HAL
open science

La place de la psychomotricité dans le renforcement de l'enveloppe psycho-corporelle chez des enfants porteurs de troubles du spectre autistique

Hermance Ratié

▶ **To cite this version:**

Hermance Ratié. La place de la psychomotricité dans le renforcement de l'enveloppe psycho-corporelle chez des enfants porteurs de troubles du spectre autistique. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03297089

HAL Id: dumas-03297089

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297089

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

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

La place de la psychomotricité dans le renforcement de l'enveloppe psycho-corporelle chez des enfants porteurs de troubles du spectre autistique

Mémoire présenté par Hermance Ratié
En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien
Session de juin 2021

<u>Référents de mémoire :</u>

Tangi HERVE

Géraldine LOCAR

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'écriture de ce mémoire, ainsi que chacun de mes maîtres de stage qui ont su me transmettre leur manière d'exercer ce beau métier de psychomotricien.ne.

Merci à l'ensemble de l'équipe du CMP dans lequel j'ai fait mon stage, pour leur accueil, et la qualité de leurs réflexions cliniques.

Un grand merci à Inès, ma maître de stage de cette année, avec qui j'ai pu avoir des discussions très enrichissantes. Cela m'a permis d'approfondir ma pensée, mes réflexions et observations.

Merci également à mes maîtres de mémoire Géraldine et Tangi, qui ont su me guider dans mes réflexions et sans qui ce mémoire ne ressemblerai pas à cela. Merci pour leur soutien, leur disponibilité, leurs encouragements, leurs réponses à mes interrogations ainsi que leur réassurance.

Je souhaite remercier mes amies, et collègues de promo pour ces trois années d'études riches en émotions. Un merci tout particulier à Orianne et Claire qui ont toujours été présentes, qui m'ont aidée à garder la motivation et qui ont su trouver les mots pour me redonner confiance en moi dans les moments de doute.

Merci à tous ceux qui ont manifesté un intérêt à lire ce mémoire et notamment mes amis de toujours qui se reconnaîtront, ainsi que Léo avec qui j'ai pu partager ma propre expérience.

Merci également à Solène, ma traductrice préférée, à Emmanuel et à tous ceux qui se sont mobilisés pour rendre ce mémoire encore plus beau.

Je voudrais enfin remercier ma famille pour leur présence à mes côtés et leurs mots rassurants en toutes circonstances. Merci en particulier à ma maman qui est un soutien de toujours. Merci pour ses relectures, corrections et reformulations ainsi que les nombreuses heures qu'elle m'a consacrées.

SOMMAIRE

Introduction 8
I- Présentation du lieu de stage 9
1) Fonctionnement du CMP 9
2) L'accueil des enfants 10
3) Les relations inter-professionnelles 10
4) La psychomotricité au CMP 11
II- Présentation de la pratique 12
1) La prise en charge individuelle d'Hector 12
1.1- Anamnèse 12
1.2- Notre première rencontre et mes observations 13
1.3- L'évolution des premières séances 14
2) Les prises en charge du groupe cabane 16
2.1- Présentation des cas cliniques 16
2.1.1- Rémi 16
a- Anamnèse 16
b- Notre première rencontre et évolution des premières séances 17
2.1.2- Abel 19
a- Anamnèse 19
b- Notre première rencontre et mes observations 20
c- Première séance 21
2.2- Le groupe-cabane 22
2.2.1- Origine et présentation du groupe-cabane 22
2.2.2- Déroulement des séances du groupe-cabane 23
2.2.3- Évolution du groupe lors de mon stage 24
III- L'autisme 25
1) L'histoire résumée de l'autisme 26
2) Les classifications actuelles 27
2.1- La CFTMEA 27
2.2- La CIM 10 27
2.3- Le DSM-5 27
3) Les signes d'alerte des troubles du spectre de l'autisme 28
4) Les hypothèses étiologiques de l'autisme 28
5) La sémiologie, les atteintes chez les personnes avec TSA 29
6) Les particularités sensorielles 30
6.1) Troubles de l'intégration sensorielle, hypo ou hyper-sensibilité 30
6.2) Les particularités sensorielles d'Hector 31
6.3) Les particularités sensorielles de Rémi 31

6.4) Les particularités sensorielles d'Abel 32
IV- La notion d'enveloppe 33
1) La construction des enveloppes dès le début de la vie.....33
1.1- Les premiers contenants 33
1.2- L'enveloppe tactile.....34
1.3- Rôles des parents dans la structuration des enveloppes 34
2) L'enveloppe-peau.....35
2.1- Structuration de l'enveloppe-peau.....35
2.2- Les fonctions de la peau 36
3) Le concept d'enveloppe abordée par les théoriciens 37
3.1- Enveloppe, enveloppe psychique, enveloppe psycho-corporelle.....37
3.2- Le Moi-corporel de Sigmund Freud 37
3.3- Le Moi-peau et l'enveloppe psychique de Didier Anzieu.....38
3.4- La peau psychique d'Esther Bick.....39
3.5- La fonction alpha de Bion.....40
3.6- L'enveloppe psychique à trois feuillets de Didier Houzel.....40
3.7- Les boucles de retour de Geneviève Haag.....41
V- Défaillance de l'enveloppe psycho-corporelle 42
1) Origines de la défaillance de l'enveloppe psycho-corporelle et conséquences sur l'enfant ..42
1.1- Manque de stimulations tactiles et difficultés d'interaction 42
1.2- Défaut d'intégration de la fonction contenante parentale 42
1.3- Défaillance de la fonction de pare-excitation maternelle et de son intériorisation 43
1.4- Atteinte de l'image du corps.....44
1.5- Angoisses archaïques non résolues.....44
2) Manifestations et stratégies de défenses face à la défaillance de l'enveloppe psycho-corporelle.....45
2.1- Enveloppe tonique ou musculaire.....45
2.2- Enveloppe motrice 45
2.3- Comportements manifestant un manque de limites 46
2.4- Recherche de contenance 47
2.5- Manifestations d'angoisses archaïques non résolues 48
2.5.1- Angoisse d'effondrement ou de chute.....48
2.5.2- Angoisse de liquéfaction 50
2.6- Manifestations d'un manque d'individuation.....50
VI- Les différentes enveloppes existantes lors de prise en charge en psychomotricité.....51
1) L'enveloppe apportée par le psychomotricien 51
2) L'enveloppe groupale 52
3) L'enveloppe du cadre thérapeutique 54
3.1- Définition.....54
3.2- Importance des invariants 54

3.3- Le cadre spatial 55
3.4- Le cadre temporel 55
3.5- L'encadrement professionnel 55
3.6- Rôle contenant du thérapeute 56
3.7- Le cadre du groupe cabane 56
3.8- Instaurer des règles 57
4) L'enveloppe institutionnelle 57
5) L'enveloppe familiale 58
VII- Renforcer l'enveloppe psycho-corporelle en psychomotricité à travers diverses médiations .60
1) Notion de médiation 60
2) Les enveloppements 61
2.1- Description de la méthode d'enveloppement sec et différenciation avec le packing 61
2.2- Fournir des sensations tactiles, ressentir son corps et établir les limites corporelles ...62
2.3- Apaiser les angoisses.....63
2.4- Apporter recentrage et contenance 63
2.5- Les enveloppements comme support à la représentation.....64
2.6- Fournir une enveloppe physique 64
2.7- Favoriser la relation, la communication 65
3) Le portage et les bercements 66
3.1- Le portage lors des séances 66
3.2- Stimulations vestibulaires par le portage et les bercements 67
3.3- Régression et apaisement.....67
3.4- Le portage reproduit les fonctions du holding 68
3.5- Le portage joue un rôle dans la relation.....68
3.6- Le portage comme soutien des enveloppes matérielle et psycho-corporelle 69
3.7- Quand être porté n'est pas possible 69
4) Les cabanes 71
4.1- Fonctions des cabanes en psychomotricité.....71
4.1.1- Retour aux premières enveloppes et régression.....71
4.1.2- Un « moi-peau d'emprunt ».....71
4.1.3- Rôle de contenance.....72
4.1.4- Rôle de limite.....72
4.1.5- Rôle de protection 73
4.1.6- Rôle de soutien à la construction de l'enveloppe psycho-corporelle 73
4.1.7- Moyen de s'individualiser, de différencier le Soi du non-Soi.....74
4.1.8- Expériences sensori-motrices et spatiales variées 74
4.2- Liens entre les cabanes et l'enveloppe psycho-corporelle des enfants 75
4.2.1- Corrélation entre habitat et fonctionnement psychique 75
4.2.2- Construire ou habiter.....76

4.2.3- Espace clos ou ouvert 76
4.2.4- Petit ou grand espace 78
4.2.5- Espace rempli ou vide 79
4.2.6- Besoin de détruire 79
4.2.7- Recherche de solidité 80
4.3- Évolution des cabanes et développement du moi-psychique 81
5) Les pressions sous le tapis 82
5.1- Création et description du dispositif 82
5.2- Première évolution de la proposition 83
5.3- Deuxième évolution de la proposition 84
5.4- Apports de la proposition 84
5.5- Lien avec la « machine à serrer » de Temple Grandin.....85
Conclusion.....86
Bibliographie.....87
Annexes.....I
Annexe I.....I
Annexe II.....II
Annexe III III
Annexe V.....V
Annexe IV V

INTRODUCTION

Construire des cabanes avec mes sœurs a été une activité qui a bercé mon enfance, occupant de nombreuses après-midis pluvieuses. Je me rappelle le sentiment de protection, de sécurité que je ressentais une fois à l'intérieur de cette petite maison.

Je n'aurai pas pensé de prime abord, à utiliser la construction de cabanes comme une médiation. Cependant, lors de mon stage en CMP, j'ai été amené à participer au groupe « cabane et enveloppements » avec des enfants autistes. Cela m'a particulièrement intéressé et je me suis donc demandé ce qui était mis au travail, au sein de cette prise en charge groupale.

En parallèle, j'ai remarqué dès les premières séances individuelles qu'en plus de construire des cabanes, les enfants demandaient fréquemment d'être portés, enveloppés et bercés. Face à ces constatations, je me suis donc interrogée sur les raisons de ces demandes particulières : à quels besoins répondaient-elles ?

Grâce aux discussions avec ma maître de stage, j'ai établi un lien entre ces médiations corporelles et la notion d'enveloppe psycho-corporelle qui a tendance à faire défaut chez les enfants autistes.

Ces réflexions m'ont amené à la problématique suivante : En quoi la contenance physique peut-elle solidifier une enveloppe psycho-corporelle défaillante chez des enfants avec des troubles du spectre de l'autisme ?

Pour tenter de répondre à ces questions, je présenterai dans un premier temps mon lieu de stage ainsi que les enfants rencontrés que j'ai choisi d'observer. Je décrirai ensuite le groupe-cabane, sa genèse, le déroulement des séances et son évolution, avant de faire le point sur l'autisme en évoquant les différentes classifications qu'il existe. Ensuite, j'aborderai la notion d'enveloppe, sa construction et les différentes théories sur ce sujet. Je parlerai de manière détaillée des défaillances de l'enveloppe puis des enveloppes présentes en séance de psychomotricité. Enfin, je discuterai des moyens de substitution et de renforcement de l'enveloppe psycho-corporelle en psychomotricité, avec des enfants porteurs de troubles du spectre autistique.

Ma réflexion s'est construite au fur et à mesure de mes observations. J'ai essayé de mieux les comprendre et de les expliquer au moyen d'apports théoriques. Ainsi, tout au long de ce mémoire, les éléments cliniques et théoriques se recoupent, permettant d'apporter aussi bien des illustrations que des explications, les deux se complétant.

Par soucis de confidentialité et de respect de la vie privée, les prénoms des enfants utilisés dans ce mémoire, ont été modifiés.

I- Présentation du lieu de stage

Nous allons commencer par décrire le CMP, lieu de mon stage, faisant partie intégrante du cadre thérapeutique. Celui-ci joue un rôle essentiel dans les prises en charge, notamment pour apporter des limites, des repères sécurisants sur lesquels je reviendrai plus tard. Je commence également ce mémoire par la clinique, car c'est à partir d'observations pratiques que les questionnements évoqués plus haut me sont venus.

1) Fonctionnement du CMP

J'effectue mon stage dans un centre médico-psychologique (CMP) accueillant des enfants de 3 à 18 ans. « *Les CMP sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, dont le but est d'assurer des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile* » (Noziglia, 2015). Ce sont des lieux qui ont pour missions d'accueillir tous les enfants en souffrance psychique, sans frais pour les familles. Les CMP fonctionnent sur un système de sectorisation : un centre a en charge une certaine zone géographique déterminée. Seules les personnes habitant dans cette zone peuvent s'y rendre.

Les enfants accueillis dans cet établissement ont des troubles neuro-développementaux, des troubles du comportement, des troubles psychiatriques et/ou des troubles du spectre autistique (TSA).

Le CMP dans lequel j'effectue mon stage est sous le contrôle d'un établissement public de santé et fonctionne en inter-secteur avec d'autres institutions comme les hôpitaux de jour ou les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel. Dans le CMP, une psychomotricienne est présente à mi-temps, ainsi que trois psychologues, une infirmière (c'est un nouveau poste depuis cette année), une assistante sociale, une secrétaire et deux médecins psychiatres dont l'une est chef de service. L'ensemble des professionnels sont à mi-temps sur le CMP et sur une autre structure du secteur.

Tous les jeudis, l'équipe entière se rassemble pour la réunion de synthèse. Les patients qui ont passé l'entretien d'accueil et qui pourraient être pris en charge dans l'établissement prochainement, y sont présentés. Chacun peut également aborder les situations actuelles qui l'interpellent.

2) L'accueil des enfants

Pour bénéficier de séances au CMP, les familles rencontrent une première fois un consultant, psychologue ou médecin psychiatre, qui assure par la suite la coordination des soins. Ce moment permet de faire connaissance avec l'enfant et ses parents, de comprendre les raisons de prise de contact avec le CMP et de déterminer le type de suivi nécessaire.

Lors des réunions de synthèse, les professionnels décident entre eux qui sera le thérapeute de l'enfant en fonction de ses besoins (psychologue ou psychiatre).

La plupart du temps, les familles viennent à la suite d'une demande de l'école ou des parents eux-mêmes, qui ont des doutes concernant le développement de leur enfant, qu'ils trouvent « anormal » ou « bizarre ».
Ils peuvent aussi être envoyés dans l'établissement, après une hospitalisation en lien avec une naissance prématurée, ou après le diagnostic d'une pathologie.

Les suivis se font au CMP également lorsque les familles n'ont pas les moyens de payer des consultations ou thérapies en libéral, les séances au CMP étant prises en charge par la sécurité sociale.

3) Les relations inter-professionnelles

Les enfants ont généralement un consultant et un thérapeute. Ces deux personnes différentes évitent qu'une relation fusionnelle ce crée entre le professionnel et la famille et permet un partage des rôles, particulièrement si la situation est compliquée.

Consultant et thérapeute sont fréquemment amenés à échanger à propos des entretiens qu'ils ont avec les familles, ou pour réfléchir à une évolution du projet thérapeutique concernant l'enfant. Il est essentiel que les professionnels communiquent entre eux pour assurer la cohérence des soins.

D'autre part, plusieurs groupes ont lieu dans le cadre du CMP. Ils sont pour la plupart animés par deux professionnels. Leur collaboration, ainsi qu'une bonne entente entre eux est nécessaire pour porter le groupe et pour que les enfants s'y sentent à l'aise et en confiance. Cela fait partie du cadre contenant sur lequel je reviendrai plus tard[1].

[1] Cf. *infra*, VI- 3.5- L'encadrement professionnel p.57

Par ailleurs, certains professionnels bénéficient d'une supervision extérieure. Ce temps d'échange permet au thérapeute de prendre du recul, d'analyser les situations qui lui posent question, de faire un point sur l'évolution de la prise en charge, et parfois de prendre conscience des progrès fait par les enfants. Ce regard que porte le superviseur sur les prises en charge est donc très enrichissant pour le professionnel.

Le groupe cabane a également une supervision, qui permet d'échanger au sujet de la médiation, des enfants et des propositions qui peuvent être faites.

4) La psychomotricité au CMP

Suite aux réunions de synthèse ou aux discussions entre professionnels, la médecin psychiatre du CMP, parfois sous indication des psychologues, prescrit les bilans et séances de psychomotricité en cas de besoin.

Concernant le cadre, les séances de psychomotricité sont principalement individuelles et durent en moyenne 45 min chacune. Pendant la journée où je suis en stage, nous accueillons six enfants en individuel et deux enfants dans le groupe-cabane, animé en collaboration avec une des psychologues du CMP.

La salle de psychomotricité est séparée de la salle d'attente par un couloir. C'est une pièce de taille moyenne, dans laquelle on retrouve différents accessoires qui servent pour les séances, notamment un coffre renfermant du matériel pour construire des cabanes, (briques, bâtons, tissus, coussins...), ainsi qu'un tapis et un hamac.

