



HAL
open science

Émergence de l'alliance thérapeutique et ajustement de la distance relationnelle en psychomotricité au sein d'un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

Mélanie Vicart

► **To cite this version:**

Mélanie Vicart. Émergence de l'alliance thérapeutique et ajustement de la distance relationnelle en psychomotricité au sein d'un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02944325

HAL Id: dumas-02944325

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02944325>

Submitted on 21 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

Site Pitié-Salpêtrière

Médecine Sorbonne Université

91 bd de l'Hôpital

75013 PARIS



**Émergence de l'alliance thérapeutique et ajustement de la distance
relationnelle en psychomotricité au sein d'un Centre d'Action
Médico-Sociale Précoce**

Mémoire présenté par Mélanie VICART
en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Référents de mémoire

Audrey COELHO

Christophe CROSETTO

Session juin 2020

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Audrey COELHO et Christophe CROSETTO, mes maîtres de stage et de mémoire, pour leur disponibilité, leur patience, leur écoute, leurs précieux conseils et leurs relectures attentives. Merci de m'avoir accompagnée dans cette réflexion et de vous être investis dans ma professionnalisation.

Je remercie également l'équipe pluridisciplinaire du CAMSP de m'avoir accueillie avec bienveillance.

J'exprime ma sincère gratitude à Farah, Milo et tous les patients que j'ai rencontrés, sans qui ma réflexion n'aurait pas pu voir le jour.

Merci à toutes les structures qui m'ont accueillies et aux professionnels qui m'ont accompagnée dans mon cheminement de future psychomotricienne.

Je tiens à remercier les professeurs de l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière pour leurs enseignements de qualité durant ces trois années d'études.

Je remercie ma famille et mes ami(e)s pour leur soutien indispensable à ma réussite, leur confiance en moi et leurs encouragements.

Merci à Virginie, Charlotte, Ilona, Margot et au groupe 7 pour ces trois années d'aventures riches en émotions.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire et à la construction de mon identité professionnelle.

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| REMERCIEMENTS..... | 2 |
| INTRODUCTION..... | 10 |
| PARTIE CLINIQUE..... | 11 |
| I – Les Centres d’Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)..... | 11 |
| 1) L’histoire de J. Lévy, pionnière de l’action médico-sociale précoce..... | 11 |
| a) La prise en charge des jeunes enfants dans les années 50..... | 11 |
| b) La naissance d’une vocation..... | 11 |
| c) Le soulagement de la reconnaissance..... | 12 |
| 2) Le cadre juridique des CAMSP..... | 13 |
| a) Le cadre légal..... | 13 |
| b) Généralités et financement..... | 14 |
| c) Les liens avec l’environnement de l’enfant..... | 14 |
| d) Les orientations..... | 15 |
| 3) Le CAMSP « Les palmiers »..... | 16 |
| a) La population accueillie..... | 16 |
| b) La composition de l’équipe..... | 16 |
| c) Le processus d’admission..... | 17 |
| d) Les objectifs thérapeutiques..... | 17 |
| II – La psychomotricité dans l’institution..... | 18 |
| 1) La place spécifique de la psychomotricité dans le suivi des patients..... | 18 |
| a) Les missions du psychomotricien..... | 18 |
| b) Le bilan psychomoteur et le projet thérapeutique..... | 18 |
| c) Les modalités de prises en charge..... | 19 |
| 2) Le groupe « Poney »..... | 20 |
| a) La constitution du groupe..... | 20 |
| b) Les objectifs thérapeutiques..... | 20 |
| c) La description des lieux et de l’aménagement de l’espace..... | 20 |
| d) La description des différents temps d’une séance type..... | 21 |
| e) Les temps de trajet et de reprise..... | 21 |

| | |
|---|--------|
| 3) Le groupe « Toi, la terre et moi »..... | 22 |
| a) La constitution du groupe..... | 22 |
| b) Les objectifs thérapeutiques..... | 22 |
| c) La description du lieu et de l'aménagement de l'espace..... | 23 |
| d) La description des différents temps d'une séance type..... | 23 |
| e) Le temps de la reprise..... | 24 |
| III – FARAH..... | 24 |
| 1) Présentation et anamnèse du patient..... | 24 |
| a) Description du patient..... | 24 |
| b) Contexte familial..... | 25 |
| c) Contexte social et scolaire..... | 25 |
| d) Antécédents médicaux..... | 25 |
| e) Antécédents personnels..... | 26 |
| 2) Projet thérapeutique individualisé..... | 26 |
| a) Premier entretien et temps de rencontre..... | 26 |
| b) Prise en charge pluridisciplinaire initiale..... | 27 |
| c) Adaptation de son projet de soins..... | 28 |
| d) Synthèse des différents suivis..... | 29 |
| 3) Evolution du suivi en psychomotricité au sein du groupe « Poney »..... | 30 |
| a) Evolution sur le plan sensoriel..... | 30 |
| b) Evolution sur le plan tonico-émotionnel..... | 31 |
| c) Evolution sur le plan symbolique..... | 32 |
| d) Evolution sur le plan relationnel..... | 33 |
| IV – MILO..... | 35 |
| 1) Présentation et anamnèse du patient..... | 35 |
| a) Description du patient..... | 35 |
| b) Contexte familial..... | 35 |
| c) Contexte social et scolaire..... | 35 |
| d) Antécédents familiaux..... | 36 |
| e) Antécédents médicaux..... | 36 |
| f) Antécédents personnels..... | 37 |
| g) Suivi médical..... | 38 |

| | |
|---|--------|
| 2) Projet thérapeutique individualisé..... | 38 |
| a) Premier entretien et observations psychomotrices..... | 38 |
| b) Prise en charge pluridisciplinaire initiale..... | 39 |
| c) Adaptation du projet de soins individualisé..... | 39 |
| d) Synthèse des différents suivis..... | 40 |
| 3) Evolution de la prise en charge en psychomotricité..... | 41 |
| a) Evolution sur le plan tonico-postural..... | 41 |
| b) Evolution sur le plan sensoriel..... | 42 |
| c) Evolution sur le plan émotionnel..... | 43 |
| d) Evolution sur le plan symbolique..... | 43 |
| e) Evolution sur le plan relationnel..... | 44 |
| PARTIE THÉORIQUE..... | 45 |
| I – Concepts fondamentaux..... | 45 |
| 1) Alliance thérapeutique..... | 45 |
| a) La collaboration par le transfert..... | 45 |
| b) E. Zetzel, à l’origine du terme « alliance thérapeutique »..... | 45 |
| c) Evolution dans les années 1970 avec R. Greenson et L. Luborsky..... | 46 |
| d) Evolution à l’aube des années 1980 avec H. C. Curtis et E. Bordin..... | 46 |
| e) Evolution en 1990 avec L. Gaston..... | 46 |
| 2) Distances relationnelles : les bulles de E. T. Hall..... | 47 |
| a) Définition de la « proxémie »..... | 47 |
| b) Distance intime..... | 48 |
| c) Distance personnelle..... | 48 |
| d) Distance sociale..... | 49 |
| e) Distance publique..... | 49 |
| 3) Mécanismes de défense spécifiques..... | 50 |
| a) Mécanismes de défense autistiques..... | 50 |
| a.1) L’identification adhésive d’E. Bick..... | 50 |
| a.2) Le démantèlement de D. Meltzer..... | 50 |
| b) Mécanismes de défense de l’inhibition..... | 51 |
| b.1) Expressions de l’inhibition..... | 51 |
| b.2) Défenses dysfonctionnelles de l’inhibition..... | 52 |

| | |
|--|----|
| II – Les interactions précoces..... | 54 |
| 1) Interactions comportementales..... | 54 |
| a) Interactions corporelles..... | 54 |
| b) Interactions visuelles..... | 55 |
| c) Interactions vocales..... | 56 |
| 2) Interactions affectives..... | 56 |
| 3) Interactions fantasmatiques..... | 58 |
| 4) Interactions père-nourrisson..... | 58 |
| III – La régulation tonique, fondement de l'émergence du Moi..... | 60 |
| 1) Tonus et émotion : les travaux d'H. Wallon et de J. de Ajuriaguerra..... | 60 |
| a) Le lien tonus-émotion d'H. Wallon..... | 60 |
| b) Le « dialogue tonique » de J. de Ajuriaguerra..... | 60 |
| c) Le « dialogue tonico-émotionnel » de J. de Ajuriaguerra..... | 61 |
| 2) Le développement sensori-moteur d'A. Bullinger..... | 61 |
| a) Les quatre niveaux de régulation tonique..... | 61 |
| b) Les composantes de l'équilibre sensori-tonique..... | 62 |
| 3) L'intégration psychomotrice de S. Robert-Ouvray..... | 63 |
| a) Le niveau tonique..... | 64 |
| b) Le niveau sensoriel..... | 64 |
| c) Le niveau affectif..... | 64 |
| d) Le niveau représentatif..... | 65 |
| IV – Processus d'individuation et de séparation..... | 66 |
| 1) Le concept d' « attachement »..... | 66 |
| a) La théorie de l'attachement de J. Bowlby..... | 66 |
| b) La figure d'attachement de J. Bowlby..... | 66 |
| c) Les différents styles d'attachement de M. Ainsworth..... | 67 |
| 2) Les mesures de protection de la figure d'attachement envers l'enfant..... | 68 |
| a) La « préoccupation maternelle primaire » de D.W. Winnicott..... | 68 |
| b) La « fonction alpha » de W. R. Bion..... | 69 |

| | |
|--|----|
| 3) Psychose maternelle et lien d'attachement mère-nourrisson..... | 70 |
| a) Psychose et interactions comportementales..... | 70 |
| b) Psychose et interactions affectives..... | 70 |
| c) Psychose et construction relationnelle précoce..... | 71 |
| PARTIE DISCUSSION..... | 72 |
| I) Mon expérience avec Farah..... | 72 |
| 1) Mes observations lors de la première rencontre..... | 72 |
| 2) Mon analyse concernant son fonctionnement..... | 73 |
| a) Les origines de ses particularités et de la relation fusionnelle..... | 73 |
| b) La perception de ses limites corporelles..... | 74 |
| c) Son rapport à la sensorialité..... | 74 |
| d) Sa quête d'invariants et de prévisibilité..... | 75 |
| e) Son recours à des stratégies de contrôle..... | 76 |
| 3) Mes points d'appui dans l'émergence de l'alliance thérapeutique et l'ajustement de la distance relationnelle..... | 76 |
| a) La fonction de « double »..... | 77 |
| b) Le dialogue tonico-émotionnel..... | 77 |
| c) La fonction pare-excitatrice du psychomotricien..... | 78 |
| d) La fonction alpha du psychomotricien..... | 78 |
| e) La continuité des repères spatio-temporels..... | 79 |
| f) Conclusion..... | 79 |
| II) Mon expérience avec Milo..... | 80 |
| 1) Mes observations lors de la première rencontre..... | 80 |
| 2) Mon analyse concernant son fonctionnement..... | 81 |
| a) L'incidence de la prématurité sur la cohérence du milieu..... | 81 |
| b) La portée de l'absence d'une personne qui vient faire tiers..... | 82 |
| c) L'impact des discontinuités relationnelles sur les interactions précoces. . | 82 |
| d) Le recours à une posture de repli..... | 83 |
| 3) Mes points d'appui dans l'émergence de l'alliance thérapeutique et l'ajustement de la distance relationnelle..... | 84 |
| a) L'engagement corporel du psychomotricien..... | 84 |

| | |
|---|--------|
| b) La fonction pare-excitatrice du psychomotricien..... | 85 |
| c) La transition entre l'individuel et le groupe..... | 85 |
| d) La présence d'un tiers..... | 86 |
| e) La fonction d'aide à l'étayage psychomoteur..... | 87 |
| f) Propositions autour de l'axe corporel..... | 87 |
| g) Conclusion..... | 88 |
| CONCLUSION..... | 89 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 90 |
| ANNEXE I..... | 94 |
| ANNEXE II..... | 95 |
| ANNEXE III..... | 96 |

Tout au long de ce mémoire, le prénom des patients et le nom de l'établissement ont été modifiés par respect de l'anonymat.

INTRODUCTION

Durant l'été dernier, j'ai participé à un séjour adapté accueillant des adultes polyhandicapés. Nous étions tous ensemble sous le même toit dans une ambiance conviviale. Le rôle des bénévoles consistait à accompagner les vacanciers dans l'ensemble des activités quotidiennes. Dans ce contexte, j'ai rencontré une femme qui m'a très rapidement investie. Elle demandait fréquemment à ce que je vienne la voir. Elle me faisait part de ce qu'elle avait sur le cœur, de ses souffrances. Elle était très reconnaissante qu'une personne prenne le temps de l'écouter. Prise dans la relation, je ne me suis pas tout de suite aperçue du lien fusionnel et exclusif qui s'instaurait entre nous. Mes collègues m'en ont fait prendre conscience. J'ai dû arrêter de m'occuper d'elle. La séparation a été difficile pour nous deux. J'ai réalisé qu'adopter une juste-distance est fondamental dans tous types de relation et qu'elle n'est pas acquise d'avance. Je me suis également demandé comment j'aurais pu réagir différemment pour éviter de me retrouver dans cette situation.

J'ai effectué mon stage long de troisième année de formation en psychomotricité dans un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP). Dans ce cadre, j'ai été confrontée à deux situations opposées, ravivant ma réflexion : la première avec Farah, une fille accaparante et la seconde avec Milo, un garçon distant. Je me suis questionnée plus précisément sur mon positionnement thérapeutique en tant que future psychomotricienne.

Comment favoriser l'émergence de l'alliance thérapeutique en psychomotricité quand la distance relationnelle n'est pas ajustée ? L'instauration d'une relation de confiance stable entre le thérapeute et le patient permet-elle de parvenir à une juste-distance réciproque ? Quels éléments dans le développement de l'enfant peuvent influencer ce processus ? De quels moyens dispose le psychomotricien pour remédier à cette situation ?

Tout au long de ce mémoire, je vais étayer ma réflexion à partir d'une démarche clinico-théorique. Dans un premier temps, je vais présenter l'institution, la place de la psychomotricité en son sein ainsi que l'anamnèse et le projet de soins de Farah et de Milo. Dans un second temps, je vais détailler les éléments participant à la mise en place du processus d'individuation-séparation nécessaire à la régulation de la distance relationnelle et à la création d'un lien avec autrui. Dans un troisième temps, à partir de mon expérience avec chacun des enfants, j'aborderai les points d'appui du psychomotricien dans l'établissement de l'alliance thérapeutique et l'ajustement de la distance relationnelle.

PARTIE CLINIQUE

I – Les Centres d’Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)

1) L’histoire de J. Lévy, pionnière de l’action médico-sociale précoce

a) La prise en charge des jeunes enfants dans les années 50

Dans les années 50, J. Lévy, kinésithérapeute, travaillait auprès d’adolescents et d’adultes présentant des problèmes orthopédiques, neurologiques ou traumatiques. Elle appliquait des techniques de rééducation basées sur des connaissances anatomiques et neuro-physiologiques apprises au cours de sa formation. Cependant, elle n’était pas convaincue de l’efficacité de ces méthodes à tendance correctrice qu’elle estimait trop mécaniques. Elle ne les trouvait pas adaptées aux gestes de la vie quotidienne de ses patients et avait l’impression d’intervenir trop tard auprès d’eux. Elle a remarqué qu’ils prenaient plaisir à partager leur histoire pendant ses séances et elle y trouvait une certaine satisfaction. Elle se sentait utile et voyait dans ces échanges un point crucial à développer : se rendre disponible et écouter les confidences et la souffrance des patients. Cela semblait aller de soi mais était considéré comme une perte de temps par la plupart du personnel médical.

A cette époque, les enfants porteurs de handicap n’étaient pas pris en charge avant l’âge de trois ou quatre ans. Les médecins jugeaient que rien ne pouvait être réalisé pour les aider avant cet âge. Ils ne se préoccupaient pas non plus de l’impact du désespoir des parents sur le développement de leur enfant. Ils étaient examinés de manière strictement médicale. Les soins étaient morcelés et tardifs. Les rééducations après l’âge de trois ans étaient effectuées en dehors de la présence des parents et aucune coordination des soins n’était entreprise par les professionnels. L’enfant était alors réduit à un diagnostic et n’était pas accompagné dans le développement de ses capacités motrices, intellectuelles et affectives. (Lévy, 1991)

b) La naissance d’une vocation

En 1966, J. Lévy rencontre le docteur E. Kung, pédiatre à Berne, qui anime une consultation de dépistage et de traitement précoce auprès des nourrissons nés prématurés ou réanimés nommés « bébés à risque ». L’approche de ce médecin se basait sur les compétences de l’enfant et les ressources éducatives de ses parents. Ce séjour a suffi à J. Lévy pour qu’elle se lance la même année à Paris, dans des « consultations pour ces bébés exigeant une

attention particulière et pour les parents qui demandaient à être écoutés et aidés » (Lévy, 1991, p.23). Elle débute avec le soutien du président de l'association « Entr'aide universitaire » et de quelques médecins hospitaliers en s'inspirant de deux méthodes : la « gymnastique holistique » du médecin allemand L. Ehrenfried (visant la représentation mentale du geste à réaliser) et la méthode « Bobath » du neurophysiologiste K. Bobath et de son épouse kinésithérapeute B. Bobath (respectant l'équipement et la maturité neurologique de l'enfant dans une perspective dynamique et suivant les stades de l'évolution motrice).

Les objectifs de son projet consistent à montrer ce que l'enfant est capable de faire à son entourage, de redonner confiance aux mères, de permettre aux parents de rester à leur place tout en favorisant leur participation active dans l'éveil de leur enfant et dans l'organisation des rééducations. Malgré une petite équipe, le peu de moyens à leur disposition et le scepticisme des médecins, J. Lévy n'a pas baissé les bras, soutenue par la demande de prises en charge croissante des familles qui l'encourageaient et lui rappelaient qu'elle était sur la bonne voie. (Lévy, 1991)

c) Le soulagement de la reconnaissance

En 1971, les conditions précaires des actions entreprises par J. Lévy se lèvent enfin : le centre obtient, grâce à l' « Entr'aide universitaire », l'assimilation à un Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP). Il est donc considéré comme une structure réglementée et les soins deviennent désormais gratuits. L'équipe s'agrandit et s'enrichit formant la première équipe pluridisciplinaire répondant, de manière la plus adaptée, aux besoins particuliers des enfants et aux demandes spécifiques des parents. A partir de ce moment-là, le centre est appelé Centre d'Assistance Éducative du tout-petit (CAE). L'assistance éducative consiste à *« offrir aux parents un espace de rencontre dans lequel ils se sentent attendus, soutenus, conseillés dans l'éducation de cet enfant « pas comme les autres » »* (Lévy, 1991, p.32).

Dans un premier temps, une ou deux personnes, souvent un(e) rééducateur(trice) en psychomotricité ou un(e) kinésithérapeute, interviennent régulièrement auprès du tout-petit et de ses parents. Les séances se déroulent en présence des parents où l'observation et la disponibilité prennent une place importante. Les professionnels apprennent aux parents des gestes qu'ils peuvent répéter dans leur quotidien afin de permettre une continuité des soins par le prolongement du travail du thérapeute à l'extérieur de la structure de soins.

Dans un second temps, l'enfant peut progressivement être pris en charge seul dans des « groupes d'éveil » où il pourra rencontrer d'autres enfants. Une des particularités du CAE est la diversification des modes d'intervention en s'ouvrant aux structures accueillant des enfants

sans handicap comme les crèches ou les écoles. L'équipe du CAE prône l'intégration des enfants porteurs de handicap que J. Lévy définit comme « *l'action essentielle qui offre aux familles et aux enfants une réelle possibilité de sortir de cette sorte d'enfermement où les placent la révélation du diagnostic et la prise de conscience d'un handicap* » (Lévy, 1991, p.35). Cet aspect innovant a permis la création en 1973 d'un service d'information et de formation du personnel de la petite enfance : l'Assistance Éducative et Recherches (AER). (Lévy, 1991)

2) Le cadre juridique des CAMSP

a) Le cadre légal

La loi d'orientation n°75-534 en faveur des personnes handicapées et la loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975 a permis l'existence juridique des CAMSP ainsi que les conditions de leur création.

Grâce à la ténacité de certaines équipes pionnières et à la pression des associations de familles, la publication du décret n° 76-389 du 15 avril 1976 en fixe le statut et le fonctionnement. Son annexe XXXII bis cristallise leurs conditions techniques d'agrément.

Son article premier¹ clarifie leurs objectifs. Ils ont pour mission « *le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. Ils exercent des actions préventives spécialisées. Ces centres exercent aussi, soit au cours des consultations, soit à domicile, une guidance des familles dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant.* »

Le CAE devient alors le premier CAMSP de France. Il sera renommé CAMSP « Janine Lévy » en 2007 suite au décès de sa fondatrice.

En 1981, l'Association Nationale des Équipes Contribuant à l'Action Médico-Sociale Précoce (ANECAMSP) est créée par la présidente-fondatrice J. Lévy. Elle a pour rôle de rassembler les différents acteurs du milieu médico-social précoce de l'ensemble de la France (parents, professionnels, grandes associations nationales...).

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, oriente les activités des CAMSP. Cette loi place l'« usager » au centre du dispositif de soins. Elle assigne aux établissements de santé de remettre aux familles les documents officiels suivants : le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, la charte de l'utilisateur et le document

1 Cf. *Infra*, Annexe I

individuel de suivi. Un projet d'établissement doit être rédigé tous les cinq ans et doit contenir les objectifs et le fonctionnement de l'institution. Des procédures d'évaluation interne et externe ainsi qu'un questionnaire de satisfaction à remplir par l'« usager » deviennent obligatoires.

b) Généralités et financement

Il existe des CAMSP monovalents spécialisés dans la prise en charge d'un type de handicap (déficience visuelle, auditive...) ou polyvalents qui accueillent des enfants de profils variés (handicap moteur, intellectuel, sensoriel et/ou présentant des difficultés de développement psychomoteur, comportemental ou relationnel). Ils sont sectorisés et sont dans la majorité des cas gérés par un organisme gestionnaire associatif. D'autres CAMSP peuvent être intégrés à un hôpital ou à d'autres structures comme les centres de PMI.

Avant 1971, les premières formules de soins telles que « rééducation précoce » ou « guidance parentale » adressées à la Sécurité Sociale furent rejetées avec la mention « Soins refusés, ne figurent pas à la nomenclature ». L'intervention des soins dès le plus jeune âge n'était encore pas reconnue.

A partir de 1971, l'assimilation du CAE à une structure réglementée a favorisé le remboursement des soins. Le CAMSP est un établissement médico-social sous l'autorité de contrôle de l'Agence Régionale de la Santé (ARS). Il dispose d'un double financement : 80 % des soins sont pris en charge par la Sécurité Sociale et 20 % sont remboursés par le Conseil Départemental. Les familles n'ont pas à avancer de frais. Une demande de prise en charge est effectuée auprès de la Sécurité Sociale pour l'ensemble des interventions qui seront entièrement remboursées par l'Assurance Maladie sous forme de dotation globale annuelle. Une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) n'est pas nécessaire pour une admission dans un CAMSP.

c) Les liens avec l'environnement de l'enfant

L'accompagnement de l'enfant dans l'ensemble de ses lieux de vie est une des actions fondamentales des CAMSP. Ils travaillent en collaboration avec les structures de la petite enfance telles que les crèches ou les haltes-garderies. Des réunions entre les professionnels des CAMSP et ceux de ces structures peuvent être instaurées afin d'échanger sur un enfant qu'ils accueillent en commun. Ils apportent un soutien aux familles quant à son intégration dans les structures hors de l'établissement. Ils sont également en lien avec les services départementaux comme le service d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou les PMI qui orientent

de plus en plus de jeunes vers eux. L'assistante de service social s'occupe du partenariat avec les écoles. Elle peut favoriser la préparation ou l'accompagnement de leur scolarisation. Un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) peut être envoyé à la MDPH par l'enseignant référent avec l'accord des parents pour bénéficier d'aménagements scolaires comme l'intervention d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) ou du matériel adapté.

Les professionnels sont conviés une à deux fois par an dans les écoles pour des Équipes de Suivi de Scolarisation (ESS) afin de faire le point sur l'évolution de l'enfant et réajuster son projet scolaire. Si l'équipe pluridisciplinaire comprend une institutrice spécialisée, elle peut être sollicitée pour un bilan d'observation de l'enfant dans son milieu scolaire et pour intervenir dans son accompagnement pédagogique. Elle peut effectuer un travail hebdomadaire ou soutenir l'enseignant ou bien l'AVS en prodiguant des conseils et des éventuelles adaptations à réaliser.

d) Les orientations

La prise en charge des enfants suivis dans un CAMSP s'arrête le plus souvent à leur sixième année. Cependant, la plupart d'entre eux nécessite encore un suivi à la sortie de l'établissement. L'équipe réfléchit en amont avec les familles à l'orientation la plus adaptée. Celle-ci peut être discutée à tout moment en fonction du parcours de l'enfant et du cheminement des parents.

Il peut être orienté vers un professionnel en libéral s'il ne nécessite plus de prise en charge pluridisciplinaire. L'enfant peut être adressé vers un Centre Médico-Psychologique (CMP) ou un Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) s'il présente des difficultés psychiques ou psycho-affectives. Un Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD) peut proposer un suivi dans les lieux de vie de l'enfant. L'orientation vers un établissement spécialisé avec une approche plus globale et éducative tels que l'Institut Médico-Educatif (IME), l'Institut d'Éducation Motrice (IEM) ou l'Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP) peut être conseillée aux parents.

La liste des potentielles structures d'accueil n'est bien entendu pas exhaustive. L'assistante de service social aide les familles à remplir et envoyer un dossier complet à la MDPH pour appuyer l'orientation de leur enfant vers une structure spécialisée ou un SESSAD.

3) Le CAMSP « Les palmiers »

a) La population accueillie

Le CAMSP « Les palmiers » est l'un des trois CAMSP polyvalents du département. Il a été créé en 2006 en extension d'un CAMSP déjà existant. A son ouverture, l'établissement avait un agrément pour accueillir quarante enfants. Une extension de trente places a été accordée en 2010 face à une explosion démographique qui ne faisait qu'augmenter le nombre de demandes de soins. Il accueille des enfants de quelques mois jusqu'à six ans. Les familles doivent résider dans l'est ou dans le sud-est du département pour être admis dans l'institution.

L'association « Les palmiers » a rendu possible la création des premiers CAMSP du département. En 2007, elle a été confrontée à des difficultés de gestion pour continuer à développer son activité et a fusionné avec une plus grande association agissant sur le plan régional. Son rôle est d'assurer la gestion d'établissements médico-sociaux et sanitaires. Sa mission vise à accueillir et accompagner de façon adaptée les enfants et adolescents souffrant de dysfonctionnements intellectuels et/ou psychiques par le soin et l'éducation spécialisée. Elle a également un objectif de prévention, de recherche et de soutien aux familles.

b) La composition de l'équipe

L'approche globale de l'enfant et la coordination des soins sont primordiales pour le CAMSP. Une équipe pluridisciplinaire composée de la spécificité de chaque profession et de l'individualité de chaque professionnel forme la richesse des soins. Une directrice commune permet l'articulation des trois CAMSP polyvalents du département. La directrice adjointe dirige l'équipe pluridisciplinaire et le directeur médical est responsable du projet de soins.

