Nos propositions matérielles.....</b>	<b>77</b>
2.1. Les cabanes.....	78
2.2. Le portage.....	80
<b>Conclusion.....</b>	<b>83</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>84</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe A.....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe B.....</b>	<b>II</b>

## **Précautions de lecture**

Dans cet écrit, j'évoque plusieurs fois les relations entre l'enfant et sa mère. Par l'utilisation du terme de « mère », je ne désigne pas seulement la mère biologique mais l'ensemble de l'entourage de l'enfant qui exerce la fonction maternante auprès de lui. Ainsi, cette simplification de langage ne cherche pas à faire porter tous les enjeux uniquement à la mère.

D'autre part, par soucis de respect de la vie privée et de confidentialité, les prénoms présents dans ce mémoire ont été modifiés.

## Introduction

L'articulation entre le psychisme et le corporel m'a toujours questionnée depuis que je suis en formation de psychomotricité. En approfondissant cette réflexion, je me suis intéressée à la notion de l'enveloppe psychocorporelle. Avant cette année, ce concept était encore flou, il m'était difficile de me le représenter, de définir son rôle dans le développement psychomoteur du sujet et de comprendre la manière dont nous pouvons l'aborder en psychomotricité. En parallèle, j'ai aussi été interpellée par l'agitation et la retenue que manifestent certains enfants rencontrés lors de mes stages ou dans mon quotidien. Que signifient ces comportements quant à leur organisation psychocorporelle ? Pourquoi se comportent-ils ainsi ?

En cette troisième année d'études, mon stage en pédopsychiatrie m'a permis d'associer ces trois notions pour mieux les éclairer. Ainsi, j'ai orienté le sujet de mon mémoire autour de l'intérêt de porter attention à l'organisation de l'enveloppe psychocorporelle dans l'abord des comportements d'agitation et de retenue chez l'enfant en pédopsychiatrie.

Pour répondre à ce questionnement, la première partie de mon développement est consacrée à la présentation du lieu, dans lequel s'inscrit cette réflexion clinico-théorique, et des deux enfants qui illustrent mes propos. Les notions centrales d'agitation, de retenue et d'enveloppe psychocorporelle sont ensuite développées dans les parties suivantes. Puis les liens entre l'enveloppe psychocorporelle et ces difficultés de régulation psychomotrice sont expliqués. La dernière partie est dédiée à la réflexion du travail possible en psychomotricité avec les enfants autour de l'enveloppe psychocorporelle. Le rôle du psychomotricien et du cadre thérapeutique sont détaillés ainsi que les propositions qui ont été faites en séance.

## **I- Présentation du cadre de réflexion et des cas cliniques**

### **1. Présentation du lieu de stage**

Durant cette troisième année de psychomotricité, j'ai effectué un stage au sein d'un Centre-médico-psychologique pour enfants (CMPE). Cet établissement accueille des patients âgés de deux à douze ans domiciliés dans un secteur géographique précis et présentant des difficultés psychologiques. Le CMPE fait partie du service hospitalier de pédopsychiatrie qui comprend aussi le Centre-médico-psychologique (CMP) pour adolescents qui accueille les jeunes à partir de douze ans, un Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), un hôpital de jour pour enfants et adolescents ainsi qu'un centre d'évaluation des troubles du neuro-développement.

De nombreux professionnels médicaux et paramédicaux exercent au sein du CMPE. L'équipe est formée d'une cadre de santé, d'un médecin responsable, de pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciennes, d'une éducatrice spécialisée, d'une infirmière, d'assistantes sociales et d'une secrétaire médicale. Cette pluridisciplinarité fait la richesse de la réflexion clinique au CMPE.

Afin qu'un enfant soit accueilli dans ce service, ses parents ou ses responsables légaux doivent joindre le secrétariat afin de formuler leur demande d'accompagnement pour leur enfant. Cette dernière est relayée auprès du médecin responsable du service et de l'infirmière qui attribuent un consultant (pédopsychiatre ou psychologue) à la famille lors des réunions de coordination. Le consultant prend alors rendez-vous avec la famille pour une première rencontre. Le projet de soins de l'enfant est ensuite discuté avec l'ensemble des professionnels du CMPE lors des réunions de synthèse hebdomadaires. Des prises en charge avec les différents professionnels sont alors proposées aux parents. Les soins délivrés par les thérapeutes du CMPE aux enfants sont remboursés par la sécurité sociale. Les professionnels peuvent également être en contact avec les intervenants extérieurs, médicaux ou paramédicaux, ainsi qu'avec l'école ou les services de l'aide sociale à l'enfance avec l'autorisation des parents.

Les professionnels du CMPE accueillent très régulièrement des stagiaires au sein de leur équipe. De plus, ils reconnaissent la richesse de la psychomotricité dans l'accompagnement des enfants. De par l'ensemble de ces facteurs, j'ai facilement

trouvé ma place de stagiaire en psychomotricité que ce soit au sein de l'équipe ou dans les séances avec ma maître de stage ou l'une de ses collègues. Toutes les deux m'ont permis de m'épanouir en tant que future professionnelle et m'ont donné de nombreuses clés pour compléter ma réflexion clinique.

Au cours de ce stage, j'ai rencontré Alekseï et Samia. Leurs comportements, qui alternent entre des manifestations d'agitation et de retenue à différents niveaux, m'ont interpellée. En effet, il m'a semblé qu'il leur était difficile de trouver une certaine régulation psychomotrice. Ainsi, j'ai axé mon mémoire autour de cette problématique en l'articulant avec la notion d'enveloppe psychocorporelle. Je vais, maintenant, présenter Alekseï et Samia en commençant par résumer leur histoire de vie. Je poursuis en détaillant leur bilan psychomoteur et finis par décrire ma rencontre avec chacun d'entre eux et les premières séances en psychomotricité.

## **2. Présentation d'Alekseï**

### **2.1. Anamnèse**

C'est à partir de la retranscription écrite des entretiens de la psychologue avec Alekseï et ses parents, et en discutant avec les professionnelles du CMPE qui le suivent ou l'ont suivi, que j'ai eu connaissance de son histoire de vie.

Alekseï est un jeune garçon de sept ans. Il est en classe de cours préparatoire (CP) après avoir été maintenu une année de plus en grande section de maternelle (GSM). Une auxiliaire de vie scolaire l'accompagne depuis sa deuxième GSM. Alekseï est le troisième d'une fratrie de quatre enfants. Il a deux grandes sœurs de douze et seize ans et un petit frère de quatre ans dont il est très proche. Leur mère confie, d'ailleurs, que cette rentrée scolaire a été difficile pour Alekseï car il ne voit plus son petit frère en récréation suite à son passage au CP. Elle rapporte aussi que ses garçons sont turbulents à la maison. Les parents se questionnent, à ce sujet, sur le cadre éducatif qu'ils doivent donner à leurs enfants. Les parents sont mariés. Madame est femme de ménage et monsieur travaille aux espaces verts d'une commune. Ils sont originaires du Daghestan, une république rattachée à la fédération de Russie. Ils sont arrivés en France en 2011, en tant que réfugiés politiques, après avoir vécu deux ans en Pologne. En arrivant en France, la famille a logé dans des hôtels sociaux pendant plusieurs années. Ils ont ensuite emménagé dans un appartement. Un nouveau déménagement a lieu en janvier 2020 s'accompagnant d'un changement d'école pour Alekseï.

Alekseï est né à 39 semaines et 5 jours d'aménorrhée par voie basse avec le cordon ombilical autour du cou. Il a été allaité jusqu'à ses deux ans. Sa mère l'a gardé jusqu'à son entrée en petite section de maternelle. Le développement d'Alekseï semble normal pendant ses premières années, il marche à douze mois et commence à prononcer quelques mots. A son entrée à l'école maternelle, les enseignants commencent à évoquer des difficultés. En effet, l'école relève chez Alekseï un faible niveau de langage, peu d'autonomie et d'investissement dans les activités proposées ainsi que de rares interactions avec l'adulte ou ses camarades. Les séparations paraissent aussi difficiles pour Alekseï qui pleure régulièrement le matin et dit ne pas vouloir aller à l'école.

Face à cela, les parents consultent pour la première fois au CMPE en juillet 2017, Alekseï est alors âgé de quatre ans et demi. Leur consultante, qui est une psychologue, les reçoit. Elle relève qu'Alekseï est un enfant qui apparaît plutôt inhibé mais qui peut également montrer de l'agitation dans certaines situations. Il parle peu, peut s'énerver quand on ne le comprend pas, et a des difficultés à accepter la contrainte. Alekseï passe un bilan orthophonique en octobre 2017 qui relève un retard de parole et de langage massif sans trouble de l'articulation et une compréhension altérée. L'examen oto-rhino-laryngologique quant à lui est normal. En janvier 2018, un bilan psychologique est réalisé (WNV : échelle non verbale d'intelligence de Wechsler, Wechsler & Naglieri, 2009). Alekseï se situe dans la moyenne faible et des difficultés dans les épreuves logiques sont relevées. Grâce à l'ensemble de ces bilans, le diagnostic de trouble du développement de la parole et du langage est posé mais le facteur environnement, difficulté liée à l'acculturation c'est-à-dire à l'assimilation d'une culture différente, est aussi précisé. La maîtrise de la langue française est encore assez difficile pour les parents d'Alekseï, notamment pour monsieur, ce qui peut d'ailleurs rendre un peu difficile les échanges avec eux. A la maison, ces derniers parlent russe. Les filles parlent français entre elles et russe à leurs parents. Elles ne veulent pas parler français à Alekseï car, selon elles, il ne comprend pas. Madame utilise le moyen des écrans télévisés pour que les enfants entendent du français à la maison. Les parents se sont peu inquiétés, au départ, du retard de langage d'Alekseï car une de ses sœurs n'a parlé qu'à quatre ans et monsieur a également eu un retard semblable dans son enfance. Les parents disent cependant s'être questionnés sur l'existence possible de troubles du spectre autistique (TSA) chez Alekseï au vu de son comportement relationnel.

A partir d'octobre 2017, une prise en charge en orthophonie débute au CMPE. Alekseï a une séance d'orthophonie par semaine qui passera au nombre de deux en mars 2018. Ces séances sont maintenues à ce jour. Lors des premières séances, l'orthophoniste relève des difficultés de séparation entre Alekseï et ses parents. Grâce à ce suivi en orthophonie, Alekseï a progressé sur le plan du langage. Il commence à faire des phrases courtes et interagit davantage. En parallèle, Alekseï a intégré, de septembre 2018 à juin 2019, le groupe « Corps et traces » au CMPE. Ce groupe, encadré par une psychomotricienne et une infirmière, avait pour objectif l'appropriation du corps en relation avec l'autre dans les temps d'exploration sensorimotrice. Dans ce groupe, Alekseï est peu à l'aise corporellement et semble ne pas apprécier le temps moteur. Il préfère le temps de la trace pendant lequel il fait des dessins assez figuratifs. Les professionnelles relèvent aussi qu'il n'aime pas se salir lors de ce dernier temps. Sur le plan relationnel, Alekseï a des difficultés à se séparer de sa mère au début. Il s'isole parfois dans la salle en refusant d'intégrer le reste du groupe. La contenance physique de l'adulte et le fait de lui donner un rôle ont pu l'aider à y trouver sa place. Quand il rejoint le groupe, il peut se montrer agité pour, semble-t-il, attirer l'attention sur lui. Pendant les travaux collectifs, il a aussi tendance à prendre beaucoup de place. De plus, les limites posées par l'adulte sont difficiles à accepter pour lui. Les professionnelles notent tout de même qu'Alekseï a fait des progrès au niveau du langage et de la relation pendant cette période. Suite au départ à la retraite d'une des professionnelles encadrant le groupe, ce dernier n'a plus lieu aujourd'hui. Dans le même temps, des séances individuelles de psychomotricité sont proposées à Alekseï et ses parents. Elles ont commencé en mars 2019 suite à la passation du bilan psychomoteur, détaillé dans la partie suivante<sup>1</sup>.

Des demandes d'intégration dans une unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) pour trouble spécifique du langage et de consultation dans un centre de référence des troubles du langage et des apprentissages ont été faites. Au début de l'année 2020, suite au déménagement qui a éloigné géographiquement la famille du CMPE, les professionnels se posent la question d'un relais au sein du CMPE de la nouvelle ville d'Alekseï ou de l'orientation vers un service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) afin de faciliter l'accompagnement et la continuité des prises en charge dont il a besoin.

---

1 Cf. *infra*. Partie I- 2. 2.2. Bilan psychomoteur pp. 12-14

## **2.2. Bilan psychomoteur**

Le bilan psychomoteur d'Alekseï, demandé par sa consultante, s'est déroulé sur trois séances en février 2019. Je n'y ai pas assisté et je me réfère donc au compte-rendu qui en découle. Alekseï est alors âgé de six ans et deux mois. Il est accompagné par son père qui le décrit comme un garçon assez réservé, qui bouge peu mais qui s'intègre mieux, aujourd'hui, dans les groupes d'enfants à l'école. Il remarque aussi ses progrès au niveau du langage. L'école a relevé des difficultés sur le plan du graphisme. A la maison, Alekseï aime jouer aux legos ainsi qu'aux jeux vidéos. Il mange et dort bien. Il peut tout de même montrer des difficultés à s'habiller seul.

### **2.2.1. Relation et comportement**

Alekseï apprécie de venir en séance de psychomotricité. Mais il est difficile pour lui d'accepter certaines consignes notamment quand ces dernières le mettent en situation de difficulté ou d'échec. Il peut alors présenter une posture d'opposition passive en cessant d'effectuer la consigne. Pour cette raison, toutes les épreuves du bilan n'ont pas pu être réalisées. Cette posture d'opposition peut cesser en s'appuyant sur des thèmes qu'il apprécie ou en l'encourageant à persévérer.

### **2.2.2. Posture et motricité globale**

Alekseï présente une posture rigide s'accompagnant d'une hypertonie globale. Ses membres inférieurs sont peu investis et il s'assoit, le plus souvent, les jambes en W ce qui fait suspecter une hyperlaxité. La démarche d'Alekseï en est impactée, un genu valgum<sup>2</sup> peut notamment être observé.

La cotation des épreuves de viser/attraper du MABC-2 (Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant, Barnett et al., 2016) montre de légères difficultés dans les coordinations pour attraper le sac lesté. Alekseï parvient mieux à viser.

Alekseï a refusé la plupart des épreuves d'équilibre du MABC-2 (*Ibid.*), mais de réelles difficultés sont présentes.

---

2 Déviation de la jambe vers l'extérieur de l'axe du membre inférieur avec saillie du genou en dedans. (Larousse, s. d.)

### **2.2.3. Dextérité manuelle et graphisme**

Alekseï est droitier. Dans les épreuves de dextérité manuelle du MABC-2 (Barnett et al., 2016), il fait preuve de bonnes capacités de motricité fine. Les difficultés sont davantage relevées lors de l'épreuve du trajet du MABC-2 (*Ibid.*). Cette dernière est en lien avec le graphisme, un domaine qu'Alekseï investit encore peu. L'épreuve de copie de figure de la NEPSY II (Bilan neuropsychologique de l'enfant, Korkman et al., 2012) met aussi en avant des difficultés dans le geste graphique. Alekseï appuie beaucoup sur son crayon, la régulation tonique de son geste est difficile et il ne trouve pas de position stable. Alekseï écrit son prénom de droite à gauche.

### **2.2.4. Schéma corporel et image du corps**

Au test du dessin du bonhomme (Goodenough, 1926), Alekseï se situe dans une moyenne d'âge de quatre ans et trois mois. Les somatognosies sont aussi chutées. Mais pour ces dernières, cela est à nuancer au vu de ses difficultés de langage. Alekseï connaît davantage les parties du haut du corps, notamment celles du visage, par rapport à celles du bas du corps, ce qui semble en lien avec son investissement corporel.

### **2.2.5. Organisation spatio-temporelle**

Les connaissances de base sur le temps et l'espace n'ont pas pu être évaluées. Mais Alekseï paraît pouvoir se repérer dans l'espace.

Les résultats d'Alekseï aux différentes épreuves de la NEPSY II (*Ibid.*) mettent en évidence des compétences sur le plan visuo-constructif. Des difficultés sont davantage remarquées au niveau des praxies visuo-spatiales et visuo-motrices.

### **2.2.6. Cognitif**

Alekseï semble comprendre les consignes mais peut manifester une opposition passive, comme évoquée précédemment, ainsi qu'active en réalisant très rapidement les épreuves. Il fait, tout de même, preuve de concentration quand l'épreuve l'intéresse.

### **2.2.7. Conclusion et projet thérapeutique**

Pour conclure, Alekseï a de réelles capacités dans plusieurs domaines psychomoteurs mais présente, malgré tout, un retard de développement pour son âge. Des difficultés tonico-émotionnelles et de construction du schéma corporel sont relevées et se ressentent dans son organisation posturale, son investissement corporel, ses équilibres et son graphisme. Il est également dans l'opposition à certains moments, ce qui peut être mis en lien avec une possible anxiété de performance.

Suite à ce bilan, un suivi en psychomotricité est proposé à Alekseï et ses parents selon les axes thérapeutiques suivants :

- Enrichir l'expérimentation autour de la structuration psychocorporelle afin d'améliorer les capacités de motricité globale et de graphisme.
- Offrir un espace d'expression corporelle et de travail autour de l'enveloppe corporelle permettant l'intégration de l'unité corporelle et une organisation posturale harmonieuse.
- Travailler autour du geste graphomoteur.
- Renforcer la confiance d'Alekseï dans ses capacités et valoriser ses compétences.

Je vais à présent relater ma rencontre avec Alekseï et certaines séances de psychomotricité auxquelles j'ai participé de septembre à décembre 2019.

### **2.3. Notre rencontre et les premières séances en psychomotricité**

Je rencontre pour la première fois Alekseï le 18 septembre 2019 suite à son accord quant à ma participation à ses séances de psychomotricité. Alekseï est un garçon plutôt grand pour son âge, il est menu et a les cheveux bruns coupés court. Quand je l'aperçois, sa démarche m'interpelle très vite. Il ne déroule pas ses pieds lors de la marche et ces derniers sont dirigés vers l'intérieur. Ses chevilles semblent peu souples et je le sens comme « coincé » avec ses jambes. Je pense même, au début, qu'il a un pied bot, ce qui n'est pas le cas. Alekseï est plutôt réservé pendant cette première séance, il parle peu et je ne comprends pas toujours ce qu'il dit.

Alekseï joue au sol et je remarque qu'il s'assoit en W, ce que ma maître de stage reprend d'ailleurs plusieurs fois avec lui. Il construit un circuit de train avec ma maître de stage. Je remarque alors qu'il a des compétences en construction. Dans ce premier jeu, il évoque la mort d'un policier écrasé par un train. Il joue aussi avec un wagon, à qui il fait faire n'importe quoi, qui est arrêté par la police et mis en prison. En fin de séance, Alekseï accepte que je joue avec eux à un jeu de société. Je constate d'ailleurs, à ce moment, qu'Alekseï n'aime pas perdre et qu'il peut même essayer de tricher pour gagner. La séance se finit et nous raccompagnons Alekseï en salle d'attente. Il se précipite alors vers son petit frère et commence à jouer avec lui. Je sens Alekseï alors beaucoup plus agité qu'en séance. Ce ressenti s'est confirmé par la suite quand j'ai vu Alekseï et son petit frère jouer de façon très agitée en ne faisant pas toujours attention aux autres enfants qui les entouraient et en mettant le désordre dans la salle d'attente. Quand Alekseï est seulement accompagné de sa mère ou de son père, il est beaucoup plus calme et joue tranquillement dans la salle d'attente. Alekseï oscille donc entre une certaine réserve par moments et une agitation dans d'autres. Les séances suivantes ont d'ailleurs suivi cette même variation.

Lorsque nous allons chercher Alekseï dans la salle d'attente pour la deuxième séance, je remarque la présence d'une possible rigidité mentale. En effet, il accroche son manteau d'une manière précise en étant vigilant à ce que les manches ne soient pas retroussées. Lors de cette séance, ma maître de stage remplit un saladier avec de l'eau au robinet. Alekseï demande à ce moment-là à aller aux toilettes. Ce n'est pas la première fois dans cette situation selon ma maître de stage. Tout au long de la séance, il se montre d'ailleurs très intéressé par l'eau qui coule du robinet ou d'un ballon de baudruche qui en est rempli. Lors d'une séance suivante où je remplis le saladier d'eau, il me demandera d'ailleurs d'augmenter la puissance du jet du robinet « comme pour le pipi » me dit-il. Au cours de cette seconde séance, Alekseï paraît prendre plaisir à verser de la peinture dans le saladier et dans des bouchons, posés sur la table, jusqu'à les faire déborder. Avec d'autres bouchons, il joue à les faire couler au fond du saladier. Il utilise aussi un pinceau dont le manche perd des écailles. Alekseï nous le fait remarquer et semble anxieux face à cela. Dans les séances où nous utilisons de la peinture, il me semble qu'Alekseï aime peu avoir de la peinture sur ses mains et les trempe ainsi régulièrement dans l'eau pour les nettoyer. Au contraire, il apprécie le contact avec l'eau et « patouille » avec plaisir dès qu'il y en a. En sortant de cette deuxième séance, Alekseï court dans le couloir. J'observe que sa démarche est plus fluide, ses jambes sont davantage déliées.

Lors de la troisième séance, Alekseï demande à ce que son petit frère vienne avec lui mais ma maître de stage refuse. Face à cette réponse, il ne s'énerve pas mais nous en reparlera par la suite. En arrivant dans la salle, Alekseï se cache sous une toile dans la piscine à balles avec des objets sensoriels. Il s'amuse à lancer les balles hors de la piscine à de nombreuses reprises. Puis, il sort de cette dernière et va prendre une chenille en plastique mou avec laquelle il jouera très souvent pendant les séances suivantes. Alekseï lui fait faire n'importe quoi dans la salle jusqu'à la mettre dans le t-shirt de ma maître de stage. Cette dernière reprend cet événement en lui disant que c'est interdit de faire cela aux autres sans leur autorisation. Elle ajoute que chaque personne a son propre corps et que nous ne pouvons pas faire ce que nous voulons avec le corps de l'autre sans son accord. Par la suite, Alekseï met la chenille et une balle en filaments dans son propre t-shirt. Ma maître de stage verbalise cela en évoquant une maman enceinte. Elle poursuit en disant que ce bébé peut être un petit frère ou une petite sœur. Elle propose ensuite à Alekseï de dessiner sur une feuille. Il représente alors une maman chenille et son bébé et, sur une deuxième feuille, le papa en disant qu'il est parti. Alekseï reprend la chenille en plastique et nous dit que c'est la maman. Il fait de même avec la balle en filaments en nous disant que c'est le bébé. Il trouve ensuite un autre objet dans la salle pour représenter le papa. Ma maître de stage lui propose ensuite de changer de jeu et lui fait plusieurs suggestions. Il semble difficile pour Alekseï de choisir un jeu. Il finit par sortir la pâte à modeler. Je m'installe avec lui à la table et nous racontons l'histoire des « Trois petits cochons ». Il fabrique le loup, auquel il représente notamment les dents, et je fais les trois petits cochons. Quand tous les personnages sont prêts, nous commençons à jouer l'histoire. Ma maître de stage nous rejoint. Alekseï a enlevé, entre temps, les dents au loup et nous dit que c'est un chat. Il essaye de manger les cochons mais nous lui disons que c'est impossible sans les dents. Il insiste tout de même mais finit par remettre les dents au loup. Il mange alors un cochon. Cela est assez violent : Alekseï déchire le cochon en plusieurs morceaux et l'écrase. J'observe alors une certaine tension dans son corps. Avec ma maître de stage, nous cachons les autres cochons dans des maisons. Alekseï fait semblant de souffler dessus. Une maison est alors détruite. Nous cachons le cochon dans une autre maison dont nous disons qu'elle est en briques. Alekseï souffle de nouveau mais la maison n'est pas détruite. Il dit alors que le loup passe par la cheminée et qu'il meurt en tombant dans la marmite. Mais il le fait revivre et essaye de nouveau de détruire la maison. Nous insistons sur le fait que cette maison est trop solide pour être détruite. Alekseï s'énerve alors un peu et persiste. C'est la fin de la séance mais Alekseï souhaite continuer. Après lui avoir

expliqué que la séance doit se terminer, il accepte de s'arrêter et nous aide à ranger le matériel. Lors de cette séance, Alekseï est agité physiquement : sa motricité est désorganisée, il s'éparpille dans l'espace de la salle, et psychiquement : il passe d'un sujet à un autre, il veut faire plusieurs jeux en même temps. Il me semble qu'il y a alors beaucoup d'excitation en lui. Alekseï reprendra la pâte à modeler dans d'autres séances pour jouer d'autres contes comme celui de « Roule galette ». Il jouera alors le renard qui dévore la galette.

La semaine suivante, Alekseï vient de nouveau rechercher ma maître de stage au niveau de sa poitrine et de son ventre dès que nous arrivons dans la salle d'attente. Cette dernière évoque avec lui les différences entre les filles et les garçons. Alekseï ne rebondit pas dessus verbalement, mais ce sujet semble l'interpeller. La disposition de la salle est un peu modifiée par l'enfant qui précède Alekseï. Il remarque cela et nous fait comprendre que ce changement ne lui plaît pas en nous exprimant son mécontentement. Il va se cacher sous des modules. Ma maître de stage lui propose alors de construire ensemble une cabane. Lorsque la construction de la cabane est achevée, Alekseï amène différents objets sensoriels dedans comme de la musique, des lumières, des balles... et accepte que nous venions avec lui à l'intérieur. Il demande ensuite à ma maître de stage de jouer le rôle du loup. Elle sort alors de la cabane et Alekseï et moi restons à l'intérieur. Il essaye de tuer le loup en lui lançant des balles. Il demande ensuite à ce que nous échangeons les rôles avec ma maître de stage. Je joue donc le rôle du loup qu'Alekseï essaye de tuer de la même manière. Par la suite, Alekseï va chercher le jeu de société du T-rex auquel nous jouons tous les deux dans la cabane. Pendant ce jeu, il essaye de changer les règles pour qu'elles lui soient favorables. Lors de cette séance, Alekseï parle plus que d'habitude et est davantage compréhensible. Il est moins agité physiquement.