Au cours de mon stage, j'ai rencontré plusieurs jeunes garçons, mais j'ai choisi d'observer plus spécifiquement Abel et Rémi qui font partie du groupe-cabane, ainsi qu'Hector qui demandait dès les premières séances d'être porté dans le hamac. Je vais désormais présenter ces trois enfants en commençant par synthétiser leur histoire ainsi que les bilans et observations psychomotrices qui ont pu être fait. Je décrirai ensuite ma rencontre avec chacun d'eux et la première séance de psychomotricité. J'ai eu connaissance de leur histoire de vie grâce aux retranscriptions des entretiens d'accueil qui ont eu lieu entre les parents des enfants et leurs consultants respectifs.

II- Présentation de la pratique

1) La prise en charge individuelle d'Hector

1.1- Anamnèse

Hector est un garçon de 8 ans, qui est actuellement en classe ULIS, après avoir été maintenu deux années en grande section de maternelle.
Il est né après une grossesse et un accouchement sans difficultés et vit chez ses parents avec sa demi-sœur, d'un premier mariage de son père.

Face aux troubles de compréhension et d'expression verbale, ainsi qu'aux problèmes de comportement violent envers ses camarades et sa maîtresse, Hector est orienté vers le CMP en octobre 2016.

Lors du premier rendez-vous avec la consultante psychologue, la mère d'Hector décrit son fils comme un bébé tonique et un enfant nerveux. Elle évoque son agitation, que ce soit à l'école ou à la maison. Elle parle aussi de ses difficultés motrices dans les activités scolaires et dans les gestes de la vie quotidienne. Concernant son développement psychomoteur, il semble avoir été normal dans l'ensemble, avec notamment une marche acquise à 11 mois. Cependant, le langage est apparu tardivement et d'abord en écholalie[2]. Puis quelques progrès ont été fait grâce au suivie en orthophonie. Selon madame, Hector est un garçon sensible sur le plan émotionnel mais également sonore, avec des difficultés à rester au sein d'un groupe qui fait du bruit.

Une intervention de la sphère oto-rhino-laryngologique (ORL) semble avoir amélioré ses difficultés au niveau de la respiration et du langage.

Une observation psychomotrice a été faite lorsqu'il avait 4 ans et 8 mois. Il est noté chez lui une grande agitation, des difficultés motrices, des troubles des coordinations (entre haut et bas du corps, entre hémicorps droit et gauche, entre vision et mouvement) ainsi que des troubles des équilibres statiques et dynamiques. Il a également des difficultés de régulation tonico-émotionnelle, qui se caractérisent par une hypertonie dans des situations où il y a des vécus émotionnels intenses (plaisir, frustration), qui contrebalance avec une hypotonie à d'autres moments. La frustration vécue par Hector est source de désorganisation et d'opposition.

Certaines parties de son corps semblent parfois oubliées ou désinvesties. Il a aussi des difficultés de repérage et d'orientation spatiale, ainsi qu'au niveau du langage, avec des troubles de l'articulation.

[2] Répétition automatique des paroles de l'interlocuteur

D'autre part, Hector est fatigable, et a du mal à maintenir son attention et sa concentration sur une tâche ; il est distractible mais a malgré tout une bonne mémoire, notamment pour retenir les chansons et les lieux géographiques.

Son suivi en psychomotricité a démarré en avril 2017, à raison d'une séance par semaine en individuel. Initialement, il a été pris en charge pour différentes difficultés qui entravent le bon déroulement de son développement psychomoteur, notamment au niveau de la régulation tonico-émotionnelle, de la motricité et des représentations du corps. Le projet thérapeutique en psychomotricité est donc d'accompagner Hector dans ses expériences sensori-motrices afin de diversifier celles-ci et de soutenir l'intégration de ces explorations sous forme de représentations stables.

Actuellement, le projet a un peu évolué. Les séances de psychomotricité ont aussi pour objectif de l'aider à mieux gérer sa frustration, à diminuer son agitation et son impulsivité en lui apportant une contenance, pour qu'il puisse être plus calme, notamment lors des activités et des temps de détente.

Finalement, en juillet 2020, Hector a passé un bilan neuro-pédiatrique au sein du Centre de Recherche Et de Diagnostic de l'Autisme et des Troubles apparentés (CREDAT). Celui-ci a révélé un autisme d'intensité élevée.

Nous allons à présent faire l'état des lieux des premières séances d'Hector, pour en faire la comparaison avec les séances suivantes en discussion.

1.2- Notre première rencontre et mes observations

Je rencontre Hector pour la première fois en octobre 2020. C'est un jeune garçon mince, avec les cheveux bouclés bruns, une peau mate et des grands yeux noirs.

Je trouve qu'il entre assez facilement en relation, même avec moi qu'il ne connaît pas. Il peut échanger des paroles avec nous, mais a besoin régulièrement de retourner dans sa bulle, détournant alors le regard et se plaçant dos à nous pour jouer seul de son côté. Lors des moments de jeux au sol, il est assis en W, marquant une hyperlaxité chez lui. J'ai également remarqué que c'était difficile pour lui d'intégrer plusieurs consignes, d'attendre son tour et d'accepter de perdre lors des jeux de société.

Il peut d'autre part, parler de ressentis douloureux ou de tristesse, mais l'émotion ne semble pas incarnée corporellement, voire pas en accord avec la situation, comme le fait de rire alors qu'il s'est fait mal, ou de nous dire tout en rigolant qu'il est triste. Il présente également des rires immotivés, dont on ne comprend pas l'origine.

Pendant cette première séance, nous avons discuté pour nous présenter. J'ai été surprise par la façon dont Hector nous a parlé de ses amis imaginaires, qu'il évoque comme étant des amis réels, et de son doudou personnifié auquel il est très attaché. De plus, quand Hector parle de lui, il utilise la 3ème personne du singulier, comme s'il s'adressait à une autre personne, ce qui m'a beaucoup étonné. Cela m'évoque un retard d'acquisition de l'individualisation, de la subjectivation. Je me demande ce qu'il en est de la construction de son espace psychique, de sa personnalité et de son *Moi*, qui permet normalement de se distinguer des autres. Nous reviendrons plus bas sur ce sujet[3].

Il nous raconte également plusieurs événements qui se sont passés ultérieurement, n'ayant parfois pas de lien avec ce que nous sommes en train de faire. Il paraît être dans son monde, n'est pas toujours présent psychiquement avec nous dans la séance. Il est facilement happé par un bruit extérieur, ce qui témoigne d'une certaine distractibilité.

J'ai constaté dès cette première rencontre des troubles au niveau de la régulation tonique chez Hector. Il peut passer d'une hypertonie avec de l'agitation et des mouvements désordonnés, à des moments de relâchement tonique où il s'effondre dans le fauteuil.

Par ailleurs, j'ai remarqué au cours des premières séances que la motricité fine et le dessin sont compliqués pour lui : il fait des gribouillages, des boucles et des ronds qui ne sont pas fermés. Lorsqu'il essaye de dessiner un bonhomme, les différentes parties du corps de son personnage sont superposées.

Actuellement, Hector présente toujours des troubles du comportement importants : de l'impulsivité, des troubles de la concentration, des troubles de l'attention (avec une grande distractibilité), un TOP (trouble oppositionnel avec provocation), des intérêts restreints avec une tendance à la répétition. Il a également toujours des difficultés au niveau de la communication, au niveau du langage (beaucoup d'écholalie) et au niveau relationnel.

On retrouve chez Hector un mauvais investissement de l'image du corps avec l'expression sur son visage d'une certaine étrangeté lorsqu'il se regarde dans le miroir.

Il a enfin des difficultés avec les fins de séances ou les transitions entre les activités. A ces moments-là, il se désorganise, s'excite, peut faire preuve d'agressivité en jetant les objets, et crie pour manifester sa frustration.

1.3- L'évolution des premières séances

La première séance que je fais avec Hector n'est pas vraiment organisée, l'ordre des propositions s'établissant au fur et à mesure des demandes de l'enfant, à l'image du jeu libre. Il

[3]Cf. *infra,* partie V- 2.6- Manifestation d'un manque d'individuation p.52

nous demande durant toute la séance quand est ce qu'il va « faire du kayak » (qui signifie pour lui hamac), nous montrant son impatience d'être porté et balancé, ainsi que ses difficultés à être dans le moment présent. Puis pendant la proposition du hamac, ce qui intéresse Hector est la vitesse, les ressentis vestibulaires provoqués par les balancements, mais pas la détente, le relâchement que cette médiation peut apporter. Il montre beaucoup d'excitation avec une hypertonie que j'ai observée, ainsi que des mouvements désordonnés de bras et de jambes, démontrant son agitation psychomotrice.

La fin de la séance est compliquée pour lui car il ne veut pas partir. Ce moment provoque une angoisse qu'il manifeste par une opposition, une excitation débordante et une certaine agressivité.

Dès la semaine suivante, nous faisons le choix de structurer davantage la séance, car lui laisser la liberté de choisir les activités semblait plutôt être source de désorganisation. Nous présentons alors à Hector les différents temps, en les schématisant sur le tableau. L'objectif est de l'aider à accepter plus facilement la fin de chaque activité et de la séance, ainsi que de le faire patienter avant le moment du hamac qu'il apprécie beaucoup. Ce nouveau rituel instauré à chaque fois, permet d'apporter un repère stable, un cadre rassurant, contenant, dont je reparlerai un peu plus tard[4].

Nous prévoyons donc trois temps : un de motricité globale, un plus orienté sur la motricité fine et un temps calme de portage, d'enveloppement et/ou de balancements dans le hamac.

J'ai noté qu'il a tendance à se mettre au sol entre les activités, comme s'il y avait chez lui un effondrement tonique. De plus, avec les kaplas, Hector construit simplement des tours, en cherchant à fabriquer un « concert » comme il le nomme. Il ne parvient pas à le représenter, puisqu'il y a uniquement des colonnes, mais pas d'espace délimité par des murs.

Pour le temps calme dans le hamac, nous lui proposons cette fois une couverture ainsi qu'un coussin et des pressions faites par la psychomotricienne pour lui faire ressentir son corps, ses limites corporelles. Cela paraît lui apporter un peu d'apaisement, de recentrage. Il a pu se poser plus facilement que lors de la séance précédente. Cependant, il est resté demandeur d'accélérer la vitesse des balancements et il a oscillé entre des moments calmes et des moments d'excitation, se manifestant par des décharges toniques dans ses membres ainsi que des rires. La fin de la séance est de nouveau difficile pour Hector, qui refuse de sortir du hamac et de mettre ses chaussures.

[4] Cf. *infra*, VI.3- L'enveloppe du cadre thérapeutique p.55

Grâce à ce résumé des premières séances de psychomotricité, il est possible de mieux se représenter Hector et d'avoir une idée de ses vécus psycho-corporels.

Après avoir évoqué le cas singulier d'Hector, nous allons maintenant nous intéresser au fonctionnement du groupe cabane, au travers de la présentation de Rémi et Abel

2) Les prises en charge du groupe cabane

2.1- Présentation des cas cliniques

2.1.1- Rémi

a- Anamnèse

Rémi a 3 ans et demi quand je le rencontre et il vient d'entrer en petite section de maternelle. Il a une grande sœur, de deux ans son aînée.

Il est d'origine marocaine, sa famille est au Maroc et sa mère est arrivée en France depuis 2013, pour son mariage avec le père de Rémi. Elle parle arabe avec ses enfants et s'exprime très peu en français. Monsieur est électricien. Il comprend et parle le français, jouant le rôle de traducteur quand il est présent lors des entretiens avec le consultant.

La grossesse et l'accouchement se sont bien déroulés et il n'y a pas d'inquiétudes pendant les premiers mois de vie de Rémi. Il est décrit par ses parents comme un bébé bougeant beaucoup, mais qui n'a pas de retard de développement. Il a acquis la marche à un an, en commençant par marcher sur la pointe des pieds, puis progressivement normalement, et il a dit ses premiers mots également à cet âge-là. Il a régressé vers ses 2 ans, sa mère considérant « qu'il a oublié », avec des troubles de la compréhension et un retard de langage qui se sont installés petit à petit. Je me suis demandé si un événement provocant cette régression avait eu lieu, mais je n'ai pas d'informations à ce sujet.

Rémi était également un bébé peu en relation selon sa mère, que ça soit avec ses parents, sa sœur ou avec les autres enfants.

Devant la survenue de ces difficultés, les parents de Rémi consultent un médecin psychiatre en libéral et se rendent dans le service de protection maternelle et infantile du secteur. Aucun diagnostic n'a été posé avec précision, mais Rémi semble présenter un trouble neuro-développemental avec des symptômes autistiques. Ce trouble est à l'origine d'une « *perturbation du développement cognitif ou affectif de l'enfant, [entraînant] un ralentissement sur le fonctionnement adaptatif scolaire, social et familial* » (Hôpital universitaire Robert-Debré, s.d.).

Les professionnels rencontrés les adressent par la suite au CMP, avec pour indication un retard de développement et un trouble de la communication.

Lors de l'entretien avec la consultante psychiatre, la mère de Rémi dit s'inquiéter par rapport à ses troubles du langage et de la compréhension ainsi que pour son entrée en maternelle. Sa demande concerne particulièrement des moments de collectivité pour son fils, car il est actuellement plutôt à l'écart des autres enfants quand il va au parc.

La psychiatre remarque la capacité de Rémi à répéter quelques mots. Il a développé des moyens de compensation pour se faire comprendre avec le pointage, quelques gestes, des pleurs et en prenant la main de sa maman pour lui montrer ce qu'il veut.

Son activité principale à la maison est l'alignement des petites voitures, dont il fait également tourner les roues. Sa maman le décrit comme « nerveux », pouvant faire des « crises » ou des colères dans les moments de frustration. Elle évoque également une hypersensibilité aux stimulations auditives. Concernant le sommeil, il s'endort dans les bras de sa mère et a besoin de la voir pour se rassurer au réveil.

Les raisons initiales de prise en charge en psychomotricité pour Rémi sont : la présence de traits autistiques (marche sur la pointe des pieds, écholalie, difficultés de relation avec ses pairs, jeux restreints), une excitation psychomotrice ainsi qu'une absence de langage. La médecin psychiatre a prescrit le groupe-cabane en psychomotricité pour Rémi, et des séances d'orthophonie ont été mises en place en parallèle. Le projet thérapeutique est de soutenir le développement de cet enfant en favorisant les expériences sensori-motrices variées, dans le cadre sécurisant du groupe cabane, ainsi qu’en développant ses capacités relationnelles et communicationnelles.

Rémi intègre le groupe début octobre, en étant le seul enfant avec trois adultes (la psychomotricienne, la psychologue et moi-même stagiaire psychomotricienne).

b- Notre première rencontre et évolution des premières séances

Je rencontre un jeune garçon avec des cheveux bouclés châtains, des grands yeux marrons et des longs cils qui soulignent son regard et le rendent plus intense. Il est souriant, rigole, et a des échanges visuels avec nous. Il entre assez facilement en relation, bien que je ressente une certaine retenue puisqu'il ne nous connaît pas.

Il n'a aucun souci au niveau de la séparation avec sa maman, et la facilité avec laquelle il est parti de la salle d'attente, sans même la regarder pour lui dire au revoir, en est même étonnante.

Tout au long de la séance, Rémi est beaucoup dans l'imitation gestuelle. Il reproduit également en écholalie les sons qu'il entend, comme pour communiquer avec nous, pour s'intégrer. Il ne dit que très peu de mots compréhensibles, témoignant de son retard de langage.

Je remarque qu'il est appliqué et habile au niveau de sa motricité globale : il fait toujours attention à bien aligner les briques, à ne pas les frôler pour ne pas les faire tomber, et est à l'aise pour sauter au-dessus des modules. Cependant, c'est plus compliqué pour lui au niveau de la

motricité fine et des coordinations bi-manuelles, comme pour mettre des pinces de jonction sur les bâtons par exemple.

Au niveau du schéma corporel, il ne semble pas bien acquis, se cognant aux meubles et ayant des bleus et des pansements suite à des chutes.

À la première séance, Rémi présentait une certaine inhibition motrice. Il avait besoin de beaucoup d'étayage, de soutien, de sollicitations pour oser se déplacer et construire. Lors de cette séance, c'est un enfant calme, qui présente très peu d'agitation, qui peut se coucher sur les coussins à certains moments et accepte d'être bercé dans un drap. Il se laisse faire malgré une tension persistante dans ses membres inférieurs, ayant une difficulté à se relâcher complètement.

Rémi est tout de même curieux et part à la découverte du matériel, de la salle. Concernant ses constructions durant cette première séance, ce sont principalement des tours en hauteur, non reliées les unes aux autres ; il n'y a pas d'horizontalité. Avec notre soutien, il peut nous aider à construire une cabane un peu plus élaborée avec des briques, des bâtons et un tissu pour faire le toit.

Pendant la deuxième séance, Rémi semble plus à l'aise et plus actif puisqu'il nous connaît mieux, ainsi que la salle et le matériel. Il reste cependant dans une position verticale et construit des murs sous forme de colonnes en empilant les briques les unes sur les autres. Puis il remplit le sol avec d'autres briques, comme pour faire une sorte de parquet, en s'assurant qu'il n'y ait pas d'espaces entre chaque module en carton. Il passe en effet beaucoup de temps à ajuster, replacer des briques qui se seraient déplacées.