Elle est organisée en sept pôles : le pôle administratif et général composé de deux secrétaires médico-sociales et d'un agent d'entretien, le pôle médical comprenant un médecin pédiatre, un médecin généraliste, un médecin pédopsychiatre et un médecin de rééducation fonctionnelle, le pôle paramédical comptant trois psychomotriciens, deux orthophonistes, une kinésithérapeute et une infirmière puéricultrice, le pôle psychothérapeutique constitué de deux psychologues, le pôle éducatif avec une éducatrice de jeunes enfants, le pôle pédagogique avec une enseignante spécialisée mise à disposition par l'Éducation Nationale et enfin le pôle social avec une assistante du service social.

c) Le processus d'admission

La demande d'admission dans un CAMSP se fait au cours d'un échange téléphonique à l'initiative de la famille. L'entourage de l'enfant est souvent orienté vers cet établissement par des professionnels extérieurs du service hospitalier ou des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Ce premier contact permet de vérifier si l'établissement répond aux besoins de l'enfant auquel cas une Commission d'Admission est programmée. Elle réunit les médecins du CAMSP et la directrice adjointe pour élaborer une réflexion autour de la demande des familles et de l'histoire de l'enfant afin qu'il puisse bénéficier des soins les plus adaptés à sa problématique. Il est possible que l'enfant soit redirigé vers un établissement spécialisé dans un domaine particulier en fonction de ses besoins.

A la suite de cette réunion, l'enfant et sa famille sont accueillis pour un premier entretien avec la directrice adjointe et un médecin qui deviendra le médecin référent de l'enfant au CAMSP. Cette rencontre mène ensuite à une consultation médicale qui peut être conjointe si nécessaire avec le médecin référent et un autre professionnel. A l'issue de la consultation, l'enfant est inscrit soit en Prévention Surveillance soit en Prise en Charge. La Prévention Surveillance s'adresse aux enfants dits « à risque » de développer un retard psychomoteur et/ou aux enfants déjà suivis en libéral à l'entrée dans l'établissement. La Prise en Charge se traduit par une présentation de l'enfant à l'équipe en amont et un temps de rencontre effectué par deux professionnels pour étayer un projet de soins adaptés aux besoins de l'enfant. Une synthèse concernant le suivi de l'enfant est programmée une fois par an au cours de laquelle le projet de l'enfant est réactualisé.

d) Les objectifs thérapeutiques

Au CAMSP « Les palmiers », deux objectifs sont au premier plan : « la prévention et le dépistage » et « la prise en charge du handicap avéré ». Le premier objectif est de plus en plus difficile à réaliser au vu de l'augmentation conséquente des demandes de suivi-prévention notamment dans le contexte d'une prématurité. Cette mission est divisée entre les différents acteurs de la petite enfance du secteur. Un réseau périnatalité a été créé dans le département afin d'organiser des suivis pour les enfants à risque de développer des retards de développement. Le CAMSP assure d'autant plus le second objectif en encadrant les soins des enfants présentant des difficultés de développement psychomoteur, sensoriel, comportemental, relationnel ou porteurs d'un handicap d'origine génétique, neurologique ou d'une étiologie inconnue. La prise en charge est pluridisciplinaire, régulière et globale.

L'accompagnement des familles au sein de l'établissement et à domicile par la puéricultrice est également favorisé.

II – La psychomotricité dans l'institution

1) La place spécifique de la psychomotricité dans le suivi des patients

a) Les missions du psychomotricien

Le psychomotricien a une vision holistique du sujet. Le décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice² précise les compétences du psychomotricien. Il est capable d'accomplir « *un bilan psychomoteur, une éducation précoce et une stimulation psychomotrice, une rééducation des troubles du développement psychomoteur [...] une contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.* ». La psychomotricité a une visée thérapeutique, éducative et rééducative. La prise en charge psychomotrice au CAMSP s'appuie sur les compétences et les acquis des enfants. Elle vise à les accompagner dans leurs difficultés sensorielles, motrices, cognitives et/ou relationnelles.

b) Le bilan psychomoteur et le projet thérapeutique

Le psychomotricien travaille sur prescription médicale. Il commence par un temps de rencontre avec l'enfant et sa famille. Il est suivi par un bilan psychomoteur du patient afin d'avoir un profil global des capacités et des difficultés de l'enfant dans les différents domaines du développement psychomoteur : posturo-moteur et locomoteur, préhension et coordination oculo-manuelle, langage, sphère sociale. L'observation psychomotrice prend une place importante. Elle se base sur l'activité spontanée de l'enfant et les items de tests étalonnés et côtés comme l'*Échelle de développement psychomoteur de la première enfance* de Brunet-Lézine Révisé ou le *Développement moteur fonctionnel du jeune enfant* de Vaivre-Douret. D'autres tests standardisés peuvent être utilisés pour évaluer d'autres items psychomoteurs comme l'intégration du schéma corporel, les coordinations dynamiques

2 Cf. *Infra*, Annexe II

globales, l'équilibre statique et dynamique, l'adaptation à l'espace et au temps, la latéralité, la graphomotricité selon l'âge de l'enfant et ses possibilités.

Les conclusions du bilan permettent la mise en place d'un projet thérapeutique individualisé avec des axes de travail déterminés en fonction des besoins du patient. La prise en charge en psychomotricité favorise son éveil corporel et sa mise en mouvement à partir d'expériences sensori-motrices riches et variées. Il est primordial que l'enfant prenne plaisir à réaliser des activités à médiation corporelle pour qu'il se sente acteur et qu'il s'investisse davantage dans sa prise en charge. Un cadre spatio-temporel encourageant, rassurant et contenant est alors nécessaire. Un compte-rendu de suivi annuel est effectué avant la synthèse du patient dans le but de faire le point sur son évolution. Il permet de repenser le projet thérapeutique et, en fonction des objectifs définis, réaménager ou non la prise en charge.

c) Les modalités de prises en charge

Une séance de psychomotricité dure entre trente minutes et une heure. En général, les séances d'une heure sont réparties en deux temps : quarante-cinq minutes sont consacrées au temps partagé avec le patient et quinze minutes sont attribuées à la prise de notes concernant le déroulement de la séance. Leur fréquence est variable en fonction des besoins de l'enfant : une fois par semaine, toutes les deux semaines ou tous les mois. La prise en charge peut être individuelle ou groupale. Elle peut se dérouler en binôme avec un autre enfant, en co-thérapie avec un autre professionnel ou seul avec le psychomotricien et éventuellement un stagiaire. Un groupe peut être indiqué pour encourager la socialisation avec ses pairs autour d'objectifs communs.

Les parents peuvent participer à la séance. Leur présence est souvent sollicitée pour les enfants en bas âge. Lorsqu'ils grandissent et que la séparation avec la famille est possible, un relais vers des séances sans les parents peut être réalisé progressivement. Leur intégration dans la prise en charge est fondamentale pour favoriser la continuité des soins. Le psychomotricien voit l'enfant sur une courte durée comparé à sa famille qui le côtoie au quotidien. Grâce à ce continuum, l'enfant peut ainsi généraliser ce qu'il a appris en séance de psychomotricité et l'utiliser dans d'autres situations. L'échange avec les parents est également primordial pour le professionnel. Ainsi, il visualise l'enfant dans d'autres contextes et ajuste son suivi en fonction de ce qui lui est transmis. L'ensemble de ces modalités dépendent du projet thérapeutique du patient et de son évolution au cours des soins.

2) Le groupe « Poney »

a) La constitution du groupe

Le groupe « Poney », auquel je participe depuis septembre 2019, est animé par une psychomotricienne et une psychologue du CAMSP. Elles sont garantes du projet thérapeutique et accompagnées sur toute sa durée par le moniteur du centre équestre. Il apporte ses connaissances techniques et fait des propositions aux enfants.

Le groupe est constitué de trois enfants entre quatre et six ans qui peuvent avoir des profils différents. Il s'agit d'un groupe fermé : ce sont les mêmes enfants qui participent au groupe de début octobre à mi-juin sauf si nous nous rendons compte que le groupe ne convient plus à un enfant.

b) Les objectifs thérapeutiques

L'objectif principal de ce groupe est d'établir un lien avec l'animal, d'être en relation avec le vivant, le corps du poney. Il facilite la découverte et l'exploration de stimulations sensorielles diverses et variées. Il structure les repères spatiaux et temporels des enfants en intégrant progressivement l'ordre des activités, les différents lieux, la manière de guider le poney entre et pendant les différentes activités que ce soit à pied ou sur l'animal. Il favorise l'ajustement tonico-postural, les réactions d'équilibration, la coordination et la dissociation. Les temps calmes sur le poney permettent, à travers le dialogue, une détente au contact des poils doux, épais et chauds rappelant la sécurité du portage. Les balades dans les prés offrent une exploration de la nature et de toutes ses caractéristiques sensorielles. Cette activité encourage les échanges entre les enfants qui peuvent s'appuyer les uns sur les autres, partager leurs expériences et s'entraider.

c) La description des lieux et de l'aménagement de l'espace

Le centre équestre est composé d'une écurie, d'un manège séparé en deux espaces et de grands prés. L'écurie est divisée en plusieurs espaces : un espace pour les doubles poneys, un espace pour les poneys, un espace avec le matériel utilisé dans le manège et une sellerie avec des coins spécifiques pour le matériel (brosses, tapis, selles, rênes...). Les trois poneys choisis par le moniteur resteront les mêmes du début à la fin de l'année. Deux chiens se baladent en liberté dans le centre équestre. Nous les croisons régulièrement mais ils ne sont pas toujours présents.

Le CAMSP prête des casques disposés dans un grand sac à l'entrée de l'écurie. Chaque enfant porte un petit sac à dos avec des vêtements et chaussures de rechange en cas de besoin qu'ils déposent dans le grand sac en arrivant. En général, l'aménagement du parcours dans le manège varie avec des ateliers qui peuvent être réutilisés d'une séance à l'autre.

d) La description des différents temps d'une séance type

Le déroulement de la séance est ritualisé. Nous accueillons les enfants du groupe dans la salle d'attente du CAMSP et nous effectuons le trajet en voiture jusqu'au centre équestre. Nous nous dirigeons ensuite du parking vers l'écurie pour dire « bonjour » au moniteur. Les enfants s'adressent aux poneys d'une parole accompagnée d'une caresse ou d'un signe de la main. Ils vont ensuite chercher une brosse dans la sellerie pour le pansage du poney dont ils ont choisi de s'occuper pour l'ensemble de la séance. Ce temps est l'occasion de visiter les divers aspects sensoriels, de parler du vivant et d'entrer en relation avec l'animal. Après avoir pris soin de leur compagnon du jour, chaque enfant retourne à la sellerie pour prendre le matériel nécessaire à sa préparation : le tapis, la selle, les rênes. Ils nous sollicitent pour les aider à installer correctement l'équipement. Ils enfilent leur casque et prennent en main la corde de leur poney pour le guider jusqu'au manège. Chaque enfant est accompagné à tout moment d'un adulte qui n'est pas forcément le même d'une séance à l'autre.

Deux possibilités se présentent : rester dans le manège et investir un parcours ou monter sur l'animal pour partir en balade dans les prés. La deuxième situation n'est pas proposée en première intention mais après un certain temps de familiarisation avec les lieux et les poneys. Dans un premier temps, les enfants les guident à pied le temps de découvrir le parcours. Dans un second temps, s'ils le souhaitent, ils peuvent monter sur leur dos et les diriger avec les rênes. Nous terminons les activités dans le manège par un temps calme où nous retirons l'ensemble de l'équipement. Nous les invitons à se détendre en s'allongeant sur le dos du poney en contact direct avec son pelage. Les enfants descendent enfin, les conduisent à pied jusqu'à l'écurie et nous aident à ranger le matériel dans la sellerie. Ils retirent leur casque et disent « au revoir » aux animaux et au moniteur avant d'effectuer le trajet retour jusqu'au CAMSP où ils vont retrouver leur famille qui les attendent.

e) Les temps de trajet et de reprise

Le temps de trajet dans la voiture fait partie intégrante de la séance. Il favorise les interactions des enfants. Des liens peuvent se tisser et certains sujets de discussion deviennent récurrents en fonction de leurs centres d'intérêts communs. Nous pouvons également

remarquer les modifications du comportement de chacun entre le trajet aller et le trajet retour et ainsi constater les effets de la thérapie avec le cheval dans l'ici et maintenant. Le trajet aller permet de se préparer et d'anticiper la rencontre avec les poneys et le trajet retour offre un temps pour élaborer et intégrer les sensations et les émotions vécues tout au long de la séance. Le temps de reprise, qui suit le retour dans l'institution, est un temps de réflexion autour de la progression de chaque enfant et des éléments importants qui se sont produits pendant la séance. Il est également nécessaire à la préparation des séances suivantes. A chaque trimestre, un retour individuel à chaque famille est accordé sur ce temps. Nous leur transmettons la synthèse de ce que nous avons perçu concernant l'évolution de leur enfant au sein du groupe.

3) Le groupe « Toi, la terre et moi »

a) La constitution du groupe

Le groupe « Toi, la terre et moi », auquel je participe depuis janvier 2020, est animé par une psychologue et une puéricultrice du CAMSP. Il consiste à vivre des expériences diverses et variées autour de la médiation argile. Deux types de terre sont utilisés : l'argile blanche et l'argile rouge. L'ensemble du groupe décide en amont la couleur de la terre qu'ils vont manipuler la séance suivante. Le groupe est constitué des mêmes enfants sur une année scolaire de septembre à juin sauf en cas de modification du projet thérapeutique d'un enfant en cours d'année. La capacité d'accueil du groupe est de trois à cinq enfants. Tous n'ont pas forcément le même profil mais certains pré-requis sont nécessaires pour intégrer le groupe : disposer de bonnes capacités de coordination gestuelle et avoir un début de verbalisation.

b) Les objectifs thérapeutiques

Le groupe comprend une alternance de temps en individuel et de temps en groupe. Il permet d'effectuer des aller-retour entre des temps d'introspection, de retour sur soi, d'exploration et des temps d'ouverture vers les autres, de partage de son expérience et de ses ressentis. L'espace et le temps sont très structurés ce qui donne à l'enfant la possibilité d'intérioriser un cadre contenant et sécurisant. Les temps individuels sont libres ce qui permet de soutenir la construction de l'estime de soi à travers l'expérimentation du processus de création. Les temps en groupe favorisent la mise en mots du vécu et des émotions de chaque enfant, l'élaboration autour de leur création et la participation aux rituels de la vie de groupe (attendre son tour, nettoyer...).

J'ai également créé une grille d'observation³ pour enrichir le groupe de mon point de vue en relatant les items psychomoteurs mis au travail dans cet atelier. Les points fondamentaux en sont : la qualité de l'installation, l'exploration sensorielle, la régulation tonique et tonico-émotionnelle, la dextérité et les coordinations oculo et bi-manuelles ainsi que l'accès à la représentation mentale.

c) La description du lieu et de l'aménagement de l'espace

L'atelier se déroule dans une salle avec des espaces différenciés : un espace central en forme de « U » avec un espace réservé pour chaque enfant, un espace avec la motte de terre, un espace avec les modèles et un espace avec un point d'eau pour nettoyer le matériel. La forme en « U » a été pensée pour favoriser un retour sur soi pendant le temps individuel. Avec cette disposition, les enfants ne sont jamais face à face mais dos à dos ou côte à côte.

L'espace de chacun est délimité par un plateau posé sur un tapis anti-dérapant. Tous disposent des mêmes outils placés dans leur plateau. Deux plateaux avec des objets à partager sont positionnés sur les tables entre les enfants. Chacun a un tablier sur le dossier de sa chaise. Lorsque celle-ci est tournée vers la table, cela marque un temps individuel et lorsqu'elle est tournée vers le centre du « U », cela signifie un temps de groupe. L'espace de chaque enfant est matérialisé par ces éléments du début à la fin de l'atelier même pour les enfants qui sont absents.

d) La description des différents temps d'une séance type

La séance dure au total une heure suivie d'un temps de reprise de quarante-cinq minutes. Nous commençons par aménager l'espace en installant le matériel. Nous allons ensuite accueillir les enfants dans la salle d'attente et les accompagnons jusqu'à la salle. Chaque enfant choisit sa place et s'assoit. Un temps commun est prévu pour se dire « bonjour » et partager ce que nous avons envie de dire avant de débiter l'exploration avec la terre. Puis, chaque enfant enfile son tablier et attend d'être appelé par la puéricultrice qui distribue la terre. Chacun dépose alors son bout de terre dans son plateau, retourne sa chaise pour être face à la table et commence son expérience avec l'argile. Pendant ce temps, les enfants peuvent à tout moment solliciter un adulte pour leur venir en aide. Lorsqu'ils ont terminé leur production, ils appellent la psychologue qui vient les voir individuellement pour prendre une photo de leur création et écouter l'histoire qu'ils se sont imaginés en manipulant

3 Cf. *Infra*, Annexe III

la terre. Ils doivent ensuite attendre que tous les enfants soient passés avant de se retourner à nouveau, tenir leur plateau et partager, à tour de rôle, leur histoire avec les autres membres du groupe. Une fois que chaque enfant a pu s'exprimer, ils détruisent leur production en formant une grosse boule de terre qu'ils rendent à la puéricultrice lorsqu'elle les appelle. La photo permet de garder une trace de leur création et de s'en séparer plus facilement. Un livre est réalisé en fin d'année avec toutes les images. Ils vont ensuite laver leurs mains, leur plateau et leurs outils dans l'évier avec la psychologue puis nettoyer et essuyer leur table. Enfin, ils s'assoient, attendent que tous soient prêts pour partager avec le groupe leur vécu de séance puis se disent « au revoir » et retrouvent leur famille dans la salle d'attente.

e) Le temps de la reprise

Ce temps de reprise est dédié à la synthèse du déroulement de la séance, de nos remarques et de nos questionnements. Il permet également de penser aux aménagements que l'on peut effectuer pour les prochaines séances en fonction de ce que nous avons pu constater. La grille d'observation peut être utilisée à ce moment pour aiguiller nos réflexions ou noter ce que nous avons pu observer dans un ou plusieurs domaines particuliers pour chaque enfant. Les professionnels peuvent également s'y référer s'ils ont un doute sur les difficultés d'un enfant et, si nécessaire, les orienter vers un suivi plus spécifique en psychomotricité.

III – FARAH

1) Présentation et anamnèse du patient

a) Description du patient

Farah est une fille de quatre ans et dix mois d'origine algérienne. Elle est née en France à trente-neuf semaines d'aménorrhée par césarienne. Celle-ci a été programmée pour cause maternelle. A la naissance, Farah pesait trois kilogrammes et huit cent soixante-dix grammes, mesurait cinquante et un centimètres et son périmètre crânien était de trente-sept centimètres. Son score d'APGAR était à huit à une minute de vie puis à dix à cinq minutes. Sa courbe staturo-pondérale est toujours dans la norme.

b) Contexte familial

Farah vit au sein du domicile familial avec ses deux parents. Ils vivent dans un petit appartement ne comprenant qu'une seule chambre. Elle dort dans la même pièce que ses parents dans son propre lit. En mars 2019, sa mère a donné naissance à son petit frère, qui dort avec eux. Madame est arrivée en France à l'âge de neuf mois et n'a pas de profession. Elle s'occupe de ses deux enfants au quotidien. Monsieur a quitté l'Algérie depuis onze ans pour venir s'installer en France. Il travaille en intérim et effectue des actes de manutention. L'environnement socio-économique de la famille de Farah reste précaire.

c) Contexte social et scolaire

Avant d'entrer à l'école, Farah n'a pas pu être accueillie en halte-garderie malgré la demande de la famille. En revanche, sa mère l'amenait régulièrement à la ludothèque pour qu'elle puisse jouer et être en contact avec d'autres enfants. L'adaptation à l'école s'est faite progressivement. Au début de l'année scolaire 2018-2019, elle est entrée en petite section de maternelle. La séparation avec sa famille a été difficile les premiers jours.

Son temps scolaire a été augmenté petit à petit au cours de l'année pour parvenir à un accueil en matinée complète. Elle n'a pu bénéficier de la présence d'une AVS mutualisée qu'à partir de la moyenne section, celle-ci ayant été refusée en petite section. Farah est actuellement scolarisée en moyenne section de maternelle à temps plein à l'exception d'un après-midi par semaine pour sa prise en charge au CAMSP. Elle mange ponctuellement à la cantine en fonction des menus.

d) Antécédents médicaux

Farah a présenté une détresse respiratoire à la naissance nécessitant une hospitalisation de dix jours dans le service de réanimation néonatale. Le retour à domicile s'est déroulé sans complication particulière. L'audiogramme réalisé est normal. Dès la prime enfance, les consultations médicales lui faisaient très peur et lui étaient insupportables. Elle faisait des crises, ne laissait pas le médecin la toucher, rendant les soins difficiles voire impossibles. Sa peur s'est atténuée mais s'est déplacée sur les aiguilles. Les rendez-vous chez le médecin sont désormais possibles. En novembre 2019, des otites séreuses⁴ sont observées tardivement. Cela a pu entraîner une perte auditive et avoir un impact sur ses troubles du langage. Le médecin note également un effondrement de la voûte plantaire.

4 L'otite séreuse est un état inflammatoire chronique de l'oreille moyenne. Elle est due à la présence d'un liquide séreux jaune, plus ou moins fluide, derrière le tympan, engluant les osselets.

e) Antécédents personnels

Concernant son développement psychomoteur, sa mère spécifie qu'elle était un « bébé calme », qui ne posait pas de problème. Elle ne faisait pas de colère ni de bêtises. Sa motricité était pauvre avec peu d'initiatives. Elle ne cherchait pas à se retourner spontanément. Elle s'est déplacée à quatre pattes à quatorze mois. Elle a marché à dix-sept mois. Un retard moteur léger est observé. Elle a jargonné pendant longtemps et a prononcé ses premiers mots vers deux ans, ce qui montre un retard de langage important.

Au niveau social, elle compensait l'absence de langage par une communication non-verbale riche : poursuite oculaire, sourire-réponse, attention conjointe, pointage proto-impératif, mimiques, réponse à son prénom, gestes symboliques comme faire « bravo », « au revoir ». Cependant, des particularités comportementales ont été constatées. Elle avait tendance à tourner sur elle-même et à aligner des petits objets ou des personnages quand elle ne savait pas comment les utiliser. Ces conduites ont régressé voir quasiment disparu actuellement. Des réactions tonico-émotionnelles ont été remarquées notamment des comportements de « *flapping* »⁵ quand elle est contente.

Au niveau de l'alimentation, une sélectivité alimentaire est présente depuis son plus jeune âge et persiste encore aujourd'hui. Elle ne mange que du riz, des pâtes et des frites. Elle refuse les nouveaux aliments, ne veut pas les goûter et dit « non » sur un ton ferme en croisant les bras et en fronçant les sourcils. Elle ne supporte pas les textures mélangées et écarte d'elle toute boisson qui n'est pas de l'eau. Elle ne présentait pas de trouble du sommeil jusqu'à l'arrivée de son petit frère. Elle a besoin d'un rituel d'endormissement avant de se coucher. Elle est autonome pour aller aux toilettes. Elle est très préoccupée par la propreté. Elle ne supporte pas d'avoir les mains sales. Elle n'aime pas les activités salissantes comme la peinture. Lorsqu'elle était plus jeune, les bains étaient intolérables. Elle hurlait pendant le shampoing, lorsqu'elle se faisait coiffer et si elle avait un chapeau sur la tête. A ce jour, ses réactions sont moins intenses mais elle manifeste toujours une hypersensibilité tactile.

2) Projet thérapeutique individualisé

a) Premier entretien et temps de rencontre

En décembre 2017, Farah est adressée au CAMSP par son pédiatre pour un retard de langage. Elle y arrive tardivement, vers deux ans et demi. Un premier entretien est effectué

5 Le « *flapping* » est une stéréotypie motrice consistant en des mouvements rythmés de battements de mains et/ou de bras.

avec le pédopsychiatre et la directrice adjointe. Les deux parents sont présents. Madame fait part de ses inquiétudes quant à la manière de communiquer de sa fille. Elle explique qu'elle produit des sons et ne prononce que quelques mots comme « papa » ou « au revoir ». Quand elle veut quelque chose, elle les tire par le bras ou leur montre. Madame précise qu'à la ludothèque, elle ne cherche pas le contact des autres enfants mais ne le refuse pas non plus. Ses parents lui parlent principalement français. Pendant l'entretien, Farah s'installe sur les genoux de son père et joue avec ce qui lui est proposé. Elle est capable de réaliser des encastresments par reconnaissance visuelle. Elle met les jetons dans les fentes en appariant les couleurs. Elle peut être dans l'imitation et renvoyer la voiture de façon adressée. Elle marche avec assurance et monte les escaliers avec appui.

Une présentation de Farah à l'équipe est effectuée en février 2018. A la suite de celle-ci, un temps de rencontre avec la psychologue et l'orthophoniste est programmé. Elles accueillent une petite fille anxieuse qui appréhende les situations nouvelles. Farah semble perdue, elle regarde autour d'elle et reste statique. Elle n'a pas de désir particulier, attend d'avoir des directives de la part de l'adulte. Elle aime les feutres et gribouille. Elle commence à dire quelques mots que son père lui fait répéter de manière mécanique lorsqu'il rentre du travail. Sa mère précise qu'elle est plus intéressée par les objets que par les enfants. Elle perçoit ses difficultés mais comme il s'agit de son premier enfant, elle n'a pas de repères. Farah a confiance en sa mère avec qui elle a développé une relation sécurisée. Madame décrit des difficultés de séparation avec sa fille dues à son histoire médicale (détresse respiratoire à la naissance). Elle commence seulement à la confier à sa grand-mère mais reste inquiète quand sa fille n'est pas à ses côtés. Farah présente un retard de langage associé à des particularités sensorielles et relationnelles.

b) Prise en charge pluridisciplinaire initiale

Le suivi de Farah débute en septembre 2018 par une prise en charge individuelle en psychothérapie. Elle est accompagnée par sa mère tous les quinze jours jusqu'en février 2019, date après laquelle le suivi se poursuivra sans elle. Elle commence, à la même période, le groupe « Vivre ensemble ». Il est animé par une autre psychologue et une orthophoniste. Il a une fonction de socialisation et de soutien à la communication pour des enfants qui présentent des troubles du langage et de la relation. Ils alternent entre des temps en groupe ritualisés (installer les photos de chacun, activité sensorielle variable d'une séance à l'autre, temps de collation, raconter une histoire) et des temps plus libres.