Dans le cadre de la séance qui précède les vacances de la Toussaint, Alekseï prend un ruban et commence à faire des mouvements avec dans la salle. Puis il m'entoure les jambes avec ce ruban, me les libère et répète ceci plusieurs fois. Il dit que le ruban est un serpent. Ma maître de stage verbalise en lui disant qu'il a peut-être peur que je ne sois pas là au retour des vacances et qu'il aimerait donc garder quelque chose de moi. Elle le rassure en lui disant que je suis encore présente pendant de nombreuses séances. Ma maître de stage lui demande ensuite ce qu'il veut faire. Alekseï nous dit qu'il souhaite jouer de nouveau aux « Trois petits cochons ». Cette fois-ci, nous construisons trois cabanes, collées les unes aux

autres, avec des briques en cartons. Alekseï demande à ce que nous mettions des cordes avec des clochettes à l'entrée de la cabane afin d'être prévenu de l'arrivée du loup. Il remplit aussi un saladier d'eau pour matérialiser la marmite. Puis, il prend des quilles sur lesquelles il colle les dessins de cochons que lui et ma maître de stage ont réalisés. Il m'attribue le rôle du loup tandis que lui et ma maître de stage jouent les cochons. J'essaye donc de manger les cochons mais je tombe dans la marmite et me fait manger par ces derniers. A la fin de l'histoire, Alekseï vide le saladier dans l'évier et chante « Joyeux anniversaire » pour célébrer la victoire des cochons. C'est alors l'heure de terminer la séance. Avant de quitter la salle, Alekseï s'entoure le corps avec les pattes d'un coussin en forme de grenouille. Ma maître de stage lui dit qu'il aimerait sans doute laisser une partie de lui ici afin d'être sûr que nous ne l'oublions pas pendant les vacances.

Lors d'une séance du mois de novembre, nous reprenons le saladier que nous remplissons de nouveau d'eau. Alekseï y verse aussi de la peinture. Ma maître de stage sort des mousses en formes de parties du corps qui, lorsqu'elles sont assemblées, forment deux bonhommes : une fille et un garçon. Alekseï sépare et rassemble ces parties du corps plusieurs fois. Dans le même temps, ma maître de stage lui fait ressentir corporellement la solidité de son corps et les liens entre chaque partie par du toucher thérapeutique et des percussions corporelles. Alekseï arrête alors ce qu'il fait et est attentif à ce qu'il ressent en regardant ce que fait ma maître de stage. Alekseï joue longuement avec ces mousses à les gonfler d'eau et à les presser dans ses mains pour que l'eau en sorte. Il paraît très intéressé par les sensations que cela lui procure. Il regarde longuement ce qu'il se passe quand il essore les mousses. Alekseï demande ensuite à aller sur la physioball. Ma maître de stage l'aide à s'y asseoir. Dès que ses pieds ne touchent plus le sol, Alekseï exprime une grande appréhension et reste peu de temps sur la physioball. Je remarque également une souplesse importante au niveau de ses hanches quand il met ses jambes de chaque côté du ballon. Ma maître de stage l'invite, d'ailleurs, à les rassembler vers l'avant. Elle me dira par la suite qu'elle a aussi pu ressentir une tonicité très élevée au niveau des membres inférieurs d'Alekseï. L'appréhension d'Alekseï au sujet de la perte d'appuis s'est par la suite confirmée lorsque ma maître de stage lui propose de monter sur son dos ou sur une chaise. Il est alors peu rassuré et s'agrippe à elle ou au meuble.

Au cours de nombreuses séances, Alekseï nous évoque le « pipi » et le « caca ». De plus, les orifices du corps et ce qui peut en sortir semblent le questionner. Pendant une séance du mois de novembre, Alekseï est dans la cabane que l'enfant qui le précède avait construit et que nous avons laissé sciemment. Il y apporte différents personnages, qu'il trouve dans la salle, et fait semblant de leur donner à manger. Ma maître de stage lui explique alors, grâce à un dessin au tableau, comment les aliments sont transformés en pipi ou en caca. Alekseï semble très intéressé, il sort de la cabane et écoute attentivement. Quand ma maître de stage a fini, il rajoute un gros ventre ainsi que des muscles au bonhomme dessiné.

A partir de la fin du mois de novembre, Alekseï joue, avec des personnages, l'histoire d'un policier et d'un voleur à laquelle il m'intègre. Dans cette histoire, le voleur vole des pièces de monnaie dans un magasin. Le policier part alors à sa recherche et le met en prison une fois qu'il l'a trouvé. Mais toutes les nuits, ce voleur s'enfuit de la prison et va se cacher après avoir de nouveau volé l'argent du magasin. Alekseï intègre alors le personnage d'une maman, dont il joue souvent le rôle, qui aide le policier à retrouver le voleur et l'argent. Cette dernière vient aussi en aide au voleur en lui apportant à manger en prison. Seulement, quand celui-ci s'enfuit, il met cette maman en prison. Quand je joue le rôle du policier, il est difficile pour Alekseï d'attendre que je trouve son personnage de voleur. Il veut me montrer où il l'a caché. Ma maître de stage lui propose à un moment d'échanger les rôles. Je joue donc le rôle du voleur et Alekseï celui du policier. Quand je m'enfuis de la prison, Alekseï met alors constamment le policier en prison alors qu'il ne me demandait pas de le faire quand je jouais ce rôle. De plus, à chaque fois qu'il m'emprisonne, il renforce la sécurité de la prison. A un moment, je lui dis alors que je ne peux plus m'enfuir mais il insiste et me donne des solutions pour que je sorte. Suite à cet échange de rôles, je constate qu'Alekseï est moins désorganisé en jouant le rôle du policier. L'histoire et les rôles des personnages sont clairs. Le fait de lui proposer des objets qui figurent les maisons, le commissariat de police, le magasin semble aussi l'aider à s'organiser. Alekseï continue cette histoire pendant toutes les séances jusqu'aux vacances de Noël puis de façon plus ponctuelle les mois suivants.

Ce résumé des premières séances de psychomotricité permet de mieux se représenter Alekseï et d'avoir un aperçu de ses manifestations psychocorporelles. Je vais maintenant présenter Samia.

### **3. Présentation de Samia**

#### **3.1. Anamnèse**

Comme pour Alekseï, j'ai eu connaissance de l'histoire de vie de Samia grâce à la retranscription écrite des entretiens du pédopsychiatre avec Samia et ses parents et en discutant avec les professionnels du CMPE qui la suivent ou l'ont suivie. De plus, la mère de Samia nous parle du quotidien de sa fille quand nous la rencontrons dans la salle d'attente.

Samia est une jeune fille de six ans qui est en classe de CP. Sa mère est algérienne et son père est français. Madame a suivi une formation de psychologue scolaire en Algérie, elle est aujourd'hui au chômage. Monsieur a, lui aussi, été un certain temps au chômage avant de trouver du travail dans une recyclerie. Les parents de Samia sont divorcés depuis sa naissance. Les relations entre eux sont ambiguës et varient entre des périodes pendant lesquelles ils s'entendent bien et d'autres moins. Samia est fille unique.

A sa naissance, Samia a été placée en famille d'accueil pendant huit mois suite à des violences conjugales entre ses parents. Quand madame a récupéré la garde de Samia, elles sont parties vivre dans un centre maternel pendant presque trois ans. Une aide éducative en milieu ouvert a également été mise en place lors de cette période. Aujourd'hui, elles vivent dans la maison de madame. Les grands-parents maternels sont en Algérie. Une suspicion d'abus sexuel du grand-père maternel sur ses filles est évoquée dans le dossier de Samia. La mère de Samia a quelques frères et sœurs qui vivent en France, elle a d'ailleurs vécu chez une de ses sœurs pendant sa grossesse, et d'autres qui sont restés en Algérie. Samia est gardée par son père un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires. Malheureusement, par période, monsieur ne vient pas chercher Samia et ne l'appelle plus, ce qui est très difficile à vivre pour elle. Il y a peu de temps encore, monsieur vivait chez ses parents. Quand Samia était gardée par lui, elle allait donc chez ses grands-parents paternels. Aujourd'hui, monsieur vit dans une maison et a, depuis quelques temps, une compagne que Samia semble avoir du mal à accepter. De par son éloignement géographique, il est difficile pour monsieur de se déplacer au CMPE, je ne l'ai donc pas rencontré au cours de l'année.

Au centre maternel, Samia allait à la crèche. Les professionnels de ce lieu relatent des difficultés de séparation avec sa mère et de grandes variations de comportement. Samia peut se mettre dans de très grosses colères pour des raisons peu compréhensibles et être très agitée jusqu'à ne plus pouvoir poursuivre certaines activités. Au niveau relationnel, Samia peut chercher le contact des adultes et des enfants par moment, mais aussi embêter ses camarades en leur tirant les cheveux ou en leur sautant dessus. Parallèlement, elle a tendance à s'isoler à certains moments en ayant un regard qui part dans le vide. Le sommeil est aussi difficile, Samia met énormément de temps à s'endormir. Elle crie, parle fort, rigole, se tape les mains ou la tête contre le mur et va déranger les autres enfants qui sont dans le dortoir. Des comportements masturbatoires ou sexualisés sont également relevés. La médecin, qui l'a suivie quand elle était plus jeune, nous fait d'ailleurs part de l'attitude de séduction que Samia pouvait avoir avec les autres avec un regard adhésif et perçant. De plus Samia a eu de nombreux événements d'énurésie et d'encoprésie qui ont perduré pendant la maternelle. Aujourd'hui encore, ces événements peuvent survenir.

Samia a ensuite suivi une scolarité ordinaire. Mais les enseignants ont souvent relevé des comportements d'opposition, des émotions difficiles à gérer et des difficultés de graphisme. Ils rajoutent que Samia parle beaucoup et ne fait pas vraiment la différence entre le réel et l'imaginaire. Les enseignants notent aussi des séparations difficiles avec sa mère comme à la crèche.

Samia arrive en mars 2015 au CMPE suite aux conseils du juge qui demande un accompagnement psychologique à son sujet. Elle est alors âgée de vingt mois lorsque commence le suivi avec son consultant pédopsychiatre. Samia et sa mère sont assez irrégulières dans leur venue aux rendez-vous au CMPE ou arrivent en retard. D'ailleurs pendant ces années de prise en charge, madame évoque plusieurs fois son souhait d'arrêter le suivi au CMPE. La prise en charge en psychomotricité a, quant à elle, débuté en mars 2019 suite au bilan psychomoteur détaillé dans la prochaine partie<sup>3</sup>. Madame se montre en alliance thérapeutique, relative au vu des conseils du juge, mais peut dire au pédopsychiatre que Samia n'a pas besoin de psychomotricité. Elle a des demandes éducatives, telles que le travail de l'écriture, le fait que Samia soit calme et ne se mette pas en colère, qu'elle souhaiterait voir travaillées en psychomotricité. Elle exprime aussi son envie d'assister aux séances de psychomotricité de Samia. Face à cette demande, ma maître de stage l'invite à y

---

3 Cf. *infra*. Partie I- 3. 3.2. Bilan psychomoteur pp. 22-25

participer une fois. Par la suite, elle lui propose un temps de rencontre, qui précède la séance de Samia, avant chaque période de vacances scolaires. Durant ce dernier, Madame peut faire part de ses observations et interrogations au sujet de Samia. Elle raconte d'ailleurs facilement certains faits concernant le quotidien de Samia mais peut en occulter d'autres. Ma maître de stage lui explique aussi le travail réalisé en psychomotricité avec Samia et les progrès qu'elle fait.

### **3.2. Bilan psychomoteur**

Comme pour Alekseï, je n'ai pas assisté au bilan psychomoteur de Samia, demandé par son consultant, qui s'est déroulé sur trois séances en février 2019. Je me réfère donc au compte-rendu qui en découle. Samia est alors âgée cinq ans et sept mois et est accompagnée de sa mère. Madame relate que Samia a beaucoup progressé dernièrement mais qu'elle peut se montrer encore agitée ce qui la rend alors peu disponible aux apprentissages. Elle rajoute que Samia peut être opposante dans certaines situations comme lors de l'habillage. Samia parle beaucoup et a un imaginaire très riche. Elle s'en sert dans ses jeux ou pour raconter des histoires qui peuvent être difficilement compréhensibles par les adultes. Madame relève également des difficultés au niveau des équilibres.

#### **3.2.1. Relation et comportement**

Samia prend plaisir à venir aux séances de psychomotricité. Elle se montre assez à l'aise et se situe d'ailleurs à une distance relationnelle assez proche qui n'est pas toujours adaptée à la situation. Elle accepte l'ensemble des épreuves du bilan. A la fin de ces dernières, sa concentration peut baisser et elle s'empresse alors de finir ce qui lui est demandé. Il est alors difficile de savoir si cela relève d'une difficulté instrumentale ou de maintien de son attention. Lorsque Samia est dans une situation difficile, elle utilise son imaginaire pour détourner l'adulte. Elle semble présenter une potentielle anxiété de performance en attachant beaucoup d'importance à ce qui va être rapporté à sa mère de ce bilan. Elle essaye aussi très souvent de maîtriser les situations en acceptant de réaliser les épreuves seulement à sa manière (choix des consignes ou du matériel utilisé).

### **3.2.2. Posture et motricité globale**

Samia présente une tendance à l'hypertonie notamment au niveau du haut du corps qui est peu engagé dans les mouvements.

La cotation des épreuves de viser/attraper du MABC-2 (Barnett et al., 2016) met en évidence les compétences de Samia sur le plan des coordinations même si les mouvements sont, pour la plupart, assez tendus.

Au niveau des équilibres, des difficultés sont observées. En effet, lors des épreuves d'équilibres du MABC-2 (*Ibid.*), Samia ne reste pas immobile et bouge continuellement.

### **3.2.3. Dextérité manuelle et graphisme**

La latéralité de Samia est confuse. Elle alterne encore de main pour les épreuves de dextérité manuelles du MABC-2 (*Ibid.*). Les coordinations bi-manuelles sont, d'ailleurs, assez difficiles. Concernant les coordinations oculo-manuelles, le regard de Samia suit peu son geste. En effet, elle a tendance à regarder le visage ou les yeux de la personne près d'elle, même en pleine réalisation d'un mouvement.

Samia change très souvent de stratégie pour réaliser une épreuve. La contrainte temporelle paraît être difficile pour elle. Samia peut alors avoir des réactions de prestance et une tension au niveau du visage (sourire tendu).

Au niveau du graphisme, la réalisation des pré-scripturaux montre que le geste de Samia est assez tendu mais se détend au fil de la page. Elle ne prend pas appui sur la table avec la main avec laquelle elle écrit et ne se sert pas de l'autre main pour tenir sa feuille. L'épreuve de copie de figure de la NEPSY II (Korkman et al., 2012) confirme ces difficultés concernant le geste graphique. Sarah connaît les lettres de son prénom mais ne les écrit pas dans l'ordre et souvent en miroir.

### **3.2.4. Schéma corporel et image du corps**

Au dessin du bonhomme (Goodenough, 1926), Samia se situe dans une moyenne d'âge de six ans. Cependant, Samia part rapidement dans son imaginaire et commence à raconter une histoire. Elle dessine sur la feuille deux autres bonhommes dont les limites corporelles sont peu claires. De plus, nous pouvons

ressentir dans son tracé un certain éparpillement. Concernant les somatognosies, Samia connaît toutes les parties du corps attendues pour son âge.

### **3.2.5. Organisation spatio-temporelle**

Samia connaît les notions spatiales et temporelles de base. Le score aux épreuves de rythme de Mira Stambak (1951) est au-dessus de la moyenne de son âge. Samia est compétente dans son organisation rythmique à condition de solliciter régulièrement son attention.

Cependant, la cotation des différentes épreuves de la NEPSY II (Korkman et al., 2012) montre que Samia présente des difficultés praxiques notamment dans l'imitation de gestes. De par ses difficultés de concentration, elle se perd dans les séquences motrices à reproduire. Les praxies visuo-constructives sont aussi chutées, particulièrement celles en deux dimensions. Les praxies visuo-spatiales, quant à elles, sont en accord avec son âge.

### **3.2.6. Cognitif**

Samia comprend bien les consignes mais elle doit fournir beaucoup d'effort pour maintenir son attention tout au long du bilan et a souvent besoin d'étayage pour cela.

### **3.2.7. Conclusion et projet thérapeutique**

Pour conclure, Samia fait preuve de réelles capacités dans différents domaines psychomoteurs. Elle fournit beaucoup d'effort pour répondre à la consigne. Elle peut, d'ailleurs, se montrer anxieuse au sujet de son travail en ayant, par exemple, peur de se tromper. Samia a des difficultés à maintenir sa concentration sans l'aide de l'adulte et a tendance à partir dans son imaginaire. La distance relationnelle est peu adaptée : Samia peut se montrer trop proche de l'adulte et regarder longuement dans les yeux. Elle peut aussi rapidement parler de son intimité familiale. Samia présente des difficultés de régulation tonico-émotionnelle qui se manifestent par une hypertonie globale. Ces dernières impactent ses équilibres et l'ensemble de sa motricité. Une certaine agitation ainsi qu'une impulsivité sont également relevées.

Suite à ce bilan, un suivi en psychomotricité est alors proposé à Samia et ses parents selon les axes thérapeutiques suivants :

- Enrichir l'expérimentation autour de la structuration psychocorporelle afin d'améliorer les capacités de motricité globale et fine ainsi que le graphisme.
- Soutenir les capacités de contenance pour favoriser la concentration et réduire l'impulsivité et l'agitation psychomotrice.
- Offrir un espace d'expression corporelle et d'élaboration autour du vécu corporel et des émotions afin de favoriser l'émergence d'une régulation tonico-émotionnelle harmonieuse.
- Travailler autour de la motricité fine et du graphisme.
- Renforcer la confiance de Samia en ses compétences.

Je vais à présent relater ma rencontre avec Samia et certaines séances de psychomotricité auxquelles j'ai participé d'octobre à décembre 2019.

### ***3.3. Notre rencontre et les premières séances en psychomotricité***

Je rencontre pour la première fois Samia le 2 octobre 2019 suite à son accord quant à ma participation à ses séances de psychomotricité. Je vais la chercher avec ma maîtresse de stage dans la salle d'attente où elle est avec sa mère. Samia est petite pour son âge, elle est assez menue. Elle a de très longs cheveux bruns qui sont toujours attachés et coiffés par de petits nœuds de couleur. Je sens Samia assez tendue, elle semble impressionnée et me regarde avec insistance. Elle sourit de manière crispée, se tord les mains et se mordille les doigts. Samia aura ce comportement réservé presque à chaque début de séance. Dans le couloir menant à la salle de psychomotricité, Samia commence à nous raconter certains événements de sa semaine mais sans réels liens entre eux, ni ordre chronologique. A ce sujet, Samia interrompt souvent les séances par ses récits qu'elle accompagne de balancements de bras d'avant en arrière et de mouvements d'épaules. Nous lui demandons alors de terminer cela plus tard afin qu'elle reste concentrée sur les propositions. Dans les séances avec Samia, ma maîtresse de stage a instauré un tour de rôle dans le choix des jeux. Nous commençons alors cette première séance par la construction d'une cabane dans laquelle Samia joue avec des instruments de

musique. Samia propose ensuite de jouer au conte du « Petit chaperon rouge ». Elle me donne le rôle de la maman, de la grand-mère et du chasseur, à ma maître de stage celui du loup et elle-même joue le petit chaperon rouge. Lors de ce jeu, j'ai remarqué qu'il est difficile pour Samia d'exprimer ses émotions. Ses expressions peuvent aussi être en décalage avec ses ressentis : elle peut rire alors que la situation lui fait peur. Cette séance se finit par une danse entre ma maître de stage et Samia. Dans cette danse, elles sont face à face et positionnent leurs mains paumes face à face sans qu'elles ne se touchent. L'une d'entre elles initie un mouvement avec ses mains que l'autre doit suivre, puis les rôles sont inversés. Pendant cette danse, Samia respecte les consignes, elle est calme, concentrée et ne parle plus. Au cours de cette première séance, Samia alterne entre une distance relationnelle très proche ou très distante avec moi. Son sourire et son regard adhésif ainsi que sa posture très tendue m'ont déstabilisée. Je me suis alors sentie assez mal à l'aise et ne savais pas vraiment comment me positionner face à elle. Son éparpillement physique et psychique m'a impactée. En effet, je suis sortie de cette séance en ayant les idées assez confuses.

Au cours de la seconde séance, ma maître de stage propose à Samia deux jeux : le mime ou le jeu des statues. Samia choisit ce dernier et aide à installer le matériel. Le but de ce jeu est de se déplacer dans la salle au rythme de la musique et d'aller, le plus rapidement possible, sur la forme de couleur désignée par le maître du jeu à l'arrêt de la musique. J'y joue avec Samia et ma maître de stage prend le rôle du maître du jeu. La première musique est lancée et je commence donc à me déplacer mais Samia ne bouge pas. Ma maître de stage lui demande pourquoi. Samia répond qu'elle ne veut pas de cette musique. Ma maître de stage lui dit qu'elle changera de musique par la suite mais, que pour le moment, elle continue avec celle-ci. Samia persiste et refuse de continuer ce jeu. Elle demande à changer de jeu mais ma maître de stage lui rappelle les règles du tour de rôle dans le choix des jeux. Elle nous dit alors qu'elle veut retourner auprès de sa mère, ma maître de stage l'y autorise mais Samia ne quitte pas la salle. Samia commence alors à nous raconter des histoires en passant d'un sujet à un autre. Elle exprime aussi à demi-mots que ma présence la bouscule. Ma maître de stage rassure Samia en lui disant que ce n'est pas grave si elle ne veut rien faire aujourd'hui et qu'elle l'attendra tout de même la semaine prochaine car ce créneau lui est réservé. A la fin de la séance, nous raccompagnons Samia dans la salle d'attente et ma maître de stage explique à sa mère ce qu'il s'est passé tout en lui disant que ce n'est pas grave, que Samia avait sûrement besoin, aujourd'hui, de tester les limites du cadre de la séance.

Madame essaye de trouver diverses justifications à cette attitude. Il me semble alors qu'elle a du mal à accepter que sa fille puisse être en colère. Cette séance n'a pas été facile de mon côté par la remise en question que Samia fait de nos places à chacune. Comme pour la précédente séance, je ne savais pas comment me positionner face à elle. Sa persévérance dans le test des limites du cadre thérapeutique m'a impressionnée.

Lors de la séance avant les vacances de la Toussaint, nous allons chercher Samia dans la salle d'attente. Elle est alors en train de dessiner deux bonhommes représentants des filles sur le tableau. Dans la salle, nous reparlons à Samia de la précédente séance en lui disant que nous ne sommes pas fâchées contre elle suite à ce qu'il s'est passé. Ma maître de stage propose un jeu de mime des animaux. Pendant ce jeu, Samia me suit « à la trace » et imite tous mes gestes. Dans ces jeux d'expression corporelle, je constate que Samia est beaucoup dans l'imitation. Elle bouge comme moi ou ma maître de stage. Elle n'a pas vraiment sa propre expression corporelle. Elle se regarde aussi beaucoup dans le miroir qui est dans la salle. Samia propose ensuite de faire des tirs au panier de basket. Elle est très tendue au niveau du haut du corps et son axe est peu stable. En effet, elle tient peu en équilibre et dès que quelqu'un ou quelque chose la bouscule, elle vacille rapidement. Ma maître de stage lui propose alors de respirer avant de tirer. Grâce à ce conseil, Samia réussit plusieurs fois à mettre le ballon dans le panier. Nous accompagnons Samia dans la salle d'attente. Pendant que nous discutons avec sa mère, je l'observe et m'aperçois qu'elle dessine un troisième bonhomme fille au tableau à côté des deux précédents.

Après les vacances, nous commençons la séance par une marche dans la salle pendant laquelle nous devons mimer différentes sensations (le froid, le chaud, le vent...). Samia me suit durant les premières minutes puis se détache petit à petit de moi. Nous entamons ensuite une danse en ronde toutes les trois. Dans cette ronde, Samia ne tient pas sur son axe et se laisse porter. Ma maître de stage lui propose alors que nous la portions. Elle accepte et nous commençons par la balancer de droite à gauche en la tenant par les pieds et les épaules. Samia nous dit alors que cela lui fait penser aux moments de portage avec sa mère quand elle était petite. Nous lui suggérons ensuite de s'allonger sur un grand drap que nous tenons à chaque bout. Nous la balançons ainsi pendant plusieurs minutes. Lors de ce portage, Samia ne parle plus, elle continue de sourire de manière crispée mais l'expression de son visage change par moment. J'ai même cru qu'elle allait pleurer. Elle nous

regarde beaucoup et nous l'invitons alors à refermer le drap sur elle. Dès que nous la reposons au sol, Samia se remet directement à parler. Nous renouvelons ces moments de portage pendant les séances suivantes. Samia demandera également à ma maître de stage de la porter sur son dos et nous donnera la main dans le couloir pour que nous la faisons sauter. Après ce premier temps de portage, nous proposons à Samia de la tirer sur le drap dans la salle. Elle accepte et demande que ce soit moi qui la tire. Elle me demande de l'emmener dans un coin de la salle dont elle dit que c'est sa maison puis nous met, ma maître de stage et moi-même, chacune dans « nos maisons ». Elle nous propose ensuite de jouer l'histoire d'un bébé dont la maman l'a perdu. Elle donne le rôle du bébé à ma maître de stage et à moi, celui de la maman. Elle nous regarde jouer cette scène. Par la suite, elle prend le rôle du bébé qui s'est perdu par lui-même et je reste dans celui de la maman. Ce jeu m'a perturbée car je savais qu'il rejouait une partie de son histoire de vie et je ne savais pas comment réagir. J'ai essayé d'exprimer ce que pouvait ressentir la maman ou le bébé mais avec difficulté. L'heure de la fin de séance approche et ma maître de stage dit à Samia que nous devons nous arrêter. Samia met alors le drap, avec lequel nous avons joué, sur moi de manière à me cacher. Ma maître de stage lui dit qu'elle a peut-être peur que je parte et que c'est alors plus facile que ça soit elle qui me fasse disparaître de cette manière.