Lors des séances suivantes, l'inhibition motrice et verbale observée au début de la prise en charge, est remplacée progressivement par une activité motrice plus importante et des petits cris manifestant une excitation. Il refuse désormais de s'allonger, de se poser et d'être bercé dans le tissu. Cependant, Rémi semble s'autoriser de plus en plus à bouger, à faire des expériences, à être moins dans le contrôle, la précaution et l'ordre. Les séances de psychomotricité apparaissent comme un moment où il peut exprimer du plaisir, de l'excitation, alors qu'il se doit d'être calme et sage chez lui.

Rémi a été seul dans le groupe pendant cinq séances avant l'arrivée d'Abel. Nous l'avons préparé à sa venue en parlant de lui en amont. Je vais donc maintenant présenter Abel et décrire notre rencontre et sa première séance.

2.1.2- Abel

a- Anamnèse

Abel est un jeune garçon de 3 ans qui est en petite section de maternelle.
Sa mère est ukrainienne et son père est d'origine algérienne, mais tous les deux parlent et comprennent bien le français. Madame est arrivée en France en 2004. Elle travaille depuis la maison pour remettre à niveau son diplôme de comptabilité. Monsieur est directeur commercial à mi-temps. Il suit en parallèle une formation dans le domaine de la sécurité routière. Il a un fils de 14 ans, d'un premier mariage, qui vit avec eux.

La grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans problème particulier et Abel a été gardé par sa maman jusqu'en septembre 2019. Puis il a été une année au jardin d'enfants, qui est un équipement municipal intermédiaire entre la crèche et l'école.

Il rentre à l'école en septembre 2020, dans un double niveau, petite/moyenne section de maternelle. Des aménagements scolaires sont mis en place et une AVS lui est attribuée.

En octobre 2020, face à des troubles du comportement en classe et des retards de langage, ainsi que sur les recommandations de la psychologue scolaire, la mère d'Abel contacte le CMP pour son petit garçon. Il n'a en effet pas dit de mots avant 2 ans, il babillait et n'appelait pas ses parents, ce qui a inquiété sa mère. Le langage a finalement débuté en janvier 2020. Madame avait déjà pressenti que son fils n'était « pas comme les autres » puisqu'il ne répondait pas à son prénom.

Le pédiatre recommande aux parents d'Abel de consulter dans un hôpital pédiatrique, mais en voyant les délais d'attente, ils s'orientent vers un neuropédiatre en libéral. Celui-ci décrit alors Abel comme « hyperactif » et « haut potentiel » devant à sa connaissance des chiffres et des lettres ; cependant il ne pose pas de diagnostic.

Face à l'absence de réponse d'Abel à son prénom, face à ses difficultés relationnelles, ses troubles alimentaires, ses stéréotypies de type flapping et ses intérêts restreints pour tout ce qui roule, ainsi que pour les chiffres et les lettres, la médecin psychiatre du CMP suspecte un syndrome autistique. Elle pose donc en novembre 2020 le diagnostic de « trouble du spectre autistique », et un dossier MDPH[5] est monté.

D'après les notes prises par la consultante lors de l'entretien d'accueil, Abel présente également une intolérance à la frustration, qui se manifeste par des colères. Il a cependant de bonnes capacités de mémorisation et des connaissances surprenantes pour son âge, comme les chiffres qu'il reconnaît ou encore les lettres qu'il peut nommer sur un clavier d'ordinateur. Il

[5] Maison Départementale des Personnes Handicapées

rencontre des difficultés au niveau de la communication, est peu en interaction avec les autres enfants et reste dans l'évitement face au lien à l'autre.

Une fois que le diagnostic de trouble du spectre autistique est posé, la psychiatre propose à la mère d'Abel qu'il soit pris en charge en psychomotricité dans le groupe-cabane. Le projet thérapeutique pour cet enfant est de le soutenir dans son développement en faisant des expériences sensori-motrices diverses dans un cadre sécurisant, de l'aider à mieux tolérer la frustration et de renforcer ses capacités relationnelles.

Abel a en parallèle un suivi orthophonique qui lui permet de faire rapidement des progrès au niveau du langage.

Ses parents sont très investis auprès de lui et dans la prise en charge dès le début, cherchant des moyens pour l'aider à progresser notamment au niveau du langage. Madame a trouvé par elle-même une méthode (ressemblant au PECS[6]) qu'elle utilise pour son fils.

b- Notre première rencontre et mes observations

Abel n'a pas passé de bilan psychomoteur côté, mais j'ai pu faire une observation psychomotrice spontanée au cours d'un entretien où il était présent avec sa mère. C'est un garçon qui est sur un versant hypertonique, présentant des stéréotypies[7] de type flapping dans les moments d'excitation, ainsi qu'une agitation psychomotrice.

Au niveau du graphisme, Abel accepte de laisser une trace : il fait un dessin avec les feutres, en changeant de couleur à chaque nouveau trait. Il est capable de faire des ronds, d'écrire sur une feuille blanche l'alphabet et les chiffres, en les récitant à voix haute.

Abel est par ailleurs, beaucoup dans l'expérimentation, comme un tout petit, et recommence ses expériences en boucles. Il teste par exemple la pesanteur en lâchant sa feuille de papier depuis sa hauteur, puis la ramasse et recommence.

Concernant sa motricité fine : il parvient à boucher et déboucher un crayon, et construit une tour avec des kaplas qu'il pose à plat les uns sur les autres en utilisant ses deux mains de façon alternée. La latéralité ne semble pas encore fixée. Grâce à cette activité, j'observe également des bonnes coordinations bi-manuelle et oculo-manuelle ainsi que des capacités de construction visuo-spatiale. Pour la motricité globale, il est capable de lancer un ballon en l'air, mais c'est encore difficile pour lui d'organiser son corps dans l'espace pour le rattraper. Abel peut également se laisser balancer en décubitus ventral sur la physioball et il prépare ses mains en avant pour se rattraper, s'équilibrer (cela m'évoquant une bonne réaction parachute).

[6] Pictures Exchange Communication System ou Système de Communication par Echange d'Images
[7] Mouvements ou séquences motrices répétées, susceptibles d'interférer avec un mouvement adapté (J. Corraze)

Selon moi, il y a un désinvestissement corporel du bas du corps, notamment car il ne réagit pas aux stimulations sous ses pieds ou lorsqu'un objet tombe sur ses jambes. Il a également un trouble au niveau du schéma corporel : quand il essaie de passer sous des portiques fabriqués avec des bâtons, il se cogne la tête et ne mesure pas l'effet de ses gestes par rapport à l'environnement qui l'entoure.

c- Première séance

Dès son arrivée dans le groupe, Abel semble tout de suite à l'aise, alors qu'il arrive dans un environnement peu connu. Il enlève chaussures et chaussettes et va immédiatement explorer le matériel qui est à sa portée dans la salle, sans aucune appréhension. Abel et dans l'action et c'est difficile pour lui de s'asseoir avec nous pour les temps de comptine de début et fin de séance.

Pendant toute la séance, il est assez agité et fait beaucoup d'expériences, plutôt dans son coin. Il explore le matériel et la salle dans laquelle il se déplace, passant d'un endroit à un autre sans s'y poser réellement. Il est dans une concurrence et une opposition avec Rémi qu'il repousse à de nombreuses reprises, ne supportant pas sa présence à ses côtés. Il détruit également tout ce que Rémi construit et accapare le matériel qu'il ne veut pas partager. Il prend beaucoup de place, aussi bien au niveau sonore, que dans notre esprit, sollicitant de façon importante notre attention.

Une fois que nous avons construit la cabane, Abel cherche à fermer l'espace entre les deux pans du tissu qui fait office de toit. Puis il la remplit de coussins et de draps sous lesquels il s'allonge quelques instants.

Je remarque qu'il marche sur la pointe des pieds et qu'il peut avoir des comportements atypiques comme de tourner autour d'un objet sans s'arrêter ou s'allonger le long du bâton qu'il a posé au sol.

Il nous montre également lors de cette séance, une certaine intolérance à la frustration. Dès que quelque chose ne se passe pas comme il le souhaite, il s'énerve, pleure, pousse des gémissements et des cris. La fin de la séance est particulièrement compliquée pour lui, il manifeste de l'angoisse et de la colère face à la destruction de la cabane. Nous ne parvenons pas nous-mêmes à l'apaiser, mais il s'auto-rassure en lisant les chiffres écrits sur le couvercle du panier à tissus.

Ces deux petits garçons auxquels j'ai particulièrement choisi de m'intéresser pour écrire mon mémoire, appartiennent au groupe cabane. Les observations que j'ai pu faire tout au long de l'année au sein de ce groupe ont beaucoup enrichi mes réflexions autour du sujet de l'enveloppe que j'ai choisi de traiter. Je vais donc maintenant présenter la genèse du groupe cabane, comment et pourquoi il a été mis en place, ainsi que ses objectifs initiaux.

2.2- Le groupe-cabane

2.2.1- Origine et présentation du groupe-cabane

Au départ, il y avait au sein du CMP, différents groupes pour des enfants entre 6 et 18 ans (groupe pâtisserie, groupe ado, groupe jeux), mais rien n'avait été mis en place pour les enfants plus jeunes. Ce groupe est alors conçus pour les tout-petits enfants (entre 3 et 5 ans), qui ont des troubles importants : troubles du spectre autistique, troubles du comportement, retard majeur de développement ou de langage.

La question du corps étant importante chez les enfants ayant ce type de trouble, il a semblé pertinent d'utiliser une médiation corporelle pour les prendre en charge, ce qui fait partie des fonctions de la psychomotricienne. Etant également très intéressée par le lien corps-psychisme, la psychologue a accepté de participer à la création de ce groupe.
Celui-ci a été pensé pour trois enfants maximums. Cette année, nous avons commencé avec un seul petit garçon, puis un deuxième nous a rejoints au cours du mois de novembre comme dit précédemment.

Les séances sont d'une durée de 45 minutes et sont organisées en deux temps principaux : un temps de construction de cabanes, puis un moment plus calme d'enveloppement et de portage dans un tissu.

Ces deux temps ont des objectifs complémentaires, l'un encourageant le mouvement, le processus créatif, l'autre plutôt le relâchement, le recentrage sur soi.

Ce groupe permet d'aborder les notions d'enveloppe, de contenance, d'intérieur et extérieur, de permanence de l'objet (avec le jeu du coucou-caché) ainsi que du portage, pour des enfants ayant un trouble du spectre autistique.

Il a également pour intérêt de permettre aux enfants d'enrichir et de diversifier leurs expériences sensorielles grâce à l'exploration des différentes matières (tissus, coussins, briques, bâtons...). La sensori-motricité[8] mise en jeu pendant les séances, est un élément essentiel à développer chez des enfants avec ce type de trouble. En effet, la pathologie autistique débutant dans les deux ou trois premières années de vie, elle affecte toujours le développement sensori-moteur, comme nous le dit B. Meurin (2019). La motricité globale et fine est également mise en œuvre lors des séances, soutenant le développement des enfants.

[8] La sensori-motricité est la liaison entre les sensations et les mouvements

Les objectifs du groupe-cabane sont :

- de travailler la question du dedans/dehors,
- de favoriser la détente et le relâchement tonique pendant le temps de portage,
- d'accentuer les ressentis des limites corporelles, et par projection de renforcer l'enveloppe psychique,
- de restructurer le contenant psychique, symbolique du corps à travers la construction de cabanes, le portage et l'enveloppement dans des draps,
- de renforcer les interactions avec l'adulte et avec ces pairs.

Les séances du groupe cabane s'inscrivent au sein d'un cadre thérapeutique avec des rituels, apportant des repères stables et rassurants aux enfants qui en font partie. Chaque semaine, la séance suit un déroulement type que je vais à présent décrire.

2.2.2- Déroulement des séances du groupe-cabane

Dans un premier temps, nous allons chercher les enfants dans la salle d'attente, où ils sont avec leur maman respective.
Nous les emmenons ensuite dans la salle de psychomotricité que nous avons préparé à cet effet. Un drap est installé au sol, avec cinq coussins posés dessus (un pour chacun) et nous sortons du coffre une partie du matériel pour faciliter son accessibilité (des tissus de tailles, de matières et de couleurs différentes ; des briques, des coussins, des plots, des bâtons).

Une fois entrés dans la salle, nous invitons les enfants à enlever leurs chaussures, à les déposer sur l'étagère et à s'asseoir tous en cercle sur un des coussins. Chaque enfant choisit celui qu'il souhaite, sachant qu'ils sont tous différents (entouré d'un tricot, en velours, plastifié…). Finalement, je remarque que pour Abel, la matière du coussin l'importe peu, mais c'est la place dans le cercle qu'il garde toujours identique d'une séance sur l'autre, s'asseyant dos au mur pour avoir un arrière-fond. Au contraire, ce qui intéresse Rémi est de s'installer sur le coussin-péteur qui le fait rire quand il s'assoit dessus.

Ensuite, nous chantons tous ensemble une comptine signée avec les mains, sur la thématique de la cabane, pour accueillir chacun d'entre nous. Les gestes que nous faisons sont en accord avec les paroles de la chanson, pour leur donner plus de sens et pour soutenir le langage verbal par un langage corporel. Abel et Rémi qui ne prononcent que peu de mot, peuvent alors tout de même participer à la comptine en mimant les gestes.

Après ce moment d'accueil, les enfants peuvent se diriger vers le matériel et commencer à l'utiliser. Ils construisent alors des colonnes ou des chemins de briques, des cabanes avec des bâtons et des tissus, ils disposent les différents coussins au sol pour s'y allonger ou marcher dessus.

Ils peuvent aménager l'espace à leur guise, nous les laissons nous guider, nous mener vers ce dont ils ont besoin à cet instant-là. Cependant, nous sommes également amenés à leur apporter de la nouveauté pour diversifier leurs expériences, et à les aider dans leur construction quand ils rencontrent des difficultés. Nous leur montrons par exemple les différentes utilisations possibles pour un même matériel, comme les tissus qui peuvent servir de toit, de mur ou encore de couverture.

Nous proposons ensuite un temps plus calme d'enveloppement et de portage dans un drap tenu par deux adultes. À cela s'ajoute des bercements et la chanson « bateau sur l'eau » que les patients fredonnent avec nous. Si l'enfant ne souhaite pas être porté, nous jouons avec les draps, en faisant des vagues ou en portant dans le tissu des objets qu'il a choisis ; c'est notamment le cas de Rémi. Cela permet de le faire participer d'une autre façon, davantage dynamique, mais pendant laquelle il y a tout de même des échanges, un partage d'attention.

À la fin de la séance, nous rangeons tous ensemble le matériel et nous allons nous rasseoir sur les coussins, en cercle, pour nous dire au revoir. Nous récitons une autre comptine gestuée, également sur le thème de la cabane. Nous nous adressons à chaque personne en lui faisant un geste de la main, cela permettant de donner sa place à chacun en tant qu'individu distinct des autres, et également de créer un lien entre les participants. Puis c'est le moment de remettre les chaussures, et lorsque tout le monde est prêt, nous retrouvons les mamans dans la salle d'attente.

2.2.3- Évolution du groupe lors de mon stage

Comme je l'ai écrit précédemment, le groupe a connu des évolutions au fil de l'année. Nous avons tout d'abord accueilli uniquement Rémi pendant plusieurs séances, car aucun autre enfant pris en charge au CMP n'avait le profil adapté au groupe-cabane.

Puis nous avons pu recevoir Abel après l'avoir rencontré une première fois en entretien. Son arrivée a perturbé Rémi qui a mis un peu de temps avant d'affirmer sa place, se laissant au départ intimider. Abel a de son côté dû apprendre à accepter de ne pas toujours être le centre de l'attention et à partager l'espace avec Rémi et avec nous.

Progressivement les deux garçons ont appris à s'apprivoiser et ils ont commencé à communiquer à travers des regards, des gestes, des sons. Construisant au départ leur cabane chacun de leur côté, ils ont petit à petit collaboré pour créer des choses ensemble. Il y a eu des moments de rivalité et d'autres de complicité, de jeux, de taquineries. Aujourd'hui, Abel et Rémi s'entendent bien et peuvent se nommer l'un et l'autre.

Ainsi, l'arrivée d'un deuxième enfant a permis de travailler sur d'autres éléments importants du projet thérapeutique, comme la capacité à être en groupe, la relation aux autres, le partage du matériel, de l'espace et de l'attention des thérapeutes.

D'autre part, j'ai pu observer des évolutions concernant le matériel utilisé. Au départ, Rémi se servait uniquement des briques. Puis au fil des séances, il a utilisé les bâtons et les plots, et enfin les tissus que nous avons introduits pour créer le toit des cabanes. Avec l'arrivée d'Abel, qui est davantage dans l'expérimentation, les constructions et les utilisations du matériel se sont diversifiées. Les coussins ont eu une nouvelle place, remplissant les cabanes, et les tissus ont eu une nouvelle utilité, notamment avec les enveloppements et le portage qu'Abel a beaucoup investi. Plus tard dans l'année, ils se sont intéressés au coffre, laissant un peu de côté la construction des cabanes, et fabriquant plutôt un escalier avec les briques, pour grimper dans la malle. Abel a également investi le panier à tissus.