Les points d'évolution de Farah au sein du groupe « Vivre ensemble » sont les suivants : on note l'apparition de plus en plus de mots mais ils sont déformés. Elle s'approprie le langage par la répétition. Elle tente de pallier ses difficultés d'articulation par l'écholalie. Elle donne les objets qu'elle ne connaît pas à l'adulte pour qu'il les nomme. Elle a développé un lien d'exclusivité avec l'orthophoniste et ne prend pas en considération la psychologue. Elle interagit plus facilement avec les adultes qu'avec les enfants. Ces derniers l'intéressent, elle les observe et a besoin d'un objet médiateur pour aller à leur rencontre. Elle pointe leurs photos et répète leurs prénoms mais ne les nomme pas autrement. Pendant les activités communes, elle a des difficultés à partager les objets avec les autres enfants mais la verbalisation lui permet de le supporter.

Concernant le début du suivi avec la psychologue, Farah manifeste un premier mouvement de refus avant de s'approprier une proposition. Elle observe beaucoup avant d'oser intervenir pour vérifier que les situations ne présentent pas de risques et pour comprendre comment faire lorsqu'il s'agit de nouvelles activités. Elle a besoin que l'adulte lui fournisse un mode d'emploi. Elle préfère manipuler les objets seule, refusant l'intervention d'autrui. Elle ne tolère pas que celui-ci réalise une production différente de la sienne. Elle peut s'enfermer dans des activités qui lui plaisent comme les jeux de coucou-caché et de transvasement. La répétition mécanique d'un même jeu la rassure et lui permet, avec le temps, d'opérer un petit décalage dans sa manière de jouer. La séance est ritualisée autour de deux temps principaux : la comptine et la pâte à modeler. Elle aime aussi danser en s'observant dans le miroir. Elle ne supporte pas les chaussures et est souvent pieds nus chez elle et pendant les séances.

c) Adaptation de son projet de soins

Au vu des éléments ci-dessus, son projet de soins a évolué. En septembre 2019, la prise en charge individuelle en psychothérapie est devenue plus fréquente à raison d'une séance par semaine. Le groupe « Vivre ensemble » s'est arrêté au profit d'un suivi orthophonique individuel hebdomadaire. Le développement du langage est une priorité, Farah est difficilement compréhensible malgré une grande volonté de communiquer et de se faire comprendre. Elle a également intégré le groupe « Poney » pour garder un temps de socialisation avec ses pairs et lui permettre d'enrichir ses expériences sensorielles et corporelles dans un cadre thérapeutique ritualisé et contenant. Cette médiation favorise également la création d'un lien privilégié avec l'animal et l'incite à affronter le changement et l'imprévisibilité du vivant.

d) Synthèse des différents suivis

Lors de la dernière synthèse de novembre 2019, l'orthophoniste expose une évolution favorable au niveau de son langage. Au début, elle utilisait un jargon qui a progressivement disparu pour laisser place à l'apparition de mots déformés. Toutes les consonnes étaient confondues et rassemblées sous le son « te ». Son articulation s'est améliorée. Elle présente une logorrhée et un débit de parole importants. Elle n'est pas toujours compréhensible mais cela ne semble pas la déranger. Elle continue à répéter ce que les autres disent dans une quête de sens ou pour améliorer sa prononciation. L'apparition des pronoms identificatoires « je », « tu » est récente.

La psychologue explique qu'elle se sert beaucoup du jeu de faire semblant pour comprendre les situations qui lui posent question. Elle a des angoisses concernant les interventions sur son corps, refuse la proximité du médecin pour se protéger. Elle demande à jouer au docteur pour se rendre compte que ce n'est pas dangereux et ainsi apaiser ses peurs. Elle est très vigilante à ce qu'exprime autrui, notamment ses manifestations émotionnelles. Elle a des difficultés à comprendre les subtilités du jeu de faire semblant. Elle est ancrée dans la réalité et n'a pas encore accès à l'imaginaire. Si la psychologue fait semblant de pleurer, elle va accourir lui faire un câlin pour la consoler. En ce moment, elle a un intérêt particulier pour les livres. Au départ, elle les enchaînait sans prêter réellement attention à l'histoire racontée dans un élan boulimique. Elle est actuellement dans une recherche de sens des sujets qui l'interpellent (hôpital, bébé, bisous). Elle est protectrice avec son petit frère et ne veut pas qu'il soit touché. Elle est parfois autoritaire dans le choix des jeux mais cela s'assouplit facilement. Elle commence à s'appropriier ses ressentis, à les nommer et à partager ses désirs (ce qu'elle aime ou pas, ce qu'elle veut ou pas...). Farah présente des particularités mais elle dispose de nombreuses ressources. Elle va à la rencontre d'autrui pour tenter de structurer un monde qu'elle perçoit comme désorganisé et dénué de sens.

L'ESS a mis en valeur les difficultés de Farah dans le milieu scolaire. Elle a le niveau demandé parce qu'elle reproduit ce que font les autres enfants mais cela n'a pas forcément de sens pour elle. Elle est très exigeante envers elle-même. Elle a des difficultés à tolérer la frustration et est très sensible à l'échec. Si ce qu'elle entreprend ne correspond pas à ce qu'elle a dans sa tête ou qu'elle ne réussit pas à faire la même chose que son camarade, elle arrête tout, boude ou s'énervé. Elle a pu faire preuve d'agressivité envers les autres enfants

(griffer, tirer les cheveux). Ces comportements étaient occasionnels et ont coïncidaient avec l'arrivée de son petit frère. Elle a montré une gêne importante au remplacement de sa maîtresse. Elle peut rester fixée sur certains éléments (feutre sur la main de la maîtresse, s'inquiéter pour un personnage qui fait semblant de tomber dans une mise en scène). Elle a une attention labile et de courte durée si un adulte n'est pas présent pour l'aider à se focaliser sur une tâche. Elle a des comportements inadaptés pendant les regroupements où elle va se lever, crier ou chanter. Elle prend les consignes de groupe au pied de la lettre. Elle ne se sent pas concernée si la directive ne lui est pas directement adressée. L'AVS l'aide énormément à se canaliser dans ces situations. Elle était souvent collée à elle pendant la récréation et jouait seule. Elle s'amuse maintenant avec une ou deux camarades.

3) Evolution du suivi en psychomotricité au sein du groupe « Poney »

a) Evolution sur le plan sensoriel

Une progression s'est effectuée tout au long de l'année pour parvenir à un contact avec le poney. Au départ, elle le touchait indirectement avec la brosse ou à travers ses gants. Elle ne le faisait que si j'étais avec elle en cherchant à m'imiter. Elle reste préoccupée par ce que pourrait ressentir l'animal lors du pansage. Par exemple, elle ne veut pas utiliser les brosses en plastique dur parce qu'elle craint que les picots lui fassent mal. Au cours d'une séance, le moniteur propose aux enfants de venir toucher le plus rapidement possible les oreilles puis la queue du poney. Elle veut jouer avec eux et me les montre à distance. Le moniteur lui propose de s'approcher provoquant un premier refus. Je lui explique que nous pouvons le faire toutes les deux si elle le souhaite mais qu'elle n'est pas obligée, c'est son choix. Je commence à le toucher en verbalisant qu'il est gentil, qu'il ne bouge pas et que ses poils sont doux. Elle essaye mais retire sa main à quelques centimètres du pelage. J'observe que son regard est orienté vers sa tête. Je me mets devant et lui propose de le caresser au niveau des fesses, ce qu'elle réussit à faire. Son visage s'anime, elle sourit et se montre très attentive à mes réactions. Je la soutiens par mon regard, la félicite et elle se rapproche progressivement de sa tête jusqu'à toucher ses oreilles du bout des doigts. Au fur et à mesure des séances, elle enlève ses gants, de sa propre initiative, pour caresser l'animal directement avec sa main. Elle s'approche tout doucement, jette quelques regards furtifs vers moi, touche les poils du bout des doigts puis avec toute sa main. Elle le fait maintenant à chaque début de séance pour lui dire bonjour. Elle nous disait au départ « J'ai touché, j'ai pas peur » puis elle s'est progressivement contenté d'une présence, enfant ou adulte, à ses côtés.

Parallèlement, elle a développé un intérêt pour le sable, en cherchant d'abord à imiter un autre enfant puis en jouant seule. Elle présente à la fois une attirance et une aversion pour la matière. Au début, elle était horrifiée à la vue de cette texture sur ses mains et à la sensation des grains qui glissaient dans ses manches. Elle cherchait à s'essuyer sur l'adulte. En faisant avec elle, en l'imitant, elle a pu constater qu'elle pouvait s'essuyer les mains en les frottant l'une contre l'autre. Cela lui a permis de poursuivre ses explorations et de les enrichir plus sereinement.

Le port du casque a été travaillé au préalable de la montée du poney. Connaissant ses réticences sensorielles au niveau de la tête, nous avons instauré le port du casque comme un rituel de la séance même si elle ne montait pas. Nous voulions dédramatiser la montée du poney et la dissocier du casque. Ainsi, même si elle s'est montrée hésitante au début, elle a pu accepter de le mettre comme les autres enfants.

b) Evolution sur le plan tonico-émotionnel

Les réactions tonico-émotionnelles sont fortes lorsqu'elle se trouve proche de l'animal, en lien avec sa peur. Celle-ci se manifeste par un recrutement tonique important dans tout son corps, un visage fermé avec les sourcils froncés, la mâchoire serrée, un regard méfiant, des cris, des pleurs parfois, une prise de distance. Elle peut appeler « maman » quand elle est très effrayée. Elle se sert de l'adulte comme bouclier et s'agrippe à lui. Ces réactions sont observées lorsque le poney effectue le moindre mouvement ou bruit, quand il s'approche d'elle. Farah est rassurée lorsque l'on assimile les comportements de l'animal à des comportements humains familiers (il se gratte, éternue, baille). Pour faire face à sa peur de la tête des poneys, nous l'avons aidée à mettre en place des stratégies. Grâce à la répétition, elle a pu progressivement s'en saisir et nommer ses émotions « j'ai peur de la tête, je vais derrière ». Elle a appris à anticiper quand le poney allait arriver sur elle (devant ou derrière) et s'en éloigner avant que la situation se présente ou se réfugier derrière l'adulte.

Elle a progressivement manifesté l'envie de monter, d'abord en le disant puis en pouvant le faire. Nous avons également incité la famille à prendre de la distance face à cette demande pressante et précisé que ce n'était pas une fin en soi. Lors de la dernière séance avant les vacances de Noël, elle décide de monter sur le poney pour la première fois. Elle le fait avec précaution, tout doucement, avec une vigilance accrue, un visage crispé, les sourcils froncés, la mâchoire serrée, la respiration bloquée. Elle est dans un état hypertonique global. Une fois dessus, elle attend quelques secondes et comme tout se passe bien, elle se détend,

reprend son souffle avec un affaissement postural, un visage qui s'illumine, un sourire qui apparaît montrant qu'elle est fière d'elle.

A dos de poney, elle a une posture en enroulement avec un appui vers l'arrière. Elle réajuste sa posture facilement dans les dénivelés. Elle transfère aisément son poids du corps pour s'équilibrer, parfois même sans se tenir. Elle est beaucoup plus calme, verbalise moins en continu. Farah est rassurée par la position en hauteur. Elle peut alors accepter la proximité d'autres poneys et des chiens. Elle peut même leur faire coucou avec un grand sourire lorsque l'on est en balade. Ces éléments contrastent avec son état hypertonique et d'hypervigilance lorsqu'elle est au sol.

Elle veut toujours être la première à réaliser les activités proposées quitte à prendre la place d'un enfant déjà en train de jouer. Elle est sensible à l'échec, d'autant plus quand un des garçons réussit et pas elle. Elle s'arrête au bout d'un essai, fronce les sourcils, croise les bras, baisse la tête et se met à pleurer.

c) Evolution sur le plan symbolique

Tout au long de l'année, nous avons constaté des évolutions dans la façon de Farah d'utiliser le langage, de communiquer. Pendant les trajets en voiture, elle parle beaucoup avec un des garçons en utilisant un langage plaqué. Au départ, elle répétait beaucoup ce qu'il disait en écholalie. Il ne comprenait pas ses réactions et lui disait « Pourquoi tu cries ? » « Arrête de répéter ce que je dis, sinon je ne suis plus ton copain ». Il la reprenait sur ses difficultés d'articulation mais ils finissaient par en rire. Au fur et à mesure, en partant d'un sujet elle y amène de la différence, souvent des éléments de son quotidien. S'il dit qu'il a des bottes noires, elle dit qu'elle a des bottes roses. Bien qu'ayant des difficultés à initier un sujet de discussion, elle peut à présent avoir une vraie conversation avec cet enfant.

Au centre équestre, elle s'appuie sur l'imitation, ce qui peut faire illusion quant à ses capacités de compréhension. Elle copie les gestes des autres enfants pour le pansage mais nous nous questionnons sur le sens que cela a pour elle. Pour zigzaguer entre les plots, Farah répète avec conviction « fais le serpent comme un S » mais elle continue à avancer en ligne droite. Nous constatons aussi une confusion dans les prénoms et l'identité de chacun. Elle peut dire « Bonjour Mélanie » en s'adressant à un poney ou me nommer correctement en fonction des moments. Au départ, elle avait attribué un prénom à la personne qui installe le parcours et un autre à celle qui prépare les équidés. Lorsque les rôles se sont inversés, elle affirmait que les prénoms restaient les mêmes et semblait perturbée qu'on la contredise. Elle a intégré petit à petit le prénom de chacun, les répète dans la voiture en nous pointant du doigt

sans se tromper et signale quand un enfant est absent. Elle nomme aussi les prénoms des trois poneys en arrivant et informe qu'un d'entre eux va rester seul quand il manque un enfant.

J'ai également remarqué une indifférenciation avec autrui lorsqu'elle est en contact direct avec moi. Elle peut me tendre la brosse en me disant « c'est moi qui fais ». Elle se différencie en tant que sujet lorsqu'une distance nous sépare. Elle va mettre un drapeau dans un plot en spécifiant « c'est moi qui fais, c'est pas toi ». Son individualisation se manifeste également dans l'opposition où elle emploie le pronom identificatoire « je ». Toutefois, elle peut s'effacer pour faire plaisir à l'adulte : lors d'une séance, la psychologue lui demande de ranger le tapis dans la sellerie, elle refuse « Non, je ne veux pas » avec un ton ferme. Elle peut céder très rapidement et prendre le tapis quelques secondes plus tard avec un grand sourire, ce qui est déstabilisant.

d) Evolution sur le plan relationnel

En ce qui concerne sa relation avec les poneys, elle a développé un intérêt pour eux au fil du temps. Au départ, elle les mettait à distance en raison de leur caractère animé et imprévisible. Elle était très distraite et ne prêtait pas forcément attention à ce que les animaux faisaient. Elle était plus intéressée par les ateliers au sol, les enfants et les adultes que par les poneys. Puis, elle a commencé à les diriger oralement « En avant » « Stop », en restant à pied. Elle a ensuite pris la corde à son extrémité. Elle avait peur, la prenait un instant, la lâchait pour aller faire une activité en laissant le poney tout seul. Petit à petit, elle pensait à reprendre la corde pour aller d'une activité à une autre en incluant l'animal dans le parcours. Après avoir apprivoisé l'animal, elle a accepté de monter. Nous constatons qu'elle met du temps à se décider pour passer d'une étape à une autre mais une fois qu'elle a le déclic, elle ne revient pas en arrière. Cette observation a également été perçue par la psychologue dans le groupe « Vivre ensemble ». Grâce à l'observation des autres enfants, elle s'est rapidement saisie du « tac tac » avec les pieds pour faire avancer le poney. A ce jour, elle ne le dirige pas avec les rênes qu'elle ne veut pas tenir pour le moment.

Lors de la dernière séance, elle a réussi à participer au temps calme de fin pour la première fois. Elle s'est allongée sur le poney sans la selle avec la tête vers les fesses. Une de ses joues était en contact direct avec les poils. Je me suis mise à sa hauteur. Elle m'a dit « c'est doux » et quand je lui ai demandé si c'était chaud et agréable, elle m'a répondu « oui ». A un moment, l'animal a bougé. Elle était inquiète, ses yeux se sont écarquillés et elle s'est tendue. Je l'ai rassurée facilement en précisant que la psychomotricienne tenait la corde, ce qui n'aurait pas été possible au début de l'année. Elle est restée dessus quasiment deux

minutes. Elle a pu déposer son poids et s'apaiser un peu. Le poney fermait les yeux par moments. Un dialogue tonique s'est produit entre les deux partenaires.

Au fil des mois, une juste-distance entre nous deux a pu se mettre en place. Au début, elle m'avait associée à l'activité et avait besoin d'une proximité corporelle en me tenant la main, et ceci dès le départ du CAMSP. J'étais un peu comme sa référente de l'activité. Elle pouvait se montrer très autoritaire à mon égard exigeant que je fasse comme elle. Si je refusais, elle boudait et investissait un autre adulte. Elle avait une fixation sur les drapeaux rouges. Si quelqu'un en prenait un, elle hurlait en disant « Non, c'est le mien ! ». Elle acceptait si c'était moi. En restant fixe et en représentant un repère solide et stable, elle a pu progressivement s'éloigner de moi, notamment lorsqu'elle avait un objectif en tête comme aller chercher une balle à côté d'un poney. Elle longeait la barrière, avançait à petits pas, effectuait un feedback visuel entre l'animal et mon visage. Elle s'appuyait sur mes mimiques, mon regard, mon hochement de tête pour gagner en confiance et se sentir capable de le faire. Puis, elle me reprenait la main uniquement lorsqu'un animal approchait ou qu'elle avait peur. Elle pouvait réaliser les activités toute seule mais je devais avoir mon regard sur elle à tout moment. Si elle réussissait une proposition et que mon attention n'était pas portée sur elle, elle semblait perdue voire paniquée avec une chute importante du tonus axial.

Vers les dernières séances, elle se contentait de ma présence et de savoir si j'étais disponible en cas de besoin. Il lui est toujours nécessaire de partager avec moi ce qu'elle voit ou fait « Regarde un pissenlit » « Mélanie, j'ai sauté » pour me dire qu'elle venait de faire du trot. Elle a développé en parallèle un lien avec un des garçons avec qui elle aime bien être en concurrence. Il l'aide quand elle a peur de passer devant les poneys pour aller dans la sellerie. Il l'attend pour lui donner la main, ils s'entraident pour mettre leur casque. Elle peut s'appuyer sur lui, ce qui a favorisé une prise de distance vis à vis de moi. Elle investit davantage les autres professionnels et s'ouvre beaucoup plus à l'environnement qui l'entoure.

IV – MILO

1) Présentation et anamnèse du patient

a) Description du patient

Milo est un garçon de quatre ans et demi d'origine africaine. Sa mère est originaire de la Côte d'Ivoire et son père est congolais. Milo est un grand prématuré né en France à vingt-huit semaines d'aménorrhée. Il est né avec un poids de neuf cents soixante grammes, une taille de trente-six centimètres et un périmètre crânien de vingt-six centimètres. Son score d'APGAR était de trois sur dix à une minute de vie tout comme à trois minutes de vie et de cinq sur dix à cinq minutes de vie. A ce jour, il présente toujours un retard staturo-pondéral.

b) Contexte familial

Milo vit actuellement au sein du domicile familial avec sa mère et sa grande demi-sœur âgée de neuf ans. Elle est née en 2011 d'une première union en Côte d'Ivoire. La mère arrive en France en 2014 et accouche de Milo un an plus tard. A sa naissance, il a été hospitalisé pendant deux mois et demi dans un service de néonatalogie. Son père l'a reconnu mais il est absent de sa vie. Il a rendu visite à son fils ponctuellement au cours du premier mois d'hospitalisation pendant que sa mère était hospitalisée et ne pouvait pas le voir. Il n'a pas repris contact depuis la période néonatale et il n'a jamais vécu avec eux.

Depuis la sortie de l'hôpital, Milo et sa famille ont été hébergés par trois établissements d'accueil mère-enfant jusqu'au début de l'année 2018. Ils se sont ensuite installés dans un appartement. Madame nous fait part de problèmes importants avec son voisinage qui ferait peur à Milo et le réveillerait en pleine nuit. Une demande de changement de domicile est actuellement en cours.

c) Contexte social et scolaire

Avant d'entrer à l'école, Milo a bénéficié d'une place dans la crèche du centre maternel dans lequel il était hébergé depuis avril 2017. Après l'avoir observé, la psychomotricienne de la crèche a proposé un suivi à Milo jusqu'en décembre 2017. A cette date, il a quitté le centre maternel pour aller vivre dans un appartement avec sa maman et sa sœur. Il a ensuite été accueilli par une halte-garderie proche de son nouveau domicile jusqu'à son entrée en petite section de maternelle. Il allait à l'école à mi-temps tous les matins de huit heures trente à onze heures trente. La demande d'une AVS a été mise en attente jusqu'en

janvier 2019. Il est actuellement en moyenne section de maternelle. Il est accompagné de son AVS à raison de douze heures par semaine et va à l'école tous les matins ainsi que la journée du mardi. Il fait la sieste avec les petits l'après-midi.

d) Antécédents familiaux

La mère des deux enfants a été diagnostiquée séropositive au virus de l'immunodéficience humaine HIV-2 en 2011, année de la naissance de sa fille. La charge virale est indétectable, elle n'a pas de traitement anti-viral.

Elle présente également des troubles psychiatriques de l'ordre de la psychose. Elle bénéficie d'un suivi régulier concernant ses problèmes d'infection HIV et d'un suivi psychiatrique. Elle a été hospitalisée dans un service de psychiatrie pendant l'année 2017 en raison d'une décompensation psychotique. Elle est actuellement stabilisée et sous traitement de neuroleptiques.

La demi-sœur de Milo est actuellement suivie dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) avec pour motif initial de consultation une inhibition importante et un mutisme sélectif.

e) Antécédents médicaux

Concernant la prématurité de Milo, l'accouchement s'est déroulé par césarienne et a été induit pour sauvetage maternel en raison d'une insuffisance hépatique aiguë probablement d'origine médicamenteuse. Une régression des troubles hépatiques a été observée à la naissance. Il a ensuite été hospitalisé en réanimation néonatale pour la survenue d'une maladie des membranes hyalines et d'une dilatation broncho-pulmonaire nécessitant une ventilation assistée pendant douze heures, une ré-intubation pendant quinze jours suivie d'une ventilation non-invasive pendant cinquante-cinq jours. L'autonomie respiratoire est obtenue au cinquante-septième jour de vie. Il est nourri par voie entérale jusqu'au soixantième jour de vie où l'autonomie alimentaire est obtenue. Il présente une hypotonie et une hypoactivité sur le plan neurologique qui tend à s'améliorer par la suite.

Pendant cette période, de nombreux examens complémentaires sont effectués : des échographies transfontanellaires, une imagerie par résonance magnétique, des électroencéphalogrammes, des fonds d'œil et des potentiels évoqués auditifs. Tous les résultats sont normaux. La charge virale VIH est négative.

A la suite de son hospitalisation post-natale, Milo a été hospitalisé à de nombreuses reprises : au cours de l'hiver 2015 pour une bronchiolite, au cours de l'hiver 2016 pour des

problèmes respiratoires et infectieux où il n'a pas été mis en collectivité, en novembre 2017 pour des troubles digestifs, une cytolysé hépatique⁶, une dénutrition et un syndrome inflammatoire de causes indéterminées et en mai 2019 pour une rectoscopie suspectant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin. A la suite de cette dernière hospitalisation, le diagnostic d'hépatite auto-immune de type 1⁷ a été posé. Milo est actuellement sous traitement d'immunosuppresseurs.

Jusqu'en décembre 2017, les pédiatres de Milo suspectaient une anorexie et une dépression transitoire du nourrisson ; l'observation d'une stagnation pondérale depuis plusieurs mois avec un enfant décrit par les professionnels de la crèche comme peu expressif, passif et avec un appétit très restreint pouvait évoquer un repli dépressif. Cette période coïncide avec l'hospitalisation en psychiatrie de sa mère, de laquelle il fut séparé pendant un certain temps. La reprise de poids s'effectue depuis le début d'année 2018. La récupération reste lente mais progressive. Malgré une intervention chirurgicale, une sténose pulmonaire⁸ très modérée persiste toujours.

f) Antécédents personnels

En raison de la grande prématurité de Milo, les âges suivants concernant son développement psychomoteur seront précisés en âge corrigé.

Concernant la motricité globale, Milo a tenu sa tête à deux mois. Il a acquis la station assise à dix mois. Il a rampé puis s'est déplacé à quatre pattes dans la foulée. A treize mois, il se tenait debout avec appui et il marchait le long des meubles en latéral à quatorze mois. La marche autonome a été acquise à vingt mois. Concernant la sociabilité, le sourire-réponse a été observé vers deux mois.

Son appétit est limité et fluctuant. Il mange ponctuellement à la cantine et est entraîné par les autres enfants. Il ingère un complément nutritionnel plusieurs fois par jour pour obtenir un apport énergétique et protéique supplémentaire à son alimentation. Il grignote des biscuits et des chips entre les repas. Il n'a toujours pas acquis la propreté : son AVS le change à l'école. Il est rapidement fatigable et ne présente pas de trouble du sommeil.

6 La cytolysé hépatique correspond à la destruction progressive des cellules du foie.

7 L'hépatite auto-immune de type 1 correspond à une maladie inflammatoire chronique du foie caractérisée par la présence d'anticorps anti-actine et anti-SLA qui se dirigent contre le système immunitaire du sujet.

8 La sténose pulmonaire correspond à un rétrécissement de la voie d'éjection entraînant une obstruction du flux sanguin du ventricule droit vers l'artère pulmonaire pendant la systole.

g) Suivi médical

Milo est pris en charge par le pédiatre du service de néonatalogie dans son hôpital de naissance à raison d'une consultation par an jusqu'à ses six ans. Il s'est rendu à cette visite médicale tous les trois mois jusqu'à ses deux ans. Il bénéficie de soins une fois par mois au centre de Protection Maternelle Infantile (PMI). Il est suivi ponctuellement par un endocrinologue, un cardiopédiatre et un chirurgien viscéral dans un hôpital spécialisé. Il bénéficie également d'une prise en charge pluridisciplinaire au CAMSP. Une demande de suivi dans un hôpital plus proche du domicile familial a été effectuée par un pédiatre du CAMSP, pour que Milo puisse avoir un référent hospitalier à proximité et une surveillance nutritionnelle concernant ses troubles de l'oralité.

Les éléments ci-dessus présentés montrent que son parcours de vie a jusqu'à présent été ponctué par de nombreuses discontinuités. Un bon nombre de ruptures au cours de ses premières années de développement ont eu lieu. Ses repères spatiaux et temporels ont sans cesse été chamboulés : nombreux changements de domicile, nombreux lieux d'accueil (crèches, centres de soin), succession des personnes qui se sont occupées de lui, nombreuses hospitalisations pour ses problèmes de santé. La longue hospitalisation de sa mère suite à l'accouchement a imposé une séparation précoce dès ses premiers instants de vie. La pathologie psychiatrique de sa mère a pu, à certains moments, conduire à des échanges inadaptés dans la dyade mère-enfant au niveau des interactions précoces.