Fin novembre, suite à un temps de portage, Samia nous propose de nous faire un spectacle de marionnettes. Elle commence à jouer une scène dans laquelle un papa frappe son enfant. Ma maître de stage questionne Samia qui révèle que son père la frappe. Elle ne s'attarde pas dessus et reprend très rapidement le fil de son jeu. Cet événement est bien sûr transmis à son consultant qui en parle au père ainsi qu'à la mère qui dit que monsieur peut être menaçant mais qu'il ne frappe pas sa fille. Une information préoccupante est tout de même faite à ce sujet. Nous en discutons avec Samia la séance suivante en lui disant que les adultes n'ont pas le droit de frapper les enfants.

Lors de la séance avant les vacances de Noël, Samia ressort les marionnettes et me demande de faire un spectacle avec elle. Ma maître de stage est alors la spectatrice. Cette fois-ci, il est question d'une maman et de deux petites filles. Elle me donne le rôle de la maman et d'une des petites filles et joue le rôle de la seconde petite fille. Au cours du jeu, elle me demande la maman de quelle petite fille je suis et nous parle de « vraie » maman et de « fausse » maman. Samia est à ce moment dans une situation de confusion. Elle ne sait plus qui est qui, comment s'appellent les

marionnettes, ni comment je m'appelle et me confond avec ma maître de stage. Cette dernière lui propose alors que j'écrive l'histoire qu'elle veut jouer. Samia nous raconte alors l'histoire d'une petite fille et d'un ourson qui vont rendre visite à une maman et sa fille. Sur le chemin, ils rencontrent un coq qui les insulte et tape la petite fille qui meurt. Nous jouons cette histoire, Samia et moi, avec les marionnettes. Lors de la mort de la petite fille, Samia semble assez détachée de ses émotions et exprime peu la tristesse que les autres personnages peuvent ressentir.

Comme pour Alekseï, ce résumé des premières séances de psychomotricité permet de mieux se représenter Samia et d'avoir un aperçu de ses manifestations psychocorporelles.

Ne pas oser, se retenir de faire, d'exprimer, de ressentir, de parler. Ces manifestations que j'ai rencontrées, en particulier chez des enfants pendant mes stages, m'ont interpellées. Ces enfants semblaient bloqués dans leur corps, incapables d'exprimer leurs ressentis, leurs émotions, avoir peu confiance en eux. Leur vie quotidienne en était plus ou moins impactée. Puis, chez certains d'entre eux, cette retenue, qui durait depuis si longtemps, cédait parfois et laissait place à beaucoup d'agitation soudaine qu'elle soit motrice, verbale ou émotionnelle. Ils ne pouvaient plus tout garder en eux, ils devaient lâcher. Par la suite, la grande majorité de ces enfants retrouvaient un comportement de retenue et le cercle vicieux continuait. Cette association de manifestations d'agitation et de retenue dans différents domaines a attiré mon attention chez Samia et Alekseï. Au début, il m'a été difficile de qualifier les comportements que j'observais chez eux. Je me suis d'abord dirigée vers les termes d'impulsivité et d'inhibition mais aucun diagnostic à ce sujet n'avait été posé. Puis, j'ai pensé au mot « agitation » qui m'a semblé correspondre par son objectivité. J'ai eu davantage de difficultés à trouver un mot pour caractériser le comportement opposé à cette agitation. Dans un premier temps, j'ai envisagé d'utiliser le terme « rétention ». Mais ce dernier est associé à la théorie psychanalytique. J'ai aussi songé au mot « réserve ». Mais il ne me paraissait pas assez « fort » pour exprimer ce que je percevais. En cherchant des synonymes, j'ai trouvé le terme « retenue » qui m'a semblé convenir à mes observations. Nous allons à présent détailler ces notions d'agitation et de retenue.

## II- L'agitation

### 1. Définition

Dans le dictionnaire, le terme « agitation » est défini par « *l'état d'une personne en proie à des émotions et à des impulsions diverses et qui ne peut rester en repos.* » (Le Robert maxi plus, 2016, p. 22). Si nous cherchons la définition du verbe « s'agiter », nous pouvons trouver : « *Exécuter des mouvements désordonnés ; manifester un grand trouble intérieur par de l'agitation, être vivement excité.* » (Larousse, s. d.). Nous remarquons dans ces définitions que l'agitation peut être de différentes natures aussi bien motrice, émotionnelle ou encore cognitive. Elles résument ce que Samia et Alekseï présentent dans les moments d'agitation. En effet, j'ai constaté que leurs idées fusent, leur motricité est impulsive et désorganisée. Ils sont alors dans un état d'excitation globale. Comme le mentionne également la dernière définition, leur agitation semble exprimer un état de confusion qu'ils vivent et qu'ils ne peuvent pas encore manifester d'une autre manière.

Chez le jeune enfant, il est ordinaire de retrouver une certaine agitation globale durant ses premières années de vie. Cette agitation est physiologique. A sa naissance, le bébé présente une bipolarité tonique. Son tronc est hypotonique alors que ses membres sont, eux, hypertoniques. Il ne contrôle pas encore sa motricité qui est impulsive. Progressivement, grâce à la maturation neurologique associée à l'étayage du milieu humain, le bébé atteint un équilibre tonique. Il maîtrise alors davantage ses mouvements et acquiert de nouvelles capacités motrices. Le bébé peut alors mettre en place des comportements d'interaction et d'exploration de l'environnement. (Robert-Ouvray, 2007)

L'activité motrice chez l'enfant est indispensable pour son développement psychologique. C'est tout d'abord une « *source de plaisir* » (Touati In Joly, 2005, p. 49) par laquelle il peut décharger ses pulsions. Comme l'indique le psychologue Jean Piaget dans sa théorie sur le développement cognitif, la pensée de l'enfant naît de son action (1984). Ainsi, quand l'enfant grandit, il maîtrise sa motricité et agit davantage sur son environnement, par étayage, il organise sa pensée. Le mouvement de l'enfant est aussi un moyen d'expression notamment quand il n'a pas encore acquis le langage. Un bébé qui s'agite peut le faire pour interpeller la personne en face de lui.

Cependant, quand cette agitation perdure et retentit sur les fonctionnements social, scolaire, relationnel, elle devient pathologique. L'enfant peut alors présenter différents troubles qui impactent ses apprentissages, ses relations, sa motricité. De nombreux termes sont utilisés pour qualifier l'agitation pathologique tels que l'hyperactivité ou l'instabilité. L'agitation dérange souvent l'entourage de l'enfant comme ses parents ou ses enseignants. Elle est donc un motif fréquent de consultation chez les professionnels prenant en charge les enfants. Mais n'oublions pas qu'une agitation qui nous paraît pathologique aujourd'hui, ne l'était peut être pas il y a quelques décennies ou ne le sera plus dans le futur. En effet, comme nous le rappelle Bernard Golse, pédopsychiatre et psychanalyste, les classifications nosographiques dépendent du contexte donné (In Joly, 2005). La société est plus ou moins tolérante à l'égard de l'agitation des enfants, les critères éducatifs évoluent ainsi que la représentation de l'enfant.

## 2. L'évolution des descriptions

Depuis longtemps, l'agitation pathologique chez l'enfant est un sujet important en pédopsychiatrie. Dès le XIXe siècle, le médecin Désiré-Magloire Bourneville commence à élaborer la description sémiologique de ce trouble. Par la suite, le psychologue et neuropsychiatre Henri Wallon s'intéresse aussi à ce sujet. Dans son livre *L'enfant turbulent* (1984), il utilise le terme d'instabilité pour définir l'agitation. A partir de l'analyse de cas cliniques, il regroupe divers troubles moteurs et psychiques selon les différentes lésions des centres nerveux qui seraient à leur origine. Wallon décrit trois formes d'instabilité motrice et psychique : les instabilités asynergique, d'hypertonie réflexe et subchoréique. Dans un article ultérieur, il ajoute l'instabilité posturo-psychique (1963). Dans ce même article, Wallon, qui suppose dans un premier temps que l'instabilité est principalement d'origine organique, mentionne que le milieu humain de l'enfant joue également un rôle dans sa survenue.

Quelques années après, Julian de Ajuriaguerra, psychiatre et psychanalyste, reprend ce même sujet. Il distingue deux formes d'instabilité. La première se caractérise par des « *troubles moteurs prévalents ou forme subchoréique* » (1980, p. 272). Son origine serait la permanence de l'hyperactivité du tout-petit qui disparaît normalement avec l'âge. Les troubles de l'affectivité semblent tenir une place moins importante dans cette première forme. La seconde forme, dite « *caractérielle avec arriération affective et modification de la motricité expressionnelle* » (*Ibid.*), serait davantage en lien avec le milieu dans lequel l'enfant vit.

Les enfants présentant une agitation pathologique ont souvent des troubles du tonus. Ainsi, Jean Bergès, neuropsychiatre et psychanalyste, distingue deux catégories d'enfants : les instables avec état tensionnel, qui présentent une hypertonie, et les instables avec état de déhiscence, qui sont, au contraire, sur un versant hypotonique (2004).

### 3. Les classifications actuelles

Aujourd'hui, les professionnels peuvent se référer à différentes classifications pour qualifier l'agitation pathologique qu'ils observent chez leurs patients. La cinquième version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) fait mention du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) qui est répertorié dans les troubles neurodéveloppementaux (American psychiatric association, 2016, pp. 28-31). Le DSM-5 caractérise le TDA/H par une triade symptomatique : inattention, hyperactivité et impulsivité. Ces symptômes doivent être présents dans au moins deux environnements différents et impacter le fonctionnement du sujet.

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) différencie les troubles de l'attention sans hyperkinésie, qu'elle classe dans les troubles cognitifs et des acquisitions scolaires (Botbol et al., 2012, p. 53), et ceux avec hyperkinésie (correspondant au TDA/H), qu'elle référence dans les troubles des conduites et du comportement (*Ibid.* p. 57). Selon cette classification, le TDA/H s'exprime sur un versant psychique par des difficultés d'attention, une désorganisation dans les activités cognitives et une impulsivité. Ainsi que sur un plan moteur avec une hyperactivité ou une agitation motrice. Les relations sociales sont également impactées par une absence d'inhibition, de réserve et de retenue.

Enfin, la dixième version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) décrit un trouble hyperkinétique (Organisation mondiale de la santé, 1992, p. 234) mais la onzième version provisoire de cette classification préconise d'utiliser aussi le terme de TDA/H.

#### 4. Les étiologies possibles

Deux visions causales de l'agitation ont vu le jour. La première suit le modèle psychodynamique freudien qui prend en compte les facteurs essentiellement exogènes tels que les relations précoces mère-enfant, l'environnement familial et les problématiques parentales. Dans cette lignée, Bergès (2004) propose que cette agitation ait un lien avec une défaillance dans les enveloppes corporelles. D'autres auteurs évoquent une difficulté à constituer la fonction de pare-excitation et donc à canaliser les pulsions. L'excès de mouvement permettrait aux patients de retrouver, durant un temps, cette fonction (Voyazopoulos, 2001). L'agitation peut également être l'expression d'une fragilité narcissique et d'une dépression chez l'enfant (Croas, 2008).

La seconde vision suit davantage un modèle organiciste que Wallon (1984) avait commencé à construire. Les facteurs endogènes, c'est-à-dire tout ce qui se rapproche de la neuropsychologie de l'enfant, sont davantage pris en considération. Ainsi, les scientifiques postulent que l'agitation serait l'expression d'un déficit du contrôle et/ou de la planification motrice (Laporte, 2003). L'origine serait un déficit en catécholamines (noradrénaline et dopamine) entraînant un dysfonctionnement des voies sous cortico-frontales qui gèrent les fonctions exécutives (ensemble des processus responsables de la régulation et du contrôle de l'activité cognitive, motrice ou émotionnelle) et l'attention. Cela supposerait donc la possibilité de suppléer ce manque par la mise en place d'un traitement. D'autres scientifiques proposent l'hypothèse que certaines lésions minimales du cerveau pourraient aussi expliquer l'agitation pathologique (Voyazopoulos, 2001).

### III- La retenue

#### 1. Définition

Dans le dictionnaire, le terme « retenue » est défini par « *le fait de retenir ou de se contenir* » (Le Robert maxi plus, 2016, p. 925). Si nous cherchons ensuite le terme « retenir », nous pouvons trouver des expressions telles que « *garder pour soi* », « *ne pas laisser passer* » ou « *s'empêcher d'émettre* » (*Ibid.*). La retenue peut concerner l'ensemble des domaines psychomoteurs. Ces définitions caractérisent ce que j'ai observé chez Alekseï et Samia. En effet, ils peuvent retenir leurs émotions, leurs paroles ou encore leurs mouvements.

La retenue est une acquisition que l'enfant fait au cours de son développement psychomoteur. En effet, comme nous l'avons vu dans la partie sur l'agitation<sup>4</sup>, le jeune enfant est assez impulsif pendant ses premières années de vie. Puis, grâce à la maturation neurologique et à l'étalement de son environnement, il trouve un certain équilibre entre l'agitation et la retenue. Il contrôle davantage sa motricité et fait preuve d'attention.

La retenue devient pathologique quand elle entrave le développement de la personne et se répercute dans son quotidien. Chez l'enfant, la retenue est un comportement qui dérange peu l'entourage. En effet, l'enfant parle peu, est calme. Il est donc assez rare qu'un enfant soit orienté vers une prise en charge pour ce motif. La retenue pathologique semble moins intéresser les auteurs, contrairement à l'agitation, au vu du peu de références bibliographiques qui existent à ce sujet.

## 2. L'évolution des descriptions

Quelques auteurs ont tout de même travaillé autour de la notion de retenue pathologique comme Bergès et Ajuriaguerra. Tous les deux utilisent le terme d'inhibition pour l'évoquer. L'inhibition fait partie des fonctions exécutives. C'est un processus physiologique normal et essentiel qui se caractérise par le ralentissement d'une fonction motrice, psychique ou physiologique. Elle permet l'ajustement de la motricité, le contrôle et l'adaptation du comportement. L'inhibition peut toucher un seul ou l'ensemble des domaines du fonctionnement de la personne : intellectuel, émotionnel, moteur, relationnel. Nous parlons alors d'inhibition psychomotrice, qui se définit par la mise en réserve des potentialités aboutissant à une réduction des moyens dont nous disposons pour faire face à une situation (Renault-Dulong, 2007). Le terme d'inhibition est présent seulement dans cette partie du mémoire. En effet, je ne l'utiliserai pas pour décrire les comportements d'Alekseï et Samia car l'inhibition apparaît *a minima* dans leurs manifestations et est rattachée à un diagnostic qui n'est pas posé chez eux.

Bergès (2004) différencie deux formes d'inhibition. La première forme est l'inhibition par suspension de l'initiative motrice qui se caractérise par une hypotonie. C'est le déclenchement de l'action qui est touché. La seconde forme est l'inhibition par hypercontrôle qui se caractérise par une hypertonie, des mouvements peu fluides et freinés. Cette dernière forme est accentuée sous le regard de l'autre.

---

4 Cf. *supra*. Partie II- 1. Définition p. 30

Ajuriaguerra distingue, lui, deux catégories de personnes : les « *grands inhibés sans ou avec peu de troubles moteurs* » et les « *grands inhibés gros débiles moteurs* » (2017, p.93). Les premiers présentent une paratonie transitoire avec des réactions de prestance se manifestant au repos et qui disparaissent souvent lorsqu'ils sont en action. Les seconds, eux, ont des raideurs, des blocages, des réactions de prestance ainsi qu'une paratonie permanente.

### **3. Les classifications actuelles**

Concernant les classifications, sur lesquelles les professionnels peuvent s'appuyer, la CFTMEA répertorie l'inhibition psychomotrice dans les troubles du développement et des fonctions instrumentales, plus précisément dans les troubles psychomoteurs (Botbol et al., 2012, p. 56). Selon cette classification, l'inhibition psychomotrice s'exprime par de la lenteur, une certaine raideur dans la posture, les attitudes et les mouvements accompagnée parfois de crampes. Dans cette même classification, l'inhibition est retrouvée dans « *les troubles névrotiques avec prédominance des inhibitions* » (*Ibid.* p. 34) quand elle est « *durable dans le domaine des apprentissages et des acquisitions intellectuelles* » (*Ibid.*).

Dans la CIM-10 l'inhibition est référencée dans les troubles spécifiques du développement moteur (Organisation mondiale de la santé, 1992, p. 222).

### **4. Les étiologies possibles**

Plusieurs visions causales existent pour l'inhibition. Comme pour l'agitation, les facteurs exogènes peuvent jouer un rôle dans la survenue de l'inhibition. Pour commencer, nous pouvons évoquer les milieux surprotecteurs dans lesquels la réponse aux besoins de l'enfant arrive trop vite ou que ces derniers sont anticipés. L'enfant a alors peu de place pour exprimer ses envies, ressentir un désir et peut ainsi présenter une certaine passivité, des difficultés à penser par lui-même ou à prendre des décisions. Nous pouvons aussi mentionner les milieux trop rigides dans lesquels l'individu craint de s'exprimer de peur de franchir les limites fixées. (Molbert, 2013)

Des carences affectives, des abandons ou des séparations peuvent également expliquer l'inhibition. A ce sujet, André Green, psychiatre et psychanalyste, parle du complexe de la mère morte (1983). Le bébé ressent qu'il n'est pas l'objet d'attention de sa mère et culpabilise quant à ce désinvestissement

relationnel maternel. Il essaye dans un premier temps de solliciter sa mère, puis cesse quand il voit que cela ne fonctionne pas. Il peut alors se retirer de la relation et désinvestir les domaines affectifs et représentatifs. Dans ce cas, l'inhibition est un mécanisme de défense.

Au niveau psychodynamique, nous retrouvons les théories du père de la psychanalyse, Sigmund Freud (2009). Tout d'abord, nous pouvons aborder l'autopunition (*Ibid.*) qui reprend l'hypothèse d'un milieu surprotecteur ou trop sévère. Le Surmoi de l'enfant, défini dans la seconde topique de Freud (2015) et qui est constitué par l'intégration des interdits, peut s'identifier au Surmoi trop rigide des parents et devenir autoritaire. L'enfant renonce à la réalisation de la fonction sous la pression du Surmoi afin d'éviter un conflit avec cette instance psychique ainsi que le sentiment de culpabilité et l'angoisse que cela aurait pu entraîner.

Freud (2009) suggère aussi la possibilité d'un conflit psychique entre le Moi et le Ça. Le Moi est défini dans la seconde topique de Freud (2015) comme la partie de la personnalité la plus consciente en lien avec la réalité extérieure. Il a un rôle de régulateur et de médiateur entre le Ça (siège des désirs et des pulsions) et le Surmoi. Ce conflit entre le Moi et le Ça résulte de la survenue de pulsions intolérables pour le sujet. Pour éviter leur émergence et la production d'angoisse et/ou de culpabilité, la personne refuse de s'y soumettre et de les satisfaire en se coupant du monde extérieur et de sa vie psychique (émotionnelle, affective, cognitive).

L'inhibition peut aussi découler de l'implication du Moi dans une tâche psychique, telle que le deuil ou la dépression, à laquelle il consacre beaucoup d'énergie psychique. Il restreint donc cette dernière aux autres domaines (motricité, fonctions intellectuelles...) (Freud, 2009).

Les facteurs endogènes sont également à prendre en compte. Les hypothèses vont dans le sens d'une défaillance somesthésique (sensibilité du corps) qui entraînerait une perte de plaisir pour le mouvement, d'un déficit en dopamine et noradrénaline qui occasionnerait un ralentissement psychomoteur, d'un défaut de régulation entre les réflexes myotatique et myotatique inverse qui provoquerait une dérégulation tonique impactant la réalisation des mouvements, ou encore d'un stress prolongé qui conduirait à une perturbation des connexions neuronales entre les aires motrices et le système limbique entravant la prise de décision. (Molbert, 2013)

Aujourd'hui, comme le souligne le professeur Pierre Fourneret (In Joly, 2005), il est difficile de comprendre l'agitation et la retenue en excluant un modèle causal plutôt qu'un autre tant l'intrication des facteurs endogènes et exogènes est importante. Il faut essayer d'avoir une vision globale de ces comportements et du fonctionnement de l'enfant. Les liens corps-psyché, importants en psychomotricité, ont ici toute leur place et nous comprenons l'importance de l'approche psychomotrice auprès des enfants présentant ces comportements.

La retenue et l'agitation peuvent être perçues comme deux manifestations opposées. Pourtant, elles peuvent coexister au sein d'un même sujet, ce qui est le cas pour Alekseï et Samia. A présent, nous allons nous intéresser au concept de l'enveloppe psychocorporelle qui va apporter un nouveau regard de compréhension sur ces comportements.

## **IV - L'enveloppe psychocorporelle**

### **1. La notion d'enveloppe psychocorporelle**

L'image de l'enveloppe amène à cette notion de limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est contenu à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur, tout en permettant un échange entre ces espaces.

Nous retrouvons les prémices du concept d'enveloppe dans les écrits psychanalytiques. Avec la notion de Moi, Freud (2015) tend à s'en approcher en disant que le Moi est une structure limitante et contenante du psychisme. D'autres auteurs utilisent aussi le concept d'enveloppe. Mais il semble que ce soit le psychanalyste Didier Anzieu qui a, pour la première fois, mentionné le terme d'enveloppe dans son ouvrage *Le Moi-peau* (2006).

L'enveloppe était d'abord comprise comme une enveloppe psychique qui englobait l'appareil psychique. Par la suite, les auteurs ont précisé l'étayage de l'enveloppe psychique sur les expériences corporelles. Ainsi, Freud écrit dans son livre *Le Moi et le ça* (2015) : « *Le Moi est avant toute chose un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais aussi la projection d'une surface.* » (p. 254). Puis, il précise en note de bas de page : « *Le Moi est finalement dérivé de sensations corporelles, au premier chef de celles qui sourdent dans la surface du corps. Il peut donc être considéré comme la projection psychique de la surface du corps [...]* » (*Ibid.*).

Dans cette continuité, Paul Schilder (1968), psychiatre et psychanalyste, s'appuie sur la théorie de la Gestalt. Selon lui, la psyché investit une forme (Gestalt) pour encadrer l'ensemble des mouvements qui la traversent au niveau biologique, fantasmatique ou relationnel. Cette Gestalt c'est notre corps. Ainsi, Freud et Schilder mettent en évidence l'importance de l'étayage du psychisme sur le corps. Dans son livre *Le Moi-peau* (2006), Anzieu, qui s'intéresse davantage au contenant qu'au contenu du psychisme, établit ce lien psychocorporel en écrivant « *Toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental.* » (p. 119). C'est sur ce lien psychocorporel que se base la psychomotricité. Par un travail corporel, nous permettons au patient de trouver un appui pour développer sa vie psychique. Inversement, un travail davantage psycho-affectif, lui permet de s'épanouir corporellement. Grâce à ce lien psychocorporel, nous comprenons la notion d'enveloppe psychocorporelle. A présent, nous allons nous intéresser à la constitution de cette enveloppe.

## 2. Les premières enveloppes

Dès les premiers instants de vie, une enveloppe biologique se construit. L'embryon est formé de trois couches : endoderme, mésoderme et ectoderme. Chacune d'entre elles va former les différents organes du futur bébé. Il est d'ailleurs intéressant de relever que la peau et le système nerveux ont une origine commune.

### Figure 1

*Schéma représentant les trois couches de l'enveloppe embryonnaire et leur devenir en tant qu'organes.*

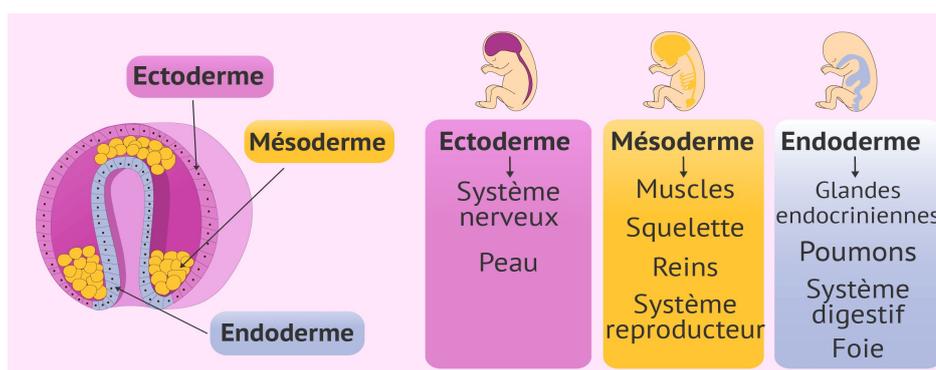


Figure 1 – Gastrulation et développement des organes du bébé. Reproduit à partir du « Deuxième mois de grossesse: symptômes et formation des organes » par Salavador, Z., & Gutton, I., (2018, 27 août). Consulté sur <https://www.invitra.com/fr/deuxieme-mois-de-grossesse/gastrulation-et-developpement-des-organes-du-bebe/>

Cette enveloppe, qui forme l'embryon, est déjà en interaction avec son milieu. En effet, pendant la grossesse, l'embryon, qui devient par la suite un fœtus, est enveloppé par l'utérus. L'enveloppe utérine lui transmet un grand nombre d'informations telles que les variations toniques de la mère, les sons internes et externes, les changements de luminosité. Elle lui permet d'établir un premier dialogue avec sa mère. Ces informations éveillent le système sensoriel du bébé et laissent des traces en lui. L'enveloppe utérine soutient physiquement le bébé mais aussi psychologiquement. En effet, en reprenant les propos d'Anzieu, la pédopsychiatre et psychanalyste Christine Anzieu-Premmereur dit que cette enveloppe « *fournit l'ébauche d'un contenant psychique ; il est vécu comme le sac qui maintient ensemble les fragments de conscience du début de la vie* » (2001, p. 35). Ainsi, cette première enveloppe contient les prémices du Moi qui sont encore désorganisés. A la naissance, le bébé quitte l'enveloppe utérine et arrive brusquement dans un nouveau monde. Ces changements sont un chamboulement pour le bébé d'où son besoin d'être accompagné par son entourage familial pour les vivre.