J'ai remarqué que dès l'arrivée d'Abel, l'espace a été davantage divisé en différentes petites zones plus fermées, témoignant de la part de ce petit garçon, d'un besoin d'être entouré, contenu.

Enfin, certaines séances ont été centrées sur un objet en particulier, qu'ils ont trouvé de façon impromptue : les pinces à linge, un ballon de baudruche dégonflé ou encore une corde qui sert habituellement à attacher le hamac.

Ainsi, toutes les découvertes qu'ils ont faites au sein du groupe cabane leur ont permis de varier leurs expériences sensori-motrices, de créer de nouveaux jeux à deux et d'exercer leur motricité de façons diverses. Ce sont des atouts favorisant le bon développement de ses enfants qui ont un retard de développement, en lien avec leur trouble autistique.

Ce trouble est présent chez les trois enfants que j'ai choisi d'observer pour ce mémoire. En effet, pour Abel et Hector le diagnostic d'autisme a été posé, et Rémi présente des symptômes autistiques, que j'ai fait le choix de regrouper sous le terme de « trouble du spectre de l'autisme ». Mais qu'est-ce que l'autisme ? Je vais essayer d'en résumer les origines, d'en faire une description en m'appuyant sur les différentes classifications, et d'en donner la sémiologie.

III- L'autisme

L'autisme a fait l'objet de nombreuses recherches et écrits appartenant à des courants de pensées variés. Ces diverses approches se complètent, se chevauchent, sans pour autant qu'il y en ait une qui détienne la vérité absolue.

C'est un syndrome large, caractérisé par un ensemble de signes cliniques, de particularités comportementales et d'anomalies variées dont les causes et les mécanismes restent encore hypothétiques. C'est pour cela que nous parlons de troubles du spectre autistique, car chaque personne se situe à un degré différent. Revenons d'abord sur son origine.

1) L'histoire résumée de l'autisme

Le psychiatre E. Bleuler est le premier à utiliser le terme d'autisme en 1911, pour définir la perte de contact avec la réalité extérieure, le repli sur le monde interne et l'isolement social, symptômes que l'on retrouve aussi dans la schizophrénie.

Puis, en 1943, le psychiatre américain L. Kanner utilise ce terme pour désigner un syndrome spécifique à l'enfant qu'il appelle d'abord « perturbation autistique du contact affectif », puis « autisme infantile ». Il définit ce trouble qui apparaît pour lui de façon innée, comme « *l'incapacité des enfants à établir des relations de façon normale avec les personnes et les situations dès le début de leur vie* » (Georgieff, 2016, p.5).

Dans la même période, le psychiatre autrichien H. Asperger décrit la « *psychopathie autistique* » (Perrin & Maffre, 2013, p.2). Les personnes présentant cette pathologie ont des difficultés d'intégration des règles sociales, ainsi qu'un mode de fonctionnement intellectuel particulier avec de grandes capacités dans certains domaines et des difficultés importantes dans d'autres. En 1981, son travail et ses recherches sont reconnus notamment grâce à la pédopsychiatre L. Wing, qui permet d'attribuer le nom d'Asperger au syndrome bien connu de nos jours.

Actuellement, l'autisme est défini comme un trouble du neuro-développement, dont le diagnostic clinique est centré sur la présence de déficits persistants dans les interactions sociales et la communication, ainsi que la présence d'un caractère restreint répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et activités. Les symptômes qui interfèrent avec la vie quotidienne sont présents depuis la petite enfance de la personne autiste. Cette définition peut être retrouvée sur le site du Centre de Ressources Autisme Île-de-France ou encore dans le DSM-5.

Au départ considéré comme une maladie mentale, l'autisme est aujourd'hui reconnu comme un handicap, nous dit B. Meurin (2019). Il n'est plus vu comme un trouble ayant uniquement pour origine des défaillances dans les relations précoces. Aucun « *facteur unique et universel* » (Meurin, 2019a, p. 167) n'explique ce trouble : il est le résultat d'une combinaison de différents éléments génétiques, métaboliques, neurobiologiques, neuro-développementaux, neuro-fonctionnels, environnementaux et relationnels.

Concernant l'autisme, les dénominations et classifications ont beaucoup évolué au fil du temps. Dans les années 1980 il était présenté dans le DSM-4 comme la forme la plus caractéristique des troubles envahissants du développement (TED). On retrouvait également dans cette catégorie, l'autisme typique, l'autisme atypique, le syndrome de Rett, le syndrome d'Asperger et d'autres TED non spécifiés. Revenons désormais sur les classifications actuelles.

2) Les classifications actuelles

2.1- La CFTMEA

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) classe l'autisme infantile précoce, type Kanner, dans la catégorie des « troubles envahissants du développement », également appelée « psychoses précoces ». On le retrouve au côté d'autres formes d'autismes : l'autisme atypique, les troubles désintégratifs de l'enfance, les psychoses précoces déficitaires, les dysharmonies psychotiques, le syndrome d'Asperger et le retard mental avec troubles autistiques.

Contrairement aux autres classifications, la CFTMEA prend en compte le fonctionnement global de l'individu et pas uniquement la description symptomatique. Cependant, n'étant pas reconnu au niveau international, elle n'est pas recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre d'une démarche diagnostique.

2.2- La CIM 10

La Classification Internationale des Maladies (CIM) regroupe elle aussi les différentes formes d'autisme dans la catégorie des « troubles envahissants du développement ». Selon cette classification, le diagnostic repose sur la constatation, chez un individu, d'un nombre minimal de critères parmi une plus grande liste. Les patients avec TED ont en commun une association de symptômes : des troubles de la communication verbale et non-verbale, des troubles de la relation sociale, des centres d'intérêts restreints et/ou des conduites répétitives. Cet ensemble de symptômes est appelé « triade autistique ».

Autrefois recommandée par la HAS, elle ne l'est actuellement plus, au profit du DSM-5, dans l'attente de sa prochaine version, la CIM 11.

2.3- Le DSM-5

La cinquième version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), est donc la classification que la Haute Autorité de Santé recommande d'utiliser pour faire un diagnostic.

Dans le DSM-5, le terme « trouble envahissant du développement » est remplacé par celui de « troubles du spectre de l'autisme » (TSA), troubles qui sont intégrés dans la catégorie plus large des « troubles neuro-développementaux ». Ils se caractérisent par un déficit persistant dans l'interaction et la communication sociale ainsi que des activités ou intérêts restreints, répétitifs et anormaux dans leur intensité ou leur but. Les symptômes doivent être présents depuis la petite enfance et altérer de façon significative, le fonctionnement quotidien de l'enfant.

Il n'existe pas de marqueur biologique des TSA, donc le diagnostic de l'autisme est clinique.

Ce manuel diagnostic décrit également les troubles autistiques en termes de degré de sévérité, qui reposent sur « *l'importance des déficits de la communication et des modes comportementaux restreints et répétitifs* » (Haute Autorité de Santé, 2018, p.27). Il définit trois niveaux : le niveau 1 qui nécessite un soutien, le niveau 2 qui nécessite un soutien important et le niveau 3 nécessitant un soutien très important.

Comme dit précédemment, ces troubles touchent le développement précoce de l'enfant. Certains signes qui apparaissent précocement peuvent être identifiés afin de prendre en charge rapidement les enfants atteints. Mais quels sont-ils ?

3) Les signes d'alerte des troubles du spectre de l'autisme

Nous pouvons retrouver dans les recommandations de la HAS que les signes d'alerte majeurs d'un trouble autistique sont les inquiétudes des parents concernant le développement de leur enfant, ainsi que les régressions au niveau du langage, des relations sociales, de la diversification alimentaire... Les parents peuvent rencontrer des difficultés à entrer en interaction avec leur bébé, ou encore observer des troubles sensoriels et des troubles moteurs. Le portage peut également être difficile, en raison d'un ajustement tonico-postural inadapté entre le bébé et son parent.

De plus, les premiers signes d'alerte se manifestent par l'absence de mise en place de certaines fonctions, plutôt que par l'existence de symptômes réels. Il y a par exemple une absence de babillage, de pointage ou de gestes sociaux à l'âge de 12 mois.

La question des causes de l'autisme a été source de nombreux débats. Quelles sont les différentes hypothèses concernant l'origine de ce trouble ?

4) Les hypothèses étiologiques de l'autisme

A l'époque de L. Kanner, on pensait que les enfants porteurs d'autisme avaient subi des carences affectives ou des troubles de l'attachement, ou encore que l'éducation parentale avait été mauvaise. Les parents étaient les premières personnes incriminées.

Puis grâce à des études, il a été possible de montrer de plus en plus nettement que des anomalies organiques, neurobiologiques pouvaient être impliquées dans l'apparition du syndrome

autistique. Les symptômes caractéristiques de l'autisme sur le plan comportemental, ont pu être mis en relation avec certains dysfonctionnements d'aires cérébrales, suite à une malformation.

Des facteurs environnementaux divers pourraient également influencer la manifestation des symptômes, et d'après N. Georgieff, « *l'implication de facteurs génétiques est très probable* » (2016, p.37).

Les causes de l'autisme sont donc multifactorielles, impliquant des aspects génétiques qui s'imbriquent avec des facteurs biologiques, environnementaux et des fonctionnements psychiques particuliers.

Ces troubles du spectre autistique s'expriment de façon variée chez chaque individu, laissant apparaître des symptômes divers que nous allons aborder maintenant.

5) La sémiologie, les atteintes chez les personnes avec TSA

Selon L. Kanner, on retrouve dans l'autisme infantile trois symptômes principaux. Il y a d'abord une « *altération relationnelle ou des interactions sociales* » (Georgieff, 2016, p.12), l'enfant se comportant comme s'il était seul (« *aloneness* »), sans prendre en considération les personnes qui l'entourent.

Le second symptôme caractéristique de l'autisme est, d'après L. Kanner, une « *intolérance au changement* » (Georgieff, 2016, p.15) qui s'exprime par un besoin d'immuabilité, de permanence de l'environnement, de « *sameness* ».

Enfin, pour lui, on retrouve chez les autistes des centres d'intérêts restreints et des comportements stéréotypés.

De plus, les enfants autistes ont souvent une appétence pour les activités solitaires. Ils ont du mal à être dans l'interaction, à jouer avec les autres, à être dans l'attention conjointe. C'est ce que j'ai noté chez Hector qui pouvait nous tourner le dos pour jouer seul de son côté, ou encore chez Abel qui ignorait Rémi au début de la prise en charge. Cela entraîne des difficultés au niveau social, pour construire des relations avec leurs pairs, tout comme les comportements stéréotypés étranges qu'ils peuvent avoir et qui les enferment dans une bulle à part.

Ils n'ont pas forcément accès à la notion de respect des contraintes sociales et ne freinent pas l'expression de leurs émotions qui est souvent intense. Je pense par exemple à Abel qui poussait des hurlements, frappait les objets qui l'entourait et résistait à nos tentatives d'apaisement dans les moments de frustration.

Enfin, les personnes autistes présentent fréquemment un intérêt inhabituel pour certains aspects sensoriels de l'environnement et ils rencontrent des difficultés à les gérer. Nous allons y revenir maintenant.

6) Les particularités sensorielles

6.1) Troubles de l'intégration sensorielle, hypo ou hyper-sensibilité

Les particularités sensorielles que nous retrouvons chez les personnes avec autisme sont désormais prises en compte dans les critères diagnostics du DSM-5. Elles impactent de manière importante le développement de la personne ainsi que la perception de soi, de l'autre et de l'environnement. En effet, les systèmes sensoriels sont à la base de tout apprentissage, comme le montre la pyramide de William et Schellenberger[9].

Les enfants autistes peuvent présenter un trouble de l'intégration sensorielle, définit selon A.J. Ayres (1972) comme un processus neurophysiologique grâce auquel l'individu va filtrer, organiser, traiter les informations sensorielles, en vue de produire une réponse adaptée. Le psychanalyste D. Meltzer, parle de l'intégration sensorielle comme servant normalement à analyser tous les paramètres d'une situation pour la comprendre.

En neurosciences, on parle d'un défaut de cohésion centrale, qui empêche les informations provenant des sens, d'être mises en correspondance. Or, c'est à partir de l'intégration de toutes les sensations que vont pouvoir se développer les autres fonctions psychomotrices, et que l'enfant va acquérir la capacité à se différencier de l'autre. Effectivement, en percevant qu'un contact ou qu'un son provient de quelqu'un d'autre, le nourrisson peut commencer à avoir accès à l'altérité.

B. Meurin parle quant à lui de perturbations « *des co-modalités sensorielles* » (2019a, p. 174), qui empêchent les enfants autistes de traiter en même temps les différents éléments d'une situation. Ils ont donc tendance à ne traiter qu'une seule information sensorielle à la fois, et ainsi à n'investir qu'un unique canal sensoriel.

D'autre part, ils peuvent présenter une hypo ou une hyper-réactivité face aux divers stimuli sensoriels (visuels, auditifs, tactiles, olfactifs, vestibulaires ...). Les différents profils sensoriels ont été définis par Winnie Dunn en fonction des seuils d'activation de chacun. Si le seuil est élevé, c'est qu'il y a une faible réactivité donc une hypo-sensibilité. La personne aura besoin d'un signal puissant pour réagir, et des comportements de « *recherche sensorielle au travers de comportements stéréotypés* » (*ibid.*) pourront alors se mettre en place. Au contraire, quand le

[9] Cf. *infra*, Annexe I p.I

seuil est bas, il y a plutôt une réactivité très rapide et intense, donc une hyper-sensibilité. Dans ce cas, la personne réagira à la moindre sollicitation, ce qui aboutira à « *des évitements sensoriels* » (*ibid.*).

Ces seuils de sensibilité ainsi que la sensorialité sont évaluables en psychomotricité, à partir de tests comme le bilan sensori-moteur d'André Bullinger, le profil sensoriel et perceptif de Olga Bogdashina et le profil sensoriel de W. Dunn.

La prise en compte des spécificités sensorielles de ces enfants permet d'aménager le milieu, notamment en psychomotricité pour que l'environnement leur soit le plus agréable possible. Il faut néanmoins, en premier lieu les identifier.

Ainsi, tout au long de l'année, j'ai pu observer chez Hector, Rémi et Abel, des comportements particuliers face à certains stimuli sensoriels.

6.2) Les particularités sensorielles d'Hector

J'ai tout d'abord remarqué qu'Hector retire sa jambe ou son bras lorsque nous le touchons de façon superficielle, ne supportant pas les effleurements. Il apprécie cependant les pressions fortes, profondes que nous faisons sur son corps lorsqu'il se met sous le tapis en fin de séance et il recherche le dur. Il aime aussi être enveloppé de façon serrée dans un tissu, pour sentir le contact du linge contre son corps[10]. Tout cela me fait émettre l'hypothèse qu'Hector a une sensibilité tactile particulière, plutôt sur un versant d'hyper-sensibilité.

Temple Grandin évoque cela dans son livre « *Ma vie d'autiste* » (1994), expliquant qu'une stimulation trop douce entraîne une excitation insupportable qu'elle a besoin de calmer en étant serrée fortement dans un tissu, sous des coussins ou dans sa « *machine à câlin* ». Les contacts superficiels ont besoin, chez certaines personnes autistes, d'être régulés par des sensations de pressions suffisamment fortes pour contenir les émotions que ceux-ci provoquent (Barabé & Lheureux-Davidse, 2004).

Hector présente également une hyper-sensibilité au bruit qui entrave ses capacités de concentration et le rend distractible.

6.3) Les particularités sensorielles de Rémi

Je fais l'hypothèse qu'il y a une certaine hyper-sensibilité tactile chez Rémi, qui évite alors cette sensation quand elle devient trop dérangeante pour lui. Il peut par exemple s'éloigner de nous, se dérober de notre contact et refuse à tout prix d'être enveloppé dans un tissu.

---

[10]Cf. *infra,* partie VII-2- Les enveloppements p.62

Il semble également présenter une hypo-sensibilité visuelle, puisqu'il recherche des stimulations à ce niveau-là. Il fait rouler ses yeux vers le haut, fixe la lumière des néons, ou les lignes blanches dessinées sur les briques.

Rémi paraît également en recherche de sensations vestibulaires. Cela se manifeste par des agitations motrices, des courses autour de la salle, des chutes provoquées volontairement, ainsi que dans sa façon de vouloir toujours grimper puis sauter des différents meubles présents dans la salle.

6.4) Les particularités sensorielles d'Abel

Abel quant à lui, est souvent à la recherche de sensations au niveau de sa peau. Il s'enroule dans les draps et apprécie le serrage du tissu autour de son corps. De plus, il ne réagit pas lorsque nous le touchons et se tourne davantage vers des surfaces dures. Il s'allonge directement sur le sol, et refuse le coussin que nous proposons de mettre sous sa tête. Je pourrais relier ces éléments à une hypo-sensibilité tactile.