2) Projet thérapeutique individualisé

a) Premier entretien et observations psychomotrices

En janvier 2017, une première consultation a lieu dans un CAMSP proche du centre maternel. Milo y est adressé par la psychologue du CMP qui prend en charge sa demi-sœur. En raison du changement de domicile, il a été redirigé vers un second CAMSP. Un premier entretien est effectué avec un pédiatre et la directrice du CAMSP en juin 2017 : Milo a alors dix-neuf mois. Il est accompagné par sa mère et l'éducatrice du foyer maternel. Il se présente comme un enfant calme, qui joue seul et selon les propos de la mère qui peut être par moments « dans son monde ». Elle précise que ces temps ont diminué depuis qu'il va à la crèche. La période d'adaptation a été difficile, Milo a pleuré pendant deux semaines signalant des difficultés de séparation qui se sont maintenant résorbées.

A l'épreuve du pendule, il montre de bonnes réactions anti-gravitaires avec des réactions parachutes latérales et d'équilibration efficaces. Pendant la consultation, il se déplace majoritairement à quatre pattes et montre un début de marche autonome. Il a encore besoin d'un appui pour se rassurer, il utilise souvent les porteurs dans ses déplacements. Il enlève et remet l'anneau sur le mât, il encastre le rond et deux legos. Il ne superpose pas les cubes, il peut dévisser mais pas revisser. Il saisit la pastille avec une pince supérieure en alternant les deux mains avec une préférence pour la main droite. Concernant le langage, il utilise un jargon mélodieux sans mots précis. Il double les syllabes, chantonne et fait le bruit du moteur de la voiture qu'il manipule. La mère explique qu'il peut prononcer quelques mots mais qu'il ne les dit plus depuis un moment. Il effectue quelques gestes de communication comme « bravo » ou « au revoir ». Il comprend les consignes simples et peut donner un objet sur ordre avec geste. Les contacts visuels sont rares mais possibles. Il ne réagit pas systématiquement à l'appel de son prénom. Il faut l'interpeller pour croiser son regard. Il ébauche un jeu d'échange avec l'adulte mais semble préférer jouer seul. Le pointage proto-impératif est observé mais pas le pointage proto-déclaratif. La mère explique qu'il peut se mettre en colère avec une intolérance à la frustration. Cette conclusion mettra en évidence un retard psychomoteur global avec une prédominance au niveau du langage et de la communication.

b) Prise en charge pluridisciplinaire initiale

A la suite de la consultation, Milo est présenté à l'équipe du CAMSP afin de mettre en place un projet de soins individualisé. Le suivi de Milo débute en décembre 2017 où il est accueilli au groupe « Accueil et socialisation » une fois par semaine par la puéricultrice et l'éducatrice de jeunes enfants. Ce groupe consiste à découvrir de nouvelles expériences ludiques, à encourager les interactions entre enfants et à favoriser la séparation avec la famille. Il bénéficie également d'une prise en charge individuelle en psychomotricité et d'un accompagnement ponctuel à domicile par la puéricultrice pour rassurer la mère de Milo anxieuse à l'idée de se retrouver seule en appartement. Une consultation conjointe est mise en place avec son pédiatre référent et une psychologue.

c) Adaptation du projet de soins individualisé

Depuis le début de sa prise en charge, son projet thérapeutique a évolué : le groupe « Accueil et socialisation » et l'accompagnement à domicile ont pris fin. Il a intégré le groupe hebdomadaire « Jeux bougent » encadré par un psychomotricien et une éducatrice de jeunes

enfants. Ce groupe a pour objectif de favoriser la prise d'initiative de l'enfant, de le rendre acteur de son jeu et de ses déplacements en lui proposant des stimulations diverses et variées. A travers le jeu comme support de développement, il vise l'acquisition de nouvelles compétences, l'expression des émotions, la construction identitaire et la socialisation. Depuis novembre 2018, une prise en charge orthophonique a pu se mettre en place. La prise en charge individuelle en psychomotricité s'est déroulée en présence de sa mère jusqu'en avril 2018. Madame se montrait encourageante mais avait tendance à faire les activités à sa place. Les soins en psychomotricité visent à soutenir le développement moteur et cognitif de Milo et consistent à instaurer une relation de confiance pour laisser émerger de la spontanéité, des prises d'initiatives et un engagement corporel. Ils favorisent aussi l'expression verbale, l'organisation spatiale et la précision gestuelle.

d) Synthèse des différents suivis

Lors de la dernière synthèse de novembre 2019, l'orthophoniste relève un retard global de langage et de parole, bien que la coopération fluctuante de Milo le rende difficile à évaluer. Le phonétisme est complet, le stock lexical est normal mais elle observe de nombreuses déformations. Ses difficultés d'articulation et son faible niveau sonore le rendent à peine audible et parfois inintelligible. Il jargonne quand il joue en autonomie. Il peut tout de même réaliser des phrases simples et avoir un discours adapté. Pour la compréhension verbale, il s'attache à un mot plutôt qu'à l'ensemble de la phrase mais semble comprendre des consignes simples.

Il est dans sa deuxième année du groupe « Jeux bougent ». Au départ, de nombreuses difficultés de séparation étaient observées avec des pleurs. Sa mère devait l'accompagner jusqu'à la porte de la salle. Il se calmait assez vite une fois dans la salle mais se mettait dans une posture d'opposition passive et contrôlée. Ce comportement tend à disparaître : il participe davantage et peut même lever la main pour faire le parcours en premier. Lorsqu'il est en confiance, il prend une place de grand pour montrer l'exemple aux autres enfants. Il investit les propositions qui lui plaisent, notamment les comptines. Ses échanges sont davantage dirigés vers les adultes que vers les autres enfants.

L'enseignante spécialisée a observé le comportement de Milo à l'école un mois avant la synthèse. Il se présente différemment qu'au CAMSP. Il est plus à l'aise et trouve sa place dans la classe. Il est bien intégré et les autres enfants sont protecteurs avec lui. Il est motivé par les apprentissages scolaires et apprécie les activités artistiques. Il parle avec son AVS à un

volume normal mais avec une toute petite voix en classe. Son temps de concentration est court et il se fatigue vite. L'AVS doit souvent l'aider à recentrer son attention pour qu'il termine son travail sinon il se décourage. Il a le niveau attendu pour son âge mais reste en difficulté dans les activités langagières, graphiques et pour participer à l'oral.

Milo présentait une inhibition initiale avec un mutisme, une passivité et un repli sur soi. Cette inhibition tend à disparaître avec l'apparition d'une ouverture progressive qui reste toutefois fluctuante en fonction du contexte familial, scolaire ou institutionnel.

En psychomotricité, nous notons que le comportement de Milo est fluctuant d'une séance à l'autre. Les regards portés sur lui semblent l'inhiber davantage. Depuis mon arrivée en septembre 2019, nous sommes deux à avoir notre attention focalisée sur lui, ce qu'il peut percevoir comme angoissant. Nous observons une stagnation dans le travail thérapeutique avec Milo qui semble manifester un intérêt pour les mises en scène. Ma maître de stage envisage une adaptation du suivi dans l'eau avec une approche symbolique du corps. Un apport groupal et une médiation qui fait appel à la représentation si pauvre chez lui, semblent également pertinents.

A l'issue de la synthèse, elle a souhaité arrêter le suivi individuel en psychomotricité pour qu'il puisse investir un suivi en groupe, compte tenu de ses nombreuses prises en charge et de son opposition concernant ce qui lui demande d'investir son corps dans l'espace. Le groupe « Toi, la terre et moi » a été proposé dans la poursuite du suivi en psychomotricité pour que Milo puisse continuer à s'exprimer, construire des histoires et développer son accès au jeu symbolique à travers l'exploration de l'argile. Il a également été indiqué pour qu'il bénéficie d'un regard psychologique. J'ai pu intégrer le groupe au début du mois de janvier 2020 pour continuer à suivre son évolution.

3) Evolution de la prise en charge en psychomotricité

a) Evolution sur le plan tonico-postural

Au début de chaque séance, que ce soit en individuel ou en groupe, je remarque que Milo est dans une posture de repli, d'enroulement, de regroupement vers le centre. Il présente une hypotonie globale et une fermeture sur le plan antérieur du corps caractérisée par l'accentuation de la cyphose dorsale, la diminution des lordoses lombaire et cervicale et la rétroversion de son bassin. Son regard est alors dirigé vers le sol. Il ne réagit pas à nos propositions avec une amimie caractéristique. Il fait la sourde oreille comme si une bulle

insonorisée l'entourait. Il marque une certaine inertie avec un faible investissement de l'espace et une rareté de mouvements.

Au fur et à mesure des séances, je constate une ouverture posturale sur le plan antérieur du corps avec un recrutement tonique facilitant le redressement et le retour à la verticalité. Il récupère l'horizontalité du regard et opère un balayage oculaire de l'environnement humain et matériel qui l'entoure. Son visage s'illumine avec des expressions faciales qui s'enrichissent. Une voix aiguë et d'un faible volume émerge par moments. L'espace est davantage investi et les mouvements sont plus nombreux. Il a besoin d'un long temps d'ajustement pour se rassurer, prendre confiance en lui et sortir de sa carapace posturale pour aller à la rencontre d'autrui. J'ai également été témoin de comportements étranges où, face à une difficulté ou une proposition qu'il n'a pas envie d'expérimenter, il s'étale à plat ventre sur le sol ou alors il reste debout mais avec un affaissement important du tonus axial. A l'inverse, il peut nous faire part de son excitation à l'égard d'un jeu avec une attitude corporelle plus vivante et animée en s'incluant davantage dans les propositions.

b) Evolution sur le plan sensoriel

Lorsqu'il a commencé le groupe autour de l'argile, il montrait une certaine sensibilité à la texture de la terre sur ses doigts. Il râlait, fronçait les sourcils, tendait ses mains devant lui pour nous les montrer. Il était encore plus sceptique avec la terre rouge qu'avec la terre blanche et lorsque la terre était plus humide que d'habitude. Il hésitait à la prendre dans ses mains et avait quelques mouvements de recul avant de se décider à la toucher. Il passait beaucoup de temps à retirer les bouts de terre qui se collaient à ses doigts. Actuellement, il touche la terre sans trop d'appréhension et semble apprécier l'exploration sensorielle autour de ce médium malléable. Il expérimente différents gestes : aplatir, rouler sur la table, entre ses mains, appuyer avec un doigt, faire des boules ou des petits morceaux, les couper, les assembler...

Il investit beaucoup les objets, trouve différentes manières de les utiliser, les fait tenir en équilibre dans la terre et observe leurs traces laissées sur ses productions. Il a l'air d'être attentif à ce qu'il fait sans se soucier de ce que font les autres enfants. J'observe un bon déliement digital, une bonne coordination oculo-manuelle et bi-manuelle. Il tient les objets de manière aléatoire mais souvent avec une prise palmaire et le poignet renversé. Il alterne régulièrement de main avec une préférence pour la main droite. La régulation tonique semble être plus difficile pour lui avec des difficultés pour ajuster et préciser ses gestes. Nous

remarquons aussi cette difficulté dans le graphisme avec ce tiraillement pour doser la pression à effectuer sur le crayon pour obtenir une trace justement appuyée.

c) Evolution sur le plan émotionnel

Il parle très peu en séance ou alors d'une toute petite voix à peine audible et quasiment inintelligible. Il exprime principalement ce qu'il ressent à travers le corps ou le jeu. Il est capable de manifester subtilement qu'il n'a pas envie de faire ce que nous lui proposons en cachant les objets derrière son dos, détournant le jeu, modifiant son état tonique et sa posture. Il peut affirmer sa tristesse ou son mécontentement par des pleurs. Il se met en colère assez facilement avec une intolérance à la frustration. Si ce qu'il entreprend ne fonctionne pas directement, il s'énerve et va utiliser de la force avec une explosion tonique soudaine et courte. Il va par exemple se mettre à couper furieusement un bout de terre qu'il n'a pas réussi à faire tenir sur sa production. Il paraît sensible à l'échec, ce qui semble justifier son opposition qu'il manifeste par un comportement d'inhibition. Il veut arriver à faire les choses seul et a des difficultés pour accepter l'aide que nous lui proposons et encore plus pour nous demander de l'aide. Il n'est pas très patient lorsqu'il s'agit d'attendre que les autres enfants aient terminé. Il va se dandiner sur sa chaise, étaler son buste sur la table, pianoter ses doigts sur le plateau, souffler, tenter de retoucher à la terre alors qu'il sait pertinemment qu'il n'est plus censé le faire puisqu'il nous jette des regards pour voir si nous l'observons.

d) Evolution sur le plan symbolique

Ses centres d'intérêt tournent autour des moyens de transport comme les trains, les bus, les taxis. Il les observe attentivement de la baie vitrée de la salle d'attente et nous les montre. Ce thème revenait souvent en séance individuelle de psychomotricité avec le jeu du train ou dans les constructions avec les legos. Il réalise également un bus avec la terre dans le groupe. Les scénarii qu'il mettait en place en individuel avec le train étaient pauvres et répétitifs. Il se montrait intéressé par nos propositions sans pouvoir les enrichir. Nous essayions de nous inclure dans son jeu en ajoutant des personnages, des émotions mais il s'en saisissait peu. Lors d'une séance, nous lui avons proposé de changer le train de sens mais il s'est mis à crier et à reprendre les commandes de son circuit de train.

Nous pouvons observer cette similitude dans le groupe. Il va représenter un bus mais l'histoire associée est creuse. Il précise seulement que le bus roule en montrant avec son doigt le tour du plateau. Pendant le temps individuel avec la terre, il semble se raconter des histoires à travers un jargon incompréhensible. En séance de psychomotricité, il prenait peu

d'initiatives. Il se laissait guider, nous laissait choisir, nous imitait avec peu de place laissée à la spontanéité.

Il a besoin de répétition, du connu pour lâcher prise, sortir de sa zone de confort et laisser émerger le processus créatif en plongeant vers l'inconnu. Un étayage pour qu'il puisse organiser sa pensée et la transmettre aux autres est fondamental. Nous poursuivons sur ce chemin avec la prise en charge en groupe.

e) Evolution sur le plan relationnel

Au fil des séances, je constate une ouverture relationnelle lente mais progressive de la part de Milo à mon égard. Il a conscience de mon identité : il oriente son regard vers moi quand je suis nommée. Il peut se rapprocher de moi et me toucher mais cela reste rare. Il est en recherche de contact tactile dans des situations joviales ou pour se rassurer. Lors des dernières séances de psychomotricité, il m'a sollicitée pour que je vienne jouer avec lui au train. Il accepte que je vienne l'aider dans le groupe alors qu'il refusait toujours mon aide en individuel. A un moment, il refusait que quiconque l'aide et quand la puéricultrice lui a demandé « Est-ce que tu veux que Mélanie t'aide ? », il a pu dire « oui ». Lorsque je me mets à sa hauteur pour lui parler, il me regarde dans les yeux, hoche la tête et semble prendre en considération ce que je lui raconte. Il essaye parfois de tirer profit de mon aide pour que je fasse à sa place ce qu'il ne veut pas faire. Il va par exemple m'appeler et me tendre l'éponge pour que je termine de nettoyer sa table. Je le guide en lui montrant ce qu'il lui reste à faire et en restant près de lui pour l'inciter à s'autonomiser.

Il venait avec enthousiasme en séance de psychomotricité en prenant la main de ma maître de stage dans la salle d'attente sans me considérer. Pour l'instant, il n'est pas enjoué à l'idée de venir au groupe. Il se cache derrière sa maman, se fige dans une posture spécifique : baisse du tonus axial, enroulement du dos avec flexion des hanches et des genoux, bras ballants le long du corps, hyperlordose cervicale avec le menton avancé vers l'avant et des petits yeux suppliants. Pourtant, lorsque je lui tends la main pour l'accompagner jusqu'à la salle, il la prend et me suit, à ma grande surprise dès la première fois. Dans le groupe, il est plutôt en relation avec les adultes qu'il connaît comme la puéricultrice. Il n'interagit quasiment pas avec les autres enfants. Milo a effectué un transfert envers ma maître de stage qu'il connaît depuis le début de son suivi au CAMSP. Lorsqu'il entend son prénom, il le répète avec un visage animé et des yeux écarquillés. Je pense qu'une relation de confiance peut se créer avec cet enfant mais qu'il a besoin de beaucoup de temps pour s'ouvrir à quelqu'un de nouveau.

PARTIE THÉORIQUE

I – Concepts fondamentaux

1) Alliance thérapeutique

L'« alliance thérapeutique » est un concept d'origine psychanalytique qui a été décrit par de nombreux auteurs sous diverses appellations. Au fil du temps, différentes facettes ont vu le jour, chaque auteur enrichissant progressivement cette notion en fonction de son expérience.

a) La collaboration par le transfert

A la fin du XIX^{ème} siècle, S. Freud a introduit le concept de « transfert ». Il parle de la nécessité d'obtenir du patient une collaboration avec la thérapie ainsi qu'une compliance avec la situation analytique. L'analyste doit, quant à lui, adopter une compréhension sympathique et un pacte avec l'ego du patient. Un transfert positif serait idéal pour favoriser l'alliance thérapeutique à l'inverse du transfert négatif qui lui résisterait.

En 1921, H. Von Hug-Hellmuth, première psychanalyste d'enfant, élabore le « transfert de l'écoute ». Elle explique que l'enfant reçoit constamment des projections infantiles de la part de son entourage et qu'une attitude d'écoute authentique de la part du thérapeute est directement perçue par l'enfant. Le thérapeute reconnaît alors la réalité psychique de l'enfant, ce qui favoriserait un « transfert de base » immédiat.

En 1989, J. Gammill implique les parents dans le processus de transfert chez l'enfant. Il parle de « pré-transfert » soit de la projection des fantasmes conscients et inconscients des parents sur le thérapeute. Il doit être à prédominance positive pour que la thérapie avec l'enfant puisse être possible. Pour cela, il est important que le thérapeute soit dans une écoute attentive des difficultés rapportées par les parents. (Frédéric-Libon, 2011)

b) E. Zetzel, à l'origine du terme « alliance thérapeutique »

Nous devons le terme d'« alliance thérapeutique » à la psychanalyste américaine E. Zetzel. En 1956, elle fut la première à aborder le caractère fondamental d'une alliance thérapeutique de qualité pour parvenir à des soins efficaces quelque soit l'intervention thérapeutique. Pour elle, il est primordial de former une relation de confiance stable. Cette dernière est possible grâce aux relations précoces entre le bébé et ses parents. Dans les

situations de carence de développement, elle propose que le thérapeute construise, avant toute chose, le développement de cette alliance avec pour fonction une relation de support. (Bioy & Bachelart, 2010)

c) Evolution dans les années 1970 avec R. Greenson et L. Luborsky

En 1971, R. Greenson utilise le terme « alliance de travail ». Pour lui, le noyau central de l'alliance entre le patient et le thérapeute est la « vraie relation ». La relation thérapeutique puiserait son expression et ses manifestations dans le réel soit sur des perceptions non déformées par la projection des affects sur le thérapeute. R. Greenson est malgré tout conscient des mouvements transférentiels qui peuvent se glisser succinctement dans l'alliance. Il perçoit l'alliance comme une habileté du patient et du thérapeute à travailler dans le sens de l'objectif visé.

En 1976, L. Luborsky ajoute la notion d'autorité où le patient la perçoit comme partagée avec le thérapeute. La toute-puissance du thérapeute est alors mise de côté. Il appuie sur la collaboration et la participation du patient. (Bioy & Bachelart, 2010)

d) Evolution à l'aube des années 1980 avec H. C. Curtis et E. Bordin

En 1979, H.C. Curtis parle du caractère indispensable de la confiance du patient et de sa coopération avec le thérapeute pour que l'alliance puisse se construire. E. Bordin va, la même année, considérer l'alliance thérapeutique comme un levier qui permet au patient d'adhérer à la thérapie et d'assurer la continuité des soins. Pour E. Bordin, le thérapeute et le patient doivent s'accorder sur trois points intimement liés : l'engagement du patient dans les « tâches » ou activités spécifiques, les « buts » de la thérapie en fixant des objectifs généraux et la qualité du « lien » relationnel entre les deux protagonistes. (Bioy & Bachelart, 2010)

e) Evolution en 1990 avec L. Gaston

En 1990, L. Gaston décrit quatre composantes de l'alliance thérapeutique qu'il distingue bien les unes des autres : l'intention du patient, le lien affectif qui le relie au thérapeute, la compréhension, l'empathie de celui-ci et l'accord partagé quant aux buts du suivi. (Bioy & Bachelart, 2010)

Tous ces auteurs apportent différentes approches qui viennent étayer cette notion controversée. L'alliance thérapeutique correspond à l'art de prendre soin de la collaboration mutuelle entre le patient et le thérapeute qui résulte d'une relation de confiance stable entre les deux protagonistes. Ce lien permet au patient de découvrir de nouvelles expériences et d'accomplir les objectifs principaux de la thérapie dans un cadre contenant et sécurisant. La qualité des interactions précoces entre le patient et sa figure d'attachement peut avoir un impact sur l'émergence de l'alliance thérapeutique. Quand le patient est un enfant, il est primordial d'être à l'écoute des parents afin de tisser un lien avec les personnes présentes pour lui au quotidien.

2) Distances relationnelles : les bulles de E. T. Hall

E.T. Hall est un anthropologue américain qui a élaboré une théorie originale de la communication interculturelle à partir de l'analyse de la communication non-verbale. Il a porté une attention particulière aux perceptions de l'espace et du temps.

En 1966, dans son ouvrage *La dimension cachée*, il a mis au point quatre types de distances relationnelles en fonction de l'organisation sensorielle particulière de l'être humain. Chaque distance comporte un mode proche et un mode lointain.

a) Définition de la « proxémie »

E.T. Hall a inventé le terme « proxémie » qu'il a défini comme « *l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique* » (Hall, 1966, p.13). Elle correspond à l'ajustement de la distance physique entre des personnes prises dans une interaction en fonction du type de communication et de la culture des protagonistes. La perception de l'espace est différente d'un individu à un autre : elle dépend de l'interprétation, propre à chaque personne, des sensations.

Il décrit deux types de récepteurs sensoriels fondamentaux à la perception de l'espace : les « récepteurs à distance » (soit les yeux, le nez et les oreilles) qui s'attachent aux objets éloignés et les « récepteurs immédiats » (soit la peau, les muscles et les muqueuses) qui explorent le monde proche par le toucher. La peau est un récepteur mixte parce qu'elle est sensible aux gains et déperditions de chaleur sans nécessiter un contact tactile direct. (Hall, 1966)

b) Distance intime

La distance intime peut entraîner la saturation du système perceptif par la proximité d'autrui. Les « récepteurs à distance » sont moins sollicités sauf l'olfaction et la perception de la chaleur émanant du corps d'autrui. La vision est déformée : les parties du visages paraissent agrandies. L'acuité visuelle est décuplée : les détails du visage sont plus précis. La vision périphérique englobe jusqu'aux contours de la tête, des épaules et des mains. La voix est très peu utilisée : seuls des murmures ou une voix étouffée sont observés. Elle est secondaire aux autres formes de communication comme le toucher. Les « récepteurs immédiats » sont davantage valorisés. Les muscles et la peau des individus entrent en communication avec une prévalence du dialogue tonique.

Le mode proche de la distance intime varie d'un contact tactile direct à quinze centimètres d'écart entre les individus. Il a une fonction de protection et de réconfort : il s'agit de la distance consacrée au portage de l'enfant pour tout échange dans la relation duelle.

Le mode lointain de la distance intime fluctue d'un intervalle de quinze à quarante centimètres. Il ne permet pas un contact au niveau de l'axe corporel. Le contact est réalisable au niveau de la périphérie avec les mains qui peuvent se joindre. (Hall, 1966)

c) Distance personnelle

La distance personnelle est imaginée comme « *une petite sphère protectrice, ou bulle, qu'un organisme créerait autour de lui pour s'isoler des autres* » (Hall, 1966, p.150). Au niveau visuel, les traits du visage d'autrui ne sont plus déformés. Pour coïncider les deux images, les muscles oculaires doivent néanmoins maintenir les deux yeux fixés sur un point unique. La tonalité de la voix est modérée. La chaleur corporelle devient quasiment imperceptible. L'odeur de l'haleine peut encore être discernable. Les « récepteurs immédiats » sont de moins en moins sollicités.

Le mode proche correspond à une distance entre quarante-cinq et soixante-quinze centimètres. Il s'agit d'une distance qui offre la possibilité de saisir les extrémités supérieures de la personne qui est dans la bulle d'autrui.

Le mode lointain correspond à une distance entre soixante-quinze et cent vingt-cinq centimètres. Il s'étend jusqu'au dernier contact possible avec autrui soit la distance qui sépare deux personnes face à face qui se touchent du bout des doigts avec les bras tendus devant elles. E.T. Hall parle de « *la limite de l'emprise physique sur autrui* » (Hall, 1966, p.151). Il s'agit de la distance adoptée pour aborder des sujets personnels. (Hall, 1966)

d) Distance sociale

La distance sociale favorise davantage les « récepteurs à distance ». Les « récepteurs immédiats » ne sont plus sollicités puisque le toucher est désormais absent de toute interaction. Les détails les plus subtils du visage ne sont plus perçus. Il n'est plus nécessaire de déplacer les yeux pour saisir l'ensemble du visage. Plus la distance augmente, plus le corps est perçu dans sa globalité. La hauteur de la voix est normale dans le mode proche. Elle s'élève sensiblement dans le mode lointain pour être entendue dans la pièce voisine. La chaleur et l'odeur corporelle ne sont plus détectables.

Le mode proche correspond à la distance entre un mètre vingt et deux mètres dix. Il sous-tend les négociations impersonnelles généralement utilisé par les personnes qui travaillent ensemble ou tout simplement lors de réunions informelles.

Le mode lointain correspond à la distance entre deux mètres dix et trois mètres soixante. Il s'agit de la distance des rapports professionnels ou sociaux à caractère plus formel. L'isolement des individus pour travailler sans impolitesse en présence d'autrui s'effectue également à cette distance. (Hall, 1966)

e) Distance publique

La distance publique est située hors du cercle où l'individu se sent directement concerné. La vision est déformée : le corps semble de plus en plus petit et s'aplatit en perdant son volume. La voix est haute et peut aller jusqu'à son volume maximal en mode lointain. Une élaboration du vocabulaire et du style est observée. A une distance éloignée, l'essentiel de la communication non-verbale s'effectue par interprétation des postures et des gestes.

Le mode proche correspond à une distance entre trois mètres soixante et sept mètres cinquante. Il s'agit de la distance nécessaire à des conduites de fuite ou de défense si l'individu se sent en danger.