L'enveloppe embryonnaire et l'enveloppe utérine participent donc, dans un premier temps, à la constitution de l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant. Mais d'autres enveloppes, que nous allons à présent détailler, les complètent.

### **3. Les enveloppes sensorielles**

La sensorialité est fondamentale dans le développement psychomoteur de l'enfant. Elle est la base des apprentissages, de la perception de soi et de la possibilité d'action sur le monde. William et Schellenberger ont d'ailleurs mis en évidence son importance en réalisant la pyramide des apprentissages<sup>5</sup>. La sensorialité est également un soubassement de l'enveloppe psychocorporelle. En effet, cette dernière est formée de différentes enveloppes sensorielles que nous allons maintenant aborder.

#### **3.1. L'enveloppe tactile et le Moi-peau**

Le tact est le premier sens qui apparaît dans le développement embryonnaire (quatrième semaine de développement). C'est donc principalement sur sa peau que le bébé va recevoir l'ensemble des stimulus de l'environnement.

---

5 Cf. *infra*, Annexe A, p. I

Anzieu parle de cette enveloppe tactile en introduisant la notion du Moi-peau qu'il définit comme :

*Une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif. (2006, p. 61)*

Le Moi-peau est pour lui le rassemblement d'expériences précoces que va vivre le bébé dès ses premiers instants de vie. Pour cela, un contact corporel de qualité entre l'enfant et sa mère est important car riche en stimulations diverses : « *l'enfant acquiert la perception de la peau comme surface grâce aux expériences de contact de son corps avec le corps de sa mère dans le cadre d'une relation sécurisante d'attachement avec elle* » (Anzieu, 2006, pp. 59-60).

Ces expériences précoces permettent au bébé de fantasmer une peau psychique commune entre lui et sa mère (Anzieu, 2006). Puis cette peau se différencie et le bébé intègre la distinction Moi/non-Moi. Il s'ouvre alors sur l'environnement extérieur à sa mère. Le bébé commence à se construire sa propre enveloppe. « *S'individuer, se séparer du corps de l'autre pour se constituer sa propre enveloppe est donc un processus développemental complexe.* » (Rossignol, 2015, p. 83)

Grâce au sens tactile, les émotions, les affects et les pensées de l'enfant vont pouvoir se lier entre eux et s'organiser. Ainsi, la peau a toute son importance dans la constitution du psychisme de l'enfant : « *La peau fournit à l'appareil psychique les représentations constitutives du Moi et de ses principales fonctions.* » (Anzieu, 2006, p. 119). Anzieu rajoute d'ailleurs qu'à partir de ce Moi-peau, le Moi-pensant de l'enfant peut alors se développer en s'étayant dessus (1994).

L'intégration de l'enveloppe corporelle formée par la peau qui contient l'organisme va permettre la formation d'une enveloppe psychique qui contient l'appareil psychique. Ajuriaguerra (1989) résume ainsi les fonctions de la peau en disant que cette dernière est une enveloppe contenante, protectrice et faisant office de frontière.

### 3.2. L'enveloppe visuelle

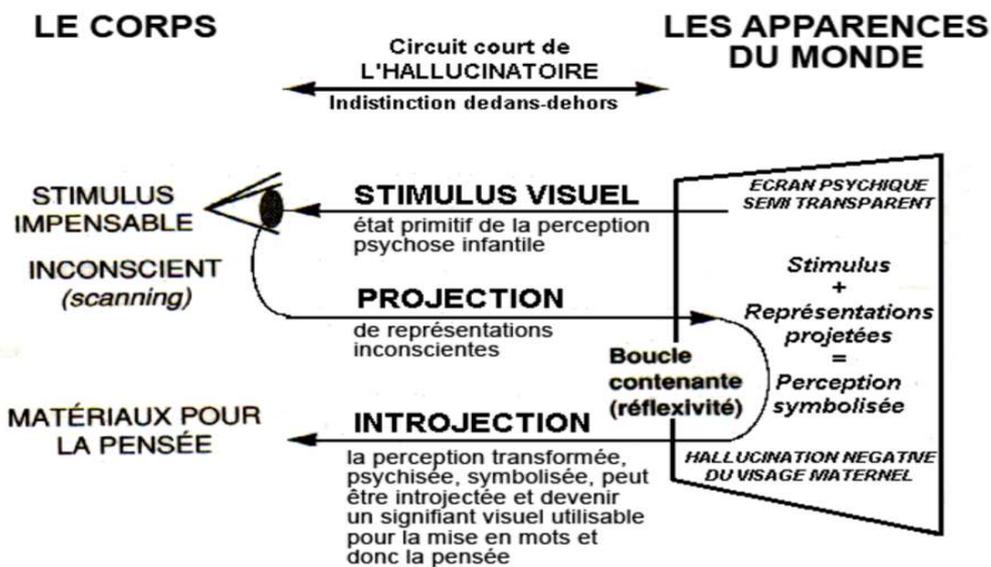
Dans la continuité de l'enveloppe tactile abordée par Anzieu, le psychanalyste Guy Lavallée propose le concept d'enveloppe visuelle (1999). Selon lui, cette enveloppe, qui est un « *dispositif psychophysiologique contenant et symbolisant "cadrant et écran"* » (1995, p. 430), permet de « *psychiser nos perceptions et les rendre supportables* » (*Ibid.*).

Avant de décrire cette enveloppe visuelle, il est nécessaire d'expliquer les phénomènes hallucinatoires évoqués par Lavallée (2003). Selon lui, l'hallucinoire est « *la première activité psychique du bébé* » (*Ibid.* p. 59). En effet, dans les premiers moments de vie du bébé, la mère s'adapte à ce dernier, par exemple en l'allaitant au moment où il a faim. Le bébé pense alors qu'il est lui-même créateur du sein qu'il désire à ce moment-là. Donald Woods Winnicott, pédiatre et psychanalyste, décrit cela avec son concept d'objet trouvé/créé (1975a, p. 44). Il s'agit ici du phénomène d'hallucination positive que Lavallée situe du côté des contenus (*Ibid.* p. 60). Le visage maternel joue alors le rôle d'un « *miroir hallucinoire et positif [...] reflétant mimétiquement les éprouvés du bébé* » (Lavallée, 2003, p. 70). Winnicott rajoute, dans son ouvrage *Jeu et réalité* (1975b), que ce dernier soutient la construction de la subjectivité. Quand le bébé a suffisamment introjecté sa mère et le plaisir lié à ce moment d'adaptation, le signe de l'hallucinoire s'inverse. La mère tend à s'effacer au dehors. Le miroir hallucinoire positif se négative pour former un « *écran psychique hallucinoire négatif pare-excitation et surface d'inscription* » (Lavallée, *Ibid.*). C'est le phénomène d'hallucination négative que Lavallée situe du côté des contenants. Habituellement, cet équilibre entre hallucination positive et hallucination négative se régule par lui-même (Lavallée, *Ibid.* p. 60). Mais il est possible de trouver, dans la pathologie, un défaut de régulation du phénomène hallucinoire qui impacte la construction du sujet.

A présent, nous pouvons développer la notion d'enveloppe visuelle. Selon Lavallée (1999), cette dernière est constituée d'une double boucle contenant et subjectivante qu'il représente dans le schéma suivant.

Figure 2

Schéma représentant la double boucle contenante et subjectivante.



**Attention:**

1. les trois flèches du bas devraient être superposées;
2. c'est évidemment l'effet du constat perceptif, du fantasme projectif et de l'hallucinoire que de situer à l'extérieur l'opération de symbolisation.

Figure 2 – Schéma de la double boucle et de l'écran contenant et subjectivant de la vision. Reproduit à partir de « L'enveloppe visuelle du Moi » par Lavallée, G., 1999, p. 17, Paris, France : Dunod.

Pour commencer, le stimulus visuel frappe la rétine et éveille des représentations inconscientes. Ces dernières sont projetées sur l'écran psychique hallucinatoire négatif. La superposition des représentations et du stimulus visuel sur cet écran entraîne une opération symbolisante qui transforme le stimulus initial en un matériau psychique sans danger pour le psychisme du sujet. Ainsi, l'introjection de ces éléments psychiques peut être réalisée.

Dans les premiers temps, c'est le visage de la mère qui joue le rôle d'écran psychique hallucinatoire négatif pour le bébé (Lavallée, 1999, p. 22). Ce rôle de la mère reprend la théorie contenant-contenu du psychiatre et psychanalyste Wilfred Bion (2003) qui sera détaillée dans une partie suivante<sup>6</sup>. Petit à petit, le bébé « constituera un écran psychique qui perdurera en l'absence de la mère » (Lavallée, 1999, p. 18).

6 Cf. *infra*. Partie IV- 4. Le rôle de l'environnement p. 48

Selon Lavallée (1999), l'enveloppe visuelle a une fonction de pare-excitation en protégeant le sujet des stimulus visuels et de l'excitation interne associée. Elle forme aussi une barrière de contact en liant et différenciant l'interne et l'externe, le dedans et le dehors. Enfin, elle sert de contenant en permettant de contenir et transformer des éléments bruts en un matériel psychique pensable.

### **3.3. L'enveloppe sonore**

Cette partie va être consacrée à l'enveloppe sonore décrite, dans un premier temps par Anzieu dans *Le Moi-peau* (2006), puis reprise par Édith Lecourt, musicienne, musicothérapeute et psychanalyste (2003).

Selon cette dernière, l'enveloppe sonore est constituée de deux faces : l'une externe, appelée musicale, formée des sons de l'environnement et l'autre interne, appelée verbale, constituée des sons que le bébé produit. Elles sont liées entre elles par le matériel sensoriel sonore, le groupe d'où elles proviennent et l'intensité de la maîtrise que nécessite le vécu sonore. Afin que cette enveloppe se construise, Lecourt explique qu'il faut que « *la mentalisation du vécu sonore s'étaye sur des expériences tactiles et visuelles* » (*Ibid.* p. 246). Et que ce vécu soit mentalement élaboré par l'intégration de différents éléments tels que le bain sonore, la cavité sonore et le contrôle des sons de derrière.

Le bain sonore est très important pour le développement relationnel du bébé avec son entourage. En effet, les sons qui émanent du groupe (familial en premier) dans lequel est le bébé, lui confèrent un sentiment de contenance, de continuité et de protection. C'est dans ce bain sonore que la première communication émerge. Comme pour le visage maternel qui joue le rôle de miroir visuel, les paroles de la mère font office de miroir sonore pour le bébé. La mère met des mots sur ce qu'elle perçoit de son bébé. Ce dernier ressent qu'il est alors entendu en tant que sujet. Les paroles maternelles permettent également de mentaliser le vécu sonore du bébé.

La cavité sonore, appelée cavité buco-rhino-pharyngée, est aussi d'une importance cruciale. En effet, grâce aux expériences faites autour de cette cavité, le bébé comprend que certains sons proviennent de lui, de l'intérieur et que d'autres viennent de l'environnement, de l'extérieur. Les premières limites du Moi s'élaborent. Pour cela, l'association audition-toucher est primordiale. Le bébé découvre la sphère orale avec ses mains et fait des bruits avec sa bouche en testant différentes façons de positionner sa langue. L'exploration de la cavité sonore servira ensuite au

développement de la parole et plus particulièrement de la prononciation et de l'articulation. D'où l'hypothèse que certains troubles de la parole peuvent en partie prendre leur source à ce niveau-là. Cette cavité sonore questionne aussi le petit enfant autour de la fermeture et de l'ouverture de ses orifices. Ces derniers sont d'ailleurs en lien avec le besoin de l'enfant de contrôler les sons qui proviennent de derrière.

L'enveloppe sonore a donc une fonction de pare-excitation en protégeant des stimulus auditifs qui peuvent effracter. Elle sert aussi de contenant en permettant de retenir et de transformer des éléments sonores bruts en éléments mentalisables. Enfin, elle forme une barrière de contact en différenciant le dedans et le dehors tout en assurant la communication entre ces deux espaces.

### **3.4. L'enveloppe tonique**

Le tonus est la toile de fond de la posture et du mouvement. André Bullinger, psychologue, déclare d'ailleurs que « *la dimension tonique a une place importante, [...] comme point d'appui physique pour les fonctions instrumentales [...]* » (2004a, p. 34). Le tonus joue donc un rôle important dans le développement psychomoteur de l'enfant. Suzanne Robert-Ouvray, docteur en psychologie clinique, psychomotricienne et psychothérapeute, reprend cette idée avec sa théorie de l'étaiyage psychomoteur<sup>7</sup> (2019). Selon elle, il existe quatre niveaux étayés les uns sur les autres : le niveau tonique, le niveau sensoriel, le niveau affectif et le niveau représentatif. Chacun d'entre eux est caractérisé par la présence de deux pôles opposés. Au début de la vie du bébé, ces quatre niveaux sont amalgamés et reposent sur un fonctionnement bipolaire. C'est le premier système d'organisation psychocorporelle de l'enfant. Puis, grâce aux maturations neurophysiologique et psychique, que vit le bébé, associées au soutien de l'environnement, les niveaux se différencient et des positions intermédiaires émergent entre les pôles extrêmes. Le fonctionnement tend vers une ambivalence tonique, sensorielle, affective et représentative. L'enfant se différencie et acquiert alors la notion de l'objet total et du Moi total. Robert-Ouvray conclue en disant que « *notre corps s'organise et prend un sens pour nous, en même temps que notre psyché s'organise et prend un sens* » (s.d., p. 1).

---

7 Cf. *infra*, Annexe B, p. II

Le tonus est aussi le support des émotions. Wallon a d'ailleurs écrit « *les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire* » (1949, p.174). En effet, notre tonicité reflète nos affects. Ainsi, nous pouvons présenter une tonicité importante lors de moments de stress, d'anxiété mais aussi d'excitation, de plaisir. Au contraire, nous pouvons avoir une tonicité plus faible dans certaines situations de dépression, de manque de motivation mais aussi dans des états de détente, de calme. En reprenant les travaux de Wallon sur les réactions tonico-émotionnelles (*Ibid.*), Ajuriaguerra a mis au jour la notion de dialogue tonique qui est, selon lui, le « *processus d'assimilation, et surtout d'accommodation, entre le corps de la mère et le corps de l'enfant* » (2010, p. 314). C'est un moyen de communication entre le bébé et ses proches présent avant le développement de la parole et qui s'appuie sur le corps (Ajuriaguerra, 1980, p. 240). Quand la mère porte son bébé dans ses bras, elle ressent les variations toniques de ce dernier et s'y ajuste toniquement. Réciproquement, le bébé ressent les variations toniques de sa mère et l'état émotionnel associé auquel il s'adapte également. Selon Bullinger, ce dialogue tonique permet de constituer l'enveloppe corporelle formée de deux faces : une interne constituée par « *les variations toniques de la musculature de l'organisme* » (2017, p. 102) et une externe qui « *relève de l'inscription par le milieu du sens donné aux interactions* » (*Ibid.*).

Robert-Ouvray résume les fonctions de l'enveloppe tonique dans son livre *L'enfant tonique et sa mère* (2007). Selon elle, cette enveloppe a une fonction de pare-excitation interne. L'enfant projetant ses tensions internes sur celle-ci. Elle permet aussi d'être dans un état de réceptivité et de sensibilité face aux stimulations sensorielles. Pour finir, l'enveloppe tonique a une fonction de communication. Ainsi, « *par toutes les fonctions qu'elle assure et du fait de l'étayage psychocorporel, l'enveloppe tonique du nourrisson peut-être considérée comme un contenant du corps et comme un contenant du psychisme* » (*Ibid.*, p. 167).

La constitution de l'enveloppe psychocorporelle ne repose pas seulement sur la présence des enveloppes biologiques. En effet, nous avons commencé à constater le rôle important de l'environnement de l'enfant dans sa formation.

#### 4. Le rôle de l'environnement

L'Homme est un être de relation qui s'appuie sur le milieu humain qui l'entoure pour s'épanouir. En psychomotricité, la sphère relationnelle est grandement considérée. Il est d'ailleurs mentionné dans le décret n°88-659 du 28 avril 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice que le professionnel contribue « *au traitement [...] des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles* ».

Dans sa théorie sur l'attachement, John Bowlby (2002), psychiatre et psychanalyste, met en évidence l'importance de la relation, notamment entre l'enfant et son entourage. En effet, selon lui, l'attachement, qu'il définit comme l'ensemble des comportements par lesquels une personne obtient ou conserve une proximité avec un individu pour lequel il a une préférence, est un besoin humain inné. Bowlby poursuit en disant que l'enfant naît avec une capacité instinctive à mettre en place des comportements d'attachement (sucrer, attraper, suivre, pleurer et sourire) dirigés vers une personne significative de son entourage. Selon Bowlby, l'attachement offre à l'enfant une base de sécurité sur laquelle il s'appuie pour faire de nouvelles expériences et se développer. Ainsi, un attachement sécurisé est nécessaire à la formation de l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant. Dans le même temps, cette dernière participe au processus d'attachement.

Le psychisme de l'enfant en lien avec son entourage forme un système dynamique qui se doit d'être stable structurellement afin que l'enfant puisse se construire en tant que sujet. Cette notion de stabilité structurelle est évoquée par Didier Houzel, pédopsychiatre et psychanalyste, dans son ouvrage *Le concept d'enveloppe psychique* (2010). Selon lui, l'entourage de l'enfant joue un rôle important dans le maintien de cette stabilité durant les premiers temps :

*C'est d'abord à l'objet externe que revient la fonction d'apaiser les turbulences et de stabiliser le système qu'il constitue avec le bébé affamé. De plus en plus, l'enfant pourra par ses propres moyens remplir cette fonction, grâce justement au développement de son appareil psychique. (Ibid. p. 15)*

L'enfant est dans un monde en perpétuel changement qui peut le déstabiliser et l'inquiéter. Afin qu'il retrouve une certaine stabilité, il n'a pas besoin de vivre dans un environnement immuable mais de pouvoir anticiper « *sur l'état du milieu et ses variations probables* » (Bullinger, 2017, p. 17). Cette capacité d'anticipation participe

à l'établissement de l'équilibre sensori-tonique du bébé qui « *est la condition pour qu'une activité psychique puisse se développer* » (Bullinger, *Ibid.*). Comme l'indique Winnicott, l'environnement ne doit pas être parfait mais « suffisamment bon » (1969).

A la naissance de son enfant, la mère est dans un état que Winnicott nomme la « préoccupation maternelle primaire » (1969). Elle s'adapte à tous les besoins du bébé qui est dans une dépendance absolue à elle. Le bébé acquiert une sécurité psychique interne et se sent exister en tant que sujet. Au fur et à mesure, l'aire intermédiaire d'expérience se constitue (Winnicott, 1975a). Le bébé entre dans un processus d'indépendance vis-à-vis de sa mère. L'adaptation totale de cette dernière envers le bébé n'est plus indispensable. En effet, le bébé peut attendre, sans être dans un état de détresse, la réponse de sa mère car il a vécu et se souvient des expériences antérieures qui l'ont sécurisé. Il peut se représenter psychiquement l'objet (sa mère) sans avoir besoin de le voir physiquement. C'est d'ailleurs à ce moment-là que nous remarquons l'apparition de l'objet transitionnel (par exemple le doudou) ou des phénomènes transitionnels (faire des gazouillis, sucer son pouce) chez l'enfant (Winnicott, *Ibid.*). L'objet ou l'action lui permet de signifier la présence de sa mère quand elle est absente. L'aire intermédiaire d'expérience permet au bébé d'accéder à la représentation puis à la symbolisation et d'intégrer la différenciation entre lui et sa mère.

Winnicott (1975a) évoque également les notions de *holding* et *handling*. Le *holding* signifie le maintien, « *la manière dont l'enfant est porté* » (*Ibid.* p. 204). Il est décrit par le portage physique et psychique du bébé par la mère qui lui offre un sentiment de protection psychocorporelle. Le *handling*, quant à lui, signifie le maniement, « *la manière dont [l'enfant] est traité, manipulé* » (*Ibid.* p. 204) par sa mère lors des soins quotidiens. Selon Anzieu :

*Les soins permettent au bébé de se construire une face interne et une face externe, c'est-à-dire une interface permettant la distinction du dehors et du dedans, et un volume ambiant dans lequel il se sent baigné, surface et volume qui lui apporte l'expérience d'un contenant.*  
(2006, pp. 57-58).

Ainsi, l'apport de soins adaptés par l'environnement à l'enfant participe à la création de son enveloppe psychocorporelle.

Bion développe, lui, un modèle contenant-contenu (2003) de la relation mère-enfant. L'enfant projette dans le psychisme de sa mère des éléments d'origine sensorielle, appelés éléments Bêta. Ces éléments sont non pensables et non liés entre eux, c'est le contenu. La mère accueille ces projections et les transforme grâce à « sa capacité de rêverie » ou « fonction Alpha ». Elle est le contenant. Les éléments prennent sens pour l'enfant et deviennent assimilables. Bion les nomme éléments Alpha et explique qu'ils s'associent entre eux pour former l'appareil à penser de l'enfant. Progressivement, l'enfant acquiert lui-même cette capacité à traiter les éléments Bêta en éléments Alpha sans l'aide de sa mère. Son enveloppe psychocorporelle remplit de plus en plus ses fonctions.

Les relations entre le bébé et son entourage sont donc importantes. L'environnement doit s'adapter aux besoins du bébé, dans les premières années de sa vie, afin que ce dernier se développe sur un plan aussi bien physique que psychique. Ainsi, selon Winnicott :

*[...] un environnement d'assez bonne qualité dès le stade primaire, permet au petit enfant de commencer à exister, d'avoir ses expériences, de construire un moi personnel, de dominer ses instincts et de faire face à toutes les difficultés inhérentes à la vie. (1969, p. 290).*

Cet environnement fait office d'enveloppe qui sécurise l'enfant physiquement et psychologiquement lui permettant, alors, de construire sa propre enveloppe psychocorporelle. Mais n'oublions pas que, malgré l'importance de l'environnement dans la construction de l'enfant, sa qualité ne détermine pas entièrement le devenir de ce dernier.

De par sa riche composition, l'enveloppe psychocorporelle paraît tenir une place importante dans le développement de l'enfant. Alina Veaser, psychomotricienne, l'évoque dans les lignes suivantes :

*A travers ses interactions avec l'environnement et ses expériences corporelles, motrices et sensorielles, l'enfant construit progressivement une enveloppe psychocorporelle contenant permettant la différenciation Moi et non-Moi, tant au niveau corporel que psychique. Il élabore une sécurité interne corporelle et psychique et il accède ainsi progressivement à la subjectivité puis à l'individuation et enfin à la symbolisation. (2015, p. 138)*

La prochaine partie est, d'ailleurs, consacrée au rôle de l'enveloppe psychocorporelle dans le développement psychomoteur de l'enfant.

## 5. L'enveloppe psychocorporelle dans le développement psychomoteur

L'enveloppe psychocorporelle a de nombreuses fonctions indispensables au développement psychomoteur de l'enfant. Afin d'en discuter, nous nous appuyerons sur les fonctions du Moi-peau qu'énonce Anzieu dans son livre *Le Moi-peau* (2006). En voici le détail :

- La fonction de maintenance :

Comme la peau qui maintient le corps dans une unité et une solidité, le Moi-peau maintient le psychisme en état de fonctionner. Cette fonction se développe grâce à l'intériorisation du *holding* maternel. En effet, « *l'appui externe sur le corps maternel conduit le bébé à acquérir l'appui interne sur la colonne vertébrale, comme arête solide permettant de se redresser* » (Anzieu, *Ibid.* p. 121). Cette fonction participe donc, également, à la création de l'axe chez l'enfant.

- La fonction de contenance :

Comme la peau qui contient les organes dans le corps, le Moi-peau enveloppe le psychisme et régule les pulsions et les excitations qui peuvent désorganiser l'enfant. Cette fonction se développe par l'intériorisation du *handling* maternel grâce à son apport dans le renforcement des limites corporelles d'où découle la différenciation Moi/non-Moi.

- La fonction de pare-excitation :

Comme la peau qui protège des agressions physiques, le Moi-peau préserve des agressions psychiques qui sont susceptibles de désordonner le psychisme de l'enfant.

- La fonction d'individuation :

La peau par son aspect, sa couleur, son odeur différencie les individus les uns des autres. Le Moi-peau permet de pouvoir dire « je », d'avoir le sentiment d'être un individu unique.

- La fonction d'intersensorialité :

La peau est parsemée de capteurs sensoriels. Le Moi-peau relie les sensations entre elles.

- La fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle :

La peau du bébé est investie par la mère qui lui apporte des soins, des câlins. Le Moi-peau permet de définir des zones érogènes localisées et de différencier les sexes. Cette fonction participe à la création des représentations corporelles.

- La fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique :

La peau reçoit un grand nombre d'excitations externes qui stimulent le tonus. A cela répond la fonction du Moi-peau « *de maintien de la tension énergétique interne et de sa répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques* » (Anzieu, 2006, p. 128).