J'ai également pu observer chez Abel, une recherche de sensations vestibulaires, à travers des tournoiements sur lui-même ou autour d'objets, jusqu'à s'étourdir. Cette hypo-sensibilité vestibulaire est aussi visible dans sa demande à chaque séance, d'être balancé dans le tissu.

Par ailleurs, il stimule fréquemment sa vision lors des séances. Il joue par exemple avec la lumière en fixant des yeux les néons, s'accroche à la lecture de chiffres, ou bien suit avec ses yeux la ligne formée par un bâton posé au sol et le long duquel il est allongé. Je fais l'hypothèse que ces comportements pourraient être les signes d'une hypo-sensibilité visuelle.

J'ai également pu noter chez Abel, une absence de réaction lorsque nous le stimulons au niveau des pieds, une hyperextension des membres inférieurs avec une marche sur la pointe des pieds et un défaut d'accès à la propreté. Tout cela pourrait être les signes d'un désinvestissement des membres inférieurs, ou bien d'une hypo-sensibilité proprioceptive.

Ainsi, nous pouvons retrouver dans l'autisme des atteintes variées qui apparaissent de façon très précoce, entravant le développement psychomoteur dans sa globalité. Ces difficultés rencontrées par les enfants autistes touchent en particulier leur capacité à entrer en interaction ainsi qu'à se reconnaître en tant qu'individu, ce qui est notamment visible par l'utilisation de la troisième personne pour parler d'eux-mêmes.

J'ai remarqué qu'Hector, Abel et Rémi, peuvent se retrouver dans des états d'excitation ou de désorganisation. Cependant, ils sont également capables de s'apaiser lorsqu'ils sont contenus, enveloppés, portés, entourés d'une cabane et qu'ils ressentent leurs limites corporelles. Ces actions m'apparaissent alors comme des moyens de contenir leurs affects, et particulièrement leurs angoisses, dans les moments où ils ne peuvent pas le faire tout seul.

J'ai donc émis l'hypothèse que la contenance apportée par les médiations utilisées, est en lien avec un besoin d'enveloppe, qui pourrait leur faire défaut. Mais qu'est-ce que cette notion d'enveloppe ?

IV- La notion d'enveloppe

1) La construction des enveloppes dès le début de la vie

Les enveloppes de l'enfant se construisent dès le début de sa vie, au sein de différents contenants et par l'intermédiaire de soins prodigués par les parents dans lesquels le toucher joue un rôle important. Nous allons à présent aborder ces différents éléments qui permettent la mise en place des enveloppes chez le tout-petit.

1.1- Les premiers contenants

Dès sa conception, un individu est protégé et sécurisé par une première enveloppe qu'est la cavité utérine. Celle-ci apparaît comme le premier contenant qui offre un arrière-fond au fœtus, dont la surface de contact principale est le dos. La paroi de l'utérus délimite également un dedans d'un dehors, que le bébé en développement peut appréhender grâce à ses sens, qui se mettent en place de façon précoce. Par l'intermédiaire du tact et de l'audition, celui-ci perçoit des informations venant de l'extérieur du ventre de sa mère et il peut communiquer avec son entourage.

Ainsi, dès la vie intra-utérine, le bébé est porté physiquement par le ventre maternel, mais également psychiquement par ses parents qui l'imaginent, qui lui font une place dans leur tête et leur cœur. C'est essentiel, car si le petit enfant est « *désiré et aimé par sa famille,* […] *le cadre au sein duquel il va devenir un individu* » (Winnicott et al., 1997, p.123) pourra se créer.

Après la naissance, se succèdent d'autres contenants que sont les bras des parents, le lit, la chambre et la maison. Ils vont tous participer à la constitution des enveloppes de l'enfant, car

l'ensemble des « *contenants façonne[nt] l'identité psychocorporelle de tout individu* » (Senn, 2005, p.71).

D'autre part, A. Bullinger a défini les espaces du bébé, que nous pourrions mettre en parallèle avec les contenants rencontrés au cours de la vie. Selon lui, se succèdent : l'espace utérin, celui de la pesanteur, l'espace oral, puis l'espace du buste, celui du torse et enfin l'espace du corps.

1.2- L'enveloppe tactile

Il me semble intéressant de souligner l'importance du toucher dès le début de la vie chez le tout-petit, qui débute avec le peau-à-peau entre la mère et son nouveau-né juste après sa naissance. C'est essentiel pour lui apporter un sentiment de sécurité, une contenance, pour le rassurer et l'aider à créer son enveloppe corporelle. « *Dans le développement de l'enfant, la première enveloppe qui se constitue est de nature corporelle, base sur laquelle va s'étayer l'enveloppe psychique* » (Senn, 2005, p.73).

Selon A. Bullinger, « *la perte de l'enveloppe utérine est aussitôt compensée par le milieu humain au travers du portage* » (Meurin, 2019b, p. 181). Les sensations que le petit enfant ressent au travers des contacts physiques qui lui sont prodigués, lui permettent de percevoir les limites de son corps, de les intérioriser et de les distinguer ensuite du support contenant. Il pourra ainsi prendre conscience de lui-même et se considérer comme un individu. C'est la découverte de « *l'enveloppe corporelle* » (Bullinger, 2015, p.104).

Le tact est le sens qui permet la conscience de l'unité et de la continuité corporelle, car il concerne la peau qui entoure tout le corps. Il fournit des sensations de contenance et étaye ainsi la construction de l'enveloppe psychique.

1.3- Rôles des parents dans la structuration des enveloppes

Nous avons vu que pendant la grossesse, la mère enveloppe et contient complètement son bébé qui se trouve à l'intérieur de son ventre. Après la naissance, cela doit être remplacé par des caresses, un portage et des paroles contenants, pour continuer à soutenir le bébé dans le processus de construction de son enveloppe. Se met alors en place l'*enveloppe maternante*, décrite par T. Brazelton (1982). Elle correspond à l'ensemble des soins, gestes et sensations donnés au nourrisson par la mère ou l'entourage, qui permettent d'unifier le corps du bébé.

Cela peut également nous faire penser aux notions de *handling* (maniement) et de *holding* (maintien) définis par D.W. Winnicott. Ces soins maternels sont dans la continuité des apports physiologiques de la gestation, qu'ils viennent remplacer.

Le terme de holding peut être utilisé « *pour décrire les soins donnés au nourrisson* » (Winnicott et al., 1997, p. 92), pour répondre à l'ensemble de ses besoins. Il désigne également la manière dont la mère porte, soutient son enfant aussi bien physiquement que psychiquement.

Cela a une importance, car le portage physique peut faciliter le processus de développement affectif du bébé, édifiant les bases de sa personnalité. Celui-ci va acquérir progressivement le sentiment de continuité d'existence (Boukobza, 2003).

Ainsi, l'intégration du moi et du sentiment d'unité dépend de la fonction de *holding* des parents (Winnicott). C'est grâce au portage contenant et enveloppant que l'enfant va pouvoir se sentir en sécurité et qu'il pourra progressivement s'individualiser, se séparer et s'autonomiser.

D'autre part, en faisant « *l'expérience d'un objet contenant* » (Belot & Bonnet, 2016, p. 466) prodigué par les bras des parents qui le portent, le bébé peut s'approprier cette enveloppe, pour se sentir ensuite « *suffisamment contenu dans sa propre peau* » (*ibid.*). La fonction contenante parentale sert de base au nourrisson qui va l'intérioriser et l'attribuer à sa propre enveloppe psychique.

Dès le début de la vie, les enveloppes s'encastrent les unes dans les autres, à l'image des poupées russes. Au sein de la première enveloppe externe procurée par la cavité utérine, se met en place la première enveloppe propre à l'individu, qui est la peau. C'est sur cette enveloppe primaire que vont s'étayer l'enveloppe psychique et le Moi-peau que nous aborderons par la suite.

2) L'enveloppe-peau

2.1- Structuration de l'enveloppe-peau

Dans sa définition, la peau est un organe sensoriel qui recouvre tout notre corps, qui « *délimite et contient* » (Defiolles-Peltier, 2019, p.64). C'est « *un organe constituant le revêtement extérieur du corps de l'homme et de beaucoup d'animaux* » (Larousse en ligne, s. d.).

Pendant la grossesse, le fœtus commence à construire son enveloppe-peau qui prend comme support l'enveloppe biologique de l'embryon, constituée de trois couches. À l'intérieur de l'utérus, il va ressentir les pressions faites par la mère sur son ventre et il va y répondre par des poussées. Dès cet instant, une interaction se crée entre la mère et son bébé. Nous pouvons

rapprocher cela de l'enveloppe-utérine évoquée par D. Anzieu qui favoriserait l'émergence de la conscience du bébé. En effet, « *l'utérus maternel fournit l'ébauche d'un contenant psychique ; il est vécu comme le sac qui maintient ensemble les fragments de conscience du début de la vie* » (Anzieu-Premmereur, 2001, p.35).

Après la naissance, la peau du nouveau-né reprend à sa charge les fonctions auparavant assurées par l'enveloppe du corps maternel, comme la régulation de la température, la protection contre les agents pathogènes... Puis cette enveloppe-peau continue de se développer et s'élabore notamment à partir du toucher. Le nourrisson acquiert la perception de sa peau et de ses limites par le contact avec le corps de la mère dans une relation sécurisante, et grâce aux caresses enveloppantes faites par ses parents au début de sa vie.

2.2- Les fonctions de la peau

D. Anzieu a au départ décrit trois fonctions de la peau. La première est celle de retenir à l'intérieur le bon, l'agréable, les expériences positives vécues. Selon moi, en faisant tout le tour de notre corps, la peau maintient également à l'intérieur les différents éléments qui nous constituent : nos organes, os, systèmes liquidiens...

De plus, la peau forme une enveloppe corporelle qui établit la limite entre l'intérieur du corps et l'extérieur. Elle assure la protection de l'organisme, notamment grâce à la flore cutanée qui se trouve à sa surface, ainsi que par l'enveloppe imperméable qui empêche les micro-organismes extérieurs d'entrer dans le corps. La peau régule la température corporelle, et protège également contre les rayons du soleil, jouant le rôle de membrane protectrice.

Nous pouvons rapprocher cela de la deuxième fonction que D. Anzieu donne à la peau, qui est celle de « *marquer la limite avec le dehors et de maintenir celui-ci à l'extérieur en jouant le rôle de barrière qui protège des agressions externes*. » (Houzel, 2010, p. 104) ; la peau joue le rôle de frontière.

La troisième fonction de la peau selon D. Anzieu, est celle d'être un lieu d'échange avec les autres personnes, un moyen de communication primaire, comme entre la mère et l'enfant, permettant la mise en place de relations.

La peau se situe au centre des interactions, c'est le lieu qui est investi de façon privilégiée (comme la bouche) pour les échanges entre les individus, en particulier quand il existe un lien d'attachement entre eux, une certaine proximité sentimentale. C'est aussi le premier élément impliqué dans la construction initiale des enveloppes psychiques et corporelles.

Ainsi, il existe un lien important entre le toucher, à partir duquel l'enveloppe-peau va se former, et l'enveloppe psychique du Moi-peau. Les fonctions biologiques de la peau et du tact vont servir de modèle pour la constitution de l'enveloppe psycho-corporelle.

Contrairement à l'enveloppe peau qui est un organe biologique, physique, certaines enveloppes sont de nature symbolique, ce sont des représentations. Pour essayer de mieux comprendre cette notion d'enveloppe, je vais à présent reprendre certaines des théories qui ont été développées par divers psychanalystes, médecins et scientifiques concernant sa constitution.

3) Le concept d'enveloppe abordée par les théoriciens

3.1- Enveloppe, enveloppe psychique, enveloppe psycho-corporelle

L'enveloppe matérialise l'élément qui délimite un dedans d'un dehors, un contenu intérieur de l'extérieur.

L'enveloppe psychique, elle, différencie le dedans du dehors tout en permettant des échanges entre ces deux espaces. Elle englobe, protège, contient et limite le psychisme. Celle-ci n'est pas matérielle comme la peau, mais elle existe à travers des « *objets frontières supports de projections, qui ont un pouvoir organisateur sur l'appareil psychique* » (Decoopman, 2010, p.146).

Pour ce qui est de l'enveloppe psycho-corporelle, on y retrouve une composante physique ainsi qu'une composante psychique, l'espace du corps et l'espace psychique étant intimement liés. La première correspond à la peau, associée aux autres constituants du corps situés plus en profondeur tel que les muscles, les fascias et les os qui donnent une structure et une solidité interne au corps. La seconde peut être assimilée au contenant de l'appareil psychique.

La notion d'enveloppe psychique a particulièrement été développée par D. Anzieu. Cependant, d'autres psychanalystes s'y sont également intéressés en amont ou à sa suite.

3.2- Le Moi-corporel de Sigmund Freud

En 1895, S. Freud évoque l'idée d'une limite entre l'intérieur du Moi et l'extérieur. Puis plus tard, il écrira dans son livre Le Moi et le ça : « *Le Moi est avant toute chose un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais aussi la projection d'une surface* » (Freud et al., 2015, p.254).

Ainsi, il a mis en avant l'existence d'un lien psycho-corporel, que D. Anzieu a repris en écrivant que « *toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental* » (Anzieu, 1985, p.95). Ces prémices apparaissent comme les prémices du concept d'enveloppe psycho-corporelle.

3.3- Le Moi-peau et l'enveloppe psychique de Didier Anzieu

Le psychanalyste français D. Anzieu a décrit et définit en 1985, le concept du *Moi-peau*. Pour se former, celui-ci s'élabore à partir de la surface du corps et des trois fonctions biologiques de la peau qui ont été abordées ci-dessus. Il s'appuie également sur un aspect social qu'est la présence d'un entourage attentif et contenant.

À partir des expériences corporelles vécues dans la relation avec son entourage, et notamment par l'intermédiaire du corps de la mère qui joue le rôle de contenant enveloppant l'enfant, celui-ci va percevoir sa peau comme une surface ayant une face interne et une face externe. De cela découle la notion de limite entre intérieur et extérieur lui permettant progressivement de distinguer un dedans d'un dehors et d'acquérir « *un sentiment [d']intégrité de son enveloppe corporelle* » (Ciccone, 2001, p.139). Tout cela participe à la construction de l'espace psychique.

C'est ainsi que le Moi-peau se met en place, définit par D. Anzieu comme « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi-corporel* » (1985, p.39).

D. Anzieu parle également de l'enveloppe psychique du Moi-peau. Cette enveloppe psychique peut être assimilée de façon métaphorique à une membrane qui différencie un dedans d'un dehors, un espace interne d'un espace externe. D'après lui, elle s'organise en double feuillet superposés. Le feuillet externe joue le rôle de pare-excitation, pour protéger le bébé et le feuillet du dessous, qui pourraient être endommagés par des stimuli destructeurs. Le feuillet interne sert quant à lui à réceptionner les aspects sensoriels provoqués par les excitations externes ainsi que les stimulations provenant de l'inconscient. Il inscrit également les événements vécus et les transmet à la mémoire.

L'enveloppe psychique est celle qui entoure et contient le Moi, comme la peau est l'enveloppe physique qui couvre et contient le corps (Vollon & Barthélémy, 2014).

Le Moi-peau est finalement comme une enveloppe fermée par une peau psychique, qui renferme les contenus psychiques, en délimitant l'espace interne de l'extérieur, à l'image de la peau qui constitue la limite du corps physique.

D. Anzieu a décrit neuf (1985) puis huit (1993) fonctions du Moi-peau, avec l'idée qu'elles s'étayent sur les fonctions de la peau.

Il définit la fonction de *maintenance*, qui résulte de l'intériorisation de la fonction de *holding*, de portage de la mère. Par ce biais-là, l'enveloppe psychique maintient ensemble les différentes parties de la personnalité, du psychisme, des pensées de l'individu, lui permettant de les associer entre elles. C'est grâce à cette fonction que l'enfant pourra avoir la sensation d'unité, que chaque partie de son corps forme un tout, incluant également sa psyché.

Il décrit ensuite la *fonction contenante* qui évoque l'idée de support, de soutien et qui peut prendre différentes formes, comme celle d'une « *enveloppe sac* », apparaissant comme un conteneur, ou encore d'une « *enveloppe bord* » (Vollon et Barthélémy, 2014, p.10) qui permet de délimiter un territoire. Par cette fonction, le Moi-peau « *envelopp[e] tout l'appareil psychique* » (Anzieu, 1985, p.100) et contient les pulsions en leur donnant des limites.

Le Moi-peau a également une fonction de *pare-excitation,* qui joue le rôle de filtre et d'« *écran protecteur entre le monde extérieur et la réalité psychique* » (Ciccone, 2001, p.143). Par cette fonction, le Moi-peau protège le psychisme des agressions provenant du dehors.

Le Moi-peau assure aussi une *fonction d'individuation de soi* qui permet à l'individu de se ressentir comme « *un être unique* » (Anzieu, 1985, p.102) et de se reconnaître comme une personne différenciée.