Le mode lointain correspond à une distance de plus de sept mètres cinquante. La distance de neuf mètres minimum est imposée pour les personnes officielles importantes. Cette distance ne leur est pas spécialement réservée, n'importe qui peut l'utiliser en public vis à vis de personnes qui leur sont étrangères. (Hall, 1966)

3) Mécanismes de défense spécifiques

a) Mécanismes de défense autistiques

a.1) L'identification adhésive d'E. Bick

En 1986, E. Bick, médecin et psychanalyste britannique, élabore la notion d'« identification adhésive » par collage à la surface de l'objet. Elle correspond à un monde bidimensionnel et circulaire que nous retrouvons souvent dans la clinique des personnes présentant un trouble du spectre autistique. Il est caractérisé par les rituels autistiques. La quête d'immuabilité vise à sécuriser un monde environnant éprouvé comme chaotique et inquiétant. Les phénomènes de répétition sont essentiels quant à leur rôle de protection contre l'angoisse. Toute séparation ou discontinuité avec l'objet les fait entrer dans la tridimensionnalité inconnue.

« L'angoisse catastrophique de la chute dans l'espace, de la fin mortelle, hante toute demande de changement et engendre un profond conservatisme et une exigence d'uniformité, de stabilité et de soutien de la part du monde extérieur. » (Bick, 1986, p.139).

Au début de son développement, le nourrisson utilise temporairement ce mécanisme pour protéger son psychisme de l'expérience brutale de la séparation due aux stimulations de l'environnement. Il se place dans une « bidimensionnalité psychique » où il ne fait qu'un avec autrui jusqu'à ce que sa sécurité interne soit assez stable pour s'ouvrir à une relation objectale. L'agrippement adhésif est une défense contre les angoisses de chute et peut être inclus dans les types de formation de « seconde peau ». En s'agrippant au regard, au son, au peau à peau, l'enfant se sent contenu. Il peut progressivement différencier les espaces interne et externe et accéder aux phénomènes d'introjection et de projection. Le processus d'individuation se tisse, l'adhésivité se dénoue laissant place à la séparation (Bick, 1986).

a.2) Le démantèlement de D. Meltzer

En 1975, D. Meltzer, psychiatre et psychanalyste américain, aborde le « démantèlement » comme mécanisme central du retrait autistique. Il souligne la passivité de ce procédé où les sens de l'individu vont s'attacher à l'objet le plus stimulant de l'instant présent. La personne va être happée par une sollicitation lumineuse, sonore, proprioceptive, labyrinthique en fonction de son profil sensoriel. Elle se retire du monde environnant pour se blottir dans une bulle rassurante qui la protège des menaces extérieures (Frédéric-Libon, 2011).

On observe un clivage de la personnalité qui se divise en divers morceaux venant s'agripper à une sensorialité par des stéréotypies. Le « démantèlement » est considéré comme « *une arme absolue d'un moi naissant pour éviter une souffrance catastrophique, mais au prix de son évanouissement, de sa disparition* » (Ribas, 2006, p.19). Selon D. Meltzer, cet état est réversible et s'opère sans angoisse. L'attention du sujet est suspendue tout comme sa capacité à unifier les perceptions sensorielles nécessaires à la construction d'une image intégrée de l'objet. La dispersion de ces événements unisensoriels limite la cohérence de la pensée et protège le sujet d'un vécu insupportable de séparation, de la souffrance d'un monde différencié de lui. (Ribas, 2006)

Au sein du « démantèlement », deux processus peuvent coïncider et s'alterner. L'**immobilisation** correspond à une suspension totale de la pensée et du sentiment d'existence par un agrippement à une sensation proprioceptive ou kinesthésique.

L'**hyperfocalisation** par la mise en mouvement perpétuel consiste à faire face à des vécus de morcellement dus à une fragilité de l'enveloppe. Il s'agit de stéréotypies motrices, rythmiques, de balancements, de tournoiements ou d'automutilations. Une contenance extérieure comme de forts enlacements sont également recherchés. Ces mécanismes sont mis en place pour lutter contre leurs angoisses d'anéantissement. (Ribas, 2006)

b) Mécanismes de défense de l'inhibition

b.1) Expressions de l'inhibition

L'inhibition est une mise en réserve des potentialités aboutissant à une diminution des moyens dont dispose l'individu pour faire face à des situations. Si la représentation d'un événement est anxiogène, l'action peut être inhibée. Cela dépend de la singularité et du seuil de tolérance de chacun. Ce phénomène a des répercussions sur les interactions sociales. L'inhibition s'exprime sous différentes formes :

Le **sentiment d'impuissance** résulte d'une sensation d'incompétence renvoyée par autrui et par le sujet lui-même. Ce ressenti est généré par une faible estime de soi, renforcée par le regard des autres. Il s'agit d'un dépassement des capacités d'adaptation de l'individu qui se sent absorbé par la situation. Il se résigne, ce qui peut conduire à un repli sur soi caractérisé par une inertie, une perte de tonus et un effet de désarticulation. Cet état apathique témoigne d'un débordement émotionnel interne que le sujet tente de contenir. Des explosions de violence peuvent subvenir face à un sentiment d'injustice.

Le **sentiment d'enfermement** est la conséquence de l'intériorisation de la souffrance inaudible de l'individu. Il reconnaît en elle son exclusion sociale qui le rend unique et différent des autres. On constate une résistance au changement par peur de la réactivation et de la banalisation du vécu douloureux.

Le **sentiment de différence** est engendré par une singularité subie et vécue comme invalidante. Elle génère trop d'angoisse et est perçue comme indépassable par le sujet. Il tend à dissimuler ses différences par manque de confiance en autrui, ce qui le sépare encore plus des autres et l'ancre dans un cercle vicieux.

L'**angoisse d'abandon** est suscitée par un sentiment d'insécurité où le moindre changement ravive l'angoisse. L'infime différence pourrait déclencher une réaction de rejet, d'exclusion ou d'abandon à son égard. Rien n'est plus insupportable pour le sujet que d'être mis à l'écart ou séparé des autres, d'où la mise en place de défenses pour lutter contre la réactivation d'une défaillance précoce. (Grinschpoun, 2019)

La confiance en soi et en autrui dépend des expériences vécues, des discours reçus, des interactions auxquels l'individu est confronté et des émotions ressenties dans ces situations. Ces éléments viennent forger l'estime de soi qui, dans l'inhibition, est dévalorisée.

La **perturbation de la confiance** peut être occasionnée par une interaction pathogène avec l'entourage (comme des moqueries...) qui fait naître et attise l'inhibition. Elle peut également être causée par l'intériorisation du regard d'autrui reflétant, selon l'interprétation du sujet, une absence de reconnaissance ou une représentation négative de lui-même. Cela déclenche un sentiment d'échec et de vacuité qui entraîne des anticipations péjoratives et un immobilisme. (Grinschpoun, 2019)

b.2) Défenses dysfonctionnelles de l'inhibition

La personne inhibée pense que les autres ne l'accepteraient pas s'ils découvraient qui elle est réellement. Elle va donc cacher ce qu'elle juge irrecevable par autrui en dissimulant l'inhibition par des mécanismes de défenses :

Les **justifications** et les **rationalisations** cherchent à éviter l'installation du sentiment d'infériorité. Les sujets en ont besoin pour tolérer le poids de l'inhibition qui les écrase. Ils vont projeter la faute vers l'extérieur (les autres personnes, le système scolaire, économique, la maladie...) ou ils vont l'attribuer à eux-mêmes (un manque de connaissance, de volonté, d'attention, une paresse...).

L'**évitement de la situation conflictuelle** peut s'exprimer par la rétraction du Moi. Il s'agit d'un comportement de fuite ou d'un acte manqué latent pour échapper à un problème. L'évitement peut également se traduire par un déplacement sur un autre investissement pour faire diversion. Il se manifeste aussi par des dissimulations émotionnelles pour limiter la résonance émotionnelle dans l'interaction.

La **stratégie de substitution** correspond à couper court aux règles du jeu social courant en proposant un autre jeu susceptible d'être accepté, celui du cancre ou du clown. Il théâtralise en faisant semblant d'être quelqu'un d'autre. Il s'agit d'une défense sociale mais aussi d'un stratagème d'auto-manipulation pour camoufler son manque de contrôle. (Grinschpoun, 2019)

Les **défenses narcissiques** protègent l'intégrité du sujet face à certaines peurs, sources d'inhibition de l'action, oscillant avec des désirs.

La **peur de l'imprévu** rend compte d'un « *besoin de sécurité et conduit à une perte de potentialités et une inhibition de la créativité, de l'expression spontanée par un contrôle excessif et une constante anticipation* » (Grinschpoun, 2019, p.63). L'individu redoute un débordement émotionnel et développe un désir de contrôle par une organisation stricte limitant ainsi tout ce qui pourrait être aléatoire.

La **peur d'échouer** témoigne d'une angoisse de performance. Le manque de confiance en soi fait douter le sujet de ses compétences. Il est tiraillé entre la peur de mal faire et le désir de bien faire. Il anticipe l'échec, ce qui le rend plus à même de ne pas réussir ce qu'il entreprend.

La **peur d'être incompris** découle des difficultés de l'individu à s'exprimer et à agir sur le plan intellectuel et instrumental. Cela impacte son désir d'être entendu, d'accomplissement et de réalisation. Il évite souvent les situations conflictuelles parce qu'il ne se sent pas à la hauteur des autres. (Grinschpoun, 2019)

L'accompagnement du sujet inhibé vise à agir sur sa peur pour restituer un sentiment de confiance tout en intervenant sur son désir associé pour libérer ses potentialités. Pour sortir l'individu de ce cercle vicieux qui l'empêche d'agir, quatre points sont fondamentaux : une revalorisation pour qu'il soit reconnu de manière positive, un soutien stable d'un tiers pour favoriser un sentiment de sécurité, un soutien opératoire pour qu'il parvienne à des réalisations effectives et une attitude empathique et contenante du thérapeute pour qu'il se sente compris (Grinschpoun, 2019).

II – Les interactions précoces

1) Interactions comportementales

a) Interactions corporelles

En 1961, D. W. Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique, s'intéresse à l'importance des soins maternels dans le développement de l'enfant. Il les définit comme « *les qualités et les modifications de la mère qui s'adapte aux besoins spécifiques et croissants du nourrisson sur lequel elle est centrée* » (Winnicott, 1961, p.117). Au début de sa vie, le nourrisson est à un stade de dépendance absolue où il n'existe qu'en raison de soins parentaux satisfaisants. D.W. Winnicott détaille deux concepts fondamentaux à la construction du sentiment continu d'exister de l'enfant qu'il nomme le « *self* ».

Le « *holding* » ou le « maintien » correspond au portage physique et psychique de l'enfant. Il soutient son Moi immature par un rôle de pare-excitation. Il tempère ses stimulations internes et externes qui seraient trop intenses et dépasseraient ses capacités d'adaptation.

Le « *handling* » ou le « maniement » est la manière dont l'enfant est soigné et manipulé par sa mère dans ses soins au quotidien. Il participe à l'intériorisation de ses limites corporelles par une stimulation de la surface du corps avec, par exemple, la sensation d'eau chaude ou de tissus sur la peau pendant le bain ou l'habillage. (Winnicott, 1961)

Ces deux fonctions ont un rôle de protection contre les dangers physiologiques. Elles tiennent compte de la sensibilité visuelle, auditive, tactile (toucher, température sur la peau) et vestibulaire (action de la pesanteur). Elles s'adaptent, d'un jour à l'autre, aux changements infimes du développement physique et psychologique du nourrisson. Elles favorisent l'intégration de l'unité corporelle et la personnalisation considérée comme l'installation de la psyché dans le soma pour que l'enfant acquière la sensation d'habiter son corps. Une membrane de délimitation confondue avec la surface de la peau se développe petit à petit. Elle se situe entre deux entités ainsi distinguées : le Moi et le Non-Moi. (Winnicott, 1961)

En 1968, E. Bick porte un intérêt particulier sur l'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. Au cours de son développement, le bébé cherche à unifier les parties de sa personnalité initialement morcelées. Il a besoin de trouver un objet externe qui puisse assurer cette fonction de contenance afin de se sentir en sécurité dans sa propre peau. « *L'objet optimal est le mamelon dans la bouche, accompagné du portage, des paroles et de*

l'odeur familière de la mère. » (Bick, 1968, p.124). Cet objet contenant est considéré comme une « première peau ». L'accrochement adhésif à la mère favorise la capacité de l'enfant à attraper les objets et à les explorer. Si cette fonction de contenance est perturbée, une « seconde peau » peut émerger et remplacer le contenant-peau défaillant. (Bick, 1968)

La dépendance envers l'objet se transforme en pseudo-indépendance. Le bébé s'accroche à des objets-sensations, s'agrippe à un stimulus sensoriel comme une lumière ou un son ininterrompu. Ce comportement a pour but de maintenir temporairement l'illusion d'un rassemblement interne.

Le bébé peut également adopter une carapace tonique appelée « seconde peau musculaire » ou une agitation permanente surnommée « seconde peau motrice ». Il met en place des stratégies de compensation dans l'optique de rassembler les différentes parties de lui-même et ainsi éviter de sombrer dans des angoisses archaïques (Bick, 1968).

b) Interactions visuelles

Le regard est l'une des formes principales de communication initiale entre la mère et le nourrisson. En parallèle au développement de l'acuité visuelle, le dialogue œil à œil, aussi appelé regard mutuel, s'installe progressivement. Il entraîne une résonance émotionnelle chez les deux partenaires et occupe une place importante dans le développement de l'enfant. Son bon déroulement dépend de la signification donnée par la mère à son regard mais aussi de sa capacité à répondre aux besoins qu'elle perçoit. (Brunstein, C. & Tiellet Nunes, M., 2003)

D.W. Winnicott se questionne sur ce que voit le bébé lorsqu'il tourne son regard vers le visage de sa mère. Il en conclut que le nourrisson voit son propre reflet. Il explique que « *la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit* » (Winnicott, 2002, p.205). Si la mère n'est pas en capacité de lui répondre, présente un visage figé ou reflétant son propre état d'âme, son rôle de miroir n'est plus fonctionnel. Le bébé ne reçoit pas en retour ce qu'il est en train de donner. Cela a des répercussions sur sa capacité créative qui s'atrophie. Il va tenter de trouver d'autres moyens pour que ce processus de réfléchissement s'effectue par une autre modalité sensorielle que la vue. (Winnicott, 2002)

G. Haag détermine trois grandes fonctions précoces du regard. Pendant le nourrissage, le contact œil à œil a une fonction d'intégration des sensorialités formant un premier contenant-peau : qualités musculaires de l'expérience buccale, forme rythmique de la tétée, gestualité d'accompagnement des membres. La double polarité enveloppante captative et

pénétrante imprimante du regard parental favorise l'émergence du sens de la profondeur localisé par le bébé dans l'espace en arrière de ses propres yeux. Le contact tactile du dos intégré par la pénétration du regard, aussi appelé arrière-plan, permet la constitution de l'enveloppe et de son noyau médian : le squelette interne et le sentiment de l'axe vertical. Il forme « *le fond de l'espace, la surface d'impression, l'écran des rêves, la toile de fond de la vie psychique.* » (Haag, 2009, p.16).

c) Interactions vocales

Le fœtus est capable de réagir, in utero, à la voix de sa mère ou à un air musical familial. Le rythme est une variable importante à prendre en compte dans le développement de l'enfant. Le bébé s'appuie sur une pulsation rythmique pour interagir avec l'adulte favorisant une certaine constance. Cependant, les interactions vocales entre la mère et le nourrisson se veulent dynamique. Le bébé est attiré par la répétition tout en gardant une part d'irrégularité et d'improvisation conjointe, ce qui lui offre un éventail de possibilités expressives.

Le bébé va communiquer ses besoins, ses affects et exprimer ses désirs par des gazouillis, des vocalises, des pleurs et des cris. La mère va s'adresser à lui d'une manière particulière appelée le « mamanais ». Elle utilise des qualités musicales universelles, reprises par le nourrisson dans la relation duelle. Les interactions vocales précoces sont riches en mélodie, en rythme et en narrativité. L'adulte modifie sa prosodie, chargée de sens, à laquelle le bébé va s'accorder. Ces modalités d'expression vocales ont un rôle important dans l'éveil, le maintien de l'attention conjointe, la régulation de la distance et la communication d'affects et d'informations linguistiques. La voix, couplée au regard, à la posture et aux gestes dans les échanges mère-nourrisson, contribue à l'acquisition progressive du langage. (Gratier, 2001 ; Cassel, 2013)

2) Interactions affectives

En 1989, D. Stern, pédopsychiatre et psychanalyste américain, aborde la notion d'« accordage affectif » fondamentale à la construction du « soi subjectif » du nourrisson. Au cours des neuf premiers mois, la mère a un rôle primordial dans les dialogues sociaux avec son bébé. Elle imite son comportement manifeste en ayant recours à la même modalité que lui. Cette réaction correspond à un accordage intramodal. Il ne s'agit pas d'une véritable imitation, celle-ci ne témoignerait pas d'un état émotionnel partagé. Elle introduit

constamment des modifications dans ses comportements. Si le nourrisson vocalise, elle va vocaliser en retour mais en ajoutant une petite touche personnelle. A partir de neuf mois, l'enfant change de statut et devient un partenaire de l'intersubjectivité. La mère élargit ses comportements vers une nouvelle catégorie : l'« accordage affectif ». D. Stern le définit comme « *l'exécution de comportements qui expriment la propriété émotionnelle d'un état affectif partagé sans imiter le comportement expressif exact de l'état interne.* » (Stern, 1989, p.185). Le comportement du nourrisson doit avoir une résonance émotionnelle chez sa mère. S'il effectue des mouvements de bras traduisant son vécu interne, elle l'identifie et lui répond par une réaction similaire avec une modalité différente comme des vocalises : il s'agit de l'accordage transmodal. (Stern, 1989)

Trois caractéristiques fondent l'accordage : l'intensité, le rythme et la forme. Pour qu'il se produise, le niveau d'intensité des deux comportements doit être identique. Dans l'exemple précédent, nous devons observer la même force entre les mouvements de bras et les vocalises. Les variations d'intensité dans le temps doivent être semblables. Si l'enfant accentue progressivement son effort, le volume de la voix de la mère augmente en conséquence. La pulsation temporelle doit être respectée. Si le nourrisson effectue un geste régulier avec un objet sonore, la mère peut s'apparier à celui-ci par une oscillation de la tête au même tempo. Le rythme considéré comme un enchaînement de pulsations de tension inégale et la durée des comportements doivent être homologues. La forme des mouvements ou plutôt leur caractéristique spatiale doit être équivalente. Si le geste de l'enfant est réalisé de haut en bas, l'oscillation de la tête s'effectuera de la même manière. L'ensemble de ces éléments constitue les preuves de l'accordage. (Stern, 1989)

Les mères disent être conscientes des conséquences désirées de leur comportement nommées « communion interpersonnelle ». Leur objectif est le partage de l'expérience avec leur bébé sans tenter de changer ses conduites ou ses croyances. Le processus d'accordage en tant que tel, ce qu'elles font réellement est, quant à lui, inconscient. La reproduction des états émotionnels du nourrisson est précieuse pour le développement de la connaissance de son affectivité et de son sens de soi. Il va découvrir que ses sensations sont partageables avec ses semblables. Les expériences émotionnelles effectuées seul seront isolées du contexte interpersonnel de l'expérience partageable. L'« accordage affectif » est un réaménagement d'un état subjectif. Le comportement manifeste est donc considéré par le nourrisson comme l'une des multiples manifestations possibles du vécu interne. (Stern, 1989)

3) Interactions fantasmatiques

Au cours de la grossesse, les parents construisent une représentation idéale de l'enfant attendu. Ils imaginent son sexe, son physique, sa personnalité, ses centres d'intérêts, son avenir en fonction des rêves qu'ils envisagent pour lui. A la naissance, le nouveau-né ne ressemble pas tout à fait à l'enfant espéré. Tous les parents vont, au cours de son développement, se réadapter quant aux souhaits qu'ils avaient pour lui et apprendre à l'accepter tel qu'il est réellement. Ils vont se détacher de leurs fantasmes et le considérer comme un être compétent avec des traits de caractères uniques et doté de limites qui lui sont propres. Ce deuil de l'enfant imaginaire est un processus normal que chaque famille rencontre.

S. Korff-Sausse détaille les phénomènes sous-jacents à l'annonce du handicap de l'enfant qui vient déconstruire brutalement toutes les représentations jusqu'alors idéalisées. Le choc traumatique de la nouvelle laisse les parents « médusés » et « sans voix ». Il provoque une sidération qui les empêche de penser et d'intégrer les éléments provenant du monde extérieur. Il s'agit d'une situation inattendue et intense à laquelle ils n'ont pas pu se préparer. Cet événement fragmente le psychisme et fige la temporalité. Un sentiment d'effroi les saisit et des représentations intolérables les submergent. Elles sont refoulées pour laisser place à un vide, incapables de nommer et de mettre du sens sur ce qui leur arrive. Le travail de deuil de l'enfant imaginaire est impossible pour les parents, incapables d'accéder à la symbolisation. Perdre l'objet fantasmé serait synonyme de perdre une partie vitale d'eux-mêmes, ce qu'ils ne peuvent pas se résoudre à faire.

Une blessure narcissique s'ouvre chez le parent qui va s'identifier à la partie blessée en lui que son enfant handicapé fait resurgir et vient incarner. « *L'enfant handicapé envoie à ses parents une image déformée, tel un miroir brisé, dans laquelle ils ont du mal à se reconnaître* » (Korff-Sausse, 2011, p.43). Dans le visage de sa mère, il voit le sentiment d'étrangeté qu'elle a à son égard soulignant son anormalité. La représentation qu'elle a de lui et la dépression qu'il provoque chez ses parents sont également reflétées. Dès le début de sa vie et tout au long de celle-ci, le regard d'autrui lui renvoie quotidiennement sa différence fragilisant ses assises narcissiques. (Korff-Sausse, 2011)

4) Interactions père-nourrisson

Les auteurs sont nombreux à décrire les interactions mère-nourrisson mais bien plus rares à se préoccuper des interactions père-nourrisson. Pourtant, leurs rôles respectifs sont

complémentaires et primordiaux au bon développement de l'enfant. Les pères vont plutôt s'engager dans des jeux physiques, stimulants et imprévisibles non médiatisés par un objet alors que les mères cherchent à attirer et maintenir l'attention du bébé autour de jeux visuels centrés sur les objets. Elles sont plus investies dans les jeux cognitifs et pédagogiques ainsi que dans les soins. Elles visent davantage à contenir l'enfant en tant que source de bien-être et de sécurité.

Les pères sont préférés comme compagnons de jeux à travers des exercices physiques qui dynamisent l'enfant comme le faire sauter sur ses genoux, le chatouiller. Ils cherchent à déstabiliser le nourrisson émotionnellement et cognitivement pour lui apprendre à réagir aux situations imprévues. Le lien affectif entre le père et l'enfant peut être qualifié de « relation d'activation ». Le père répond au besoin du bébé d'être activé, lui permet d'oser aller plus loin dans son exploration, d'apprendre à prendre des risques dans un contexte sécuritaire. Face à la nouveauté, il l'incite à prendre des initiatives, à s'aventurer, à se mesurer à l'obstacle et à s'affirmer. Il l'initie à « *faire confiance en ses propres capacités à faire face aux menaces et à l'étrangeté de son environnement physique et social* » (Paquette, 2004, p.213).

En 1994, D.W. Yogman décrit deux fonctions du père essentielles dans le développement de l'enfant. Pendant les périodes de non-stress, il a un rôle direct auprès de celui-ci dans le déploiement de son appétence à l'exploration, dans son ouverture au monde et dans l'émergence de son autonomie. Il a également un rôle indirect dans les périodes de stress où il va apporter son soutien émotionnel et physique à la mère. Les liens affectifs forts qui émergent dans la relation père-nourrisson sont dus à l'intensité et à la qualité des interactions plutôt qu'au temps d'implication auprès du bébé. L'investissement de l'enfant dans les jeux physiques avec le père n'est possible que si les besoins de base (faim, propreté, sécurité) sont comblés, souvent par la mère.

L'enfant est en quête permanente d'une balance entre l'apaisement et la sollicitation. « *L'enfant a tout autant besoin de stimulations, d'impulsions, d'incitations que de sécurité et de stabilité* » (Paquette, 2004, p.211). Un parent peut très rarement adopter ces deux rôles contraires, une prévalence pour l'un ou l'autre s'effectue. Il est important que chaque parent incarne un rôle différent pour que l'enfant puisse bénéficier de cette complémentarité père-mère dont il a besoin pour se développer correctement. « *Les rôles parentaux étant interchangeables, un père peut très bien être source de réconfort pour ses enfants et une mère en être la source d'activation* » (Paquette, 2004, p.214).

III – La régulation tonique, fondement de l'émergence du Moi

1) Tonus et émotion : les travaux d'H. Wallon et de J. de Ajuriaguerra

a) Le lien tonus-émotion d'H. Wallon

H. Wallon a mené des études sur la naissance des émotions, notamment sur le caractère émotif de la relation tonico-émotionnelle qu'il appelle la « symbiose affective ». Cette étape succède la « symbiose physiologique » qui relie le bébé et sa mère. Les comportements du nourrisson ne sont « *plus seulement des cris en rapport avec les soins matériels dont il a besoin, mais des sourires et des signes de contentement qui sont déjà en lien purement affectif entre lui et ceux qui se donnent la peine d'y répondre* » (Joly & Labes, 2008, p.171). H. Wallon s'intéresse à la fonction posturale, phénomène tonique essentiel à la communication, grâce à l'échange entre ce que l'enfant donne et reçoit. Elle est intimement liée à l'émotion par l'extériorisation de l'affectivité.

Au départ, l'individu est uni et confondu avec son émotion, suscitée par l'ambiance humaine, incapable de se différencier d'autrui. Par ses réactions posturales face à l'émotion, l'enfant reproduit ou prolonge une attitude pour tenter de lui apporter une signification. La connaissance issue de l'expérience du corps naît d'une assimilation affective et polysensorielle. L'individuation affective favorise la prise de conscience de l'unité corporelle, dans le dialogue de la relation. L'identification émerge, suivie de la distanciation. « *Le corps s'individualise et la personne surgit de la relation* » (Joly & Labes, 2008, p.195).

b) Le « dialogue tonique » de J. de Ajuriaguerra

J. de Ajuriaguerra s'inspire des travaux d'H. Wallon pour développer le concept du « dialogue tonique ». Il s'appuie principalement sur l'importance de la fusion affective primitive dans l'ensemble du développement de l'individu. Celle-ci s'exprime dans un dialogue réunissant des phénomènes moteurs précédant le dialogue verbal ultérieur.