- La fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles :

La peau fournit des informations sur l'environnement qui nous entoure. « *Le Moi-peau [...] renvoie en miroir une image de la réalité* » (Anzieu cité dans Pireyre, 2015, p. 83). Le Moi-peau assure la communication avec l'environnement.

Après avoir découvert les fonctions de l'enveloppe psychocorporelle, nous pouvons, à présent, aborder son rôle dans le développement psycho-sexuel, l'intégration des représentations corporelles ainsi que dans la survenue d'angoisses identitaires chez l'enfant. En effet, ces trois notions seront nécessaires pour la suite de l'exposé.

### **5.1. Le développement psycho-sexuel**

Freud (2014) est le premier à s'être intéressé au développement de la sexualité infantile, période qui concerne l'ensemble des processus de transformations psychiques et corporelles qui se déroulent jusqu'à la puberté. Pour cela, il étudie les pulsions et plus précisément les pulsions sexuelles. Freud définit alors la pulsion comme « *le représentant psychique d'une source d'excitation endosomatique produisant un flux continu* » (2014, p. 105). La pulsion se caractérise

par une source (processus d'excitation dans un organe) et un but (suppression de cette excitation au sein de l'organe). Concernant la pulsion sexuelle, l'énergie qui s'en dégage est appelée la libido. Cette dernière se fixe sur différentes zones corporelles dites érogènes que Freud définit comme une « *muqueuse ou un point de la peau dans lequel des excitations d'un certain type provoquent une sensation de plaisir d'une qualité donnée* » (*Ibid.* p. 131). Pendant son développement psychosexuel, l'enfant passe par différents stades pendant lesquels les pulsions sexuelles investissent diverses zones érogènes. Il satisfait ces pulsions par certains comportements qui devront évoluer. En effet, progressivement, l'enfant apprend, grâce à son entourage, qu'il n'est plus possible de satisfaire ces pulsions de la manière qu'il le faisait précédemment. Françoise Dolto, pédiatre et psychanalyste, nomme cela les castrations symboligènes (1984, p. 78) dans la mesure où :

*Les pulsions ainsi refoulées subissent un remaniement dynamique et le désir, dont le but initial a été interdit, vise son accomplissement par des moyens nouveaux, des sublimations [...]. C'est ce dernier processus qui seul porte le nom de symbolisation, découlant d'une castration entendue au sens psychanalytique. (Ibid. p. 79)*

Dolto poursuit en disant que les castrations symboligènes suivent une loi « *qui, si même elle paraît momentanément répressive pour l'agir, est en fait une Loi promotionnante du sujet pour son agir dans la communauté des humains* » (*Ibid.*). Grâce aux castrations, l'enfant acquiert de nouvelles aptitudes pour vivre en société.

Dans son ouvrage *L'image inconsciente du corps* (1984), Dolto retrace l'évolution de la sexualité infantile et les castrations symboligènes qui ont lieu à chaque stade. Dans un premier temps, c'est la bouche qui est investie par les pulsions sexuelles. C'est par cette dernière que le bébé découvre le monde et qu'il entre en relation. Le bébé satisfait ses pulsions par la succion et par le désir d'incorporation des objets. Il introjecte les qualités de l'objet, en particulier la contenance et le sentiment de sécurité que lui procure les soins maternels. C'est donc une étape très importante pour la construction de l'enveloppe psychocorporelle. Seulement, passé un certain âge, il n'est plus possible pour le bébé de satisfaire ses pulsions dans le corps à corps ou avec un objet : c'est la castration orale. Les pulsions sont refoulées et accomplissent leur but initial par le plaisir d'utilisation du langage. Le bébé intègre le premier interdit : celui du cannibalisme.

Dans un deuxième temps, c'est la zone anale qui est investie. L'enfant satisfait ses pulsions par le contrôle de l'expulsion ou la rétention des fèces et la possibilité d'utiliser cela comme moyen de pression sur les personnes de son entourage. Il a alors un sentiment de maîtrise et donc d'existence en tant que sujet à part entière. Lors de ce stade, il consolide la limite entre le Moi et non-Moi en découvrant que quelque chose sort de lui. C'est également une étape d'appropriation de son corps par l'expérience motrice et l'exercice de son adresse gestuelle. Mais, comme au stade précédent, il doit à un moment renoncer à cette manière de satisfaire ses pulsions, c'est la castration anale. C'est à présent par le plaisir d'avoir gagné en autonomie motrice et expressive qu'il le fera. Ce stade est la période du « *moi tout seul* » (Dolto, 1984, p. 107), l'enfant commence à s'affirmer, à s'opposer aux adultes, à dire « non ». Il acquiert aussi l'interdit du meurtre, du vandalisme et du vol (*Ibid.* p.108). Pour cela, l'enfant doit être reconnu comme sujet et non comme objet par ses parents.

Enfin dans un dernier temps, c'est la zone génitale qui est investie. Les pulsions sont satisfaites par la miction ou la rétention des urines. La castration génitale non œdipienne intervient et l'enfant découvre la différence des sexes et des générations ainsi que son appartenance à un sexe unique. Il commence à se poser des questions à propos de son origine, de la conception des bébés. Les pulsions qui sont, jusqu'à présent, partielles se réunissent et ouvrent sur le complexe d'Oedipe. Le tiers apparaît dans la relation mère-enfant, et l'enfant comprend alors qu'il ne peut pas être l'objet exclusif d'amour de sa mère. C'est la castration génitale œdipienne. Son identité commence à se forger et son Surmoi se renforce avec l'intégration de nouvelles règles de vie en société tel que le dernier interdit qui est celui de l'inceste. C'est l'avènement d'un objet global et sexué. L'enfant dépasse son auto-érotisme et s'oriente vers des objets extérieurs.

Suite au complexe d'Oedipe, la période dite de latence, décrite par Freud dans *3 essais sur la théorie sexuelle* (2014), commence et se poursuit jusqu'au début de la puberté. Pendant cette dernière, l'enfant acquiert de nouvelles notions (pudeur, répugnance...) et élargit son cercle social. Cette période est propice aux apprentissages, en effet les pulsions sexuelles sont sublimées en pulsions de travail. Dans un cercle vertueux, les apprentissages permettent aussi de contenir les mouvements pulsionnels. Bernard Gibello, professeur de psychologie pathologique, modélise cela avec la notion de « contenants de pensée » (1994). Selon lui, ces derniers, qui sont entre autres les apprentissages, donnent du sens aux contenus de

pensée, les organisent et fournissent des représentations. Ainsi, nous comprenons l'importance des approches éducatives et rééducatives en complément de la compréhension psychothérapeutique. La psychomotricité tient donc une place importante en articulant ces trois pans.

Anzieu (1994) complète également ces idées en disant que le passage du Moi-peau au Moi-pensant est possible par l'intégration de l'interdit du double-toucher que nous pouvons rapprocher des castrations symboligènes. Ainsi, le passage par les différents stades du développement psycho-sexuel associé à l'intégration des différents interdits est essentiel au développement de la pensée de l'enfant. L'enveloppe psychocorporelle participe au passage de ces stades grâce à l'ensemble de ses fonctions qui maintiennent la cohérence du fonctionnement psychique. Au cours de cette période, l'enveloppe psychocorporelle gagne aussi de nouvelles qualités nécessaires à la poursuite du développement psychomoteur de l'enfant.

Lors du développement psycho-sexuel, certaines zones corporelles sont temporairement plus investies que d'autres par la libido, ce qui procure un sentiment de puzzle corporel. A la fin de ce développement, la libido a investi l'ensemble du corps. L'enfant acquiert la perception d'un corps uni et différent des autres. Ainsi, les représentations corporelles de l'enfant se construisent, progressivement, lors de cette période. Mais que sont les représentations corporelles et en quoi l'enveloppe psychocorporelle est-elle impliquée dans leur constitution ?

## **5.2. Les représentations corporelles**

Selon Bullinger, nous naissons avec un organisme, qu'il définit comme « *un objet matériel du milieu* » (2000, p. 214). Nous devons habiter ce dernier pour en faire un corps, décrit comme la représentation de cet organisme (*Ibid.*). Marie Rossignol, psychomotricienne, évoque également de ce processus d'appropriation :

*Parvenir à habiter son propre corps après avoir habité le corps de la mère est la condition d'un développement psychocorporel harmonieux. [...] Il ne suffit pas d'être doté d'un organisme qui fonctionne. Si le sujet ne parvient pas à s'approprier cet organisme pour en faire son corps, alors son image du corps est pathologique. (2015, p. 82).*

Bullinger poursuit en disant que la représentation de l'organisme doit être relativement stable pour que l'enfant s'en serve en tant que point d'appui des fonctions instrumentales (2000). Les représentations corporelles tiennent donc une place importante dans le développement psychomoteur de l'enfant.

Si nous reprenons le décret n°88-659 du 28 avril 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, nous sommes amenés à travailler sur « *les troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique* ». En psychomotricité, nous nommons plus couramment les représentations corporelles : « image du corps ». Schilder (1968) a été le premier à proposer une définition de l'image du corps en insistant sur les liens entre les aspects biologique, psychologique et social dans sa constitution. Mais, il rapproche cette notion d'image du corps de celle du schéma corporel, qu'il nomme aussi modèle postural, entraînant alors une certaine confusion entre les deux.

Ajuriaguerra éclaircit ces concepts d'image du corps et de schéma corporel en classant ce dernier du côté de la neurosensorialité avec cette définition :

*Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. (1980, p. 286)*

Par la suite, dans *L'image inconsciente du corps* (1984), Dolto différencie aussi le schéma corporel et l'image du corps tout en montrant l'importance du lien entre ces concepts. Elle définit l'image du corps comme :

*Propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. [...] L'image du corps est éminemment inconsciente [...]. [C'est la] synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines [...]. C'est grâce à notre image du corps, portée par - et croisée à - notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. (Ibid. pp. 22-23)*

Selon Dolto (1984), l'image du corps est l'articulation de trois images. La première est l'image de base grâce à laquelle nous acquérons le sentiment de continuité d'existence. La seconde est l'image fonctionnelle avec laquelle nous construisons notre identité. Enfin, la troisième est l'image érogène qui nous permet de constituer une identité sexuée. Ces trois images sont liées au développement psycho-sexuel de l'enfant. A la fin de cette période, l'enfant a acquis la perception de

son corps comme unifié et différent des autres. Robert-Ouvray (2007) rajoute que cette unité corporelle étaye l'acquisition de l'unité du Moi et sa différenciation avec le non-Moi. Dolto (1984) mentionne aussi que l'enfant s'identifie au sexe auquel il appartient de manière positive ou négative selon si ce dernier se réfère à une personne dévalorisée ou non. L'aspect relationnel est donc important dans la constitution de l'image du corps.

Eric Pireyre, psychomotricien, continue sur cette idée de multiplicité des composants de l'image du corps dans son ouvrage *Clinique de l'image du corps* (2015). Il qualifie, d'ailleurs, l'image du corps de composite car « *composée de sous-systèmes* » (*Ibid.* p. 6) qu'il énonce par la suite : la sensation de continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau physique et psychique, la représentation de l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale ou sensorialité, les communications corporelles et les angoisses corporelles archaïques. Cette diversité de composants permet, en psychomotricité, d'avoir plusieurs « portes d'entrée » pour travailler sur l'image du corps avec le patient. Nous allons, à présent, détailler ces composants en insistant sur le rôle que joue l'enveloppe psychocorporelle dans chacun d'entre eux.

Concernant la sensation de continuité d'existence, Pireyre la définit comme « *la conviction qu'à tout instant la continuité de la vie sera réelle et se prolongera dans l'instant suivant même en cas de menace* » (*Ibid.* p. 55). Elle fournit donc une sécurité intérieure au sujet. Selon Winnicott (1969), cette sensation est permise par l'intégration du *holding* et du *handling* dont dépendent également certaines fonctions de l'enveloppe psychocorporelle. Winnicott (*Ibid.*) rajoute que cette sensation de continuité d'existence repose sur le développement du schéma corporel. Par la suite, Bullinger (2004b) mentionne l'importance de la sensorialité dans l'établissement de la sensation de continuité d'existence. L'enveloppe psychocorporelle relie les sensations de l'environnement par sa fonction d'intersensorialité. Nous comprenons donc sa participation dans l'intégration de la sensation de continuité d'existence.

Pireyre évoque ensuite l'identité. Cette dernière est donnée dès la naissance quand les parents reconnaissent leur enfant en tant que sujet à part entière. Puis elle continue de se développer au cours de la vie. Le milieu humain tient donc une place importante dans sa constitution. Concernant le rôle de l'enveloppe psychocorporelle, les enveloppes sensorielles, qui la forment, participent au processus de subjectivation entrant en jeu dans la constitution de l'identité. De plus, la stabilité de

l'identité est, en partie, liée à l'intégration de la sensation de continuité d'existence à laquelle l'enveloppe psychocorporelle contribue. Enfin, l'enveloppe psychocorporelle a aussi une fonction d'individuation qui permet de se sentir unique en tant que personne. Ainsi, il paraît essentiel que l'enfant ait une enveloppe psychocorporelle fonctionnelle pour construire son identité.

Par la suite, Pireyre parle de l'identité sexuée dont la construction commence dès le développement embryologique de l'enfant avec la différenciation sexuelle. L'environnement tient également une place importante dans sa constitution. Colette Chiland, psychiatre et psychanalyste, l'explique en définissant l'identité sexuée comme :

*Une construction psychique qui prend place au sein de la triade père-mère-enfant et comporte des aspects à la fois objectifs et subjectifs. L'identité sexuée est une croyance subjective qui s'élabore dans les premiers mois de la vie. Voire bien avant, c'est-à-dire avant même la grossesse : dans « la tête des parents avant la naissance voire avant sa conception » (2004, p. 297).*

L'identité sexuée repose ainsi sur des données bio-psycho-sociales. En effet, la différenciation anatomique des sexes, la sensorialité, les processus psychologiques en jeu dans le développement psycho-sexuel, avec notamment l'intégration d'une tierce personne dans la relation mère-enfant, mais aussi les comportements différents du milieu humain envers un garçon ou une fille participent à sa constitution. L'enveloppe psychocorporelle joue un rôle dans la majorité de ces facteurs. Nous comprenons donc l'importance de cette dernière dans le développement de l'identité sexuée.

Pireyre passe ensuite au rôle de la peau dans la formation de l'image du corps. Avec le concept du Moi-peau d'Anzieu (2006), nous avons constaté que la peau psychique s'étaye sur la peau physique. La constitution de l'image du corps se base sur cette relation. Les expériences vécues de portage, de contenance offrent une sensation d'un corps uni, limité, différencié de l'autre d'où découle les représentations corporelles de l'enfant. L'enveloppe tactile compose l'enveloppe psychocorporelle qui a, d'ailleurs, comme fonction l'inscription des sensations tactiles vécues par l'enfant.

Le prochain composant de l'image du corps, que Pireyre aborde, est la représentation de l'intérieur du corps. Les différents constituants internes du corps donnent des sensations qui participent grandement à l'établissement de l'image du corps. En effet, ressentir ses os comme des éléments durs, différenciés mais reliés entre eux par les articulations, offre un sentiment de solidité corporelle et de lien entre chaque partie de notre corps. Nous pouvons aussi évoquer l'axe corporel qui permet de prendre conscience de la liaison entre le haut et le bas du corps. Les muscles et la tension qui leur est associée fournissent également des informations sur l'état du corps. Enfin, les organes procurent un sentiment de volume, de poids du corps mais aussi de vie par l'énergie qu'ils dégagent. L'enveloppe psychocorporelle joue donc un rôle important en permettant d'intégrer ces sensations et de se représenter cet intérieur du corps contenu.

Pireyre poursuit avec le rôle du tonus dans la composition de l'image du corps. Le tonus tient une place importante dans le développement psychomoteur de l'enfant. Il participe aussi à l'établissement du dialogue tonique entre les parents et le bébé (Ajuriaguerra, 2010). Par ce portage ajusté et sécurisant, le bébé acquiert la distinction entre lui et l'autre ainsi que la sensation d'un corps unifié. Ce dialogue tonique se poursuit tout au long de notre vie même si le contact peau à peau n'est plus présent. Ces expériences relationnelles s'inscrivent en nous et modifient notre image du corps. L'enveloppe tonique compose l'enveloppe psychocorporelle qui participe, d'ailleurs, à l'intégration des sensations toniques vécues par l'enfant.

Par la suite, Pireyre continue son énonciation en évoquant la sensibilité somato-viscérale ou sensorialité qu'il rapproche, d'ailleurs, de la notion de schéma corporel (2015, p. 45). Nous avons déjà remarqué le rôle du schéma corporel dans la construction de l'image du corps. De plus, la sensorialité participe à la constitution de l'enveloppe psychocorporelle. Il est nécessaire que cette dernière soit, elle-même, fonctionnelle afin de relier les diverses sensations perçues et les intégrer pour former des représentations corporelles stables.

Pireyre évoque ensuite les communications corporelles qui tiennent une place importante en psychomotricité. Selon lui, chacun d'entre nous utilise les différentes parties de son corps de façon subjective selon son histoire et son contexte socioculturel. Nos représentations corporelles en sont modifiées. Sans recourir au langage verbal, nous pouvons ressentir l'état émotionnel d'une personne en nous appuyant sur son langage corporel. Wallon l'a mis en avant avec son concept de

réactions tonico-émotionnelles en disant que nos émotions teintent notre posture (1949). Inversement, notre posture teint nos émotions. Ajuriaguerra (2010) a repris ce concept en développant la notion de dialogue tonique dans laquelle l'enveloppe tonique, qui compose l'enveloppe psychocorporelle, y joue un rôle important. Ainsi, l'enveloppe psychocorporelle est aussi impliquée dans ce composant de l'image du corps.

Pour finir, Pireyre aborde les angoisses corporelles archaïques en tant que composantes majeures de l'image du corps. Ces dernières sont développées dans la partie suivante<sup>8</sup>. En énumérant les différents éléments qui constituent l'image du corps, nous remarquons que l'enveloppe psychocorporelle joue un rôle dans chacun d'entre eux.

Bullinger (2017) apporte aussi un modèle de compréhension supplémentaire au sujet de la constitution des représentations corporelles. Il décrit l'investissement, par l'enfant, des différents espaces au cours du développement psychomoteur. Au cours de la succession de ces espaces, l'enfant intègre, au fur et à mesure, les parties de son corps. Pour commencer, le bébé est dans l'espace utérin, que nous avons déjà évoqué avec l'enveloppe utérine. Suite à sa naissance, le bébé passe dans l'espace de la pesanteur. Dans cet espace, la construction de la verticale débute et permet l'organisation des appuis qui stabilisent la posture. Le bébé investit ensuite l'espace oral, dans lequel la bouche tient une place importante, qui permet la création d'une contenance. S'ensuit l'investissement de l'espace du buste caractérisé par la création de l'arrière-fond et l'acquisition de la coordination avant-arrière. Puis vient l'espace du torse dans lequel l'enfant commence à construire son axe corporel. Ce dernier permet de mettre en place les coordinations entre les hémicorps qui sont d'ailleurs investis à ce moment-là. Pour finir, l'enfant entre dans l'espace du corps. La coordination haut-bas se constitue et l'enfant investit ses membres inférieurs et son bassin. Il comprend que son corps est « *articulé et mobile dans un espace* » (*Ibid.* p. 35). Ainsi, au cours du passage par ces différents espaces, l'enfant acquiert une représentation globale de son corps et de nouvelles capacités sur le plan instrumental. Afin de passer d'un espace à un autre, l'enfant s'appuie sur les fonctions de son enveloppe psychocorporelle. Mais cette dernière se construit aussi tout au long de ce processus.

---

8 Cf. *infra*. Partie IV- 5. 5.3. Les angoisses identitaires pp. 59-61

Suite à cette partie sur les représentations corporelles, nous comprenons les liens entre l'enveloppe psychocorporelle et l'établissement de l'image du corps. Des failles dans l'organisation de l'enveloppe psychocorporelle peuvent, d'ailleurs, entraîner diverses angoisses notamment au sujet des représentations corporelles.

### **5.3. Les angoisses identitaires**

*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'origines externes ou internes, excitations non maîtrisables et non compréhensibles » (Pireyre, 2015, p. 142).*

L'angoisse est utile grâce à sa fonction d'alerte qui prévient des possibles situations de danger pour le sujet. Mais elle nécessite des compétences psychiques pour la surmonter sans se désorganiser (Ferrant, 2014).

Pireyre (*Ibid.*) rappelle que la naissance est une expérience traumatique pour le bébé. En effet, il reçoit une quantité importante de nouvelles sensations qui le déstabilisent. Certaines angoisses corporelles primitives, aussi appelées archaïques, peuvent prendre leur origine à ce moment-là. Ces angoisses sont indispensables car elles sollicitent les conduites d'attachement du bébé envers ses parents (Ciccone & Lhopital, 2019). Grâce à l'environnement humain qui contient ces angoisses, le bébé peut les surmonter sans être trop désorganisé. Mais ces dernières ne sont jamais totalement résolues. Nous retrouvons encore certains signes, non invalidants au quotidien, chez une grande partie de la population dans certaines situations. Seulement, parfois, à cause de différentes raisons internes ou externes à la personne, ces angoisses prennent une très grande place et l'impactent à différents niveaux. Toutes ont pour point commun la problématique de l'atteinte identitaire.

Winnicott est un des auteurs qui a étudié les angoisses. Dans son ouvrage *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* (2000), il aborde l'angoisse d'anéantissement qu'il nomme, également, « la crainte de l'effondrement ». Cette angoisse se manifeste aussi bien physiquement (baisse de tonus postural, perte d'appuis) que psychologiquement (impression de chute). Elle peut être liée à des vécus de séparation difficile dans la petite enfance. Nous la retrouvons donc souvent dans les moments de transition ou de séparation relationnelle. Selon Pireyre, ne pas surmonter ce type d'angoisse peut conduire à « *ne pas pouvoir accéder à la construction de la subjectivité qui ouvre ensuite les portes de la construction*

*identitaire* » (2015, p. 181). L'enveloppe psychocorporelle semble impliquée dans la survenue de cette angoisse par la défaillance, entre autres, de ses fonctions de maintenance et de contenance. En effet, elle empêche le sujet de trouver des appuis nécessaires pour lutter contre ce vécu (Ferrant, 2014).

Dans son livre *Clinique de l'image du corps* (2015), Pireyre consacre un chapitre à réunir les travaux concernant les angoisses corporelles archaïques tout en éclairant ce sujet. Il évoque, premièrement, l'angoisse de morcellement. La personne sujette à cette angoisse a l'impression que son corps perd sa cohésion, son unité, sa globalité et sa continuité corporelle. Les parties du corps sont vécues comme déliées ou mal liées entre elles. Cette angoisse implique l'expérience de la contenance par un objet, et donc du vécu d'unité, mais qui n'est pas assez intégré pour être suffisamment constant (Ferrant, 2014). L'intégrité de la fonction contenante de l'enveloppe psychocorporelle paraît donc tenir un rôle important dans la survenue ou non de cette angoisse.

Pireyre (*Ibid.*) poursuit avec l'angoisse de dévoration, décrite comme la crainte d'être dévoré par l'autre. Cette angoisse liée au stade oral, correspond à la projection, sur un objet extérieur, de la culpabilité d'avoir soi-même dévoré. Cette angoisse peut alors se manifester par la recherche de jeux, d'objets, d'histoires qui évoquent la dévoration, ou alors par une tendance à mordre les autres.

Pireyre (*Ibid.*) termine en présentant l'angoisse de vidage ou de liquéfaction. Les personnes craignent de s'écouler, de se répandre. Elle est centrale lors du stade anal, période pendant laquelle l'enfant devient conscient que des choses peuvent sortir de lui. Cette angoisse suppose le début de la construction d'une enveloppe psychocorporelle et d'une contenance par cette dernière (Ferrant, 2014).

Ces angoisses corporelles archaïques peuvent être liées à d'autres types d'angoisses identitaires. Alain Ferrant, psychanalyste, les décrit dans un chapitre du *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (2014). Tout d'abord, il aborde les angoisses liées au processus de différenciation/séparation du Moi et du non-Moi aussi appelées angoisses limites. Elles s'inscrivent souvent dans le lien à l'objet et sont un enjeu central du stade anal. Dans cette catégorie d'angoisses, Ferrant recense l'angoisse d'intrusion, qui ne sera pas développée ici car cela n'est pas nécessaire pour le reste de l'exposé, ainsi que l'angoisse de perte. Cette dernière implique la possession. Elle peut être liée aux angoisses corporelles

archaïques avec la peur de la perte d'un objet de l'environnement comme un appui, un support. Mais aussi à la position dépressive avec la crainte de la perte de l'amour d'un objet dont la présence est vitale pour la personne. L'angoisse de perte peut se développer en angoisse de castration.

Ferrant (2014) évoque aussi les angoisses liées à la différence des sexes telles que l'angoisse de pénétration, qui ne sera pas détaillée ici, ainsi que l'angoisse de castration. Cette angoisse est rattachée au complexe d'Oedipe qui se caractérise par l'intégration d'une tierce personne dans la relation mère-enfant. Au cours de cette période, l'enfant éprouve du désir pour le parent de sexe opposé et est en rivalité avec le parent de même sexe. Il craint que cette agressivité qu'il éprouve, se retourne contre lui et conduise à une vengeance de la part de ce parent. C'est donc la peur d'une punition à cause de la satisfaction de ses pulsions. Nous retrouvons ici la notion du sentiment de culpabilité.

Une défaillance de l'enveloppe psychocorporelle semble donc pouvoir entraîner des représentations corporelles erronées porteuses d'angoisses chez le sujet. Face à ces angoisses, ce dernier peut mettre en place certaines conduites psychopathologiques (Pireyre, 2015). Ainsi, comprendre les angoisses auxquelles le sujet fait face, nous permet de comprendre ses comportements et la possible organisation de son enveloppe psychocorporelle.