Enfin, D. Anzieu attribue également au Moi-peau, les fonctions *d'intersensorialité*, de *soutien de l'excitation sexuelle, de recharge libidinale du fonctionnement psychique* et *d'inscription des traces sensorielles* (1985, p.98-105).

J. Boutinaud résume les trois grandes fonctions du Moi-peau, comme jouant le rôle de sac, de barrière et de limite (2016, p. 91).

3.4- La peau psychique d'Esther Bick

Selon E.Bick (1968), le bébé est constitué au départ de plusieurs parties de personnalité, qui n'ont pas la capacité innée de se lier entre elles pour construire un tout cohérent. En effet,

elles ont besoin d'être tenues ensemble par une « *peau psychique* », à l'image de la peau physique qui tient ensemble les différentes parties du corps. E. Bick considère que la peau psychique est comme un objet psychique qui s'est constitué à partir de l'intériorisation d'une peau extérieure contenante.

Au tout début de la vie du nourrisson, le rôle des parents est de faire office d'objet contenant. Grâce à leur voix, leurs regards, leurs caresses, ils vont permettre progressivement à une première peau psychique de se constituer sur l'expérience de la peau physique.

Ainsi, pour E. Bick, un bébé doit se sentir tenu, rassemblé physiquement et psychiquement, pour que sa *peau psychique* puisse acquérir sa propre « *fonction de contenir les parties du self* » (Ciccone, 2001, p.140), à partir de l'intériorisation de la fonction contenante de l'objet externe.

3.5- La fonction alpha de Bion

A la naissance, le bébé est soumis brutalement à des flux sensoriels dont il n'avait pas l'habitude dans le ventre de sa mère. Cela entraîne des « *angoisses corporelles* » (Pireyre & Delion, 2015, p.142) qui doivent être contenues et transformées par la mère en vécu assimilable, pour que se développent les premières enveloppes psychiques de l'enfant.

Ce processus de transformation des éléments non-assimilables en un contenu décontaminé, a lieu grâce à la fonction alpha jouée par la mère. Par cette fonction, qui a été développée par W.R. Bion (1979), la mère va introjecter les expériences négatives et non pensables (éléments bêta), vécues par son enfant et projeter vers elle. Elle va ensuite les transformer en éléments assimilables (éléments alpha) et lui renvoyer. Cette fonction psychique permet de mettre du sens sur les expériences corporelles ou sensorielles du nourrisson, qui peut alors les convertir en représentations mentale, visuelle ou verbale. À partir de l'ensemble de ces éléments alpha, une « *barrière de contact* » (Ciccone, 2001, p.74) va se former, permettant au nourrisson de développer sa propre *fonction alpha,* qui sera attribuée à son enveloppe psychique.

W.R. Bion définit ainsi la relation « contenant-contenu » : « *un contenu est projeté dans un contenant, [avec lequel il est appareillé] avant d'être réintrojecté sous la forme d'un "contenant-contenu"* » (Ciccone & Lhopital, 2001, p.75-76).

3.6- L'enveloppe psychique à trois feuillets de Didier Houzel

Pour D. Houzel également, l'enveloppe psychique est une surface continue qui a une face interne et une face externe, permettant de délimiter le monde intérieur de l'individu, de l'espace

extérieur. Il la définit comme la structure frontière du psychisme par opposition à son contenu. Selon ce psychanalyste, elle est à l'origine de la stabilité du psychisme, et permet la formation du *Moi* au cours du développement.

De plus, D. Houzel (1988) considère l'enveloppe psychique comme une structure à trois feuillets, qu'il assimile chacun à une image : la « *pellicule* », la « *membrane* » et l' « *habitat* » (p.40).

Enfin, pour constituer son enveloppe psychique et développer sa fonction contenante, l'enfant doit intégrer les aspects maternels de « *réceptivité et de souplesse* » et les « *qualités [paternelles] de consistance et de solidité* » (Houzel, 2010, p.82). Une enveloppe psychique bien construite pourra par la suite, contenir les conflits à l'intérieur de l'espace qu'elle délimite.

3.7- Les boucles de retour de Geneviève Haag

Pour G. Haag (1991), la constitution de l'enveloppe psychique se fait à travers l'intériorisation par le bébé, de son enveloppe corporelle. Ce phénomène a lieu à partir d'une phase de symbiose avec sa mère, durant laquelle il « plonge » à l'intérieur de celle-ci, puis s'en sépare en emportant une partie de l'enveloppe commune. G. Haag décrit ce processus comme des « boucles de retour » qui permettent au nourrisson de construire sa propre enveloppe, à partir de celle de sa mère. Il construit donc son propre espace psychique en s'appuyant sur la contenance psychique maternelle.

De plus, selon elle, l'enveloppe psychique devient solide et consistante grâce à l'expérience d'un appui dos renforcé par un contact œil à œil entre l'enfant et ses parents.

Ainsi, l’enveloppe psycho-corporelle se forme dès la vie intra-utérine et tout au long de la petite enfance. Le fœtus et le bébé ont besoin d'un environnement sécurisant, c'est à dire de parents contenants, présents, qui répondent à leurs besoins et leur fournissent de l'affection. Petit à petit, l'enfant en développement pourra créer une enveloppe solide qui lui est propre, en utilisant au départ celle de ses parents. Cependant, des défaillances dans l'environnement ou une incapacité de l’enfant à profiter des soins qui lui sont prodigués, peuvent impacter la construction de cette enveloppe ; nous allons voir lesquelles.

V- Défaillance de l'enveloppe psycho-corporelle

1) Origines de la défaillance de l'enveloppe psycho-corporelle et conséquences sur l'enfant

1.1- Manque de stimulations tactiles et difficultés d'interaction

La question des enveloppes psychiques est très en lien avec les interactions précoces et les stimulations fournies par les parents. D. Anzieu montre avec son écrit sur le Moi-Peau, « *l'importance des premiers échanges physiques et émotionnels [dans le bon] développement du bébé* » (Belot & Bonnet, 2016, p. 470). Cependant, ils peuvent être entravés en raison des difficultés d'interaction rencontrées, entre autres, par les enfants autistes.

C'est également « *à partir des expériences autour de la peau et de sa surface que le bébé acquiert la reconnaissance d'une zone délimitant l'intérieur de l'extérieur, le dedans du dehors* » (Belot & Bonnet, 2016, p.465). C'est pourquoi le manque de stimulations corporelles, qui peut être le résultat d'un évitement de la part du bébé présentant une sensibilité tactile particulière, risque d'empêcher l'intégration de la délimitation dedans-dehors. Les limites du corps ne seront pas construites, impactant le sentiment d'unité et d'identité. L'enfant aura alors des difficultés pour distinguer le Soi du non-Soi et il pourra développer une confusion entre monde interne et monde externe. La construction de son enveloppe psychique est donc altérée.

Le manque d'identification des sensations tactiles comme agréables et l'évitement de celles-ci, peuvent également entraver chez le nourrisson, la création d'une enveloppe psycho-corporelle continue et unifiée. Celle-ci sera partiellement construite, ce qui pourra provoquer un sentiment d'enveloppe trouée, perforée, percée ou encore fragile, amenant beaucoup d'angoisse chez l'enfant.

« *Le sujet peut avoir l'impression de se vider progressivement ou brutalement* » (Decoopman, 2010, p.146), ou au contraire que le monde externe entre à l'intérieur de lui.

1.2- Défaut d'intégration de la fonction contenante parentale

« *Les troubles de l'enveloppe psychique [sont des] failles de la fonction contenante* » (Decoopman, 2010, p.141).

Comme l'évoque D. Anzieu, le nouveau-né a besoin de faire l'expérience d'une enveloppe contenante pour se développer et pour ressentir ses limites. Ce besoin est comblé au départ par la contention physique du bébé de la part de ses parents, qui le tiennent dans leurs bras, le bercent

et l'enveloppent dans un bain de paroles. Cela correspond aux fonctions de *holding* et de *handling* définies par D.W. Winnicott[11]. C'est ensuite l'enveloppe psycho-corporelle du petit enfant, qui va acquérir ces fonctions.

Cependant, dans certains troubles comme l'autisme, la relation entre le nouveau-né et ses parents est perturbée et la fonction contenante de la « *première peau* » (E. Bick) n'est pas intériorisée. De plus, le bébé n'a pas la capacité d'approprier à sa propre enveloppe psycho-corporelle, cette fonction de contenance et ne se sentira de ce fait, pas unifié. Il pourra ressentir des angoisses d'abandon, de chute ou de morcellement, et trouvera alors par lui-même une autre façon de créer un contenant, à partir de ce qui est à sa disposition. C'est ainsi que le nourrisson va se forger une enveloppe pathologique, qui aura pour rôle de se substituer à celle abîmée et d'assurer sa cohésion.

« *Le défaut ou les défaillances de cette première enveloppe, de ce premier container psychocorporel entraîne souvent une organisation psycho-pathologique ou des défenses massives* » (Courberand, 2015, p. 18).

1.3- Défaillance de la fonction de pare-excitation maternelle et de son intériorisation

La fonction de pare-excitation, que nous avons définie précédemment[12] et qui est comparable à la fonction alpha de Bion, est normalement jouée par la mère. Cette fonction maternelle est essentielle pour donner un sens aux affects du nourrisson, qui ne peut le faire seul en raison de son immaturité psychique. En effet, « *le bébé ne peut en aucun cas faire face seul à ses états de tension* » (Belot & Bonnet, 2016, p.465). Comme l'a dit D.W. Winnicott (1943) : « *Un bébé seul, ça n'existe pas* ».

Cependant, si l'enfant est porteur d'un trouble autistique par exemple, il peut projeter vers sa mère des affects qu'elle ne parvient pas à interpréter. Elle ne pourra pas réaliser « *ce travail de réception-transformation* » (Belot & Bonnet, 2016, p.465) des tensions. Le bébé va alors réintrojecter des vécus négatifs qui vont s'accumuler dans son psychisme. Ces tensions présentes en trop grande quantité, peuvent attaquer le sentiment d'unité fragile du tout-petit, faisant naître des angoisses diverses, comme « *les menaces d'anéantissement et d'annihilation* » (Belot & Bonnet, 2016, p.465).

D'autre part, face à l'inaptitude du bébé à intégrer la fonction pare-excitatrice de sa maman, il ne peut pas développer cette fonction pour sa propre enveloppe, ni acquérir la capacité à réguler ses excitations. Le filtre entre les stimuli extérieurs et l'espace interne du nourrisson est

[11] Cf. *supra*, IV-1.3- Rôle des parents dans la structuration des enveloppes p.34
[12] Cf. *supra*, IV-3.3- Le Moi-peau et l'enveloppe psychique de Didier Anzieu, p.38

de ce fait absent. L'enfant est alors envahi par « *un afflux d'excitations d'origine externes ou internes* » (Pireyre & Delion, 2015, p.142) qu'il ne peut pas assimiler. Pour contrer les angoisses ainsi provoquées, les enfants autistes notamment, mettent en place des défenses, qui elles-mêmes empêchent l'élaboration de l'image du corps.

1.4- Atteinte de l'image du corps

Dans certaines pathologies, comme l'autisme, il y a des troubles de l'intégration sensorielle dont parle D. Meltzer (1980) et que nous avons évoqués précédemment[13].

Ces difficultés ont des effets sur le développement psychomoteur et entraîne une « *non-constitution […] de l'image du corps* » (Haag, 2005, p.129) chez ces enfants, qui n'ont pas pu identifier leurs ressentis, faute de se sentir habiter leur corps.

Les troubles de l'image du corps, s'accompagnent d'une absence de reconnaissance de la limite entre dedans et dehors, entre le soi et le non-soi, ce qui aboutit à l'altération de la fonction de limite normalement associée à l'enveloppe psycho-corporelle. Ces enfants peuvent alors avoir des difficultés à être en relation avec les autres. En effet, il faut pouvoir se reconnaître comme un individu à part entière, différencié de l'autre, pour qu'une relation se mette en place (Boutinaud, 2016).

Ces troubles de l'image du corps, présents dans l'autisme, peuvent aussi être à l'origine d'états de désorganisation ainsi que de vécus d'angoisses archaïques et corporelles.

1.5- Angoisses archaïques non résolues

D'après le schéma de Régine Prat[14], la mère a au départ une fonction d'englobement sans discontinuité quand le bébé est dans son ventre, avant d'avoir le rôle de soutien pour celui-ci, après sa naissance. Si l'expérience d'être tenu et contenu dans les bras de sa mère n'est pas vécue, le nourrisson pourra développer des angoisses archaïques.

Ces angoisses sont présentes de façon normale dès le début de la vie chez le bébé, mais s'il est dans un environnement soutenant et en l'absence de pathologie, il aura la capacité de les surmonter et de construire une image du corps suffisamment solide (Pireyre & Delion, 2015).

Selon F. Dolto (1984), l'enveloppe ne se construit qu'à partir du moment où les angoisses archaïques sont apaisées. Cependant, chez les enfants autistes, certaines persistent au cours du

---

[13]Cf. *supra,* III-6.1- Troubles de l'intégration sensorielle, hypo ou hyper-sensibilité p.30
[14] Cf. *infra,* Annexe II p. II

développement, impactant la mise en place d'une image du corps et de l'enveloppe psycho-corporelle.

Ainsi, l'incapacité de l'enfant à intérioriser les sensations tactiles et les fonctions de contenance et de pare-excitation fournies par son environnement, peut entraîner des états pathologiques chez lui. Nous allons voir à présent quels comportements peuvent témoigner d'une enveloppe défaillante et notamment chez les trois enfants rencontrés.

2) Manifestations et stratégies de défenses face à la défaillance de l'enveloppe psycho-corporelle

2.1- Enveloppe tonique ou musculaire

Face à un défaut de contenance, l'enfant peut mettre en place une enveloppe de substitution, qui se manifeste par un enraidissement du corps, une hypertonie jouant le rôle de carapace tonique. Cette « *enveloppe musculaire* » (Bick, 1968) apparaît comme un substitut au « *contenant-peau défaillant* » (Belot & Bonnet, 2016, p. 470), et son rôle est d'éviter la perte du contenu psychique interne. L'enfant utilise cette « *seconde peau musculaire* » pour « *renforcer [son] enveloppe et maintenir sa cohésion* » (Rousseau-Salvador & Louvel, 2019, p. 396).

C'est le cas de Rémi qui reste en position verticale, dans une hypertonie et une hypervigilance tout au long de la séance, ne pouvant pas se poser à l'intérieur des cabanes. Par l'intermédiaire de ce recrutement tonique, il exprime un besoin d'auto-tenue pour ne pas s'effondrer face au manque de contenance et de soutien qu'il n'a, par ailleurs, pas pu intérioriser.

Cette « *cuirasse musculaire* » (Reich, cité par Senn, 2005, p.73) que nous retrouvons aussi chez Hector, a également pour rôle de faire exister et de stabiliser les limites corporelles.

D'autre part, l'accumulation de tensions internes, liée à la défaillance de la fonction pare-excitatrice de l'enveloppe, peut être évacuée par l'enfant au travers de décharges tonico-motrices et de cris s'accompagnant d'une tension dans tout le corps.

2.2- Enveloppe motrice

Chez des patients ayant une défaillance au niveau de la fonction contenante et pare-excitatrice de leur enveloppe psychique, nous pouvons retrouver une « *impossibilité de contenir les émotions* » (Decoopman, 2010, p.147) ou les états d'excitations, qu'ils doivent expulser. Cela se manifeste alors par de l'instabilité, de l'agitation, et de l'impulsivité.

J'ai en effet pu observer ce type de conduites chez Hector. Lors d'une séance, il a construit un mur qu'il a ensuite fait exploser à grands coups de pieds. Si nous considérons que ce mur symbolise son enveloppe, nous pouvons émettre l'hypothèse que ce comportement illustre ce qu'il se passe en lui lorsque l'excitation, les émotions débordent. Sa fonction de contenance lui faisant probablement défaut, c'est comme si son enveloppe psychique ne pouvait contenir cette pulsion interne, qui s'exprime alors corporellement, sous forme d'une décharge motrice.

D'autre part, lors de sa première séance, Abel a exprimé de la colère, de la frustration et une grande angoisse au moment de la destruction de la cabane. Cela s'est manifesté par des cris, des pleurs, et des mouvements désordonnés. C'est comme si en démolissant cette construction, qui tenait le rôle de seconde enveloppe pour lui, nous supprimions ce qui lui permettait de se sentir en sécurité et de contenir ses émotions.

Les comportements d'agitation peuvent également apparaître comme une enveloppe motrice qui sert de *seconde peau* (Bick, 1968) pour l'enfant qui ne peut gérer ses tensions internes qui débordent. Celui-ci retrouve un sentiment de contenance à travers le mouvement.