Il définit la notion de « dialogue tonique » comme un « *processus d'assimilation, et surtout d'accommodation, entre le corps de la mère et le corps de l'enfant ; l'enfant tenu par la mère est palpitant très précocement dans un échange permanent avec les postures maternelles ; par sa mobilité, il cherche son confort dans les bras qui le maintiennent* » (Joly & Labes, 2019, p.314). L'enfant peut modifier sa posture dans une recherche de bien-être,

pour exprimer quelque chose ou pour se rapprocher ou s'éloigner de l'adulte qui le porte. Les attitudes du bébé sont d'abord des mécanismes innés qui vont progressivement devenir intentionnels. Les deux partenaires vont s'ouvrir petit à petit à la communication. L'un émet un signal et attend la réponse de l'autre et inversement, dans une accommodation réciproque. (Joly & Labes, 2008 ; 2019)

c) Le « dialogue tonico-émotionnel » de J. de Ajuriaguerra

J. de Ajuriaguerra qualifie le « dialogue tonico-émotionnel » comme « *le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge* » (Bachollet & Marcelli, 2010, p.14). Le nourrisson est capable de lire les émotions. Lorsque le bébé est dans les bras de l'adulte, il est particulièrement sensible aux variations toniques du corps qui l'entourent, au rythme du portage, aux mimiques du visage et à la musicalité de la voix de son partenaire relationnel. Si l'ensemble de ces paramètres est cohérent, un état émotionnel lui est transmis. Il y répond par des mouvements, des vocalises, des mimiques. L'adulte suppose un sens affectif à son expression qu'il nomme et projette en retour sur le nourrisson. Celui-ci peut ainsi identifier l'émotion et la reconnaître comme sienne. Parfois, une émotion peut entraîner une autre. Un bébé qui sourit peut déclencher une sensation de plaisir et de la joie chez l'adulte. A l'inverse, une grimace du nourrisson peut susciter de l'inquiétude chez son partenaire. (Bachollet & Marcelli, 2010)

2) Le développement sensori-moteur d'A. Bullinger

a) Les quatre niveaux de régulation tonique

L'état tonique d'un individu organise les interactions avec son milieu. Celles-ci peuvent moduler cet état en retour. Le tonus du bébé peut être influencé par quatre mécanismes :

Le **niveau de vigilance** constitue un moyen primitif de régulation de la relation. Il correspond aux états de veille et de sommeil de l'enfant. Celui-ci a les ressources nécessaires pour contrôler activement le passage d'un état à un autre. Chez certains bébés, une variation tonique brutale engendre une perte de participation et de fusion avec le milieu. Les signaux issus de l'interaction peuvent désorganiser le tonus du nourrisson. Un adulte qui détourne son attention ou son regard du bébé peut provoquer de brusques effondrements toniques chez celui-ci. L'enfant coupe la relation instaurée en somnolant dans le sommeil par exemple.

Les **flux sensoriels** sont susceptibles d'être détectés par un système sensoriel grâce à l'émission de signaux continus et orientés. La variation d'un flux (orientation du capteur, ses mouvements) suscite une modulation tonique permettant à l'organisme de s'ajuster à de nouvelles stimulations. La fonction proprioceptive (coordination de la sensibilité profonde et des flux sensoriels) favorise l'émergence d'une limite entre un espace interne et externe. Les effets des flux sensoriels se manifestent par des réactions consécutives d'alerte, d'orientation, de traitement de la distance et d'exploration ou de consommation. Des expériences sensori-motrices répétées forment des comportements d'habituation.

Le **milieu humain** s'appuie sur la notion de « dialogue tonique » de J. de Ajuriaguerra. Il correspond à un moyen, externe à l'organisme, de régulation tonique. Le porteur transforme l'excès de tonus du bébé tout en maintenant, par des stimulations variées, un niveau tonique suffisant pour assurer un échange entre les deux partenaires. Dans ce contexte humain, les états toniques, associés aux flux sensoriels, prennent du sens. Les limites dedans/dehors s'éclaircissent. L'espace interne se stabilise et s'unifie par la modulation tonique et l'espace externe se construit par l'intégration du milieu physique et humain. La frontière entre les deux espaces se dessine, facilitant l'émergence progressive de la subjectivité.

Les **représentations** favorisent un champ plus large de régulations toniques. La compréhension causale et les anticipations sont désormais possibles. Des ajustements toniques sont mis en place, en amont de l'action, pour recevoir les effets sensoriels de celle-ci sans se désorganiser.

Les interactions de l'individu avec son milieu produisent des régularités, elles-mêmes induites par deux voies complémentaires. La « boucle archaïque » participe au réglage de l'état tonique qui constitue l'arrière-fond indispensable à la « boucle cognitive ». Celle-ci extrait les invariants qui influencent les fonctionnements, constituant les schèmes sensori-moteurs. Un équilibre sensori-tonique se met en place pour que l'individu supporte les nouvelles régularités et la transformation des fonctionnements. (Bullinger, 2005)

b) Les composantes de l'équilibre sensori-tonique

L'équilibre sensori-tonique est « *un état interne de l'organisme qui permet, sans désorganisation, de recevoir les signaux issus des interactions avec le milieu* » (Bullinger, 2005, p.146). Il s'agit d'une surface d'équilibre où l'individu se sent exister de manière stable et dispose de moyens lui permettant d'agir sur le monde. Elle dépend de trois facteurs et peut être élargie par les capacités représentatives.

Le **milieu biologique** correspond à l'intégrité des systèmes sensori-moteurs qui traitent les signaux issus des flux sensoriels. Ce support neurophysiologique favorise l'extraction des régularités du milieu afin d'adopter des conduites intelligentes (habitudes, anticipations, représentations) et mettre en place des activités instrumentales. Si l'individu présente des troubles de l'intégration sensorielle (seuil neurologique de perception des stimulations sensorielles élevé ou bas), il manifesterà des difficultés de gestion des flux sensoriels et de régulation de ses états émotionnels. Une quête de la frontière entre le plaisir et la douleur peut être observée dans le but de faire émerger un sentiment d'existence.

Le **milieu physique** constitue le modelage de notre structure nerveuse, câblée pour traiter les signaux issus des flux sensoriels, sur les propriétés de son milieu. Celui-ci devient cohérent, les stimuli extérieurs prennent sens et favorisent la construction de représentations indispensables à la compréhension du milieu de vie. L'environnement peut s'avérer défaillant. Les sur-stimulations et les sous-stimulations sont plus facilement compensées par l'enfant que les dystimulations. Celles-ci impactent directement la cohérence du milieu. L'orientation des réponses de l'organisme vers la source des stimuli sensoriels n'est pas possible. Les prématurés sont soumis à ces dystimulations dans les incubateurs, ce qui serait à l'origine des difficultés qu'ils peuvent rencontrer par la suite, dans le domaine spatial. Ces enfants recherchent des situations où les stimulations sont prévisibles, à travers la répétition, pour stabiliser leur environnement.

Le **milieu humain** nécessite une communication entre les individus où le corps de l'autre ressent immédiatement notre propre état. Les stimulations multimodales sont métabolisées au contact d'autrui. Les échanges toniques synchrones entre les deux partenaires entraînent un « *progressif détachement de l'espace de fusion créé par le dialogue tonique, autorisant la constitution de l'identité propre* » (Bullinger, 2005, p.157). Un comportement de surprotection, renforçant la fusion, peut subvenir lorsque le milieu humain ne parvient pas à se représenter le devenir de l'enfant ou considère que celui-ci est trop faible pour supporter les échanges avec son milieu. (Bullinger, 2005)

3) L'intégration psychomotrice de S. Robert-Ouvray

A la naissance, le bébé est soumis à une bipolarité psychocorporelle de base qui peut se différencier en quatre paliers principaux qui se superposent les uns sur les autres. Ceux-ci forment l'étayage psychomoteur : le T.S.A.R. (Tension, Sensation, Affect, Représentation).

a) Le niveau tonique

Le premier couple d'opposition tonique que l'enfant perçoit est celui de l'hypotonie axiale et de l'hypertonie périphérique. Au début de sa vie, le nourrisson est assailli par des stimulations internes et externes (sensations intéroceptives, proprioceptives, flux sensoriels). Il exprime ses besoins par des actes moteurs (mouvements, cris, pleurs). Cette hypertonie d'appel en l'absence de la mère va se transformer en hypotonie de satisfaction en sa présence. Ces deux couples tendu-détendu vont s'associer. Les deux pôles toniques opposés vont s'alterner, permettant à l'enfant d'intégrer le rythme relationnel. (Robert-Ouvray, 2007a)

b) Le niveau sensoriel

Les sensations toniques induisent la tonalité vibratoire des expériences sensorielles vécues par le nourrisson. La contraction d'un muscle le raccourcit et le durcit. A l'inverse, la détente musculaire provoque allongement et mollesse. Pendant la tétée, si les conditions environnementales et affectives sont bonnes, le bébé est dans un état d'hypotonie où le lait chaud va être associé à des sensations agréables (moelleux, douceur, calme). Par contre, si son seuil de tolérance à la frustration est dépassé ou que la mère n'est pas disponible affectivement, le nourrisson est dans un état d'hypertonie qu'il associera au dur et à la famille des sensations désagréables (bruit, froid, noir). Sur les pôles toniques tendu-détendu s'opposent les sensations de plaisir-déplaisir : dur-mou, froid-chaud, sombre-lumineux. Le bébé est d'ailleurs plus attiré par des surfaces contrastées (noir-blanc) que nuancées (gris). Dans ses travaux sur l'autisme, F. Tustin explique que ces enfants restent bloqués au niveau sensoriel dur-mou. (Robert-Ouvray, 2007a)

c) Le niveau affectif

Le couple sensoriel plaisir-déplaisir s'associe au couple affectif satisfaction-insatisfaction. Le passage de l'un à l'autre requiert la présence d'autrui. En parallèle s'effectue le passage d'un état de pré-communication à un état de communication. Lorsque le nourrisson est irrité, la mère le nourrit de paroles, le porte et surtout nomme son propre état affectif et celui du bébé. Par les vibrations sonores douces de la mère qui cherchent à l'apaiser, le nourrisson intègre sa réponse dans un courant émotionnel qui favorise la communication. La mère s'appuie sur ses propres ressentis et niveaux intégrés pour inclure l'enfant dans le monde du signifiant. Les individus qui peinent à parvenir à ce palier

expriment des difficultés de communication avec leur entourage. Les niveaux tonique et sensoriel sont exagérés (rougeur, transpiration, tremblements) et les mots ne surviennent pas. *« L'accès de l'enfant au palier affectif n'est possible que si la mère est suffisamment disponible psychiquement et physiquement pour maintenir un courant émotionnel entre elle et son bébé. »* (Robert-Ouvray, 2007a, p.61).

d) Le niveau représentatif

La bipolarité psychique, fondée sur la dualité tonique, sépare l'objet et le Moi en une bonne et une mauvaise partie. Les expériences agréables donnent des représentations douces, bonnes et satisfaisantes du Moi et de l'objet (évoquant de bons souvenirs, de paysages). Les expériences désagréables suscitent des représentations dures, mauvaises et insatisfaisantes du Moi et de l'objet (terreurs comme des monstres). (Robert-Ouvray, 2007a)

« La mère « occupée » dans une autre pièce est un mauvais objet qui frustré, fait attendre, durcit le corps de l'enfant. La mère présente et satisfaisante devient à l'opposé un bon objet qui gratifie, qui soulage et qui se ressent dans le mou et la détente tonique » (Robert-Ouvray, 2007a, p.62)

L'intégration des extrêmes correspond à un processus d'identification primaire nécessaire à l'émergence des limites de ces quatre niveaux d'organisation. Les pôles opposés s'orienteront différemment en fonction des principes éducatifs des parents, de la richesse des expériences sensori-motrices, des traumatismes et des rencontres humaines. L'ambivalence tonique du sixième mois réduit ce clivage originel. Les variations toniques dépendent de la maturation neuromotrice et de la qualité du rythme relationnel. Elles favorisent l'entrée des pôles opposés de chaque niveau dans une dialectique par la création d'intermédiaires. Le gris apparaît entre le noir et le blanc, la pénombre entre l'obscurité et la lumière, des sentiments multiples entre la frustration et la satisfaction, des images variées entre la fée et la sorcière. L'enfant prend conscience de l'objet complet, de l'unification du bon et du mauvais. Les enfants autistes ne parviennent pas jusqu'à cette étape. (Robert-Ouvray, 2007a; 2007b)

« La dualité physiologique innée ne s'est pas associée avec la dualité relationnelle, et ces enfants n'ont pas pu bénéficier des effets intégratifs, tels que le passage d'un niveau à un autre, l'apparition des tendances et des valeurs intermédiaires, la création de l'imaginaire, la symbolisation et la communication » (Robert-Ouvray, 2007a, p.60)

IV – Processus d’individuation et de séparation

1) Le concept d’ « attachement »

a) La théorie de l’attachement de J. Bowlby

En 1958, J. Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais, développe sa théorie de l’attachement. Il s’intéresse aux conséquences des séparations précoces des enfants et de leurs parents notamment dans le contexte de la Seconde Guerre mondiale. Il étudie également les conditions d’accueil des jeunes enfants en pouponnière. Il qualifie l’attachement comme un besoin primaire fondamental à la survie de notre espèce. Le système d’attachement correspond à « *un ensemble de systèmes innés de comportements ou systèmes motivationnels favorisant les relations et qui sont corrigés quant au but par la réponse de l’environnement* » (Barbey-Mintz, Dugravier, 2015, p.15). L’enfant cherche un réconfort dans sa proximité avec l’adulte pour créer un sentiment de sécurité interne stable face aux potentiels dangers de l’environnement. Toutes conditions générant un stress, que ce soient des facteurs internes (douleur, fatigue) ou externes (présence d’inconnus, solitude), activent ce système.

Pour réguler la distance avec sa figure d’attachement, le nourrisson va mettre en place des comportements innés d’attachement : le sourire, les vocalisations, l’agrippement, les pleurs et un peu plus tard, la marche. Quand les circonstances ne présentent pas de dangers, le système d’attachement est mis en veille. L’enfant est rassuré et peut investir le système exploratoire. Grâce à la maturation neuromotrice et à l’évolution de ses modes de déplacement, il va prendre une part plus active dans la gestion de la distance avec l’adulte et explorer davantage son environnement. (Barbey-Mintz & Dugravier, 2015)

b) La figure d’attachement de J. Bowlby

Les comportements d’attachement sont présents dès la naissance. Au départ, ils ne sont pas orientés vers une figure particulière. Vers quatre-cinq mois, le nourrisson présente des comportements amplifiés en présence d’une personne spécifique. Il crie ou pleure lorsqu’elle quitte la pièce, il lui sourit plus intensément et babille davantage qu’avec d’autres personnes. Après sept mois, le bébé développe une relation d’attachement franche et sélective avec cette personne, qualifiée de figure d’attachement. Celle-ci joue le rôle principal de « *caregiver* » qui consiste à prendre soin de l’enfant, l’investir émotionnellement et garantir une présence importante et régulière à ses côtés. Cette fonction peut être assurée par tout adulte qui s’investit dans une interaction sociale, durable et animée avec l’enfant. La sensibilité de ses

réponses aux besoins de réconfort du nourrisson en situation de détresse, conditionne la sécurité de l'attachement de celui-ci. Les autres personnes qui élèvent l'enfant représentent les figures d'attachement subsidiaires. En cas d'absence de la figure d'attachement privilégiée, il se tourne vers elles dans une recherche de sécurité et de consolation.

Une base de sécurité s'installe et se stabilise lorsque l'enfant comprend que sa figure de soutien sera toujours accessible et disponible en cas de besoin. La proximité physique, indispensable au début de la vie, va progressivement être intégrée psychiquement par l'enfant. Une fois que ses besoins de base sont satisfaits, il peut s'éloigner de sa figure d'attachement pour explorer le monde extérieur et ainsi favoriser le passage de la dépendance à l'autonomie. (Barbey-Mintz & Dugradier, 2015)

c) Les différents styles d'attachement de M. Ainsworth

En 1978, M. Ainsworth définit les différents styles d'attachement à partir d'une expérience nommée la « situation étrange ». Il s'agit d'une procédure expérimentale qui consiste à provoquer un léger stress comparable à une situation du quotidien à des enfants d'un an. Elle implique deux séparations avec la figure d'attachement et un contact avec une personne non familière. Les réactions des enfants sont observées attentivement, notamment lors des retrouvailles, afin de déterminer la qualité de leur sécurité interne. Les différentes catégories correspondent à des stratégies adaptatives qui n'ont pas de conséquence psychopathologique.

L'attachement de type sécure s'accompagne d'une confiance de l'enfant envers sa figure d'attachement concernant la régulation de ses émotions. Il favorise l'exploration en présence de la figure d'attachement. Le nourrisson dispose d'une meilleure estime de soi et ne se méfie pas excessivement de l'adulte étranger. Il proteste lors des séparations en signalant directement ses besoins dans une recherche active de la proximité et du contact avec sa figure de soutien. Lors des retrouvailles, il l'accueille avec plaisir en sollicitant l'interaction.

L'attachement de type insécure évitant témoigne d'une distorsion majeure de la régulation émotionnelle du bébé. Il tente de garder le contrôle dans les situations de détresse en réduisant les signaux et la réactivité du système d'attachement. Lorsque le stress augmente, il ne fait pas appel à sa figure d'attachement. Il ne montre pas de grande différence entre les deux personnes et surtout n'initie pas d'interaction ou de recherche de contact pendant les retrouvailles. Il manifeste sa colère par l'évitement et l'absence de réponse.

L'attachement de type insécure ambivalent ou résistant met en valeur un manque de confiance de la part du nourrisson vis-à-vis de la figure d'attachement. Les séparations sont

extrêmement stressantes. Il adopte une stratégie d'augmentation des signaux de détresse et du système d'attachement. Le bébé alterne entre une recherche de contact et un rejet coléreux. Lors des retrouvailles, la figure d'attachement présente des difficultés pour reconforter son nourrisson. Une tension corporelle et des pleurs persistent. L'anxiété et la colère de l'enfant l'empêchent d'explorer son environnement.

L'attachement désorganisé est décrit par C. George, M. Main et N. Kaplan et correspond à un style d'attachement corrélé avec la psychopathologie. Il est présent lorsque l'enfant n'a plus aucune stratégie pour s'adapter aux situations de stress. Le nourrisson se fige dans une posture d'appréhension et de confusion et exprime simultanément des comportements opposés comme s'approcher tout en détournant la tête. Ceux-ci sont incomplets et l'expression des affects n'est pas dirigée correctement, ce qui reflète un état désorienté et désorganisé. Ce type d'attachement est souvent retrouvé chez les enfants dont les figures d'attachement sont terrifiées et/ou terrifiantes dans des contextes de violence ou de maltraitance. (Tereno et al., 2007 ; Barbey-Mintz & Dugravier, 2015)

2) Les mesures de protection de la figure d'attachement envers l'enfant

a) La « préoccupation maternelle primaire » de D.W. Winnicott

La « préoccupation maternelle primaire » est un concept développé par D.W. Winnicott en 1956. Cette appellation correspond à une condition psychologique qui se développerait graduellement chez la femme enceinte avec une sensibilité particulière vers la fin de sa grossesse et qui perdurerait pendant quelques semaines après la naissance du nourrisson. Il s'agit d'un état très spécifique et temporaire où la mère s'identifie de manière consciente et inconsciente à son enfant pour répondre à ses tout premiers besoins de manière adaptée. La mère ne se préoccupe alors que de son enfant et met ses autres centres d'intérêts de côté pour lui offrir un cadre idéal où il pourra se construire et déployer ses compétences.

Cette fusion mère-enfant permet une satisfaction totale des pulsions de l'enfant, l'illusion d'une omnipotence de la mère sur laquelle la vie psychique de l'enfant va s'organiser. Ce comportement maternel répond à la dépendance absolue de son enfant dans ses premiers instants de vie. La mère va progressivement différer ses réponses aux sollicitations de son enfant pour laisser émerger la frustration et le début de l'autonomie, éléments caractéristiques de la période de dépendance relative du nourrisson.

La « mère ordinaire normalement dévouée » fournit alors une adaptation aux besoins de l'enfant « suffisamment bonne » favorisant la construction de son moi que D.W. Winnicott

surnomme le « *self* ». Celui-ci repose sur un « sentiment continu d'exister » suffisant procuré par la « préoccupation maternelle primaire ». L'enfant va, en grandissant, considérer sa mère comme une personne et l'intérioriser dans son appareil psychique. Il développe ainsi sa « capacité d'être seul en présence de l'autre » le menant petit à petit vers la voie de l'indépendance. (Winnicott, 2006)

b) La « fonction alpha » de W. R. Bion

En 1962, W.R. Bion développe sa théorie sur la « fonction alpha ». Elle dépend de la « capacité de rêverie » de la mère définie comme « *un état d'esprit capable d'accueillir les identifications projectives du nourrisson, qu'elles soient ressenties par lui comme bonnes ou mauvaises* » (Bion, 1979, p.54). Son rôle consiste en l'élaboration des perceptions de l'expérience émotionnelle et des impressions des sens. Elle transforme les « éléments-bêta », les faits bruts, non-digérés, impensés, en « éléments-alpha », les faits digérés et symbolisés, qui vont être mis en mémoire. A partir de sa capacité de contenance interne, la mère va digérer les projections chaotiques de son bébé et lui restituer de manière à ce qu'il puisse les penser et les assimiler. Elle les rend tolérables en apportant une signification au nourrisson. (Bion, 1979)

« L'apprentissage par l'expérience suppose que la fonction-alpha puisse opérer sur la prise de conscience de l'expérience émotionnelle ; les éléments-alpha sont produits à partir des impressions de l'expérience ; celles-ci peuvent alors être emmagasinées et mises à la disposition des pensées du rêve et de la pensée vigile inconsciente. » (Bion, 1979, p.26).

Dans le sommeil ou à l'état de veille, les « éléments-alpha » s'assemblent et se multiplient pour former la « barrière de contact ». Celle-ci est à l'origine de la distinction des processus conscients et inconscients. Elle instaure également un point de contact entre les deux pour favoriser le passage sélectif de certains éléments. Si la fonction est inefficace, l'enregistrement de l'expérience et la transformation des émotions ne sont pas réalisés. Il n'est donc pas en capacité de rêver. G. Haag précise que la « fonction alpha » correspond à l'organisation des premières perceptions et émotions, ce qui élimine la multiplicité des stimuli dispersants et diminue le recours autistique à l'agrippement (Bion, 1979, Goyena & Leclerc, 2001).

3) Psychose maternelle et lien d'attachement mère-nourrisson

L'existence d'un trouble mental chez un parent engendre fréquemment des répercussions psychosociales et affecte souvent le rôle parental. Cela porte atteinte à la relation parent-nourrisson et au développement psychomoteur, socio-affectif et cognitif de l'enfant. Le parent a des difficultés à évaluer et à répondre de manière adaptée aux besoins du bébé. Cela est susceptible de provoquer des carences, des négligences et éventuellement de la maltraitance.

a) Psychose et interactions comportementales

La mère adopte un comportement contradictoire vis-à-vis du nourrisson. Sur le plan corporel, elle manifeste parfois des réactions fusionnelles caractérisées par de nombreux contacts (étreintes, bisous). A d'autres moments, elle se révèle plus distante et peut le laisser seul momentanément avec un sentiment d'abandon. Cette ambivalence se produit en un laps de temps réduit. Les difficultés maternelles se traduisent également par un portage non-sécuritaire. Elle ne s'adapte pas à la tonicité de son enfant, le dialogue tonique n'étant pas ajusté. Le nourrisson ne se sent pas soutenu. Il glisse et n'obtient pas d'appuis stables et contenant. Il peine à trouver une position sécurisante dans les bras de sa mère.

Face à ces comportements inadaptés, le bébé déclare souvent des troubles du tonus avec une prédominance dans un des deux pôles (hypertonie ou hypotonie). Il développe aussi une hypervigilance pour anticiper les gestes de sa mère et se protéger.

Au niveau visuel, elle regarde très peu son enfant en face à face avec une rareté et un évitement du regard partagé. Le nourrisson tente d'abord de capter ses yeux puis, comme ses tentatives ne sont pas fructueuses, il se décourage, détourne la tête et s'accroche intensément au regard des étrangers pour entrer en contact avec eux.

Du point de vue vocal, la mère interagit peu avec son enfant. Elle ne vocalise presque pas, ne répond pas à ses babillages et la verbalisation est pauvre. Vers l'âge d'un an, le nourrisson est quasiment silencieux et présente souvent, par la suite, un retard de langage. (Chauvin, 1999)

b) Psychose et interactions affectives

En présence d'une psychose maternelle, les interactions affectives mère-nourrisson sont perturbées. Le visage de la mère est souvent figé. Elle semble indifférente avec un appauvrissement des mimiques et peu de sourires. Elle présente des difficultés à conserver

une attention soutenue et peut subitement couper-court à l'interaction intense qu'elle entretenait avec son enfant. Elle manifeste une discordance entre son état émotionnel et l'expression de celui-ci. Elle peut raconter un récit dramatique tout en souriant. Cela se retrouve également dans les interactions avec son bébé. Elle est dans l'incapacité de répondre à ses affects dans le même registre émotionnel. Elle peut rester avec une expression neutre face aux rires de l'enfant ou sourire devant ses pleurs.

L'accordage affectif est bouleversé : les interactions sont asynchrones, peu prolongées et manquent d'harmonie. Le nourrisson est déboussolé par ces nombreuses réactions incohérentes. Celles-ci génèrent une grande insécurité et des manifestations d'angoisse et de tristesse. Le bébé adopte généralement un comportement hyper-adapté basé sur le contrôle, l'inhibition et la répression de l'expression de ses besoins et de ses affects (absence d'appel, de vocalisation, de pleurs, de manifestations de détresse ou de plaisir). Cette adaptation vise à respecter le seuil de tolérance de la mère pour éviter d'être vécu comme persécuteur. (Chauvin, 1999 ; Gandillot et al., 2012)

c) Psychose et construction relationnelle précoce

La mère psychotique présente un défaut de lien psychique qui se caractérise par une difficulté à relier son enfant idéalisé ou fantasmé au nourrisson réel. Ne voyant pas son bébé dans la réalité, elle peine à répondre à ses besoins : rythme irrégulier des repas, heures de coucher variables. La mère est aspirée par les angoisses archaïques du nourrisson, ce qui résonne avec ses angoisses psychotiques et provoque une réaction en miroir. L'indifférenciation entre son bébé et elle s'intensifie. Sa souffrance psychique l'empêche d'entrer dans la relation objectale que réclame l'enfant.

Le lien d'attachement qui se crée entre la mère et le nourrisson est de type insécure. Il est ambivalent ou évitant. L'enfant peut adopter des attitudes imprudentes où il se met en danger par des explorations de l'environnement non compensées par un style d'attachement sécure et protecteur. A l'inverse, les réponses maternelles imprévisibles et chaotiques peuvent être à l'origine, chez l'enfant, d'une inhibition de l'exploration spatiale, d'une mise en veilleuse pour éviter le danger. Ne pouvant s'appuyer sur la protection maternelle, le bébé développe une compétence précoce à l'auto-protection. (Haesevoets, 2015)

PARTIE DISCUSSION

Dans cette partie, je vais détailler mon cheminement de pensée pour chacun des enfants, de manière séparée, dans le but d'apporter des pistes de réflexion concernant mon questionnement initial. A partir de mes observations lors de la première rencontre et de mon analyse de leur fonctionnement au cours de l'année, j'expliquerai ce sur quoi je me suis appuyée pour favoriser l'émergence de l'alliance thérapeutique et l'ajustement de la distance relationnelle pour chacun d'entre eux.