Samia et Alekseï manifestent principalement de l'agitation et de la retenue à différents niveaux. Ces comportements peuvent-ils être en lien avec l'organisation de leur enveloppe psychocorporelle ? C'est ce que nous cherchons à déterminer dans la prochaine partie.

## **V-L'agitation et la retenue et les liens avec l'enveloppe psychocorporelle**

Les comportements d'agitation et de retenue, que présentent Alekseï et Samia, prennent ici valeur de symptômes. Ils débordent des manifestations physiologiques, que nous retrouvons chez les enfants de ces âges, par leur excès et la gêne qu'ils provoquent pour la poursuite de leur développement. L'agitation et la retenue engagent l'ensemble de la personnalité et se manifestent à différents niveaux : relationnel, verbal, cognitif, psycho-affectif ou corporel. Nous avons constaté, tout au long des parties précédentes, que l'enveloppe psychocorporelle est un des soubassements de chacun de ces niveaux par lesquels, en retour, elle peut être influencée. Afin de discuter l'intérêt du concept de l'enveloppe psychocorporelle

dans l'abord clinique de ces symptômes, nous verrons comment, au-delà des difficultés de régulation psychomotrice, des défaillances de l'enveloppe psychocorporelle se retrouvent chez nos deux patients à ces différents niveaux.

## **1. Dans le domaine relationnel**

Au niveau relationnel, Alekseï et Samia ont eu tendance à s'isoler, plus jeune, dans les groupes d'enfants. De plus, les séparations avec leurs parents ont été difficiles dans leur petite enfance. Ils pouvaient pleurer en allant à l'école ou à la crèche. A ce jour, ces comportements ont disparu. Alekseï et Samia montrent, tout de même, par leurs actions une appréhension lors des moments de séparation. Comme, par exemple, lors des séances de psychomotricité qui précèdent les vacances durant lesquelles ils sont souvent plus agités. Ils nous questionnent sur la continuité de notre présence aux prochaines séances et sur la possibilité que nous les oublions entre temps. Nous devons aussi les rassurer quant au fait que nous continuons à penser à eux, même si nous voyons d'autres enfants. Ils appréhendent également les fins de certaines séances.

Tous les deux manifestent leurs craintes relationnelles de façons différentes. Alekseï se cache, par exemple, dans la salle avant notre arrivée et attend que nous le cherchions. Il vient aussi souvent se coller à ma maître de stage, quand nous ramenons l'enfant qui le précède, dans la salle d'attente. Nous faisons également l'hypothèse qu'il aimerait nous garder présent en lui en nous « dévorant » avec des objets ou en se faisant « dévorer » lui-même par un objet de la salle. J'ai aussi observé que lorsque nous jouons au policier (dont je joue le rôle) qui cherche le voleur (dont il joue le rôle), il ne peut pas attendre longtemps que je le trouve et me montre rapidement sa cachette. Il me semble que cette attente angoisse Alekseï. Pour lui, si je ne le trouve pas, il n'existe alors plus. Samia joue souvent autour de la problématique de l'abandon ou de la perte d'une personne comme par exemple dans ses spectacles de marionnettes. Elle a aussi des difficultés à adapter sa distance relationnelle : elle peut être dans l'adhésivité ou au contraire bousculer la relation établie. Au début de l'année, elle a d'ailleurs testé la résistance de notre relation en me mettant dans des situations assez difficiles à vivre d'un point de vue relationnel comme lorsqu'elle interrogeait nos places respectives. Il semble alors que Samia et Alekseï n'ont pas acquis la continuité des relations. Nous pouvons mettre cela en lien avec le concept de la sensation de continuité d'existence. Ainsi, nous émettons l'hypothèse que cette sensation est encore fragile chez eux et entraîne une insécurité

sur la continuité de notre présence. L'enveloppe psychocorporelle participe à la construction de la sensation de continuité d'existence par sa fonction d'intersensorialité qui permet d'intégrer les différentes sensations. Ainsi, chez Alekseï et Samia, cette fonction de l'enveloppe psychocorporelle est sûrement encore fragile. Cependant, je remarque qu'Alekseï continue de plus en plus les mêmes jeux de séance en séance. Je suppose alors qu'une continuité temporelle commence à devenir stable chez lui et donc par extension sa sensation de continuité d'existence.

Alekseï et Samia peuvent aussi se montrer agités dans la relation comme, par exemple, dans le groupe « Corps et traces », auquel Alekseï a participé, ou à la crèche pour Samia. L'agitation, qu'ils présentent au sein d'un groupe de pairs, paraît être un moyen de s'affirmer en tant que sujet parmi les autres. Concernant Samia, elle ne semble pas encore avoir sa propre expression corporelle. En effet, elle nous imite dans les propositions malgré nos invitations à s'exprimer comme elle le souhaite. Elle se regarde aussi souvent dans le miroir et imite des stéréotypes qu'elle connaît. Elle peut également être confuse sur son identité. Quant à Alekseï, il peut être agité en nous tendant les objets sans faire vraiment attention. Quand il se déplace, il peut nous bousculer comme si nous n'étions pas là. Il semble parfois ne pas avoir conscience de nous ou, alors, nous considérer comme des objets de l'espace. Face à cela, nous insistons davantage avec lui, qu'avec les autres enfants, sur le respect de la politesse entre nous. Ainsi, nous émettons l'hypothèse que la construction de la subjectivité d'Alekseï et Samia est difficile. Par extension, il en est de même concernant l'intégration de la subjectivité des personnes qui les entourent. La subjectivité est liée à la sensation de continuité d'existence qui paraît ne pas être encore stable chez eux. Par sa participation dans la constitution de cette sensation, l'enveloppe psychocorporelle joue un rôle ici. De plus, les enveloppes sensorielles, qui la composent, participent toutes à l'établissement de la subjectivité. Ainsi, les fonctions de l'enveloppe psychocorporelle mises en jeu dans l'installation de la subjectivité semblent fragiles chez Alekseï et Samia.

Paradoxalement, Samia qui souhaiterait nous retenir, paraît nous oublier entre chaque séance. En effet, toutes les semaines, quand nous allons la chercher dans la salle d'attente, c'est comme si elle nous rencontrait pour la première fois. Samia est très réservée et très tendue au niveau du haut de son corps, elle ne parle pas, se tord les mains, se ronge les ongles et sourit de manière crispée. De plus, nous avons remarqué que Samia peut, parfois, être dans un état de grande confusion au niveau de son identité. Il en est de même concernant l'identité des personnes qui

l'entourent : elle ne se souvient pas de nos prénoms, par exemple. Ainsi, nous émettons l'hypothèse que l'enveloppe de Samia n'est pas encore assez contenante, l'empêchant de retenir tous les éléments d'une relation. Nous observons aussi l'installation d'un regard adhésif chez Samia dans la relation. Nous pouvons le relier à l'enveloppe visuelle qui constitue l'enveloppe psychocorporelle. En effet, l'enveloppe visuelle a une fonction contenante que nous supposons défailante chez Samia. Ce défaut de contenance impacte notamment le domaine relationnel chez elle. Aujourd'hui, Samia a peut être besoin d'avoir ce regard adhésif et de se servir de notre visage comme écran psychique afin de continuer à constituer son enveloppe visuelle et compenser ce manque de contenance.

D'un point de vue émotionnel, Alekseï et Samia expriment peu leurs émotions. Pour Alekseï, ce manque d'expression peut s'expliquer par ses difficultés d'expression orale. Concernant Samia, sa mère semble lui laisser peu de place pour exprimer ses émotions, particulièrement sa colère ou sa tristesse. Cependant, j'ai tout de même remarqué qu'Alekseï évite les moments de verbalisation des émotions en se déplaçant à un autre endroit de la salle ou en changeant d'activité. Samia, quant à elle, laisse peu transparaître ses émotions sur son visage en conservant un sourire crispé en toute situation. Alekseï et Samia proposent aussi différents jeux, ou mises en scène de contes ou d'histoires, dont le thème commun est la dévoration. Lorsqu'un des personnages se fait dévorer par un autre, nous ressentons chez eux une grande excitation qu'ils évacuent par de l'agitation motrice. Les émotions qu'ils éprouvent paraissent les bousculer et je suppose la présence d'une angoisse de dévoration. L'enveloppe psychocorporelle aide l'enfant à réguler les émotions, qui sont susceptibles de le désorganiser, et à surmonter les angoisses corporelles archaïques grâce aux fonctions de maintenance, de contenance et de pare-excitation. Il me semble que l'enveloppe de Samia et Alekseï ne remplit pas encore suffisamment l'ensemble de ces fonctions. Ainsi, nous supposons que la faible expression de leurs émotions, l'agitation, l'augmentation de leur tonus ou encore les stratégies d'évitement qu'ils mettent en place découlent de ce manque. En effet, certaines de leurs émotions les submergent et leur enveloppe psychocorporelle joue difficilement son rôle de protection face à ces dernières.

A cette intégration fragile de leur sécurité interne s'ajoute, pour Alekseï comme pour Samia, une certaine instabilité de leurs repères externes. En effet, leur environnement relationnel n'est pas toujours stable. Alekseï a vécu des déménagements réguliers qui s'accompagnaient parfois de changements d'école, ce

qui a d'ailleurs été le cas cette année. Samia, quant à elle, a été placée en famille d'accueil dès sa première semaine de vie et a été séparée de ses parents pendant plusieurs mois. Aujourd'hui encore, son environnement relationnel semble peu stable avec l'imprévisibilité de la venue de son père.

## **2. Dans le domaine du langage**

Sur le plan du langage, le diagnostic de trouble du développement de la parole et du langage a été posé chez Alekseï. Cependant, j'ai observé des situations où le langage d'Alekseï s'améliore un peu lorsqu'il joue ou fait parler les objets. Ainsi, ses difficultés de langage paraissent être aussi liées à sa retenue globale. Quand cette dernière semble lâcher, ses difficultés de langage se réduisent. En nous intéressant à la sphère du langage, nous pouvons évoquer l'enveloppe sonore, composante de l'enveloppe psychocorporelle, qui est liée au développement du langage. L'enveloppe psychocorporelle d'Alekseï semble être en construction. Nous émettons l'hypothèse que c'est, particulièrement, cette partie sonore qui est encore en cours d'organisation. Néanmoins, au vu de la prise en charge importante mise en place pour Alekseï autour de son trouble du langage, il est impossible de lier la causalité de ce dernier seulement à une défaillance de l'enveloppe psychocorporelle. Ce trouble du langage fait partie d'une problématique globale.

Concernant Samia, c'est une petite fille logorrhéique. Ainsi, nous lui demandons régulièrement d'arrêter de parler, de remettre à plus tard ce qu'elle souhaite raconter ou de structurer son discours. Comme pour Alekseï, nous pouvons relier cela à l'enveloppe sonore qui paraît être peu constituée chez Samia. Ainsi, nous émettons l'hypothèse que Samia parle incessamment afin de compenser le manque d'enveloppe sonore. Le psychanalyste Roland Gori (1975) a conceptualisé ce comportement avec la notion de « muraille sonore ».

## **3. Dans le domaine cognitif**

Au niveau cognitif, Alekseï investit peu l'école et les apprentissages. Il a d'ailleurs été maintenu une année de plus en GSM et il est, aujourd'hui, accompagné d'une AVS pour son CP. Une demande en ULIS a également été faite. Au cours de leur développement psycho-sexuel, les enfants sont davantage réceptifs aux apprentissages lors de la période de latence. L'enveloppe psychocorporelle joue un rôle dans le passage des différents stades de ce développement en stabilisant les pulsions par sa fonction contenante. Or, l'enveloppe psychocorporelle d'Alekseï

paraît être en cours de constitution. Elle ne remplit donc pas encore suffisamment toutes ses fonctions. Une fixation aux stades, qui précèdent la période de latence, peut ainsi être supposée. De plus, en investissant peu les apprentissages, la fonction contenante de l'enveloppe psychocorporelle d'Alekseï est peu étayée. En effet, en reprenant la théorie de Gibello (1994) sur les « contenants de pensée », nous savons que les apprentissages contiennent les mouvements pulsionnels et soutiennent l'enveloppe sur ce point.

Dans cette continuité d'acquisitions cognitives, j'ai observé qu'Alekseï expérimente encore la notion de permanence de l'objet. Il joue, par exemple, à cacher puis retrouver des objets dans un bac de lentilles. Or, à l'intégration de la permanence de l'objet, décrite par Piaget (1984) dans le stade sensori-moteur, correspond l'intégration de la sensation de continuité d'existence (Bullinger, 2017, p. 20). Cette dernière semble, d'ailleurs, peu installée chez Alekseï. Son enveloppe psychocorporelle en serait en partie responsable. Ainsi, nous émettons l'hypothèse que le concept de permanence de l'objet n'est pas entièrement établi chez Alekseï suite à cette défaillance de son enveloppe psychocorporelle. Ainsi, son besoin d'expérimentation serait un moyen de compensation et lui permettrait de renforcer l'intégration de la permanence de l'objet et de la sensation de continuité d'existence.

Alekseï et Samia présentent un éparpillement psychique et des difficultés d'attention. Le choix d'une seule activité, l'organisation de leurs actions pour atteindre un but ou l'explication des règles d'un jeu est difficile pour eux. L'éparpillement est, principalement, visible dans le discours de Samia qui est peu organisé et dans lequel les sujets abordés ont peu de lien entre eux. Nous pouvons relier, de nouveau, cela à un défaut de la fonction de contenance de leur enveloppe psychocorporelle. En effet, cette fonction régule les pulsions permettant, alors, d'organiser les pensées et de maintenir l'attention. Elle permet également de poser des limites. Ces dernières semblent faire défaut, particulièrement chez Samia, pour qui la différence entre le réel et l'imaginaire est floue. Samia et Alekseï ont aussi peu de flexibilité mentale. Par exemple, Alekseï apprécie que certains objets soient bien à leur place et n'aime pas se salir avec de la peinture. Ce manque de flexibilité mentale peut être mis en lien avec le besoin de maîtrise qu'ils manifestent tous les deux. Nous développons cela dans la partie suivante<sup>9</sup>.

---

9 Cf. *infra*. Partie V- 4. Dans le domaine psycho-affectif pp. 67-68

#### 4. Dans le domaine psycho-affectif

Perdre lors d'un jeu est difficile pour Alekseï et Samia. Ils essayent alors de changer les règles des jeux pour gagner. A ce sujet, nous pouvons évoquer les angoisses limites, notamment l'angoisse de perte centrale dans le stade anal. Cette angoisse s'exprime par la crainte de la perte d'un objet indispensable à la stabilité de la personne. Nous émettons l'hypothèse qu'Alekseï et Samia souhaitent à tout prix gagner afin d'éviter de ressentir cette angoisse qu'ils ne peuvent pas encore endiguer. Pour continuer, Alekseï est encore dans cette toute-puissance du « tout, tout de suite » essentiellement présente chez l'enfant au stade anal. Ainsi, il est peu patient quand nous installons un jeu ou préparons une proposition. Quand nous jouons, il veut aussi tous les éléments du jeu. Alekseï peut aussi manifester une opposition passive assez forte quand il est en désaccord avec certaines de nos suggestions. Il ne nous répond pas, s'assoit et attend. Nous retrouvons, également, une opposition chez Samia qui refuse, par exemple, certaines propositions. Or, l'opposition est observée chez l'enfant surtout pendant le stade anal. Pour finir, tous les deux ont aussi une volonté de maîtrise sur les situations ou les objets. Ce besoin de maîtrise se retrouve aussi principalement au cours du stade anal. L'ensemble de ces éléments, nous conduit vers l'hypothèse d'une possible organisation, de Samia et Alekseï, qui se rapproche du stade anal dans le développement psycho-sexuel. Or, comme il a déjà été mentionné précédemment, la fonction contenante de l'enveloppe psychocorporelle entre en jeu dans la succession des stades de ce développement. Ainsi, il semble que cette fonction soit défaillante chez Alekseï et Samia entraînant une fixation au stade anal de certains points de leur organisation.

Cependant, certains éléments montrent qu'Alekseï tend vers une organisation relative au stade phallique. Par exemple, dans ses jeux, il nous interpelle autour des questions sur la différence des sexes et des générations. De plus, lorsque nous jouons au jeu du voleur et du policier, Alekseï ne peut s'empêcher de mettre le policier en prison quand le voleur s'enfuit de cette dernière. Comme s'il punissait le policier. Ceci est à rapprocher du sentiment de culpabilité présent dans l'angoisse de castration centrale au stade phallique. Pour finir, Alekseï a fait des progrès sur le plan relationnel en allant vers d'autres personnes étrangères à sa famille. Cette faculté à aller vers l'extérieur est caractéristique du stade phallique. Nous émettons, alors, l'hypothèse qu'Alekseï a besoin de revenir, parfois, à des comportements typiques du stade anal afin de renforcer l'intégrité de son enveloppe psychocorporelle afin de progresser vers une organisation correspondant davantage au stade phallique.

Pour Samia, des facteurs externes influent aussi sur son développement d'un point de vue psycho-affectif. En effet, Samia paraît être maintenue dans un lien de dépendance avec sa mère qui continue à l'habiller et à la coiffer. De plus, il semble être difficile pour la mère de Samia de confier sa fille à d'autres personnes. Cela est probablement lié aux séparations antérieures qu'elles ont vécues toutes les deux. Ainsi, il semble qu'il y a peu de triangulation dans la relation entre Samia et sa mère, son père étant notamment peu présent. Cela ressort, d'ailleurs, dans ses jeux où les papas sont souvent absents ou morts. Samia a aussi eu des difficultés à accepter ma présence lors des premières séances de psychomotricité. Nous avons supposé, avec ma maître de stage, qu'il était compliqué pour Samia d'intégrer une tierce personne dans la relation duelle qu'elle avait avec ma maître de stage. En séance, Samia préfère aussi jouer à deux sous le regard de la troisième personne. La triangulation commence à apparaître, mais il n'est pas encore aisé pour Samia de jouer à trois. Or, cette triangulation est importante dans le développement psycho-sexuel de l'enfant, notamment, au moment du complexe d'Oedipe. Nous émettons alors l'hypothèse que Samia est en difficulté dans l'abord de la problématique Œdipienne. En effet, cela implique de se séparer de sa mère ce qui la confronte à des angoisses trop massives. A ce sujet, Ajuriaguerra mentionne qu'une fixation peut avoir lieu « *lorsque les obstacles rencontrés dans l'accession au stade suivant provoquent une frustration ou un déplaisir tel que le retour défensif au stade précédent paraît plus immédiatement satisfaisant* » (cité dans Pireyre, 2015, pp. 220-221). Ces angoisses réveillées par le tiers, que je représente en séance de psychomotricité, conduisent Samia à revenir à des comportements typiques du stade anal. Ces derniers l'aident à renforcer l'intégrité de son enveloppe psychocorporelle en vue d'une future progression.

## **5. Dans le domaine corporel**

Au niveau corporel, Alekseï est attiré par les objets sensoriels (lumière, musique, balles de différentes textures). Samia apprécie aussi beaucoup le temps de fin de séance pendant lequel l'ensemble de ses sens est sollicité. Nous savons que l'enveloppe psychocorporelle est constituée de plusieurs enveloppes sensorielles. Ainsi, la sensorialité tient une place importante dans sa composition. L'enveloppe psychocorporelle de Samia et Alekseï paraît être encore en cours de formation. Nous émettons l'hypothèse qu'Alekseï et Samia ont besoin de ces apports sensoriels afin de continuer à constituer leur enveloppe. Cette attirance pour les objets sensoriels peut aussi témoigner d'un défaut d'intégration sensorielle. Ce dernier peut se

caractériser par une hyporéactivité sensorielle conduisant à un comportement de recherche sensorielle.

Alekseï investit peu le temps corporel en groupe, à l'école ou en séance de psychomotricité. Il préfère faire des jeux dans lesquels le corps est peu mis en mouvement. Nous pouvons relier cela au faible investissement de son corps et notamment de ses membres inférieurs. En effet, ces derniers sont peu mobiles et Alekseï semble en avoir peu conscience. Il continue d'ailleurs à s'asseoir en W avec rétroversion du bassin malgré nos rappels sur sa posture. Sa démarche, qui est comme entravée, en est impactée. De plus, les hémicorps d'Alekseï ne sont pas bien coordonnés. Suite à ce descriptif, nous supposons qu'Alekseï est, encore en partie, dans l'espace du torse décrit par Bullinger (2017). En effet, il est en cours d'acquisition de la coordination de ses hémicorps, qui se fait habituellement dans cet espace. Ainsi, il n'a pas encore investi totalement l'espace du corps ce qui explique le faible investissement de ses membres inférieurs et le manque de fluidité de sa démarche. Or, par l'ensemble de ses fonctions, l'enveloppe psychocorporelle permet à l'enfant d'accéder successivement à ces différents espaces. Ainsi, nous émettons l'hypothèse que l'enveloppe psychocorporelle d'Alekseï ne remplit pas encore suffisamment son rôle pour qu'il investisse complètement l'espace du corps.

Chez Alekseï, les représentations corporelles paraissent être encore floues. Il s'interroge, notamment, autour des limites corporelles et des liens entre les parties du corps. En séance, Alekseï propose de travailler autour de cette problématique en représentant certaines parties du corps non liées entre elles ou en expérimentant la déconstruction et la reconstruction de bonhommes. Il est aussi peu à l'aise quand des objets perdent les éléments qui les constituent comme les écailles du manche d'un pinceau. Alekseï est aussi très intéressé par l'eau qui coule que ce soit du robinet ou d'un ballon. Cet écoulement a un effet assez excitant chez lui, il s'agite et peut demander à aller aux toilettes. De plus, dans ses jeux, Alekseï questionne régulièrement les orifices du corps et ce qu'il en sort. Ces jeux semblent provoquer de l'excitation chez lui qu'il évacue par des comportements d'agitation : il bouge, saute. Nous faisons donc l'hypothèse de la présence d'angoisses corporelles archaïques, particulièrement, celles de liquéfaction, centrale au stade anal, et de morcellement. D'ailleurs, son manque de limites corporelles soutient l'hypothèse de son défaut de subjectivité. En effet, comme le suggère Catherine Potel, psychomotricienne : *« ce sens de soi ne peut véritablement se construire que si toutes ces expériences faites et éprouvées par l'enfant peuvent se « loger » dans un*

*espace, celui d'un corps protégé par des limites sensibles solides, sécurisantes »* (2019a, p.79). L'enveloppe psychocorporelle paraît être impliquée sur ces différents points. Pour commencer, elle joue un rôle dans la constitution de l'image d'un corps uni, avec des limites corporelles définies. Elle participe aussi au développement psycho-sexuel, qui est d'ailleurs lié à l'établissement de l'image du corps, en stabilisant les pulsions par sa fonction de maintenance. Pour finir, elle permet de faire face aux éprouvés anxiogènes, que peut vivre le sujet, grâce à sa fonction de pare-excitation. Ainsi, il semble que l'enveloppe psychocorporelle d'Alekseï ne remplit pas encore l'ensemble de ces fonctions au vu des manifestations décrites précédemment.

Alekseï et Samia présentent une hypertonie globale (associée à une possible hyperlaxité chez Alekseï). Cette hypertonie se répercute, entre autres, sur leur graphisme. Tous les deux appuient fort sur l'outil scripteur et Samia trace avec impulsivité. Leurs enseignants respectifs ont d'ailleurs relevé des difficultés dans ce domaine. L'enveloppe paraît être impliquée. En effet, Bullinger explique que lorsque l'enveloppe corporelle n'est pas totalement constituée, *« le bébé va chercher d'autres moyens pour stabiliser son image corporelle : un recrutement tonique en cocontraction qui maximise les sensations internes. C'est ce qui est décrit comme un "moi-muscle". »* (2017, p. 69). Nous émettons l'hypothèse que cette hypertonie compense leur manque d'enveloppe corporelle. Concernant Samia, des facteurs externes entrent, également, en jeu. En effet, Samia a eu un début de vie mouvementé d'un point de vue relationnel. Or, pour l'enfant, les relations avec son environnement familial, et notamment ses parents, sont importantes. En effet, elles étayent le développement de l'enfant. Les relations se font à travers la parole, le regard mais aussi le tonus avec le dialogue tonique. Il est possible que ce dernier ait été dérangé entre Samia et ses parents. Or, un dialogue tonique perturbé peut entraîner, chez le bébé, un retrait de la relation, caractérisé par une hypotonie, ou au contraire une hypertonie que Robert-Ouvray nomme *« paroi tonique »* (2007, p. 179).

Alekseï et Samia ne sont pas stables sur leurs appuis et leurs équilibres sont précaires. Alekseï appréhende d'ailleurs la perte d'appuis du sol : comme par exemple quand il monte sur une chaise ou s'assoit sur une physioball. Leur axe est aussi peu solide. Or, la stabilité de l'axe corporel rend possible le maintien des équilibres. C'est en partie grâce à la fonction de maintenance de l'enveloppe psychocorporelle que l'axe se construit. De plus, l'organisation axiale repose sur l'intégration de la distinction d'un espace à soi, le dedans et d'un espace à l'autre, le

dehors (Potel, 2019b). Or, l'enveloppe psychocorporelle participe à la différenciation Moi/non-Moi et donc, par extension, à celle de ces espaces. Ainsi, si elle est défaillante, cette différence peut être difficilement intégrée et impacter la construction de l'axe. Pour continuer, nous pouvons, de nouveau, faire référence à Bullinger (2017) et à sa description de l'investissement des différents espaces par l'enfant. En effet, dans l'espace de la pesanteur, l'enfant organise ses appuis pour maintenir des postures. Il construit ensuite son axe corporel dans l'espace du torse. Nous émettons donc l'hypothèse que Samia et Alekseï ont partiellement investi ces espaces ce qui se répercute sur l'intégration des acquisitions instrumentales réalisées dans ces derniers. Or, l'enfant s'appuie sur les fonctions de son enveloppe psychocorporelle pour investir les espaces par lesquels il passe au cours de son développement. Ainsi, au vu de ce descriptif, l'enveloppe psychocorporelle de Samia et Alekseï semble ne pas remplir toutes ces fonctions.