De plus, les auto-stimulations (vestibulaires, auditives, visuelles...), et les auto-agrippements qu'utilisent parfois les personnes autistes, peuvent être « *une tentative de connaître les limites de son corps et de s'auto-tenir* » (de Monval, 2019, p. 126). Grâce aux mouvements répétitifs, ces comportements stéréotypés apparaissent comme des mécanismes de secours, pouvant leur apporter la contenance et le sentiment d'existence qui leur font défaut. C'est ce que j'ai pu observer lors de mon stage, chez Abel et Rémi qui participent au groupe-cabane : ils se stimulent visuellement[15] lorsqu'ils sont dans un moment d'angoisse ou qu'ils ont un besoin de réassurance.

Par ailleurs, les conduites à répétition peuvent leur permettre d'avoir l'illusion d'une enveloppe. J'ai particulièrement remarqué ces comportements chez Abel, sous formes de stéréotypies de type flapping ou bien de tournoiements sur lui-même ou autour d'un objet fixe.

2.3- Comportements manifestant un manque de limites

Selon Régine Prat, la mère a une fonction de support pour son nouveau-né, qui passe par un maintien du dos et de la tête, et qui lui permet de ressentir la limite de l'arrière de son corps. Un défaut d'intériorisation de cette fonction peut être observable chez l'enfant, s'il recherche un

[15] Cf. *supra*, III- 6.3- Les particularités sensorielles de Rémi p.32

appui dorsal. C'est le cas chez Abel, qui par exemple, s'assoit à chaque séance sur le coussin lui permettant d'être dos au mur lorsque nous chantons les comptines de début et fin de séance.

Pour Hector, un autre élément qui me fait penser que son enveloppe psycho-corporelle est défaillante, est sa manière de se mettre souvent au sol, comme si la recherche du dur était un moyen de sentir les limites de son corps.

J'émets aussi l'hypothèse que le cercle non fermé qu'Hector dessine, pourrait être le signe d'un manque de différenciation entre dedans et dehors, et donc d'une absence de représentation de la limite. Cela pourrait aussi symboliser une enveloppe non continue, qui reste encore poreuse, car selon G. Haag (1993), le rond fermé apparaît lorsque l'« *enveloppe psychique [est] constitué, soudée et séparée* » (Ciccone, 2001, p.129).

D'autre part, quand une relation de confiance a été établie avec l'enfant, le rapprochement physique ou attentionnel (psychique) peut aider à rétablir les limites entre Soi et l'autre, et reposer les bases de l'image du corps (Boutinaud, 2016). Face à cette difficulté de s'identifier comme des individus différents des autres, les enfants porteurs de troubles autistiques, peuvent alors être très demandeurs de contacts tactiles.

Enfin, Hector teste fréquemment les limites du cadre en franchissant les règles mises en place. Ce comportement m'apparaît comme une recherche de limite au niveau des enveloppes présentes dans la thérapie, pour qu'il puisse y prendre appui et intérioriser par la suite, cette fonction qui lui fait défaut.

2.4- Recherche de contenance

Lors de mon stage, j'ai pu à plusieurs reprises relever des défauts de la fonction contenante chez les enfants, se manifestant de différentes façons.

Chez Hector, ce sont ses demandes récurrentes d'être enveloppé, de construire une cabane ou d'être compressé entre le tapis et le sol, qui m'ont évoquées un besoin de restaurer une contenance défectueuse.

Par ailleurs, Abel se met régulièrement dans les petits espaces, comme le panier à tissus ou le coffre. Il s'entoure de briques ou bien s'enveloppe dans les draps, notamment dans les moments d'angoisse, de frustration ou de désorganisation. Selon moi, ces comportements témoignent d'un besoin de renforcer la fonction contenante fragile et pas encore fonctionnelle de son enveloppe psycho-corporelle.

Sur la grille de G. Haag[16], nous pouvons lire que « *l'inclusion du corps propre dans des contenants circulaires* » et la recherche du serrage « *sign[e] la récupération en cours du sentiment d'enveloppe* ».

A travers ce besoin de se faufiler dans les petits contenants déjà existants et cette recherche permanente d'enveloppement et de rassemblement, nous pouvons faire l'hypothèse qu'Abel est donc dans ce processus d'élaboration de son enveloppe. Il manifeste aussi une « *panne dans [son] développement* » (Senn, 2005, p.73), et notamment au niveau psycho-corporel, son enveloppe n'étant pas encore bien élaborée. Cela est visible également dans sa difficulté à organiser entre elles les briques en carton, qu'il n'utilise pas pour construire, mais sous lesquelles il se glisse soit sur le sol, soit à l'intérieur du coffre.

Comme nous l'avons vu, ces enfants autistes peuvent être envahis par des angoisses et notamment des angoisses archaïques, en raison d'une non-inscription des expériences de contenance, et « *faute d'un moi suffisamment intégré* » (Ciccone, 2001, p. 60). Celles-ci sont massives, désorganisantes et présentes avant l'apparition du langage.

Celles que nous pouvons rencontrer dans l'autisme et qui sont en lien avec une enveloppe psycho-corporelle défaillante, sont les angoisses de chute sans fin et sans repères ou d'effondrement, les angoisses de liquéfaction ainsi que les angoisses de désintégration. Nous nous intéresserons aux deux premières que j'ai particulièrement pu observer lors de mon stage. Lorsqu'elles sont présentes en excès, ne pouvant être contenues par l'environnement, elles sont à l'origine de stratégies défensives auxquelles nous allons nous intéresser maintenant.

2.5- Manifestations d'angoisses archaïques non résolues

2.5.1- Angoisse d'effondrement ou de chute

L'effondrement est une conséquence de l'abolition du tonus de posture, qui sert normalement à nous maintenir debout.

L'angoisse d'effondrement quant à elle, est vécue par l'enfant suite à un manque d'appui contenant, ou un défaut d'intériorisation de la contenance. Elle peut impacter le développement de son image du corps, car « *l'enveloppe corporelle, construction psychique immédiatement consécutive et nécessaire à un bébé pour devenir sujet, ne pourra devenir ni "solide" ni contenante* » (Pireyre & Delion, 2015, p. 174). Selon D.W. Winnicott, cette angoisse va empêcher

[16] Cf. *infra,* Annexe III p.III

l'enfant de construire sa subjectivité et son identité en raison de la « *crainte de l'anéantissement et du vide* » qu'elle entraîne (Pireyre & Delion, 2015, p. 180).

Cette angoisse peut donc se manifester chez l'enfant, à travers des agrippements dans les moments anxiogènes ou encore dans « *les instants de décrochage relationnels qui les débordent* » (Pireyre & Delion, 2015, p.148). C'est notamment le cas d'Abel qui cherche à s'accrocher physiquement au drap recouvrant le bureau ou bien visuellement aux chiffres présents sur le couvercle du panier à tissus, lors de la séparation en fin de séance. Ces comportements apparaissent comme des moyens de « *lutter contre la terreur de l'effondrement et de la chute sans fin* » (*ibid.*).

Concernant Rémi, il se laisse tomber au sol à de nombreuses reprises lors des séances, provoquant volontairement sa chute, et fait des acrobaties, cherchant à sauter depuis le haut du coffre ou de l'escabeau. Il s'écroule également en même temps que sa construction s'effondre.

J'ai également observé qu'Hector, lui, ne peut se tenir dans une position assise lorsqu'il est dans le fauteuil en début de séance, donnant l'impression de glisser, de couler.

Il y a donc chez ces deux petits garçons, un effondrement tonique qui m'évoque l'angoisse archaïque de chute sans fin et sans repère ou d'effondrement. Comme le décrit G. Haag, les effondrements toniques illustrent « *des vécus [de] sensations de chute et de liquéfaction* » (Golse et Delion, 2005, p. 127). Nous pouvons observer cela chez un enfant qui s'enraidit ou bien qui « *s'écoule […] comme un tas de chiffons* » (*ibid.*).

D'autre part, l'angoisse d'effondrement peut se manifester chez l'enfant à travers des demandes de jeux comme « *bateau sur l'eau* » (Pireyre, 2015, p.148). C'est une activité qu'Abel nous réclame fréquemment lors des séances, renforçant mon hypothèse de la présence de cette angoisse chez lui.

Selon E. Bick, pour se protéger contre les angoisses de chutes ou d'effondrement, le petit enfant va développer des « *stratégies défensives* », qui se manifestent par des cris, une agitation motrice permanente, une instabilité, une hypertonie ou encore des auto-stimulations. Ce sont des comportements que j'ai pu observer à plusieurs reprises chez Hector, Abel et Rémi.

Par ailleurs, pour G. Haag, les angoisses de chute et de liquéfaction se recoupent. En effet, si nous nous référons à la "Grille d'évaluation psychodynamique des changements dans l'autisme" concernant l'image du corps (ECPA[17]), l'hypotonie jusqu'à l'écroulement serait aussi la base du vécu de liquéfaction.

[17] Cf. *infra*, Annexe III. p.III

2.5.2- Angoisse de liquéfaction

L'angoisse de liquéfaction est une des angoisses archaïques décrites par E. Pireyre. Elle pourrait être « *un dérivé de l'angoisse […] d'effondrement* » (2015, p.151), ou bien liée à une peur que la limite corporelle disparaisse. Elle se manifeste par la crainte pour l'individu de s'écouler, de se répandre, et de perdre son contenu interne qui risquerait de sortir par les trous existants dans l'enveloppe psycho-corporelle discontinue. Le corps n'est pas perçu comme « *un contenant capable de retenir [les différentes] parties du Self* » (Boutinaud, 2013, p. 134).

J'ai remarqué qu'Hector riait et présentait une certaine excitation lorsqu'il nous parlait et nous montrait une plaie sur son genou. Ce rire semblait plutôt démontrer une angoisse concernant l'intégrité de son corps. Cela m'a fait penser à une enveloppe poreuse, manquant d'étanchéité, probablement à l'origine d'une angoisse de liquéfaction.

J'ai aussi constaté que lorsqu'il construit des murs en briques ou en kaplas, Hector colle tous les éléments qu'il pose, ne laissant pas de trous, de vides entre eux. Lorsque nous induisons un espace en écartant les modules, il le bouche systématiquement, comme si c'était trop angoissant pour lui, entraînant la peur que quelque chose puisse sortir par les trous. Ce besoin de construire un mur continu, unifié, a également renforcé mon hypothèse de porosité concernant sa propre enveloppe.

2.6- Manifestations d'un manque d'individuation

J'ai noté qu'Hector ne dit pas « Je » quand il parle de lui, il utilise la troisième personne du singulier. Cela témoigne selon moi d'un échec du « *processus de séparation-individuation* » dont parle M. Mahler (1968). Il suit normalement la phase de symbiose et permet à l'enfant d'intégrer qu'il est un être à part entière, avec une enveloppe qui lui est propre. Je mets en rapport cette absence d'individualité avec un défaut de fonction de limite de sa propre enveloppe, qui ne lui permet pas de différencier le Soi du non-Soi.

Ce retard dans le processus d'individuation m'apparaît également chez Abel à travers ses jeux de cache-cache et d'ouverture/fermeture du couvercle du coffre. Selon G. Haag (1993), ces comportements sont « *des réexpérimentations des premières "boucles de retour"* » (Ciccone, 2001, p.129), traduisant une entrée dans l'étape d'individuation pour Abel.

Ainsi, le défaut de sensation de limites, associé au manque d'intériorisation des fonctions de contenance et de pare-excitation, ainsi qu'à une non-résolution des angoisses archaïques,

peuvent entraver la construction de l'enveloppe psycho-corporelle des enfants autistes. Ils vont alors l'exprimer à travers des manifestations motrices, toniques et comportementales diverses.

Lors des prises en charge, l'objectif est alors d'amoindrir ces conduites qui les bloquent dans leur développement, et de leur apporter un apaisement en les sécurisant. Au cours de la thérapie psychomotrice, de nombreuses enveloppes, à l'image des poupées russes, vont donc s'imbriquer les unes dans les autres, pour tenter d'apporter à ces patients porteurs de TSA, la contenance et les limites qui leur font défaut. Nous allons à présent voir lesquelles.

VI- Les différentes enveloppes existantes lors de prise en charge en psychomotricité

1) L'enveloppe apportée par le psychomotricien

Chaque participant arrive dans le groupe avec sa propre enveloppe psycho-corporelle, et celle des thérapeutes, dotées de différentes qualités, peut venir soutenir celle défaillante des enfants. Le psychomotricien, en travaillant sur ses propres limites pourra « *agir sur le corps du patient tout en le respectant* » (Giromini, 2019, p. 23).

Les professionnels présents dans le groupe endossent le rôle et les fonctions de certaines enveloppes, prêtant leur « *appareil à penser, [leur] fonction contenante au patient* » (Vollon & Barthélémy, 2014, p.10). Ils doivent développer leur capacité à contenir aussi bien psychiquement que corporellement, ce que leur renvoient les patients, « *ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence* » (Potel, 2015a, p.324). Les thérapeutes jouent également le rôle d'enveloppe ferme et solide, pour offrir aux enfants un espace suffisamment sécurisant, leur donnant l'opportunité d'extérioriser puis d'intégrer leurs pulsions, affects, sensations et émotions qui sont alors bien contenues.

La présence des soignants autour des enfants, que ce soit dans le groupe ou en individuel, apporte une contenance qui passe par leur attention psychique, leurs paroles (qui fournissent une enveloppe sonore), leur disponibilité corporelle et émotionnelle et les échanges relationnels. Un décrochement dans l'attention des thérapeutes, peut être vécu par l'enfant comme une faille de contenance et être ainsi difficile à supporter pour lui, apparaissant comme une attaque de son « *sentiment d'existence* » (Potel, 2015a, p. 326).

L'enveloppe apportée par le psychomotricien peut également passer par un contact physique, tactile, dans lequel le corps du thérapeute sert de contenant externe. Il pallie la défaillance de la fonction contenante de l'enveloppe psychique de l'enfant. Cela rend possible

pour le patient, la perception des limites du corps de l'autre, et par extension des siennes, pouvant apaiser les angoisses liées à l'absence de sensation de limite. Par son corps, le professionnel joue aussi le rôle d'arrière-fond qui assure une sécurité, un appui grâce auquel l'enfant peut être rassuré.

Il est arrivé que les enfants pris en charge aient besoin d'être contenu physiquement par la psychomotricienne, dans des moments de grande excitation, d'agitation, de désorganisation, pour pouvoir se recentrer, retrouver du calme, s'apaiser.

D'autre part, la contenance peut être apportée par une enveloppe sonore qui passe par la voix et le chant. J'ai remarqué que les comptines que nous chantions dans les moments de portage semblaient apaiser les enfants, les amenant dans un état de détente plus important. Elles viennent bercer, porter, envelopper nos petits patients.

L'enveloppe procurée par les professionnels doit également avoir une fonction de pare-excitation, une « *fonction alpha* » dont parle Bion, pour transformer les excitations motrices et psychiques en éprouvés assimilables par les enfants, et ainsi leur permettre de mieux tolérer certains vécus. Cela passe par des interprétations, une mise en mots des angoisses. Cette fonction des encadrants permet ainsi aux patients de se réapproprier des éléments présents dans leur psychisme et de mettre en place un processus d'élaboration, de « *symbolisation des éprouvés corporels* » (Boutinaud, 2013, p. 145) qu'ils ne peuvent pas faire seuls.

« *La thérapie psychomotrice peut être comprise comme un espace où [les] vécus corporels archaïques trouveront un contenant où l'on espère qu'ils prendront sens pour l'enfant* » (*ibid.*).

Une seconde enveloppe peut être apportée lors des prises en charge au sein de groupe thérapeutique en psychomotricité : l'enveloppe groupale.

2) L'enveloppe groupale

L'enveloppe groupale est constituée par l'identité propre de chaque participant, à laquelle s'ajoute une part d'identité commune. Elle prodigue à tous les individus concernés « *un sentiment d'appartenance commun* » (Houzel, 2010, p. 140). Cette enveloppe du groupe contient les enveloppes psychiques individuelles.

Comme le dit J. Boutinaud (2013), les petits groupes fournissent un cadre plus restreint et rassurant aux enfants, favorisant les processus de transformation et de symbolisation des éprouvés corporels et psychiques.

L'enveloppe groupale est tout d'abord assurée pas la « *prise d'initiatives concrètes* » (Boutinaud, 2013, p.168) des encadrants. Cela passe par exemple par le fait d'aller chercher les garçons dans la salle d'attente, ou de proposer de passer au temps d'enveloppements quand Abel semble être dans une trop grande frustration ou agitation... D'autre part, « *la verbalisation et la métaphorisation des angoisses* » (*ibid.*) que peuvent ressentir les enfants pris en charge, participent à l'élaboration de cette enveloppe du groupe.

De plus, le cadre porté par les thérapeutes permet de « *préserver un semblant d'enveloppe groupale* » (*ibid.*), qui pourra avoir une fonction contenante visant à contenir les affects et débordements qui peuvent s'exprimer au sein du groupe.

Par ailleurs, la relation de confiance entre les professionnels s'occupant d'un même groupe est primordiale. En effet, elle assure un climat de contenance, de sécurité, qui aura un impact positif sur l'ambiance générale. Si les thérapeutes se sentent à l'aise, les enfants vont le ressentir et vont plus facilement s'autoriser à expérimenter et à s'exprimer.