I) Mon expérience avec Farah

1) Mes observations lors de la première rencontre

Avant l'été, une séance d'essai au centre équestre a eu lieu durant laquelle Farah s'est montrée méfiante vis-à-vis des poneys. Toutefois, la psychologue qui la connaissait du groupe « Vivre ensemble » savait qu'elle pourrait profiter de ce groupe au niveau sensoriel, corporel et relationnel. J'ai rencontré Farah pour la première fois au début du mois d'octobre 2019 pendant sa première séance au sein du groupe « Poney ». Celle-ci favorise un temps d'adaptation et de repérage des enfants dans ce nouvel environnement. Il comprend une visite des lieux et une rencontre avec les animaux et les membres du groupe. Les parents sont présents pour assurer une transition et les rassurer.

Je découvre une petite fille hypertonique, sur le qui-vive, collée à sa mère et accrochée à la poussette de son petit frère. Elle fixe du regard les poneys et semble anxieuse à l'idée de s'en approcher. Elle parle de manière continue, avec un fort débit de parole. Elle est difficilement compréhensible. Lorsque sa mère s'approche des poneys pour la rassurer quant à leur caractère inoffensif, Farah lâche la poussette, prostrée. J'observe un recrutement tonique important et un visage craintif.

L'ensemble du groupe commence la visite de l'écurie. Lorsqu'elle s'aperçoit que sa mère s'éloigne, elle se lance à sa poursuite puis s'arrête et fait demi-tour. Des poneys sont disposés de chaque côté de l'allée, ce qui est trop angoissant pour elle. Je suis la seule personne qui se trouve derrière elle, elle vient alors s'agripper à ma cuisse et se cacher derrière moi. Je suis surprise par ce contact soudain et intrusif alors que je viens tout juste de la rencontrer. J'essaye de la calmer et de la rassurer en lui expliquant que je reste à côté d'elle

et que l'on peut avancer à son rythme. Elle hoche la tête, nous nous aventurons dans l'allée.

Elle est plus sereine jusqu'à ce qu'un poney rapproche sa tête d'elle. Elle se met à crier et à se serrer fortement contre moi. La psychologue se retourne et vient nous rejoindre. Elle propose de cacher la tête des équidés avec son corps sur notre passage. Cette proposition fonctionne très bien. Farah s'arrête par moments mais réussit plus facilement à parvenir jusqu'au bout de l'allée.

Par la suite, nous retournons auprès des poneys. Les enfants sont invités à les toucher et à s'en occuper. Farah refuse de les caresser avec sa main mais accepte à la fin de la séance à travers un objet médiateur : la brosse. Il s'agit d'un geste furtif suivi d'un mouvement de recul. Elle en est fière, me regarde et sourit. Nous nous dirigeons ensuite vers le manège. Les deux autres enfants sont pressés de monter sur les poneys. Lorsque sa mère la prévient qu'elle va s'éloigner pour s'occuper du bébé, elle lui dit « au revoir maman » sans appréhension, à mon grand étonnement. Elle suit les équidés de loin et observe attentivement les réactions des deux garçons. Elle est en état d'hypervigilance constant notamment face aux mouvements imprévisibles, aussi minimes soient-ils, de l'animal.

Farah me tient la main tout au long de la séance. Elle m'a très rapidement investie en effectuant un transfert de sa relation fusionnelle avec sa mère sur moi. A la fin de la séance, j'ai l'impression d'être un pilier de réassurance pour elle, comme un objet auquel elle peut se raccrocher pour lutter contre ses angoisses. Je sens que je vais incarner cette fonction pendant un moment et qu'elle en a besoin pour s'adapter à la situation. Je me questionne sur les origines de ses particularités comportementales et relationnelles, ce qu'elles traduisent au niveau de son vécu corporel et les ressources qu'elle utilise pour se rassurer.

2) Mon analyse concernant son fonctionnement

a) Les origines de ses particularités et de la relation fusionnelle

Je me demande si sa détresse respiratoire à la naissance, nécessitant une hospitalisation, n'a pas eu un impact sur son développement neurologique et, par conséquent, sur ses troubles actuels.

Le diagnostic tardif des otites séreuses a pu entraîner un déficit auditif temporaire, rendant plus difficile la coordination des flux sensoriels.

L'arrivée de son petit frère a provoqué un remaniement familial, modifiant les repères préalablement établis. Sa mère n'est plus présente exclusivement pour elle. Cela a pu majorer

ses troubles du comportement, notamment à l'école où les actes hétéro-agressifs envers ses camarades se sont produits à la même période.

Lors des premières années, sa mère précise qu'elle n'arrivait pas à se détacher de Farah, ce qui évoque un comportement de surprotection. Nous pouvons supposer que cette attitude a été induite par la peur de perdre son bébé à la naissance due à la détresse respiratoire. A. Bullinger précise que l'excès d'appui du milieu humain ne permet pas le détachement progressif de l'état de fusion, indispensable à la constitution de l'identité propre.

b) La perception de ses limites corporelles

Je me questionne également sur la perception qu'elle a de ses limites corporelles. Elle présente des inquiétudes vis-à-vis de son corps qu'elle manifeste principalement pendant les consultations médicales. Elle semble s'identifier à son petit frère et aux poneys à ce niveau-là. Elle est inquiète lorsqu'un adulte touche le nourrisson et s'oppose à ce contact. Elle est préoccupée par ce que peut ressentir l'animal pendant le pansage avec la brosse à picots, elle qui ne supporte pas d'être coiffée.

Son mécanisme de défense est l'« identification adhésive », par collage à la surface de l'objet, ce qui entraîne parfois des confusions entre le soi et le non-soi. Cela s'observe lorsqu'elle me tend la brosse tout en disant « c'est moi qui fais ». Ce mode proche de la distance intime limite le processus d'individuation-séparation.

Elle a besoin de cet agrippement sensoriel (peau à peau, interactions visuelles et vocales) pour lutter contre ses angoisses de chute et se sentir exister de manière unifiée. J'ai pu constater cela lorsque, quand je ne la regardais plus, sa posture s'affaissait comme si elle perdait son axe corporel, son regard était paniqué et elle semblait désorientée comme lâchée dans le vide. Ce questionnement autour de son vécu corporel et de son enveloppe pourrait aussi être relié à la confusion des espaces de chacun au domicile (une chambre pour tous).

c) Son rapport à la sensorialité

Farah présente des troubles de l'intégration sensorielle, ce qui signifie que sa capacité à filtrer ou organiser les informations sensorielles est perturbée. Elle semble disposer d'un seuil de perception élevé, soit une hypo-réactivité et une recherche de sensations, au niveau visuel (flapping), vestibulaire (tourner sur elle-même) et tactile plantaire (pieds nus). Un seuil de perception bas, soit une hyper-réactivité et un évitement des sensations, paraît prédominant au niveau tactile (appréhension face aux nouvelles textures, mouvements de retrait, sélectivité alimentaire, n'aime pas se sentir sale, ne supporte pas le bain ou être coiffé).

Une coexistence entre l'hyper et l'hypo est possible au sein de la même sensibilité, comme on peut le constater ici au niveau tactile. Une fluctuation des réactions peut s'observer en fonction de l'état interne du patient (stress, fatigue, douleur) et/ou de l'environnement (nouveau, agitation, bruits), ce qui expliquerait une hyper-réactivité tactile amplifiée chez Farah en situation de stress, lorsque le poney est agité ou face à de nouvelles situations.

Les seuils de réceptivité varient en fonction de la prévisibilité, de la familiarité, de la fréquence, de l'intensité et de la motivation, ce qui justifierait chez elle la diminution des recherches de sensations visuelles et vestibulaires et une habitude à certaines stimulations tactiles (toucher le poney, mettre le casque).

Selon A. Bullinger, si le milieu biologique est compromis, l'extraction de régularités (habitudes, anticipations) est limitée, rendant l'environnement incohérent. Cela expliquerait pourquoi Farah recherche des éléments stables et prévisibles sur lesquels elle peut s'appuyer pour harmoniser le milieu.

d) Sa quête d'invariants et de prévisibilité

Farah a besoin d'invariants pour comprendre certains sujets qu'elle rencontre, pour savoir comment réagir face à certaines situations et ainsi mettre du sens sur un monde chaotique et désorganisé. Elle passe par la répétition pour intégrer les événements et diminuer ses angoisses (relire plusieurs fois la même histoire sur le même sujet, rejouer la scène du docteur, attendre un mode d'emploi de la part de l'adulte pour une nouvelle activité, faire l'inventaire des prénoms de chacun à chaque séance du groupe...). Les rituels l'aident beaucoup (les différents temps du groupe, la pâte à modeler et la comptine en psychothérapie).

Elle s'appuie sur une figure de référence dans chaque milieu de vie (sa mère chez elle, l'AVS à l'école, l'orthophoniste dans le groupe « Vivre ensemble », moi dans le groupe « Poney ») avec qui elle développe un lien d'exclusivité. Ce point fixe lui permet d'évoluer sereinement. Ce qui est connu et prévisible est structurant pour elle et la rassure.

Parallèlement, elle est très sensible aux changements, ce qui est visible dans le groupe. Elle est interpellée par l'inversement des rôles des professionnels, la disposition différente des poneys dans l'écurie, le changement de place dans la voiture, les ateliers qui ne sont pas au même endroit dans le parcours, la voiture de son père qui n'est pas garée sur le parking, rester au CAMSP après le groupe pour le retour individuel avec la maman. Elle est perturbée par ces variations mais ne reste pas figée pour autant. Elle les tolère si nous prenons le temps de l'accompagner.

e) Son recours à des stratégies de contrôle

Farah met en place des stratégies pour limiter les situations imprévisibles telles qu'un comportement autoritaire pour favoriser un sentiment de contrôle.

Elle va également observer attentivement et longuement ce que font les autres enfants (manière de toucher le poney, monter dessus, le faire avancer) avant d'oser faire comme eux. Cela peut prendre des semaines jusqu'à ce qu'un jour, elle se sente prête et se lance.

Elle a des difficultés à partager des objets sur lesquels elle fait des fixations comme le drapeau rouge, croyant qu'il lui appartient. Elle trouve des solutions pour limiter les possibilités aléatoires et court prendre tous les drapeaux d'un coup pour être sûre d'obtenir le rouge.

Elle met en place des astuces pour ne pas se mettre en échec : se colle quasiment au contenant pour lancer la balle dedans, attrape l'anneau avec sa main plutôt qu'avec l'épée. Ces comportements, qui lui permettent de maîtriser la situation sont, pour elle, des exutoires à l'angoisse.

Ces réflexions m'ont permis de mettre du sens sur son fonctionnement, de comprendre ce qui l'angoisse et de déceler les ressources dont elle dispose pour y faire face. Ses difficultés d'intégration sensorielle rendent difficile l'extraction de régularités nécessaires à l'intégration d'un milieu cohérent. Pour structurer un monde désorganisé, elle va s'appuyer sur des invariants par la répétition des expériences et/ou par la proximité d'une figure de référence. Elle cherche à favoriser un sentiment de contrôle par l'identification adhésive pour lutter contre ses angoisses. Cependant, celle-ci provoque une confusion de ses limites corporelles et une indifférenciation entre le soi et le non-soi.

A partir de cela, mon positionnement dans l'accompagnement de Farah s'est éclairci. J'ai cherché à l'aider à trouver d'autres moyens sur lesquels elle puisse s'appuyer pour assurer une sécurité interne stable. Ainsi, l'identification adhésive ne serait plus son ultime recours et elle pourrait plus facilement se différencier d'autrui par la distanciation.

3) Mes points d'appui dans l'émergence de l'alliance thérapeutique et l'ajustement de la distance relationnelle

A partir de mon raisonnement, je me suis appuyée sur plusieurs points de réflexion en tentant de répondre aux questions suivantes : Comment passer d'une position d'objet à celle de sujet et ainsi créer une relation de confiance stable ? Comment procéder pour qu'elle se

détache progressivement de moi ? Comment rompre ce lien d'exclusivité pour qu'elle puisse investir un tiers et explorer l'environnement qui l'entoure ?

a) La fonction de « double »

Au début de l'année, je suis élue par Farah pour incarner un « bord », un intermédiaire rassurant entre elle et le monde extérieur. Je deviens un « double » qui est censé percevoir et penser de manière très similaire à elle. C'est comme si elle devait passer par moi pour identifier ses affects et ensuite prendre une décision. Les individus présentant des troubles relationnels ont tendance à s'appuyer sur un « double » pour se construire. Ils sont dans une quête d'un « moi auxiliaire », d'une « structure de soutien », d'un « contenant », d'un « maternage symboligène » (Maleval, 2019). « *Le chemin vers l'autonomie doit nécessairement passer par une étape fusionnelle entre nous* » (Idoux-Thivet, 2009, p.37)

Dans un premier temps, j'ai adhéré à cette fonction pour qu'elle puisse construire un repère solide et fixe dans ce nouvel environnement. Dans un second temps, j'ai refusé par moments ce qu'elle souhaitait dans une recherche de différenciation. J'ai également instauré progressivement une distanciation afin de limiter la confusion de ses limites corporelles.

b) Le dialogue tonico-émotionnel

Je remarque qu'elle se fie beaucoup à mon attitude corporelle et à mes réactions pour s'aventurer dans quelque chose de nouveau. Elle est très sensible aux signaux verbaux et non-verbaux que je lui transmets. Je choisis de m'appuyer là-dessus au maximum pour l'aider à s'ouvrir au monde qui l'entoure. Grâce à mon état tonique, au soutien que je lui apporte par mon regard, ma voix, mes mimiques (sourires, haussements de sourcils), mes gestes (hochements de tête, tendre la main), elle saisit mon état émotionnel et y répond en conséquence. A l'inverse, je m'ajuste à ses manifestations corporelles et à l'affect que celles-ci laissent transparaître. Un dialogue tonico-émotionnel comme le décrit J. de Ajuriaguerra se produit entre nous. Cet échange émotionnel lui apporte une contenance qui lui permet de se lancer dans de nouvelles aventures (suivre le poney dans le manège à pied en me donnant la main, toucher l'animal, monter dessus, profiter du temps calme). En s'appuyant sur la vue et l'ouïe « récepteurs à distance », une distanciation est favorisée. Un regard rassurant et des paroles encourageantes renforcent sa confiance en elle, ce qui lui permet de dépasser ses peurs et de se déplacer dans l'espace sans le contact tactile d'autrui. Cela fait écho au processus d'individuation-séparation du bébé qui s'appuie d'abord sur le dialogue tonique avec sa figure d'attachement pour ensuite s'en séparer tout en maintenant un lien par le regard et la voix.

c) La fonction pare-excitatrice du psychomotricien

La fonction de « pare-excitation » a pour but de protéger l'organisme des stimulations provenant de l'extérieur qui, par leur intensité, peuvent le désorganiser. Ce processus est assuré par la « mère suffisamment bonne » de D.W. Winnicott dans son ajustement aux besoins du nourrisson. Le psychomotricien l'utilise également lorsqu'il effectue des propositions adaptées au rythme du patient. Par exemple, lorsque Farah a commencé à guider le poney à pied, nous étions deux avec elle : une personne à côté d'elle pour la rassurer et une personne qui faisait avancer le poney quand elle disait « En avant » et qui l'arrêtait quand elle disait « Stop », le but étant que la réponse de l'animal soit cohérente avec sa demande. Nous essayions d'anticiper en préparant le matériel lorsque nous la sentions prête à faire comme les autres enfants (préparer l'équipement si elle veut monter, enlever la selle si elle veut faire le temps calme).

Il est important de réfléchir en amont à ce que l'on fait ou propose et comment elle peut l'interpréter. Lorsque nous avons préparé le poney la première fois, elle a cru que nous allions l'obliger à monter, ce qui n'était pas notre intention. Il y avait une attente forte de l'extérieur (ses parents et la mère d'un enfant du groupe) qui a pu ajouter une pression supplémentaire. Cela a eu un impact négatif sur l'ensemble de la séance comme si elle ne pouvait plus nous faire confiance.

La fonction de « pare-excitation » consiste aussi à identifier les moments de disponibilité corporelle et psychique du patient pour adapter nos comportements et nos sollicitations. Une vigilance particulière à sa communication non-verbale permet de saisir certaines occasions et de faire des propositions au bon moment. Lorsqu'un des garçons est parti rejoindre son poney pour le guider jusqu'à l'écurie, j'avais l'impression qu'elle voulait l'accompagner mais n'osait pas le faire. En lui proposant de demander à l'enfant s'il voulait bien qu'ils le fassent ensemble, un élan s'est impulsé. (Veeser, 2015)

d) La fonction alpha du psychomotricien

La « fonction alpha » de W.R Bion peut être transposée et utilisée par le psychomotricien. Celui-ci met à disposition son propre appareil psychique. Il accueille et met en mots les messages corporels du patient. Le thérapeute tente de donner du sens aux manifestations corporelles du sujet dans le but de les rendre assimilables par celui-ci. Ainsi, le patient développe progressivement son propre « appareil à penser » favorisant la distinction du soi et du non-soi.

J'ai verbalisé ce qu'elle observait et les situations qui l'effrayaient pour qu'elle puisse y mettre du sens. Lorsqu'elle regardait les enfants pendant le temps calme, je pointais certains détails : l'immobilité du poney, le visage détendu du garçon, son orientation vers les fesses de l'animal et ne voyant pas sa tête, les sensations agréables (les poils doux et chauds) qu'il peut ressentir, les deux partenaires qui se reposent en fermant les yeux. Avec la répétition, elle a pu intégrer ces éléments rassurants. Lorsqu'elle se décide à participer au temps calme, elle peut s'en saisir et s'approprier ce qu'elle ressent en me disant « c'est doux » en souriant.

Lorsque nous avons identifié sa peur, nous l'avons verbalisée. Elle a pu progressivement nommer ses émotions « J'ai peur de la tête ». Ses états émotionnels qui étaient bruts (réflexe d'agrippement, appelle sa maman) sont désormais plus représentés.

La communication qui passait par le corporel au départ, générant une proximité, a évolué progressivement vers le langage, suivant un mode plus lointain. (Veeser, 2015)

e) La continuité des repères spatio-temporels

Concernant le cadre thérapeutique, C. Potel détermine cinq conditions très concrètes : l'espace (lieu ou réceptacle des expériences sensori-motrices), le temps (jour, horaire, durée), le matériel (choix des objets ou médiation), l'encadrement (psychomotricien seul, co-thérapie, stagiaire) et le fonctionnement institutionnel (cohérence du projet validé par l'équipe).

Le groupe « Poney » dispose d'un cadre thérapeutique prédéfini et prévisible, ce qui génère un sentiment de sécurité. Il s'agit d'un repère stable sur lequel Farah peut s'appuyer.

La constance et la rythmicité de certains éléments (succession des différents temps de séance, régularité des participants, des poneys, du matériel dans le parcours) participent à la contenance du cadre. Une fois que Farah a intégré les invariants du cadre, elle peut anticiper, se sentir plus sereine pour explorer l'environnement et par conséquent, être moins angoissée à l'idée de s'éloigner de moi. (Potel Baranes, 2019)

f) Conclusion

Lorsqu'elle est confrontée à un nouvel environnement, Farah a besoin de temps pour comprendre son fonctionnement et intégrer celui-ci en s'appuyant sur des repères stables. L'émergence de l'alliance thérapeutique et l'ajustement de la distance relationnelle a pu se mettre en place progressivement. Pour cela, j'ai veillé à respecter son propre rythme, son besoin de proximité dans un premier temps. Nous avons également limité les stimulations extérieures trop angoissantes pour favoriser un cadre contenant et rassurant.

Grâce à la lecture de ses manifestations psychocorporelles et au dialogue tonico-émotionnel, une relation de confiance stable a pu se créer entre nous. Elle a pu se saisir de la contenance que je lui apportais par mon engagement corporel (regard, mimiques, gestes) pour s'éloigner progressivement de moi.

Nos verbalisations sur ses vécus corporels lui ont permis de mettre des mots sur ses ressentis et de se les représenter. L'ensemble de ces points d'appui lui ont permis de s'individualiser pour ensuite pouvoir se séparer de sa figure de référence et aller à la rencontre d'un tiers (poney, enfant, autre adulte). Le cadre thérapeutique favorise une continuité des repères spatio-temporels, propice à l'exploration de l'environnement.

II) Mon expérience avec Milo

1) Mes observations lors de la première rencontre

J'ai rencontré Milo pour la première fois en septembre 2019 pendant sa séance individuelle de psychomotricité avec ma maître de stage. J'ai tout de suite été frappée par sa présentation globale quant à ma présence dans la salle. Cette perception a peut-être été influencée par la description que la psychomotricienne m'avait fait de lui avant que je le rencontre. J'avais l'impression qu'il essayait de me faire passer un message à travers son corps. Sa posture, ses expressions faciales, ses gestes, son investissement de l'espace me disaient clairement « prends tes distances ». Je me sentais intrusive avec une difficulté à trouver une juste-distance pour entrer en relation avec lui. J'avais cette sensation de ne pas être à ma place, comme s'il préférait que je sois hors de la pièce.

Au premier abord, je le percevais comme un enfant réservé. Il se présentait avec une hypotonie globale, replié sur lui-même avec le regard orienté vers le sol, me regardant peu. Les rares fois où il levait les yeux vers moi, son regard était furtif et sombre, semblant interroger ma présence. Il prenait moins ses distances avec ma maître de stage et semblait, par moments, rechercher du soutien dans son regard.

Pendant la première partie de la séance, il est resté assis en boule immobile dans une inertie totale. Il semblait pétrifié et restait passif comme s'il ne s'autorisait pas à faire ce qu'il faisait habituellement. Nous avons essayé de le motiver avec diverses propositions. Il restait de marbre face à certaines, faisant semblant de ne pas nous entendre, et semblait intrigué par d'autres qui attiraient son attention. Il se rapprochait avec une certaine lenteur tout en gardant

bien ses distances quitte à ne pas se mettre face au plateau de jeu pour s'éloigner le plus de moi. Il tentait de jouer quelques fois puis dès qu'il se trompait, il se mettait en retrait et commençait à pleurer.

Au départ, j'avais des difficultés à cerner s'il comprenait la consigne, si nos propositions étaient trop difficiles pour lui ou si le jeu ne l'intéressait pas. Son visage exprimait peu d'émotion sauf lorsqu'il se mettait à pleurer ou quand il apercevait un jeu qui lui plaisait. Il s'est montré mutique et n'a pu laisser échapper des mots qu'à la fin de la séance lorsqu'il s'est mis à jouer à son jeu préféré : le train. Son visage s'est soudainement illuminé comme s'il ne pouvait plus contenir ses émotions. Il a retrouvé d'un coup une certaine tonicité, une vivacité de mouvement et une voix intelligible que je constatais pour la première fois. J'ai été surprise par ce changement rapide d'état corporel et émotionnel.

Mon regard sur lui a alors changé : j'avais cette image d'un corps enfermé bouillonnant de l'intérieur qui subitement brisait les barrières qu'il s'était lui-même infligées pour se libérer de cette étreinte. Je me suis alors demandé : s'il est capable d'avoir une attitude ordinaire, pourquoi s'empêche-t-il d'agir et de s'exprimer à certains moments ? Quel est le déclic ? Qu'est-ce qui favorise le passage d'une attitude à une autre ? Comment peut-on remédier à cette situation en séance de psychomotricité ?

Tout au long de la séance, je suis restée vigilante aux signes de communication infra-verbale qu'il me transmettait pour ajuster ma distance en conséquence mais sans véritable succès. Comment entrer en contact avec lui pour parvenir à une juste-distance réciproque et ainsi favoriser un climat propice aux expériences psychomotrices ?

2) Mon analyse concernant son fonctionnement

Le comportement fluctuant de Milo m'a beaucoup interpellée. Quels sont les éléments qui ont pu générer chez lui cette attitude de repli ? Que traduit-elle ? Quelle est sa fonction ?

a) L'incidence de la prématurité sur la cohérence du milieu

A. Bullinger spécifie que des dystimulations dans le milieu physique peuvent survenir dans des contextes de prématurité. Dans l'incubateur, les signaux sensoriels ne permettent pas au nouveau-né de bien se repérer dans ses interactions avec le milieu. La source sonore n'est pas localisable du fait de l'effet de résonance. Les images sont floues et déformées par les

parois de la couveuse. L'équilibre sensori-tonique est bouleversé. Cela provoque des difficultés dans le domaine spatial, que nous retrouvons dans le faible investissement de l'espace de cet enfant. Une recherche de prévisibilité pour stabiliser l'environnement est également observée dans ces situations, ce que nous constatons chez Milo dans son besoin de répétition des jeux connus. (Kloeckner, 2008)

b) La portée de l'absence d'une personne qui vient faire tiers

Dans son développement, le nourrisson a besoin des deux rôles complémentaires de ses parents. Un sentiment de bien-être, de sécurité accompagné de sollicitations déstabilisantes pour apprendre à s'adapter au milieu est nécessaire. L'enfant intègre la fonction de chaque parent qui reste stable. Si l'un d'eux n'est pas présent, les deux positions peuvent être accomplies par la même personne ou l'une des deux peut être manquante. Dans les deux situations, le milieu devient incohérent.

Nous pouvons imaginer que la rupture brutale et définitive de la présence du père, qui s'était investi dans le premier mois de vie de Milo, a pu être vécu comme un abandon. Les interactions père-nourrisson n'ont pas pu être réalisées. Nous supposons que les jeux physiques, stimulants et dynamisants, souvent accomplis par le père, ont peu été présents au cours de son développement. Ces activités ludiques permettent d'apprendre à réagir face aux imprévus, d'oser explorer, de faire confiance en ses propres capacités, et ainsi d'être plus autonome, ce qui manque à Milo.

c) L'impact des discontinuités relationnelles sur les interactions précoces

Dès sa naissance, Milo a été confronté à de nombreuses ruptures humaines (premières séparations avec sa mère liées à sa prématurité, départ de son père à un mois de vie). Lorsqu'il était petit, il a également vécu des périodes durant lesquelles sa mère faisait des décompensations psychotiques. Celles-ci nécessitaient des hospitalisations provoquant des séparations précoces. Madame est actuellement stabilisée mais nous pouvons supposer que ces événements ont eu un impact sur les interactions précoces, que ce soit au niveau qualitatif ou quantitatif. Nous pouvons imaginer une ambivalence au niveau des temps de partage en fonction de sa disponibilité psychique. Nous pouvons présumer, par moments, un portage non-sécuritaire, des interactions visuelles et vocales pauvres, un accordage affectif difficile avec une discordance émotionnelle.