Pour finir, Samia a présenté des périodes d'énurésie et d'encoprésie diurnes. Aucune cause organique n'a été décelée. Depuis sa rentrée au CP, quelques épisodes d'énurésie ont été relevés par sa mère. C'est aussi, parfois, arrivé en séance de psychomotricité quand nous évoquons certains événements. Comme par exemple, les possibles actes de violence de son père envers elle ou encore l'imprévisibilité relationnelle qu'elle vit avec ses parents. Michel Soulé, psychanalyste et pédopsychiatre, déclare que « *l'énurésie devient l'exutoire d'une agressivité qui manque d'autres débouchés et d'une ambition qui ne trouve pas à s'employer dans le réel* » (2004, p. 1763). Il ajoute qu' « *elle est à l'origine de fantasmes de maîtrise, de destruction de l'objet par l'urine* » (*Ibid.* p. 1753). Cette phrase semble correspondre à ce que présente Samia. Les émotions qu'elle ressent pendant ces événements sont très fortes. Samia est alors débordée par cela et évacue ce trop plein, physiquement, par ses épisodes énurétiques. Nous pouvons mettre en lien l'enveloppe psychocorporelle avec la problématique de Samia à ce niveau-là. En effet, nous émettons l'hypothèse que son enveloppe ne remplit pas encore sa fonction de pare-excitation. Samia ne peut donc pas s'appuyer sur cette fonction pour faire face à certaines émotions. De plus, comme le mentionne Soulé, l'énurésie confère un sentiment de maîtrise à l'enfant. Or, nous avons constaté le besoin de maîtrise de Samia. Ainsi, son énurésie lui permet de l'assouvir. Damien Galmiche, psychomotricien, rajoute que « *l'énurésie secondaire témoignerait d'un comportement réactionnel face au retour de l'angoisse de séparation* » (2005, p. 59). Cette supposition rappelle la problématique relationnelle de Samia concernant sa crainte de l'abandon et de la séparation.

Suite à cette description des comportements d'agitation et de retenue de Samia et Alekseï, nous constatons l'implication de l'enveloppe psychocorporelle à différents niveaux et les conséquences que sa défaillance peut entraîner. La prochaine partie est consacrée au travail possible en psychomotricité autour de l'enveloppe psychocorporelle. Nous aborderons aussi les effets observés, suite à nos différentes propositions, sur la régulation psychomotrice d'Alekseï et Samia.

## **VI- Travailler autour de l'enveloppe psychocorporelle en psychomotricité**

En séance de psychomotricité, nous avons travaillé autour des enveloppes avec Samia et Alekseï afin de soutenir la construction de leur enveloppe psychocorporelle. Dans la partie suivante, je développe, notamment, le rôle du psychomotricien et du cadre thérapeutique dans cet étayage. Puis dans cette continuité, je relate les différentes propositions que nous avons faites à Samia et Alekseï, en détaillant, en particulier, deux médiations : le portage et les cabanes.

### **1. Les fonctions du psychomotricien et du cadre thérapeutique**

C'est en cette dernière année d'études en psychomotricité que je me suis représentée le rôle essentiel du cadre thérapeutique ainsi que l'importance des différentes fonctions qu'assume le psychomotricien en séance. Je développe ces idées dans les lignes qui suivent.

Pour commencer, nous allons nous intéresser à la notion de signifiant formel proposée, dans un premier temps, par Anzieu (2003). Anne-Marie Latour, psychomotricienne, définit cette notion comme :

*Une catégorie particulière de représentations articulant de manière élémentaire et analogique, les liens s'établissant entre les événements corporels et leurs représentations ; ils désignent des états se situant bien en deçà d'un scénario, d'un fantasme, propres aux processus primaires : il s'agit davantage d'états dans lesquels la dimension spatiale est primordiale (2007, p. 81).*

Par son écoute et son observation attentive, le psychomotricien repère ces signifiants formels chez les enfants et y répond par une verbalisation, une proposition de matériel ou un agencement de l'espace. Ainsi, en séance avec Samia et Alekseï, ma maître de stage et moi-même avons été vigilantes aux manifestations qu'ils expriment afin de leur proposer des aménagements adaptés.

## 1.1. Le cadre thérapeutique

Potel définit le cadre thérapeutique comme « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » (2019c, p. 357). Pendant les séances de psychomotricité, nous avons adapté ce dernier à Samia et Alekseï.

Pour commencer, nous les retrouvons toutes les semaines au même endroit, à la même heure, pour une même durée de séance. Nous matérialisons le temps de la séance par l'utilisation d'un Time Timer®, une horloge sur laquelle un disque rouge diminue à mesure que le temps s'écoule. Cette continuité spatio-temporelle semble les rassurer. D'ailleurs, si pour une raison particulière, cette régularité est perturbée, Alekseï et Samia sont davantage agités. Ils ont plus de difficultés à rester attentif pendant la séance et s'éparpillent facilement. Nous garantissons aussi leur place en leur disant que ce créneau leur est réservé et en refusant la venue de d'autres personnes dans la séance : le petit frère d'Alekseï ou la mère de Samia (nous recevons cette dernière à d'autres moments<sup>10</sup>). Ainsi, nous les reconnaissons en tant qu'individu à part entière ce qui étaye la distinction Moi/non-Moi et donc la construction de leur subjectivité.

Concernant Samia, nous avons instauré différents temps dans la séance. Nous commençons par un temps de rencontre pendant lequel nous faisons quelques échanges de balle à trois, pour se saluer et retrouver notre relation. Il me semble que Samia rentre plus rapidement dans la relation grâce à cela. A la fin de la séance, nous organisons un temps calme dans un espace de la salle dédié. Latour évoque cet espace calme en disant qu'il « *peut permettre de rassembler un enfant, de le stabiliser en stabilisant l'espace, un endroit où ça tient bien ensemble, ou c'est doux, ou on peut lâcher.* » (2007, p. 83). Les premières fois, Samia avait des difficultés à se poser puis, progressivement, elle a apprécié ce temps en se relâchant. Cela lui permet de calmer l'agitation qui a pu être provoquée lors de certaines séances. Avant mon arrivée dans les séances de Samia, ma maître de stage avait institué un tour de rôle dans le choix des jeux. Même s'il était parfois difficile pour Samia d'accepter ce tour de rôle, j'ai observé que cela lui a permis de structurer le temps passé en séance et de limiter l'éparpillement que le choix d'un jeu peut provoquer chez elle.

Ainsi, avec ces aménagements, nous proposons, à Alekseï et Samia, des repères spatio-temporels stables qui semblent les rassurer quant à la permanence

---

10 Cf. *supra*. Partie I- 3. 3.1. Anamnèse pp. 21-22

de nos rencontres toutes les semaines. Ils s'appuient sur cette sécurité relationnelle, que nous leur offrons, pour constituer leur propre sécurité interne et intégrer leur sensation de continuité d'existence. Jean-Bernard Chapelier (2002), psychanalyste et docteur en ethnopsychiatrie, parle ainsi de la fonction limitante du cadre. Cette première fonction du cadre soutient la construction de l'enveloppe psychocorporelle de Samia et Alekseï et régule leur agitation et leur retenue.

Par cette sécurité qu'offre le cadre thérapeutique, l'enfant peut s'exprimer librement en séance de psychomotricité. Dans l'ensemble de mes stages, j'ai d'ailleurs observé cette différence de comportement de l'enfant entre la salle d'attente et la salle de psychomotricité. Nous pouvons aussi l'entendre quand les parents ou les enseignants nous rapportent la façon dont se comporte l'enfant à la maison ou à l'école. La salle de psychomotricité semble être un endroit où les enfants sont plus libres de s'exprimer verbalement ou corporellement. En effet, le cadre thérapeutique instauré par le psychomotricien contient les expressions psychocorporelles de l'enfant qu'elles soient angoissantes ou non. Ce dernier sait qu'il peut vivre des expériences en sécurité. Potel résume cela en disant qu'« *il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps* » (2019c, p. 358). Ainsi, Samia et Alekseï ont régulièrement joué autour de leurs angoisses. Le cadre thérapeutique permet, aussi, au patient d'introjecter les bons éléments provenant de la présence active du psychomotricien auprès de lui. Pour finir, Alekseï et Samia ont testé les limites du cadre, que nous avons instaurées, en essayant d'enfreindre les règles ou en bousculant les repères. Face à cela, nous leur avons proposé un cadre solide, qui ne cédait pas. Cela fait émerger un sentiment de sécurité externe sur lequel ils peuvent s'appuyer pour constituer leur sentiment de sécurité interne. Le cadre thérapeutique a donc une fonction contenante (Chapelier, 2002) qui étaye la construction de cette même fonction de l'enveloppe psychocorporelle.

Selon Chapelier, le cadre thérapeutique a également une fonction transitionnelle (*Ibid.*). Nous pouvons rapprocher cette fonction de la notion de l'aire intermédiaire d'expérience de Winnicott (1975a). En effet, le cadre thérapeutique sépare les espaces extérieur et intérieur de la séance aussi bien physiquement que psychologiquement (Potel, 2019c, p. 368). Il offre ainsi un endroit pour penser et agir. Le cadre s'adapte au patient, comme le fait la mère avec son enfant, en laissant assez d'espace pour qu'il prenne son indépendance et gagne en autonomie. Ainsi, avec Alekseï et Samia, nous avons aménagé le cadre thérapeutique, lors de chaque

séance, selon ce que nous observions le jour même. Nous leur avons proposé un cadre étayant qui leur laisse de la place pour s'épanouir et s'exprimer en tant que sujet. Par exemple, nous leur faisons différentes propositions encadrées tout en leur laissant une certaine maîtrise dans le choix du matériel ou de la musique. Cette fonction du cadre soutient donc l'enveloppe psychocorporelle dans son rôle de différenciation des espaces dedans et dehors et, par relation, de distinction Moi/non-Moi et d'intégration de la subjectivité.

Pour finir, le cadre a aussi une fonction symboligène (Chapelier, 2002). En effet, le cadre permet l'engagement du processus de symbolisation et donc l'accès aux représentations. En séance de psychomotricité, le thérapeute met du sens sur les actes du patient lui permettant alors d'accéder, progressivement, à la symbolisation. C'est ce que nous avons fait pour Alekseï et Samia en mettant des mots sur ce qu'ils vivent et sur ce que nous observons corporellement. Cela a semblé calmer l'agitation qu'ils expriment dans certaines situations. Cette fonction du cadre soutient donc le processus de symbolisation que l'enveloppe psychocorporelle permet d'amorcer. Ainsi, Alekseï a proposé de plus en plus de jeux symboliques au cours de l'année. Avant cela, ses jeux étaient davantage sensori-moteur.

Ainsi, en observant Alekseï et Samia, nous avons répondu, de la manière la plus appropriée possible, à leurs manifestations psychocorporelles par l'instauration d'un cadre thérapeutique spécifique. Ce dernier paraît avoir renforcé certaines fonctions de leur enveloppe psychocorporelle. De plus, j'ai observé une diminution de leur agitation ou un relâchement de leur retenue. Latour parle de ce « *travail d'analogie entre le corps (dont la peau et ses orifices) et leur fonction d'une part, et l'espace avec ses objets d'autre part* » (2007, p. 85) que le psychomotricien fait en séance. Ce cadre thérapeutique stable et sécurisant permet de structurer le psychisme de l'enfant et d'instaurer une relation de confiance entre le psychomotricien et ce dernier.

## **1.2. Le psychomotricien et les enveloppes**

Le cadre thérapeutique, mis en place par le psychomotricien, ne se suffit pas à lui-même. En effet, le psychomotricien joue un rôle à part entière, notamment dans l'étayage de l'enveloppe psychocorporelle du patient. Ainsi, en psychomotricité, le thérapeute offre aux patients différentes enveloppes : enveloppe sonore, enveloppe visuelle, enveloppe tonique, enveloppe tactile...

Au cours des séances avec Samia, nous lui avons proposé une enveloppe visuelle. En effet, Samia cherche encore beaucoup l'appui du regard. Elle vérifie, également, que nous la regardons dans les jeux ou les propositions. Samia a pu s'appuyer sur cette enveloppe, comme par exemple, pendant les spectacles de marionnettes où il y a toujours un spectateur que ce soit moi ou ma maître de stage. Ceci a semblé la contenir. Lors de ces moments, elle peut se calmer, se poser, se concentrer sur ce qu'elle fait, ne plus avoir un discours logorrhéique. Cette enveloppe visuelle étaye la subjectivité du patient. Ainsi, Samia se détache peu à peu de notre regard et réalise davantage de propositions sans avoir besoin de surveiller si nous la regardons. Son enveloppe visuelle semble gagner en efficacité et commence à remplir ses fonctions.

Concernant Alekseï, nous lui avons proposé du toucher thérapeutique par des pressions corporelles, lui offrant alors une enveloppe tactile. Nous avons insisté sur les articulations en lui disant que toutes les parties de son corps sont liées entre elles. Ce toucher thérapeutique soutient le sentiment d'unité corporelle qui est encore fragile et, d'ailleurs, porteur d'angoisses chez Alekseï. Lors de ces moments, Alekseï est calme et attentif. Cette enveloppe tactile étaye la formation de son enveloppe corporelle.

Nous avons également mis à leur disposition une enveloppe sonore. Ainsi, nous avons régulièrement travaillé avec un fond musical avec Samia. Nous avons aussi accompagné leurs actions et leurs manifestations verbalement en mettant du sens sur leur vécu. Cela a semblé calmer leur agitation dans certaines situations. Cette aptitude du psychomotricien, à mettre du sens sur ce que témoigne corporellement le patient, s'ajoute à la fonction symboligène du cadre thérapeutique. Nous pouvons également la rapprocher de la fonction Alpha de Bion (2003). Comme la mère, qui joue cette fonction durant les premiers temps de vie de l'enfant, nous avons rempli cette fonction pour Samia et Alekseï afin de les aider à développer leur propre fonction Alpha. Jacques Constant, pédopsychiatre, explique ainsi notre rôle :

*Vous [les psychomotriciens] ne vous cantonnez d'ailleurs pas à l'articulation de modalités sensorielles entre elles, vous essayez le plus souvent de les transformer en modalités perceptives et vous utilisez la gestuelle de votre propre corps et votre parole et vos émotions pour tenter de donner un sens à cette situation. (2001, pp. 9-10)*

Mais, il n'est pas toujours facile de mettre du sens, d'interpréter corporellement les vécus des patient. Cela demande un certain engagement. C'est le cas pour Samia qui me demande souvent de jouer avec elle des situations auxquelles il m'est encore difficile de répondre. Dans ces moments-là, c'est ma maître de stage qui joue le rôle de cette fonction Alpha en verbalisant ce que nous jouons.

De par ce rôle d'enveloppe, le psychomotricien a aussi une fonction contenante : « *Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique.* » (Potel, 2019c, p. 360). Le psychomotricien contient les manifestations psychocorporelles, régule les émotions, accueille les angoisses, les tensions, les excitations et permet la liaison entre ces mouvements pulsionnels et leurs représentations psychiques. Nous pouvons, de nouveau, rapprocher cette capacité du psychomotricien à la fonction Alpha de Bion (2003). En effet, comme la mère avec son bébé, le psychomotricien « prête » son psychisme, en tant que contenant psychique, au patient. La fonction contenante du psychomotricien offre également des limites qui sécurisent. Alekseï et Samia ont parfois mis à mal ces limites par leur agitation. Face à cela, nous avons essayé de rester le plus solide possible. Leur agitation semble alors diminuer. Pour finir, nous avons aussi une fonction de pare-excitation en protégeant les patients des éléments qui peuvent les désorganiser psychiquement (Potel, *Ibid.* p. 366).

Le psychomotricien joue donc le rôle de plusieurs enveloppes et de leurs fonctions permettant alors d'étayer l'enveloppe psychocorporelle des patients. Nous avons endossé le rôle de ces enveloppes, en séance avec Samia et Alekseï, en insistant, particulièrement, sur celles qui paraissent les plus fragiles chez eux. Ceci semble avoir eu un effet bénéfique sur leur régulation psychomotrice.

## **2. Nos propositions matérielles**

Concernant le contenu des séances, nous l'avons aussi adapté à Alekseï et Samia. Les propositions répondent donc à leurs besoins concernant leur enveloppe psychocorporelle ainsi qu'à leurs manifestations d'agitation et de retenue.

Samia et Alekseï présentent un éparpillement psychique. Au vu de cette observation, nous leur avons proposé plusieurs aides. Par exemple, nous avons suggéré à Samia que nous écrivions les histoires qu'elle souhaitait jouer afin de l'aider à organiser sa pensée et la chronologie des événements. Cette aide lui a

permis de se poser, d'être moins agitée et de clarifier sa pensée. Concernant Alekseï, nous avons mis à sa disposition différents objets permettant de délimiter les espaces dans ses jeux tels que des cerceaux ou des contenants. Nous avons aussi limité le nombre de pièces de certains jeux comme les petites voitures, les personnages... Cela lui a permis de se concentrer davantage sur le jeu que nous faisons. Ainsi, en compensant, par différents moyens, le manque de contenance psychique de l'enveloppe psychocorporelle de Samia et Alekseï, nous limitons leur agitation.

Au niveau corporel, Alekseï et Samia ont encore besoin de sensorialité. Au cours des séances, nous leur avons donc proposé plusieurs objets sensoriels telles que des matières différentes à toucher, des lumières, de la musique. Ils ont notamment apprécié utiliser le tube vibrant qu'ils mettent autour de leur cou. Par les vibrations osseuses, que procure le tube, l'axe est sollicité, ce qui permet de soutenir sa construction chez Alekseï et Samia. De plus, la qualité des équilibres et des coordinations dépend de la stabilité de l'axe corporel. Cet apport sensoriel, qui soutient l'axe corporel, offre un étayage instrumental et renforce la construction de l'enveloppe psychocorporelle. Il a aussi eu un effet apaisant sur Alekseï et Samia. En effet, j'ai observé, pendant ces moments, qu'ils arrêtaient ce qu'ils faisaient et étaient attentifs à leurs sensations. Il me semble que cela leur a permis de se recentrer sur eux-mêmes.

Nous leur avons également proposé deux médiations en particulier : le portage et la construction de cabanes. Dans la prochaine partie, nous nous intéressons à la manière dont ces deux propositions ont pu intervenir dans l'étayage de la construction de l'enveloppe psychocorporelle de Samia et Alekseï. Ainsi, qu'à leurs effets sur l'agitation et la retenue qu'ils manifestent.

## **2.1. Les cabanes**

La construction de cabanes est un jeu auquel beaucoup d'enfants se livrent. Il permet de développer un grand nombre de compétences telles que l'organisation spatiale, la manipulation d'objet, le travail en équipe. Mais la cabane reflète aussi la construction psychocorporelle du sujet. En effet, Philippe Gutton, psychiatre et psychanalyste, l'explique : « *l'objet construit symbolise le corps du sujet ; le face-à-face avec la construction est de l'ordre du miroir rendant une image globale du corps de l'enfant* » (cité dans Miglioranza, 2006, p. 106). Patrice Huerre, pédopsychiatre,

va dans ce même sens en disant que la cabane a une fonction projective pour l'enfant : projection de soi, de ses craintes...(2006). Ainsi, nous émettons l'hypothèse que la cabane reflète l'enveloppe psychocorporelle d'Alekseï et Samia.

Au cours des séances de psychomotricité, nous avons proposé à Alekseï et Samia de construire des cabanes. Ce travail s'est davantage répété avec Alekseï qui cherche souvent à se cacher sous des modules ou dans des petits coins. Alekseï et Samia s'éparpillent psychiquement ce qui impacte l'organisation de leur pensée. Il leur est ainsi encore difficile d'organiser leurs actions, de savoir par où commencer. Nous les accompagnons alors, tous les deux, dans la construction de leur cabane. Nous alternons entre de la guidance, en leur disant quels éléments prendre et où les placer, tout en leur laissant une certaine autonomie. Cette aide à la construction semble leur avoir permis d'être moins éparpillés, de soutenir leur organisation psychique et par relation la constitution de leur enveloppe psychocorporelle.

Leurs cabanes ont peu de limites ce qui nous rappelle le manque de limites de leur enveloppe psychocorporelle. Nous insistons alors avec eux sur le fait de construire une cabane dont les limites spatiales sont claires et qui ne comporte qu'une entrée et sortie. Ainsi, nous associons ces cabanes à des enveloppes continues, non perforées, délimitées. Il est alors possible de faire l'hypothèse que cela permet de consolider les limites de leur enveloppe psychocorporelle.

Nous n'entrons jamais dans leur cabane sans leur autorisation. Ainsi, Alekseï et Samia peuvent maîtriser ce qui entre et sort de leur cabane. Nous répondons, grâce à cela, à leur besoin de maîtrise ce qui paraît les rassurer. Ils sont reconnus en tant que sujet dont les demandes sont prises en considération. Ainsi, la cabane semble avoir une fonction individuante qui étaye la formation de cette même fonction de l'enveloppe psychocorporelle.

Samia et Alekseï investissent la cabane en ramenant différents objets à l'intérieur. Ils s'approprient la cabane, ce qui est le signe d'une sensation de sécurité (Miglioranza, 2006). D'ailleurs dans ces cabanes, Alekseï et Samia jouent différentes histoires inventées, dans lesquelles ils mettent en scène les différentes angoisses que nous avons évoquées précédemment : dévoration, séparation... Il semble donc qu'ils peuvent déposer leurs angoisses sans crainte à l'intérieur. De plus, j'ai observé qu'ils étaient plus calmes dans leur cabane. La construction d'une cabane en tant qu'espace physique contenant et sécurisant permet de construire son propre espace

psychique en introjectant les composants nécessaires à sa construction et en projetant les idées angoissantes et agressives (Miglioranza, *Ibid.*). Ainsi, la cabane semble avoir des fonctions contenante et pare-excitatrice qui ont un effet bénéfique sur la régulation psychomotrice de Samia et Alekseï. De plus, nous émettons l'hypothèse que les cabanes soutiennent la formation de ces mêmes fonctions des enveloppes psychocorporelles de Samia et Alekseï.

La construction de cabanes correspond à une étape dans le développement de l'enfant. Elle se termine lorsque, par l'intériorisation de l'enveloppe matérielle représentée par la cabane, la propre enveloppe de l'enfant est suffisamment psychisée. Ainsi, la construction de cabanes a semblé offrir à Alekseï et Samia une enveloppe physique limitée, contenante, pare-excitatrice, différenciée qui, par relation psychocorporelle, leur a permis de développer une enveloppe psychique ayant ces mêmes caractéristiques. La constitution de leur enveloppe psychocorporelle est ainsi étayée, par extension, ils ont trouvé un certain état d'équilibre entre leur agitation et leur retenue. Le besoin de reconstruire sa cabane revient, par la suite, dans les situations dans lesquelles l'individuation est mise à mal et nécessite de s'ancrer de nouveau dans l'éprouvé perceptif de l'enveloppe psychocorporelle. Nous retrouvons, ainsi, la cabane dans les jeux de cache-cache ou les jeux collectifs de territoire dans lesquels elle est souvent présente comme refuge.

A présent, intéressons nous à la proposition de portage que nous avons faite à Samia. Ce portage répond au besoin de régression au portage réel, que nous avons perçu chez elle. Au contraire d'Alekseï qui, quant à lui, progresse vers des territoires plus larges en intériorisant un espace contenant que peut être la cabane. En psychomotricité, il est important de pouvoir répondre aux besoins de régression des patients, à certains moments, sans entraver, et même parfois en suscitant, les mouvements de progression qu'il y a dans d'autres.

## **2.2. Le portage**

Porter un enfant est essentiel à son développement psychocorporel car cela met en jeu beaucoup d'éléments : le toucher, le regard, la parole, la relation... Dans un premier temps, nous avons porté Samia par contact corporel en lui tenant les bras et les jambes. Par la suite, nous lui avons proposé d'utiliser un grand drap sur lequel elle s'allonge et que nous portons comme un hamac. Ainsi portée, nous la balançons

doucement de droite à gauche. Dès que nous avons commencé ce portage, Samia nous dit que cela lui rappelle lorsque sa mère la portait quand elle était petite. Nous constatons, grâce à cette phrase, que le portage du bébé par le parent s'inscrit en lui. Certaines expériences corporelles, qu'il fait plus tard, lui permettent d'accéder à cette mémoire corporelle.

Le portage que nous proposons en psychomotricité rappelle la notion de *holding* de Winnicott (1975b). Ce *holding* ne se limite pas aux premières années de vie, il continue tout au long de cette dernière. Le *holding* procure un sentiment de sécurité physique et psychique au sujet. Il permet aussi d'intégrer la fonction de maintenance de l'enveloppe psychocorporelle de laquelle découle la construction de l'axe. Enfin, il a un rôle à jouer dans l'intégration de la sensation de continuité d'existence qui intervient dans la constitution de l'image du corps. Ces éléments sont encore fragiles chez Samia. Le portage semble donc être une médiation indiquée pour Samia afin de travailler dessus.

Dans cette continuité, nous évoquons la notion de dialogue tonique décrite par Ajuriaguerra (2010). Au cours du portage, le psychomotricien s'ajuste toniquement à ce qu'il ressent de l'enfant. Un accordage se fait alors entre lui et l'enfant. Le psychomotricien, en cherchant lui même sa propre régulation psychomotrice, permet à l'enfant qu'il porte de trouver la sienne. Quand nous portons Samia, nous essayons de trouver un équilibre entre, la tenir assez fermement pour qu'elle se sente soutenue et en sécurité, et lui laisser assez de place pour qu'elle ne soit pas entravée. Nous essayons également d'ajuster la vitesse de nos balancements pour qu'ils ne soient ni trop rapides, ni trop lents.

Le portage donne aussi des informations sur les limites corporelles. Il rassemble le corps dans une unité et permet de retrouver l'enroulement que le bébé connaît dans le ventre de sa mère. Selon Bullinger, l'enroulement participe à la « *création d'un arrière-fond* » (2017, p. 31). Le contact-dos donne un appui solide au corps et rassure. Ainsi, le portage a une fonction contenant. Il offre également un sentiment de sécurité par l'enveloppe protectrice qu'il procure et a donc une fonction pare-excitatrice.

Pendant ces moments de portage, Samia ne parle plus. Mais à peine l'avons nous reposée, qu'elle repart dans une logorrhée. Le portage semble avoir un effet contenant sur elle. Nous lui proposons de fermer les yeux, mais elle préfère les

garder ouverts, et regarde avec insistance la personne en face d'elle. Ce qui nous rappelle son besoin d'enveloppe visuelle. Cependant par moment, elle demande de refermer le drap sur elle. Samia reste allongée sur le dos sans bouger et se laisse bercer. Il me semble alors que le portage lui a permis de se poser. Je remarque, notamment, que son tonus diminue et qu'elle n'est plus aussi tendue. Elle conserve son sourire crispé qui tend, tout de même, à disparaître par moment. Suite à ces moments de portage, Samia met en scène des histoires en lien avec son histoire de vie telles que des séparations, des pertes de personnes. Ainsi, le portage semble lui offrir les ressources nécessaires pour jouer cela. Ces moments de portage durent un certain temps. D'ailleurs, c'est nous qui y mettons souvent un terme. Ainsi, nous remarquons le besoin de Samia d'être portée, soutenue, contenue.

Isabelle Diard, psychomotricienne, résume les bienfaits du portage en psychomotricité :

*Les éprouvés sollicités seront ceux d'être porté, contenu, bercé... apaisé ou rassuré, rasséréné. En référence au holding de Winnicott, la position dans le hamac évoque le maternage dans les bras d'une mère. [...] l'éprouvé d'être porté et contenu de façon sécurisée. L'attention manifestée par le psychomotricien vient confirmer elle aussi à l'enfant son sentiment d'exister et toucher fondamentalement l'image inconsciente du corps et la sécurité de base chère à Dolto. (2008, p. 210)*

Par l'ensemble de ses fonctions, le portage offre une enveloppe physique qui, par son intériorisation, étaye l'enveloppe psychique. En psychomotricité, le portage, accompagné par la présence active du psychomotricien, participe à la structuration de l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant. Par extension, le portage joue également un rôle dans la régulation psychomotrice du patient. Samia s'est ainsi relâchée et a trouvé un état de calme.

En séance de psychomotricité, le travail autour de l'enveloppe psychocorporelle peut se faire par l'instauration d'un cadre thérapeutique et de propositions adaptées aux besoins du patient. La présence active du psychomotricien, qui endosse le rôle de certaines enveloppes et de leurs fonctions, auprès du patient est tout aussi importante. Par l'ensemble de ces éléments, l'enveloppe psychocorporelle est étayée dans sa constitution et son organisation. Par l'intégration de cette enveloppe davantage fonctionnelle, l'enfant trouve ou retrouve une certaine régulation psychomotrice à tous niveaux.

## Conclusion

Cette année, lors de mon stage en pédopsychiatrie, cette notion d'enveloppe psychocorporelle, qui m'a tant questionnée, s'est articulée avec l'agitation et la retenue observées chez Samia et Alekseï. Ces comportements, qui se manifestent à différents niveaux psychomoteurs, peuvent refléter les défaillances de cette dernière. Dans la pratique psychomotrice, porter attention au concept de l'enveloppe psychocorporelle et notamment à son organisation chez les enfants peut permettre de mieux comprendre les difficultés de régulation psychomotrice qu'ils expriment.

Par ses connaissances sur le développement psychomoteur de l'enfant, son observation fine, sa capacité à analyser ce qui est vécu en séance et l'écoute de son propre corps, le psychomotricien est attentif aux manifestations comportementales des enfants. Ainsi, il met en place différents dispositifs pour répondre aux besoins de l'enfant. Lors des séances de psychomotricité de Samia et Alekseï, nous avons instauré un cadre thérapeutique adapté, joué le rôle de différentes enveloppes et fait plusieurs propositions matérielles telles que la construction de cabanes ou le portage. Ces aménagements ont participé à la formation et à l'intégration de leur enveloppe psychocorporelle et, par extension, apaisé leur agitation et réduit leur retenue. Par la crise sanitaire à laquelle la France a dû faire face, le suivi en psychomotricité de Samia et Alekseï a été bousculé en fin d'année. Mon observation s'est arrêtée à partir de la mi-mars mais la réflexion s'est poursuivie.

Tout au long de cette année, le travail en stage conjugué à l'écriture de ce mémoire ont été source de questionnements, de réflexions et m'ont énormément apporté professionnellement. Ma vision de la psychomotricité a également évolué. Grâce aux recherches réalisées dans le cadre de l'élaboration du mémoire, j'ai acquis de nouvelles connaissances et pu me représenter des concepts qui étaient auparavant flous. L'enveloppe psychocorporelle et son rôle dans les difficultés de régulation psychomotrice chez l'enfant reste, d'ailleurs, un sujet à continuer d'explorer. D'un point de vue clinique, j'ai appris à ne pas m'arrêter seulement aux symptômes, que présentent les patients, mais à les concevoir dans une globalité d'organisation psychocorporelle. Cette approche clinique est l'une parmi tant d'autres. De mon point de vue, l'association de différentes conceptions est importante et participe à la richesse et à la spécificité des prises en charge en psychomotricité.

## Bibliographie

Agitation. (2016). In *Le Robert maxi plus*. Paris, France : Dictionnaires Le Robert-Sejer.

Ajuriaguerra, J. de, (1980). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris, France : Masson.

Ajuriaguerra, J. de, (1989). La peau comme première relation. Du toucher aux caresses. *La psychiatrie de l'enfant*, 32(2), 325-349.

Ajuriaguerra, J. de, (2010). Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements : des mouvements spontanés au dialogue tonico-postural et aux modes précoces de communication. In Joly, F., & Labes, G. (dirs.), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité* (Vol. 3 Entre inné et acquis : le bébé et le développement précoce) (pp. 307-321). Paris, France : Éditions du papyrus.

Ajuriaguerra, J. de, & Bonvalot-soubiran, G. (2017). Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile. In Joly, F., & Labes, G. (dirs.), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité* (Vol. 1 Corps, tonus et psychomotricité) (pp. 55-116). Paris, France : Éditions vernazobres-grego.

American psychiatric association, Crocq, M. A., Pull, M. C., Pull, C. B., Boyer, P., & Guelfi, J. D. (2016). *Mini DSM-5 Critères diagnostiques*. Paris, France : Elsevier Masson.

Anzieu, D. (1994). *Le penser : du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris, France : Dunod.

Anzieu, D. (2003). Les signifiants formels et le Moi-peau. In *Les enveloppes psychiques* (pp. 19-41). Paris, France : Dunod.

Anzieu, D. (2006). *Le Moi-peau*. Paris, France : Dunod.

- Anzieu-Premmereur, C. (2001). Les enveloppes psychiques. *Santé mentale*, (60), 33-36. Consulté à l'adresse <https://www.mediations-aquatiques.com/articles.html>
- Barnett, A., Henderson, E., & Sudgen, D. A. (2016). *Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant* (2nde éd., J. Marquet-Doléac, R. Soppelsa, & J. -M. Albaret, Trad.). Montreuil, France : ECPA par Pearson.
- Bergès, J. (2004). Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. In Lebovici, S., Diatkine, R. & Soulé, M. (dirs.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: 4 volumes* (pp. 1571-1590). Paris, France : PUF.
- Bion, W. R. (2003). *Aux sources de l'expérience*. (F. Robert, Trad.). Paris, France : PUF.
- Botbol, M., Bursztejn, C., Durand, B., Coinçon, Y., Garret-Gloanec , N., Golse, B., ... Thévenot , J.-P. (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R-2012* (5e éd.). Consulté à l'adresse [http://psychaanalyse.com/pdf/CLASSIFICATION%20FRANCAISE%20DES%20TROUBLES%20MENTAUX%20DE%20L%20ENFANT%20-%20R-2012%20\(128%20Pages%20-%20823%20Ko\).pdf](http://psychaanalyse.com/pdf/CLASSIFICATION%20FRANCAISE%20DES%20TROUBLES%20MENTAUX%20DE%20L%20ENFANT%20-%20R-2012%20(128%20Pages%20-%20823%20Ko).pdf),
- Bowlby, J. (2002). Le lien de l'enfant à sa mère : le comportement d'attachement. In *Attachement et perte* (Vol. 1, J. Kalmanovitch, Trad.) (pp. 272-285). Paris, France : PUF.
- Bullinger, A. (2000). De l'organisme au corps : une perspective instrumentale. *Enfance*, (3), 213-220. <https://doi.org/10.3406/enfan.2000.3177>
- Bullinger, A. (2004a). Perspectives théoriques pour l'étude du développement sensori-moteur. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche* (pp. 23-44). Ramonville Saint-Agne, France : Éditions érès.
- Bullinger, A. (2004b). Approche instrumentale de l'autisme infantile. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche* (pp. 174-189). Ramonville Saint-Agne, France : Éditions érès.

- Bullinger, A. (2017). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED*. Toulouse, France : Éditions érès.
- Chapelier, J. -B. (2002). Les psychothérapies de groupes d'enfants : abord théorico-clinique. In Blossier, P. (dir.), *Groupes et psychomotricité : Le corps en jeu* (pp. 27-55). Marseille, France : Solal.
- Chiland, C. (2004). La naissance de l'identité sexuée. In Lebovici, S., Diatkine, R. & Soulé, M. (dirs.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : 4 volumes* (pp. 297-317). Paris, France: PUF.
- Ciccone, A., & Lhopital, M. (2019). Les angoisses premières. In *Naissance à la vie psychique* (pp. 90-92). Paris, France : Dunod.
- Constant, J. (2001). L'écoute du psychomotricien ? Une invite à penser l'intermodalité dans les pratiques psychomotrices. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (126), 4-12.
- Croas, J. (2008). Troubles dépressifs chez l'enfant, agitation ou inhibition, activité ou passivité ?. *Psychologie clinique et projective*, 14(1), 73-108. <https://doi.org/10.3917/pcp.014.0073>.
- Décret n°88-659 du 28 avril 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, (J.O. 6 juillet 1990). Consulté sur <https://medecine.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2018/12/Decret-de-competence-du-psychomotricien.pdf>
- Diard, I. (2008). Contenance & liens multiples, médiations auprès d'enfants présentant des troubles de la conduite et du comportement. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (155), 206-221.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, France : Éditions du seuil.
- Ferrant, A. (2014).angoisses et défenses. In Roussillon, R. (dir.), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (2e éd.) (pp. 219-232). Issy les Moulineaux, France : Elsevier Masson.

- Freud, S. (2009). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, France : PUF.
- Freud, S. (2014). *3 essais sur la théorie sexuelle*. Paris, France : Payot et rivages.
- Freud, S. (2015). *Le Moi et le Ça*. (J-P. Lefebvre, Trad.) Paris, France : Points.
- Galmiche, D. (2005). La continance. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (144), 54-60.
- Genu valgum. (s. d.). In *Le dictionnaire Larousse en ligne*. Consulté sur [https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/genu\\_valgum/36633](https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/genu_valgum/36633)
- Gibello, B. (1994). Les contenants de pensée et la psychopathologie. In Anzieu, D (dir.), *Émergences et troubles de la pensée* (pp. 11-26). Paris, France : Dunod.
- Goodenough, F. (1926). *L'intelligence d'après le dessin, le test du bonhomme*. Paris, France : PUF.
- Gori, R. (1975). Les murailles sonores. *L'Évolution psychiatrique*, (4), 779-803.
- Green, A. (1983). La mère morte. In *Narcissisme de vie, narcissisme de mort* (pp. 222-253). Paris, France : Les Éditions de Minuit.
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris, France : In press.
- Huerre, P. (2006). L'enfant et les cabanes. *Enfances & Psy*, 33(4), 20-26. <https://doi.org/10.3917/ep.033.0020>
- Joly, F. (dir.). (2005). *L'hyperactivité en débat*. Ramonville Saint-Agne, France : Éditions érès.
- Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. (2012). *Bilan neuropsychologique de l'enfant*. (2nde éd. ECPA, Trad). Montreuil, France : ECPA par Pearson.
- Laporte, P. (2003). *Le TDAH : Épreuve de la réalité*. Présenté à la Conférence pour l'Association HyperSupers, Mios. Consulté à l'adresse <https://www.tdahfrance.fr/-Conference-Pierre-Laporte-.html>

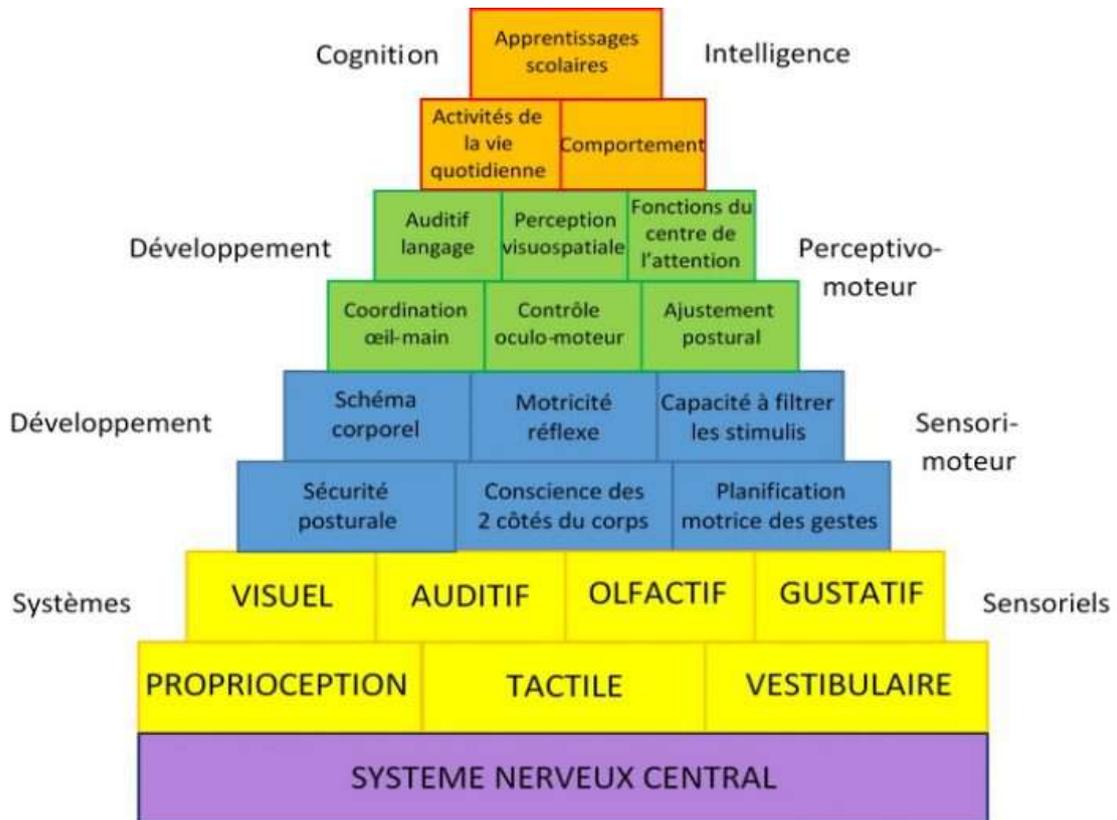
- Latour, A. M. (2007). Le travail des analogies corps/espace en psychomotricité. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (150), 78-87.
- Lavallée, G. (1995). Des « lanternes magiques » à « l'enveloppe visuelle » du Moi. *Revue française de psychanalyse*, 59, pp. 427-438.  
<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-1995-2-page-427.html>
- Lavallée, G. (1999). L'enveloppe visuelle du moi. In *L'enveloppe visuelle du moi* (pp. 9-50). Paris, France : Dunod.
- Lavallée, G. (2003). L'enveloppe visuelle du moi et l'hallucinatoire. *Cahiers de psychologie clinique*, (20), 57-87. <https://doi.org/10.3917/cpc.020.0057>
- Lecourt, E. (2003). L'enveloppe musicale. In Anzieu, D. (dir.), *Les enveloppes psychiques* (pp. 223-246). Paris, France : Dunod.
- Miglioranza, S. (2006). L'utilisation de l'espace en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 33(4), 104-112. <https://doi.org/10.3917/ep.033.0104>
- Molbert, E. (2013). *L'inhibition psychomotrice : quand la pathologie dérange peu*. (Mémoire de Diplôme d'État de Psychomotricité. Université Bordeaux Segalen). Consulté sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00867603/document>
- Organisation mondiale de la santé. (1992). *Classification internationale des maladies. Dixième révision. Tome V : troubles mentaux et troubles du comportement*. Paris, France : Masson.
- Piaget, J. (1984). Le niveau sensori-moteur. In Piaget, J. & Inhelder, B. (dirs.), *La psychologie de l'enfant* (11e éd.) (pp. 7-25). Paris, France : PUF.
- Pireyre, E. (2015). *Clinique de l'image du corps*. Paris, France : Dunod
- Potel, C. (2019a). Un corps à soi. In *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir* (pp. 77-90). Toulouse, France : Éditions Erès.
- Potel, C. (2019b). Quelles constructions fondamentales pour la psychomotricité ?. In *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir* (pp. 117-155). Toulouse, France : Éditions Erès.

- Potel, C. (2019c). La question du cadre thérapeutique. In *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir* (pp. 357-381). Toulouse, France : Éditions Erès.
- Renault-Dulong, A. (2007). *Inhibition psychomotrice*. Cours de sémiologie de deuxième année de psychomotricité. Disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/semioRENAULT/index.html>
- Retenir. (2016). In *Le Robert maxi plus*. Paris, France : Dictionnaires Le Robert-Sejer.
- Retenue. (2016). In *Le Robert maxi plus*. Paris, France : Dictionnaires Le Robert-Sejer.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris, France : Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. B. (2019). *Rôle de l'Intégration motrice dans le développement psychique*. Consulté à l'adresse <https://www.suzanne-robertouvray.fr/role-de-lintegration-motrice-dans-le-developpement-psychique/>
- Robert-Ouvray, S. B. (s. d.). L'importance du tonus dans le développement psychique de l'enfant. Consulté à l'adresse <http://www.mediationsaquatiques.com/article-l-importance-du-tonus-corporel.pdf>
- Rossignol, M. (2015). Habiter son corps, un processus développemental complexe. In Pireyre, E. (dir), *Cas pratiques en psychomotricité* (pp. 68-85). Paris, France : Dunod.
- S'agiter. (s. d.). In *Le dictionnaire Larousse en ligne*. Consulté sur [https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s\\_agiter/1675?q=s%27agiter#1678](https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s_agiter/1675?q=s%27agiter#1678)
- Salavador, Z., & Gutton, I. (2018, 27 août). Deuxième mois de grossesse : symptômes et formation des organes. Consulté sur <https://www.invitra.com/fr/deuxieme-mois-de-grossesse/gastrulation-et-developpement-des-organes-du-bebe/>

- Schilder, P. (1968). *L'image du corps*. Paris, France : Gallimard.
- Soulé, M., & Schmit, G. (2004). L'énurésie infantile. In Lebovici, S., Diatkine, R. & Soulé, M. (dirs), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : 4 volumes* (pp. 1751-1770). Paris, France: PUF.
- Stambak, M. (1951). Le problème du rythme dans le développement de l'enfant et dans les dyslexies d'évolution. *Enfance*, 4(5), 480-502.  
<https://doi.org/10.3406/enfan.1951.1202>
- Veeseer, A. (2015). Contenance en psychomotricité. In Pireyre, E. (dir), *Cas pratiques en psychomotricité* (pp. 136-153). Paris, France : Dunod.
- Voyazopoulos, R. (2001). Enfant instable, enfant agité, enfant excité. *Enfances et psy*, 14, 26-34. <https://doi.org/10.3917/ep.014.0026>
- Wallon, H. (1949) *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris, France : PUF.
- Wallon, H. (1963). L'instabilité posturo-psychique chez l'enfant. *Enfance*, 16(1), 163-171. <https://doi.org/10.3406/enfan.1963.2320>
- Wallon, H. (1984). *L'enfant turbulent* (Quadrige éd.). Paris, France : PUF.
- Wechsler, D., & Naglieri, J. A. (2009). *Échelle non verbale d'intelligence de Wechsler*. Montreuil, France : ECPA par Pearson.
- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, France : Payot.
- Winnicott, D. W. (1975a). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In *Jeu et réalité : l'espace potentiel* (pp. 27-64). Paris, France : Gallimard.
- Winnicott, D. W. (1975b). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. In *Jeu et réalité : l'espace potentiel* (pp. 203-214). Paris, France : Gallimard.
- Winnicott, D. W. (2000). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris, France : Gallimard.

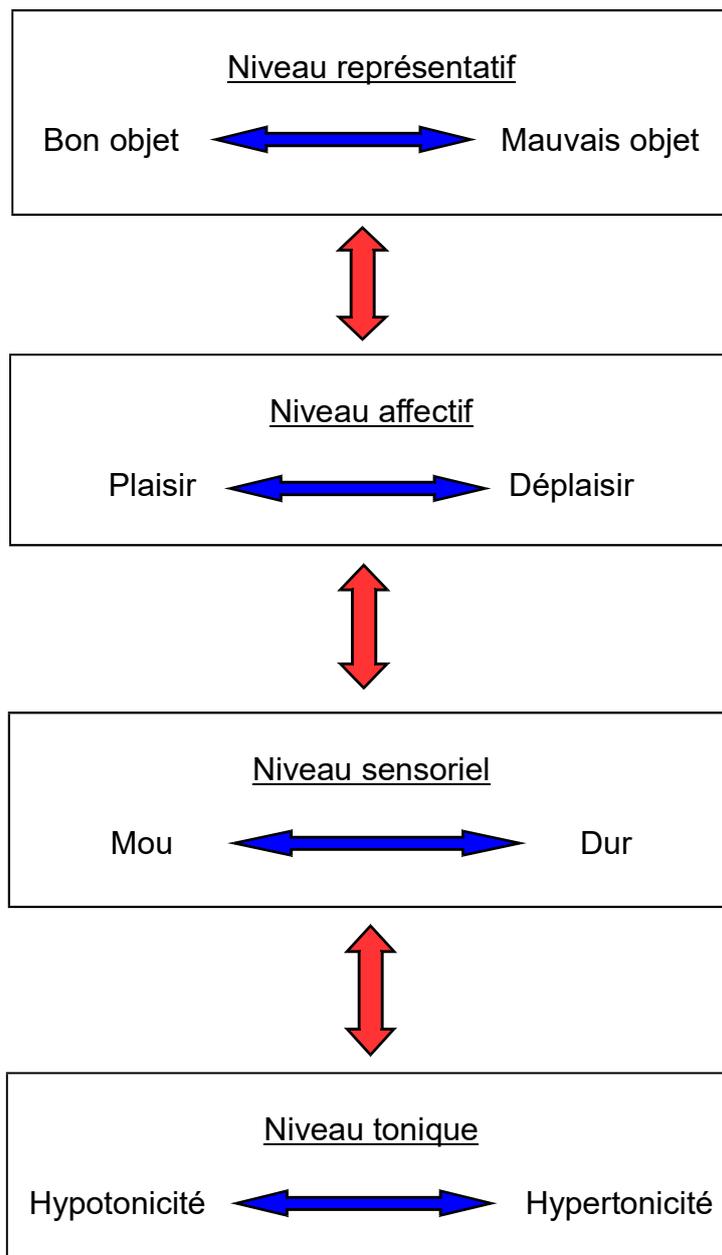
# Annexes

## Annexe A



Pyramide des apprentissages de William et Schellenberger. Reproduit à partir de « Les difficultés d'intégration neurosensorielle », par Kuhn Tref, A., Parisot, J., Vien, M. & Cassier, C. (s. d.). Consulté sur <https://akergotherapie.fr/les-difficultes-dintegration-sensorielle/>

## Annexe B



 : Lien d'étayage

 : Lien entre les pôles opposés

Représentation schématique personnelle de la théorie de l'étayage psychomoteur de Suzanne Robert-Ouvray (2019).

## **Résumé**

L'agitation et la retenue, qui s'expriment à différents niveaux psychomoteurs et dans lesquels intervient l'enveloppe psychocorporelle, peuvent tirer leurs origines des défaillances de cette dernière. En psychomotricité, porter attention à l'organisation de l'enveloppe psychocorporelle chez les enfants offre un nouveau regard sur la compréhension de ces manifestations. Par ses multiples compétences, le psychomotricien adapte la séance pour répondre aux besoins de l'enfant. Le cadre thérapeutique, les propositions, telles que le portage ou la construction de cabanes, et les rôles d'enveloppes exercés par le psychomotricien lui-même étayent la construction et l'intégration de l'enveloppe psychocorporelle et, par extension, améliorent la régulation psychomotrice de l'enfant.

*Mots-clés* : enveloppe psychocorporelle, agitation, retenue, psychomotricité, pédopsychiatrie.

## **Abstract**

Agitation and restraint, which are expressed at different psychomotor levels and in which the psychocorporal envelope intervenes, may be originated because of defaults in this last one. In psychomotricity, paying attention to the organization of the psychocorporal envelope of children offers a new perspective on the understanding of these manifestations. Thanks to his multiple skills, the psychomotrician adapts the session to respond to the child's needs. The therapeutic framework, suggestions, such as carrying or huts building, and the roles of envelopes exercised by the psychomotrician himself support the construction and integration of the psychocorporal envelope and, by extension, improve the psychomotor regulation of the child.

*Keywords* : psychocorporal envelope, agitation, restraint, psychomotricity, child psychiatry