G. Haag précise qu'un contact tactile au niveau du dos associé à l'interpénétration des regards favorise la constitution de l'enveloppe et de la solidité du corps à travers l'intégration de l'axe corporel. Il semblerait que cette fonction n'ait pas bien été intégrée par Milo, ce qui pourrait expliquer ses réactions d'effondrement postural lorsqu'il est face à des situations stressantes (se détacher de sa mère pour venir en séance, jouer à un nouveau jeu qui pourrait le mettre en échec, être face à une difficulté). Dans ces moments, j'ai l'impression qu'il coule vers le sol comme s'il perdait son axe, sa solidité interne. Son enveloppe semble poreuse et me fait penser à des angoisses de liquéfaction que j'ai reliées au fait qu'il n'a pas encore acquis la propreté.

Ce manque d'appuis stables et contenant de la part du milieu humain engendre souvent des réactions en « tout ou rien » chez le nourrisson, ce qui justifierait son état hypotonique global. Selon S. Robert-Ouvray, les discontinuités du rythme relationnel ne facilitent pas la mise en place d'une dialectique, par la création de nuances, entre les pôles opposés des différents niveaux de l'intégration psychomotrice.

La fonction alpha de W.R. Bion ne doit pas être assurée pleinement notamment pendant les décompensations psychotiques, limitant la capacité de rêverie de la mère. Les éléments-bêta ne sont pas transformés en éléments-alpha, laissant le nourrisson avec des faits bruts et non représentés, ce qui pourrait expliquer ses difficultés d'accès au symbolisme.

Les séparations prématurées et l'ambivalence des interactions précoces ne favorisent pas l'instauration d'un lien d'attachement sécure. L'intégration psychique d'une figure d'attachement disponible en cas de besoin ne peut pas s'effectuer ni créer une base de sécurité interne stable.

d) Le recours à une posture de repli

Le sentiment d'insécurité provoqué par l'ensemble de ces éléments ravive l'angoisse au moindre changement. Le sentiment d'impuissance face à l'abandon et aux discontinuités relationnelles génère un dépassement des capacités d'adaptation. Pour lutter contre la réactivation des défaillances précoces, Milo met en place une posture de repli dans le but de contenir ses débordements émotionnels, potentiellement issus d'un sentiment d'injustice. Il s'enferme en intériorisant sa souffrance.

Les affects réprimés peuvent resurgir de manière subtile ou explosive. Milo extériorise sa colère dans ses jeux notamment avec le train où il reproduit des scènes fracassantes avec de

nombreux accidents. Lorsqu'il commence une crise de pleurs, il n'arrive pas à se calmer seul et l'adulte parvient difficilement à le consoler.

D.W. Winnicott explique que le nourrisson voit son reflet dans l'expression faciale de sa mère. Dans le cas d'une psychose maternelle, celle-ci a tendance à présenter un visage figé ou réfléchissant son propre état d'âme. L'enfant ne reçoit pas ce qu'il donne, ne sent pas reconnu, se représente négativement, dévalorisant l'estime qu'il a de lui.

Une sensation de vide, des anticipations péjoratives, une baisse de la créativité en découlent, ce qui favorise l'apparition de peurs de l'imprévu et de l'échec. Nous supposons leur présence chez Milo qui, réticent face à la nouveauté, met en place des stratégies d'évitement (cache les objets, comportement d'effondrement, s'allonge par terre, détourne le regard, s'oriente vers des jeux qu'il aime ou qu'il connaît bien).

3) Mes points d'appui dans l'émergence de l'alliance thérapeutique et l'ajustement de la distance relationnelle

Mes réflexions sur le fonctionnement de Milo ont fait ressortir des points essentiels pour son accompagnement en psychomotricité. Au vu de son parcours de vie chaotique, favoriser une continuité des repères spatio-temporels et un milieu stable et cohérent est nécessaire pour l'aider à consolider une sécurité interne. Il est également important de lui proposer des sollicitations dynamisantes, tout en respectant son propre rythme, pour qu'il prenne confiance en lui, se libère de cette posture de repli et s'ouvre au monde qui l'entoure. Ainsi, il sera moins réticent à l'idée de tisser un lien de confiance avec autrui et de s'en rapprocher.

a) L'engagement corporel du psychomotricien

Une fine analyse des manifestations corporelles de son patient permet au psychomotricien de répondre de manière adaptée à ses besoins. En s'appuyant sur ses ressentis émotionnels, il s'engage, au moyen de son propre corps, à travers les canaux de communication corporelle : les modifications toniques, les attitudes corporelles, les déplacements, la gestualité, le regard et les mimiques. Le psychomotricien choisit de transmettre un message en retour au patient par un ou plusieurs signaux. Cette sélection dépend des canaux d'expression et de lecture principaux de chacun d'entre eux.

Le langage corporel de Milo est riche et varié. Il oscille entre des attitudes corporelles de fermeture et d'ouverture, entre un état hypotonique global et un recrutement tonique

important, entre une inertie et une remise en mouvement. Son regard peut être absent ou présent et son visage peut être figé ou expressif. En étant à l'écoute de mes modifications toniques face à son état corporel, je réfléchis à mon positionnement dans l'espace (me mettre à sa hauteur), à mes déplacements, à mes gestes (tendre la main dans la salle d'attente), au regard que je porte sur lui ou ailleurs. (Pireyre, 2015)

b) La fonction pare-excitatrice du psychomotricien

Au début de l'année, je me suis concentrée sur l'émergence de l'alliance thérapeutique avec cet enfant. J'étais une nouveauté pour lui, ce dont il se méfie et ce qu'il cherche à éviter. Dans un premier temps, j'ai donc cherché à me montrer fiable, prévisible, à trouver ma place auprès de lui afin d'instaurer une relation de confiance stable. Pour cela, je me suis appuyée sur ses centres d'intérêt pour entrer en contact avec lui (jouer avec lui au train, lui montrer mes chaussures avec des flammes dessus lorsqu'il me montrait les siennes qui s'illuminent quand il marche). J'essayais de me saisir des petits échanges possibles qu'il voulait bien m'accorder. Je gardais mes distances et le laissait venir vers moi lorsqu'il se sentait prêt à le faire.

Je me suis rapidement appuyée sur ses moments de disponibilité pour ajouter progressivement des petites modifications dans ses jeux répétitifs (impulser un scénario avec les personnages dans le train). Lorsqu'il était plus animé, j'en profitais pour l'inviter à s'exprimer davantage. Par exemple, pendant le jeu de quilles, je lui ai suggéré d'encourager tous les deux ma maître de stage en l'acclamant de plus en plus fort, ce à quoi il a pris part.

c) La transition entre l'individuel et le groupe

En prenant en compte les ruptures humaines brutales qu'il a rencontrées dans son développement, nous avons insisté sur l'anticipation de la fin du suivi individuel en psychomotricité. Un mois avant l'arrêt, nous avons pris le temps de parler de la modification de son projet de soins en lui expliquant la séparation avec la psychomotricienne, le fonctionnement du groupe et les personnes présentes. Chaque semaine, nous lui rappelions le nombre de séances restantes avant le changement.

En séance individuelle, il n'acceptait pas mon aide mais il s'est habitué progressivement à ma présence et se rapprochait plus de moi. Il m'incluait de plus en plus dans ses jeux. Alors qu'il a tendance à jouer seul spontanément, il me tendait la baguette du xylophone dans un enjeu relationnel. Au départ, il tapait de manière anarchique et très tonique

puis nous avons pu instaurer un tour de rôle et varier l'intensité de la frappe dans un véritable échange.

A la fin de la prise en charge individuelle, je commençais à avoir ma propre place auprès de Milo qui m'investissait de plus en plus. Je pense que ma présence au sein du groupe l'a aidé à faire la transition entre les deux suivis. J'y étais la personne qu'il connaissait le plus, potentiellement la moins imprévisible et la plus stable, sur laquelle il pouvait s'appuyer pour se rassurer. Il me prenait la main pour venir au groupe et me sollicitait davantage pour que je vienne l'aider. Je suppose que le changement de cadre a renforcé le lien qui commençait à se tisser entre nous, facilitant l'ajustement de la distance relationnelle au sein du groupe.

d) La présence d'un tiers

En séance individuelle, la présence d'un tiers semblait amplifier sa posture de repli. Quand il était très inhibé en début de séance (immobile, en enroulement, mutique), nous commençons à jouer sans lui et il venait nous rejoindre. En détournant notre attention de lui, en portant notre regard ailleurs et en diminuant nos attentes, il parvenait à s'ouvrir plus facilement et à se remettre en mouvement.

Dans le groupe, notre attention n'était pas dirigée en continu vers lui. Lorsque Milo était en détresse, nous séparions les deux rôles parentaux fondamentaux de manière distincte pour assurer la stabilité de la fonction de chacun. Lors d'une séance, le rythme habituel de Milo a été bousculé. Il est arrivé en retard, venant de se réveiller de sa sieste. Il ne s'arrêtait pas de pleurer et ne parvenait pas à se calmer seul. La psychologue et la puéricultrice ont tenté de le consoler mais sans succès. Je me suis accroupie à côté de lui et, au son de ma voix, il s'est jeté dans mes bras en gardant ses yeux fermés. Il m'a attribué le rôle « maternel » visant à le rassurer et la psychologue a incarné le rôle « paternel » l'incitant à se redynamiser et à rejoindre les autres enfants.

Milo est intimidé par ses pairs pendant les temps de regroupement. Il se referme et ne partage pas son histoire en grand groupe. Un jour, une fille l'a imité lorsque c'était à son tour de parler. Il s'est redressé, l'a regardée d'un air perplexe et s'est retourné vers nous en disant « Elle ne parle pas aussi ». Il semblait interpellé par sa réaction qui reflétait la sienne. C'était comme si le rôle de miroir du visage de la mère décrit par D.W. Winnicott était remis en jeu par le comportement de cette fille.

e) La fonction d'aide à l'étayage psychomoteur

Dans le groupe « Toi, la terre et moi », mon rôle consistait à aider les enfants, notamment pendant leur temps individuel avec l'argile, s'ils me demandaient d'intervenir.

Au départ, Milo me demandait de l'aide au moyen de sa communication non-verbale en attirant mon attention par son regard, ses mimiques, son effondrement tonique, ses gestes (tendre la blouse vers moi). Puis, il a pu petit à petit m'interpeller en m'appelant par mon prénom d'une toute petite voix.

J'étais vigilante à son installation. Il avait tendance à se placer au bord de sa chaise, à faire tenir son axe en s'appuyant sur la table, à glisser ses pieds sur le sol. Je m'assurais qu'il garde son dos droit et qu'il ancre bien ses pieds au sol. Cela lui permettait de bien répartir ses points d'appui et de présenter une posture d'ouverture favorable à l'exploration de l'argile.

Lorsqu'il semblait bloqué devant la terre et répétait les mêmes gestes en boucle, je lui posais des questions sur sa création. Il ajoutait certains détails, me les montrait du doigt en les nommant (les deux fenêtres, la porte du bus). Quand il était en panne d'idée, je réalisais différentes formes avec l'argile à côté de lui. Parfois, il se saisissait de ce que je faisais et il l'interprétait à sa manière pour créer une histoire. Il modifiait ce que j'avais fait et se l'appropriait. Lors d'une séance, j'ai effectué une boucle avec la terre qui lui a renvoyé une image mentale « Oh un escargot ». Il l'a customisé en rajoutant une tête comme s'il sortait de sa coquille « Réveille-toi ». Il l'a ensuite fait partir à l'aventure en le déplaçant sur le plateau.

Il avait besoin d'une présence à ses côtés pour l'aider à intégrer les différents temps du groupe. Je le guidais dans les différentes étapes, sans faire à sa place, pour qu'il développe son autonomie et qu'il occupe une place de « grand » comme les autres enfants. Nous assurons la constance du cadre de la séance en réagissant de la même manière lorsqu'il testait ses limites. Il nous regardait en rapprochant sa main de la terre, sachant pertinemment qu'il n'avait plus le droit de la toucher une fois qu'il avait terminé, comme pour vérifier la cohérence du milieu.

f) Propositions autour de l'axe corporel

Avant la modification de son projet de soins, j'avais envisagé quelques axes de travail avec Milo dans la poursuite de son suivi individuel en psychomotricité. Comme il a besoin de temps pour lever son inhibition, j'imaginai commencer les séances par un jeu qu'il connaît pour qu'il gagne en confiance et lui proposer par la suite une activité un peu moins prévisible. L'objectif principal que j'avais en tête était de l'aider à se reconnecter avec sa solidité interne,

à prendre conscience de son axe corporel pour qu'il retrouve une verticalité et qu'il s'ouvre vers l'extérieur. Je pensais à des activités autour de percussions osseuses, des postures de yoga ou de mime. Je visualisais aussi des exercices rythmiques, par rapport aux nombreuses discontinuités relationnelles qu'il a rencontrées, notamment avec des instruments à percussion pour leur aspect vibratoire au niveau du système os. Le groupe « Poney » pourrait être un projet futur pour cet enfant au niveau des ajustements posturaux, de la cadence du pas de l'animal mais aussi pour favoriser le « lâcher prise » dans une interaction avec le vivant.

g) Conclusion

J'émetts l'hypothèse que les interventions intrusives et douloureuses qu'il a subies à l'hôpital et les nombreuses ruptures humaines ont pu instaurer son recours à une posture de repli pour se protéger de l'extérieur. Ce comportement répétitif a pu avoir une valeur d'auto-apaisement et favoriser une sécurité interne qu'il recherche en début de séance pour ensuite le conduire à un élan vers autrui.

L'objectif premier de son accompagnement en psychomotricité vise à assurer une constance du milieu, que celui-ci reste fiable pour qu'il n'ait plus à s'en méfier. Il pourra ainsi baisser sa garde progressivement, faire confiance aux professionnels et exploiter ses compétences en investissant davantage les propositions qui lui sont faites.

Pour cela, nous devons être adaptés et cohérents dans notre implication corporelle, dans nos sollicitations, dans les limites posées afin de faciliter l'émergence de l'alliance thérapeutique. Nous avons également une fonction de soutien dans ses expériences en l'aidant à gagner en confiance en lui et à s'autonomiser pour qu'il soit d'autant plus acteur dans la régulation de la distance relationnelle avec autrui.

CONCLUSION

L'émergence de l'alliance thérapeutique est une priorité dans la thérapie psychomotrice. Lorsque nous rencontrons un patient, notre premier objectif consiste à instaurer une relation de confiance stable avec lui. Une collaboration mutuelle est nécessaire afin que le patient se sente suffisamment soutenu pour effectuer de nouvelles expériences et ainsi disposer de bases solides pour tendre progressivement vers l'autonomie. Ce sentiment de sécurité facilite l'ajustement de la distance relationnelle entre les deux partenaires. Il est important de prendre le temps de construire ce lien et de trouver le bon positionnement pour favoriser un climat propice aux explorations.

Les interactions précoces de qualité participent à la mise en place d'un équilibre tonique favorable à la subjectivation du nourrisson. A partir d'un lien d'attachement sécuritaire entre le bébé et sa figure de référence, le processus d'individuation-séparation peut s'effectuer. L'enfant réalise qu'il est un être à part entière différent d'autrui. Ainsi, il peut s'en séparer en s'éloignant pour découvrir l'environnement qui l'entoure et aller à la rencontre d'autres personnes. Si ce déroulement ne peut pas s'opérer, le nourrisson peut avoir recours à un mécanisme de défense (adhésion ou mise à distance) dans une tentative d'auto-régulation.

Le psychomotricien dispose de divers moyens pour encourager la mise en place de l'alliance thérapeutique. Grâce à l'observation attentive des manifestations corporelles de son patient, il aménage son engagement corporel en s'appuyant sur le dialogue tonico-émotionnel. Avec la fonction de pare-excitation, le thérapeute s'adapte au propre rythme de l'individu afin d'intervenir au moment le plus adéquat en fonction de sa disponibilité. Il se réfère à la fonction alpha dans le but de mettre du sens sur les vécus corporels du sujet. La présence d'un tiers est un apport supplémentaire, que ce soit un de ses pairs, un autre professionnel ou une médiation, pour limiter les risques d'un lien fusionnel. Le psychomotricien est garant du cadre thérapeutique, de sa constance afin d'instaurer des repères fiables et rassurants. Cette profession requiert des qualités de contenance et d'adaptation généralisables à tous types de populations.

Toutefois, le lien préalablement établi peut être démantelé par des circonstances extérieures instaurant une distanciation sociale et une discontinuité temporelle. Quels effets peut avoir la rupture brutale des soins, occasionnée par la crise sanitaire actuelle, sur le développement de l'enfant et la reprise de son suivi psychomoteur ?

BIBLIOGRAPHIE

Bachelart, M., Bioy, A. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326.

Bachollet, M., Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19. doi:10.3917/ep.049.0014.

Barbey-Mintz, A.S., Dugravier, R. (2015). Théorie de l'attachement. De la dépendance à l'autonomie... *Enfances & Psy*. 66(1), 14-22.

Bion, W.R. (1979). *Aux sources de l'expérience*. Paris : Presses Universitaires de France.

Bick, E. (1968). L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. In M. Harris Williams (Dir.), *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick* (p. 123-127). Larmor Plage : Éditions du Hublot.

Bick, E. (1986). Considérations ultérieures sur la fonction de la peau dans les relations d'objet précoces. In M. Harris Williams (Dir.), *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick* (p. 129-139). Larmor Plage : Éditions du Hublot.

Brunstein, C., Tiellet Nunes, M. (2003). Attention visuelle et interaction mère/bébé : signaux précoces de la capacité à voir le monde. *La psychiatrie de l'enfant*, 46(2), 549-577. doi:10.3917/psy.462.0549.

Bullinger, A. (2005). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche*. Toulouse : Éditions Erès.

Cassel, R. (2013). Rôle du mammanais dans les interactions avec les bébés à devenir autistique. *Cahiers de PréAut*, 10(1), 115-135. doi:10.3917/capre1.010.0115.

Chauvin, A. (1999). Les mères psychotiques et leur enfant. Clinique et soins. *Psychose et parentalité*. 24(1), 41-60. doi:10.3917/eres.anice.1999.01.0041.

Frédéric-Libon, C. (2011). Processus de différenciation et alliance thérapeutique en clinique infantile de l'autisme. *Psychologie clinique et projective*, 17(1), 297-316. doi:10.3917/pcp.017.0297.

Gandillot, S., Wendland, J., Wolff, M. & Moisselin, P. (2012). Étude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimées avec leur bébé. *Devenir*, 24(2), 141-169. doi:10.3917/dev.122.0141.

Goyena, A., Leclerc, F. (2001). « Wilfred R. Bion » de Elsa Schmid-Kitsikis. *Revue française de psychanalyse*, 65(5), 1727-1736. doi:10.3917/rfp.655.1727.

Gratier, M. (2001). Harmonies entre mère et bébé: Accordage et contretemps. *Enfances & Psy*, 13(1), 9-15. doi:10.3917/ep.013.0009.

Grinschpoun, M.F. (2019). *L'inhibition. Un agir empêché*. Paris : Enrick B. Éditions.

Haag, G. (2009). De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme. *Enfances & Psy*, 41(1), 14-22.

Haesevoets, Y. (2015). La mère psychotique : du fantasme fusionnel au déni d'enfant. In *Les enfants de parents fous: De la souffrance psychique à la résilience* (p. 173-190). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.

Hall, E.T. (1966). *La dimension cachée*. Paris : Éditions du Seuil.

Idoux-Thivet, A. (2009). *Écouter l'autisme. Le livre d'une mère d'enfant autiste*. Paris : Éditions Autrement.

Joly, F., Labes, G. (Dir.). (2008). *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité. Volume 1 : Corps, tonus et psychomotricité*. Montreuil : Éditions du Papyrus.

Joly, F., Labes, G. (Dir.). (2019). *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité. Volume 3 : Entre inné et acquis. Le bébé et le développement précoce*. Paris : Vernazobres-Gregio.

Kloeckner, A. (2008). Apports en néonatalogie de la sensorimotricité selon A. Bullinger. *Contraste*, 28-29(1), 157-178. doi:10.3917/cont.028.0157.

Korff-Sausse, S. (2011). *Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Vanves : Hachette Littératures.

Lévy, J. (1991). *Le bébé avec un handicap. De l'accueil à l'intégration*. Paris : Éditions du Seuil.

Maleval, J.C. (2019). S'appuyer sur les passions des autistes. Consulté à l'adresse <https://blogs.mediapart.fr/j-c-maleval/blog/300619/sappuyer-sur-les-passions-des-autistes>

Paquette, D. (2004). La relation père-enfant et l'ouverture au monde. *Enfance*, 56(2), 205-225. doi:10.3917/enf.562.0205.

Pireyre, E.W. (2015). Les compétences communicationnelles du corps : les communications corporelles. In *Clinique de l'image du corps: Du vécu au concept* (p. 125-140). Paris: Dunod.

Potel Baranes, C. (2019). La question du cadre thérapeutique: La contenance, les limites, le corps. In *Être psychomotricien: Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 357-381). Toulouse : Erès.

Ribas, D. (2006). Pulsions de mort et autisme. *Journal français de psychiatrie*, 25(2), 18-20. doi:10.3917/jfp.025.20.

Robert-Ouvray, S.B. (2007a). *Intégration motrice et développement psychique. Une théorie de la psychomotricité*. Paris : Desclée de Brouwer.

Robert-Ouvray, S.B. (2007b). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris : Desclée de Brouwer.

Stern, D. (1989). Le sens d'un soi subjectif : L'accordage affectif. In *Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale* (p. 181-208). Paris : Presses Universitaires de France.

Terenó, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188. doi:10.3917/dev.072.0151.

Veeser, A. (2015). Contenance en psychomotricité: Accueillir l'autre pour l'aider à se révéler.... In E.W. Pireyre (Dir.), *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 136-153). Paris: Dunod.

Winnicott, D.W. (1961). La théorie de la relation parent-nourrisson. In *La relation parent-nourrisson* (p. 99-153). Paris : Éditions Payot & Rivages.

Winnicott, D.W. (2002). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris : Éditions Gallimard.

Winnicott, D.W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Éditions Payot & Rivages.

ANNEXE I

Conditions techniques d'agrément des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce

Annexe XXXII bis

Ajoutée par le décret n° 76-389 du 15 avril 1976 au décret n° 56-284 du 9 mars 1956

Article 1

Les centres d'action médico-sociale ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. Ils exercent des actions préventives spécialisées.

Ces centres exercent aussi, soit au cours des consultations, soit à domicile, une guidance des familles dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant.

Le dépistage et les traitements sont effectués et la rééducation mise en œuvre, sans hospitalisation, par une équipe composée de médecins spécialisés, de rééducateurs, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, de personnels d'éducation précoce, d'assistants sociaux et, en tant que de besoin, d'autres techniciens.

Les actions préventives spécialisées sont assurées par des équipes itinérantes, uni ou pluridisciplinaires, dans les consultations spécialisées et les établissements de protection infantile ainsi que, le cas échéant, dans les établissements d'éducation préscolaire.

Les centres d'action médico-sociale précoce peuvent fonctionner dans les locaux d'une consultation hospitalière, d'une consultation de protection maternelle et infantile, d'un dispensaire d'hygiène mentale, d'un centre médico-psychopédagogique ou d'un établissement habilité à recevoir des enfants d'âge préscolaire atteints de handicaps sensoriels, moteurs ou mentaux.

Ces centres peuvent être spécialisés ou polyvalents avec des sections spécialisées.

Le bilan et les examens complémentaires éventuellement nécessaires l'établissement du diagnostic, à la surveillance ou à la mise à jour des traitements peuvent être effectués par les services hospitaliers généraux ou spécialisés avec lesquels des conventions devront être passées.

ANNEXE II

Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice

Article 1

Abrogé par Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants [*compétence, attributions*]:

1. Bilan psychomoteur.

2. Education précoce et stimulation psychomotrices.

3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :

- retards du développement psychomoteur ;

- troubles de la maturation et de la régulation tonique ;

- troubles du schéma corporel ;

- troubles de la latéralité ;

- troubles de l'organisation spatio-temporelle ;

- dysharmonies psychomotrices ;

- troubles tonico-émotionnels ;

- maladrotes motrices et gestuelles, dyspraxies ;

- débilité motrice ;

- inhibition psychomotrice ;

- instabilité psychomotrice ;

- troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.

4. Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

ANNEXE III

Grille d'observation psychomotrice : Groupe « Toi, la terre et moi »

| | |
|---|--|
| Sensorialité (vision, audition, toucher, odeur) | |
| Régulation tonique | |
| Différents gestes (spontanés ou imités) | |
| Coordination oculo-manuelle | |
| Coordination bi-manuelle | |
| Repères spatio-temporels (intégration des différents temps et espaces de la séance) | |
| Déliement digital | |
| Praxies / Planification | |
| Flexibilité mentale | |
| Capacités attentionnelles | |
| Inhibition/Opposition | |
| Représentation mentale / Symbolisme | |
| Evolution de son investissement corporel | |
| État tonique global | |
| Posture / Attitude corporelle | |
| Regard | |
| Verbalisation | |
| Mimiques | |
| Distance relationnelle avec moi | |
| Distance relationnelle avec les autres professionnels | |
| Distance relationnelle avec les autres enfants | |
| Demande d'aide | |
| Partage de son vécu/œuvre en grand groupe | |
| Installation (position du dos, pieds, axe, modification au cours de l'activité) | |
| Mouvements qui partent de l'épaule, du coude, du poignet ou des doigts | |
| Différence de comportement entre individuel et groupe | |
| Ma présence : appui ou frein ? | |
| Douleurs | |
| Dialogue tonico-émotionnel | |

RÉSUMÉ

Ce mémoire retrace mon cheminement de pensée quant à la mise en place de l'alliance thérapeutique entre le psychomotricien et le patient notamment lorsque la distance relationnelle entre eux n'est pas ajustée. En m'appuyant sur deux vignettes cliniques, je commence par aborder les différentes étapes du développement nécessaires au processus d'individuation-séparation. En devenant sujet différencié d'autrui, l'enfant peut s'éloigner de sa figure d'attachement en régulant la distance avec son entourage de manière adaptée. Il peut investir et créer un lien avec un tiers. Je tente ensuite d'apporter des points d'appui sur lesquels le psychomotricien peut se référer pour instaurer une relation de confiance avec son patient et ainsi favoriser une juste-distance convenant aux deux partenaires, propice aux explorations en toute sérénité.

Mots-clés : Psychomotricité, Alliance thérapeutique, Distance relationnelle, Contenance, Adaptation

SUMMARY

This thesis retraces my thought process regarding the establishment of the therapeutic alliance between the psychomotrician and the patient, especially when the relational distance between them is not adjusted. Based on two examples of clinical practices, I begin by addressing the different stages of development necessary for the individuation-separation process. By becoming a subject differentiated from others, the child can move away from his attachment figure by regulating the distance with his environment in an adapted way. He can invest and create a bond with a third party. Then, I try to provide points of support on which the psychomotrician can refer in order to establish a relationship of trust with his patient and thus favour a fair distance suitable for both partners, conducive to explorations in complete serenity.

Keywords: Psychomotricity, Therapeutic alliance, Relational distance, Holding function, Adaptation