La co-construction au sein du groupe cabane favorise le travail autour de la relation, car il faut pouvoir communiquer et être à l'écoute de l'autre pour élaborer une cabane commune. Abel et Rémi ont trouvé des moyens de se comprendre par des gestes, des regards, des mimiques, des onomatopées ainsi que par l'imitation. En effet, l'imitation est un des premiers moyens d'apprentissage et de communication qu'utilise l'enfant, par lequel il s'intéresse à l'autre, essaye de le comprendre et expérimente également de nouvelles choses.

Concernant les constructions de cabane, cela ne va pas de soi, mais s'apprend en reproduisant ce que font soit les thérapeutes, soit les autres enfants. C'est le cas pour Abel et Rémi, qui s'imitent chacun leur tour et s'appuient sur les propositions que nous faisons avec la psychomotricienne et la psychologue.

En leur montrant comment fabriquer une cabane, nous leur servons d'appui, pour qu'ils puissent à leur tour construire ce qui servira de support pour leur propre enveloppe psycho-corporelle.

Les interactions au sein du groupe permettent à chaque enfant de prendre conscience que l'autre existe et est différent de lui. Ainsi, par l'intermédiaire d'identification ou de conflits, ils peuvent se construire en tant que sujet et commencer à forger leur identité (Potel, 2015a, p. 387).

Les deux premières enveloppes évoquées sont comprises dans l'enveloppe du cadre thérapeutique, notion que nous allons à présent développer.

3) L'enveloppe du cadre thérapeutique

3.1- Définition

C. Potel définit le cadre thérapeutique comme « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » (2015a, p.321).

Le cadre thérapeutique désigne aussi selon J. Boutinaud, « *le lieu où nous accueillons les enfants pour travailler avec eux, mais aussi le propre positionnement du psychomotricien en tant que garant de cet espace. Il inclut donc également le thérapeute et son engagement* » (2013, p.169)

Le cadre qui est mis en place lors des séances de psychomotricité doit remplir les fonctions de contenance, de limite et de pare-excitation pour remplir son rôle d'enveloppe, au sein de la thérapie. Il apparaît alors à l'image de l'enveloppe maternelle. « *L'espace psychomoteur offre à l'enfant une enveloppe multimodale au cœur de laquelle éclore* » (Vennat, 2019, p. 193).

De plus, le cadre thérapeutique est adapté pour chaque patient en fonction de ses besoins.

3.2- Importance des invariants

L'enveloppe apportée par le cadre remplit la fonction de contenance, notamment grâce à certains invariants comme la régularité des séances ou encore la permanence des rencontres et du lieu de retrouvailles. Ce sont des éléments importants pour amener des repères spatio-temporels stables et donc un « *cadre […] de référence qui offrira la première ébauche d'un contenant* » (Boutinaud, 2013, p.170) à ces enfants.

Nous retrouvons ainsi chaque enfant toutes les semaines, le même jour, au même endroit et aux mêmes horaires. En effet, cette constance est d'autant plus nécessaire que dans l'autisme, ce besoin d'habitude, de ''pareil'' est encore plus important.

Nous avons par exemple remarqué que lorsque quelque chose ne va pas dans le cadre, ou change, Rémi tombe au sol, s'écroule ; d'où l'importance au moins au début, d'un cadre stable. C'est également difficile pour Abel de supporter le changement, notamment lorsque nous utilisons du matériel d'une façon inhabituelle.

Par ailleurs, il est également essentiel, pour éviter les inquiétudes des enfants, de les prévenir d'une absence, d'un changement ou de l'arrivée d'un nouveau dans le groupe. C'est ce que nous avons fait à plusieurs reprises lors de mon stage.

3.3- Le cadre spatial

Concernant la salle de psychomotricité, c'est le lieu marquant la limite entre le dedans et le dehors, dans lequel il faut contenir, sécuriser et réguler les états émotionnels des patients. C'est aussi « *un contenant tant corporel que psychique à travers ses aspects de continuité, de fiabilité et de constance* » (Senn, 2005, p.74).

L'espace est investi de façon « *rituelle et sécurisante* » (Miglioranza, 2006, p. 109) par les trois enfants que je rencontre. En arrivant dans la salle, Abel et Rémi vont directement dans le coin où nous avons disposé les coussins afin d'enlever leurs chaussures. Hector quant à lui, s'assoit tout de suite sur le fauteuil placé devant le tableau pour retirer ses chaussures puis écouter la présentation du programme de la séance que nous représentons sur ce tableau.

Il est important de délimiter et d'aménager les espaces de la salle de psychomotricité, pour assurer une sécurité et une contenance spatiale aux enfants. Pour Hector, par exemple, nous épurons la salle et ne laissons que le matériel que nous prévoyions d'utiliser. Nous supprimons ainsi les distracteurs, l'espace pouvant « *accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste* » (Potel, 2015a, p.322) de ce petit garçon.

3.4- Le cadre temporel

Le cadre temporel, s'il est bien établi, peut lui aussi apporter une sécurité et jouer le rôle d'enveloppe contenante pour les enfants pris en charge. Pour Hector, nous avons mis en place la présentation du déroulé de la séance, par l'intermédiaire de dessin figuratif sur le tableau. Cela semble lui avoir apporté de la contenance, des repères dans l'écoulement du temps, l'aidant à mieux accepter le passage d'une activité à une autre. Nous faisons trois propositions par séance : une de motricité globale, suivie d'une de motricité fine et pour finir un temps calme de portage, d'enveloppement ou de pressions.

3.5- L'encadrement professionnel

Concernant l'encadrement, la psychomotricienne a fait le choix d'avoir une stagiaire lors de ces séances particulièrement, car ce sont des enfants qui ont un besoin particulier de contenance et pour qui la relation duelle peut être compliquée. L'introduction d'un tiers les aide également « *à se séparer et à se différencier* » (Potel, 2015, p. 330). Ma présence apporte donc un bon support lors des séances.

Le choix du travail en co-thérapie avec la psychologue pour le groupe-cabane, a été fait pour apporter une plus grande richesse aux petits patients. Les professionnels profitent également de cette pluridisciplinarité, pour échanger leurs points de vue complémentaires sur ce qu'il s'est passé pendant la séance.

3.6- Rôle contenant du thérapeute

Le cadre est aussi le lieu où sont contenus les thérapeutes et les objets comme l'écrit S. Miglioranza. Le psychomotricien joue à la fois un rôle de contenant puisqu'il est « *garant du cadre* » (2006, p.108), et est lui aussi contenu par ce cadre.

La fonction contenante du thérapeute s'exprime à travers différentes qualités que F. Decoopman énumère (2010, p.152) : la solidité et la constance, l'ajustement, une attention bienveillante ainsi qu'une disponibilité interne. Le thérapeute apparaît comme un support, le temps que les fonctions défaillantes du patient soient reconstituées.

La sécurité qu'offre l'espace de la séance de psychomotricité, permet aux enfants d'extérioriser ce qu'ils gardent en eux dans d'autres situations, puisque leurs expressions psycho-corporelles seront contenues par les thérapeutes eux-mêmes.

3.7- Le cadre du groupe cabane

Pour le groupe, le cadre est essentiel comme j'ai pu l'évoquer plus haut. Les séances ont lieu toutes les semaines, toujours le même jour, aux mêmes horaires, avec les mêmes soignants et les mêmes enfants. Nous organisons alors la salle de la même façon et dès qu'il y a un changement, Abel et Rémi le remarquent.

Les différents temps qui sont identiques d'une séance sur l'autre, apparaissent comme des rituels qui permettent d'amener de la contenance, une certaine sécurité, un sentiment de continuité. Le temps est également un facteur « *qui donne de l'épaisseur à l'enveloppe contenante* » (Decoopman, 2010, p.152).

De plus, les séances du groupe permettent « *une rythmicité des expériences favorisant la notion d'anticipation nécessaire à l'illusion de permanence, de continuité, créant ainsi un espace sécurisant* » (Massoni et al., 2010, p. 110). Ceci participe à l'élaboration de l'enveloppe psychique dans un environnement structurant.

3.8- Instaurer des règles

Enfin, la notion des interdits de se faire mal, de faire mal à l'autre ou de casser le matériel, est importante pour assurer « *une limite structurante* » (Boutinaud, 2013, p.170), une contenance aux patients, grâce à des règles stables et rassurantes. Il faut donc déterminer un cadre avec des limites à la fois solides, souples et contenantes.

Il a pu arriver lors de mon stage que les enfants testent les limites en essayant d'enfreindre les règles, de nous contredire ou de s'opposer à ce que nous leur demandions. En maintenant un cadre solide, les enfants peuvent alors prendre conscience des limites qui vont leur apporter une sécurité externe. Ils pourront par la suite l'intérioriser et s'en servir d'appui pour constituer leur propre sécurité interne ainsi que leur sentiment de continuité d'existence.

L'instauration de règles joue également un rôle de contenant pour l'agitation, l'excitation, l'agressivité et les angoisses débordantes que peuvent vivre nos patients. C'est sur cette fonction de contenance, dont le cadre est garant, que s'étaye la fonction contenante de l'enveloppe psycho-corporelle des enfants pris en charge.

Ainsi, les modalités spatiales et temporelles du cadre thérapeutique, ainsi que les limites qu'il impose, peuvent participer à la construction de cette enveloppe.

Le cadre thérapeutique s'intègre au sein de l'institution, qui fournit alors la couche extérieure de l'enveloppe présente dans la prise en charge des patients en psychomotricité.

4) L'enveloppe institutionnelle

Le psychomotricien doit lui-même être contenu dans un cadre plus grand, celui de l'institution, pour que la contenance apportée en séance soit efficiente. L'enveloppe institutionnelle définit et garantit le cadre du travail du thérapeute. Elle lui sert également d'appui, elle le contient et lui apporte un réel soutien face aux difficultés qu'il peut rencontrer.

En effet, l'institution établit un projet global pour chaque enfant, s'appuyant sur le travail et les réflexions de l'équipe. Lors des réunions de synthèse qui réunissent tous les professionnels, chacun est libre d'y évoquer des situations qui lui sont éprouvantes ou qui lui semblent compliquées et pour lesquelles il a besoin d'un point de vue extérieur.

D'autre part, l'enveloppe institutionnelle apparaît également comme un tiers, permettant d'ouvrir le soin psychomoteur « *au-delà des murs de la salle de psychomotricité* » (Boutinaud, 2013, p.142).

De plus, pour que notre prise en charge soit efficace, il est essentiel qu'elle s'articule avec les autres soins, et que se mette en place un réseau, une pensée commune autour de l'enfant. Les différents professionnels « *tricot[ent] autour de lui une enveloppe plus ou moins invisible dont les effets ne manquent pas de se faire sentir lorsqu'elle s'avère opérante* » (Boutinaud, 2013, p.252). Les liens entre les professionnels est primordial pour maintenir une cohérence dans la prise en charge, en fonction des raisons de consultation de départ et concernant les informations données aux familles.

L'enveloppe institutionnelle a elle aussi un rôle de contenance, ainsi que des propriétés définit par D. Houzel (2010, p.148). Parmi celles-ci, nous pouvons retrouver l'étanchéité, la perméabilité, la consistance et l'élasticité.

Ainsi, à l'image des poupées russes, l'enveloppe institutionnelle contient le cadre thérapeutique, qui contient le thérapeute, qui lui-même contient le patient. Chaque enveloppe apporte une limite et une contenance, qui vont permettre au patient de se sentir en sécurité et d'intérioriser ces qualités présentes dans son environnement, au sein de la prise en charge. Elles aussi jouent un rôle important dans la structuration des enveloppes psycho-corporelles des enfants.

Une dernière enveloppe présente dans les soins psychomoteurs me semble importante à évoquer, celle apportée par le cercle familial.

5) L'enveloppe familiale

Le cercle familial fournit les premières enveloppes, dès la naissance du bébé. Chaque membre de la famille qui prend soin du nouveau-né, participe à la création d'une enveloppe sécurisante. Comme son nom l'indique, l'entourage d'une personne l'entoure, lui fournissant une limite, une contenance, un lieu où il est en sécurité. L'enveloppe familiale « *garantit la constitution de l'identité de base* » de l'enfant, et fournit à tous les membres, « *un même sentiment d'appartenance* » (Houzel, 2010, p.142).
Nous retrouvons ainsi de nombreuses qualités de l'enveloppe au sein du cercle familial.

Il est essentiel d'assurer un lien de continuité avec les parents, car l'enveloppe du cadre ne se réduit pas uniquement au temps de la séance, mais concerne également l'avant et l'après, ainsi que chaque moment passé au sein du CMP. Les rencontres entre thérapeutes et parents de l'enfant permettent ainsi d'établir « *un réseau de représentations, d'affects et de liens de*

pensée » (Boutinaud, 2013, p.255) autour de l'enfant, pour le soutenir dans son développement et le sécuriser.

L'implication de la famille dans les soins est un autre élément important pour contenir l'enfant, lui apporter un soutien et une réassurance, mais également pour que l'enfant lui-même investisse la prise en charge.

J'ai pu observer l'effet de l'implication des parents d'Hector au sein de sa prise en charge. Lorsqu'ils ont semblé avoir réellement pris en compte les difficultés présentes chez leur fils, ils ont mis en place de nouveaux rituels, comme des moments de calme allongé sur le canapé, ou des temps de relaxation. Hector est par la suite apparu plus calme, moins tendu en séance.

Par ailleurs, la maman d'Abel essaye elle aussi de l'accompagner, d'aménager l'environnement pour que ce soit le plus agréable et stimulant possible pour son fils. Elle cherche par exemple des méthodes d'éducation adaptées pour les enfants autistes et lui propose de le contenir corporellement dans ses bras en position fœtale pour l'aider à s'endormir. Puis elle remplace cela par une couverture lourde, lorsqu'elle se rend compte qu'il prend la mauvaise habitude de sa présence pour s'endormir.

Ainsi, nous avons vu qu'il existe diverses enveloppes autour de l'enfant lors de sa prise en charge au sein d'une institution, qui créent une enveloppe à plusieurs épaisseurs et apportent de la contenance et des limites dont l'enfant a besoin. Nous allons à présent nous intéresser aux différentes méthodes que nous pouvons utiliser à l'intérieur même des séances de psychomotricité, pour renforcer ou suppléer aux enveloppes défaillantes des enfants autistes pris en charge.

Tout ce que je vais aborder dans la partie qui suit, est basé sur des hypothèses et des réflexions autour du lien entre la contenance physique, matérielle, et l'enveloppe psycho-corporelle. J'ai mis en lien mes observations cliniques avec des éléments théoriques.

En psychomotricité, lorsque nous rencontrons des enfants ayant une défaillance au niveau de leur enveloppe psycho-corporelle, nous sommes en capacité de proposer des substituts à ces enveloppes, qui remplissent certaines de ses fonctions. Nous allons en aborder quelques-uns que j'ai eu l'occasion d'utiliser lors de mon stage.

VII- Renforcer l'enveloppe psycho-corporelle en psychomotricité à travers diverses médiations

La psychomotricité est une discipline dans laquelle le psychomotricien peut utiliser des médiations variées, en fonction de ses atouts et de la population avec laquelle il travaille. Il faut que le praticien ait une bonne connaissance de la médiation qu'il utilise, que ce soit une activité dans laquelle il est à l'aise et qui a un sens pour lui. C'est essentiel pour pouvoir sécuriser le patient dans les expériences qui seront faites au cours des séances où la médiation en question est utilisée.

1) Notion de médiation

La médiation est une méthode, une approche utilisée par le professionnel pour prendre en soin un patient, pour l'amener vers un mieux-être ; c'est un chemin choisi parmi tant d'autres possibles. Elle s'inscrit au sein du projet thérapeutique défini spécifiquement pour le patient. La médiation peut être un objet concret, ou bien un objet culturel, artistique, ou encore une technique corporelle s'inspirant d'activités physiques (danse, escalade, yoga, arts martiaux...). L'unique limite dans le choix des médiations est « *la créativité des psychomotricien(nes)* » (Rodriguez, 2019, p. 28).

En psychomotricité, ce n'est pas la technique en elle-même qui a un intérêt mais les effets qu'elle provoque. Ceux-ci vont entraîner des changements chez l'individu, en touchant « *les zones profondes de l'être* » (Potel, 2015b, p. 19), si la médiation est bien choisie. Ce qui est important, c'est la manière dont nous mettons en place le projet, en utilisant un outil, qui apparaît donc comme un simple moyen d'atteindre les objectifs fixés. Une médiation devient thérapeutique grâce au psychomotricien.

Les médiations ont pour objectifs de faire vivre des expériences corporelles et sensorielles variées au sujet, de l'aider à les assimiler, les intégrer et les transformer en représentations. Il pourra par la suite faire des expériences de plus en plus élaborées. C'est essentiel, notamment chez les enfants autistes, de les accompagner pour diversifier leurs expérimentations, de les amener à explorer le monde de différentes façons, car ils ont tendance à répéter de manière non fructueuse, toujours la même activité ; il n'y a pas ou peu d'évolution. C'est en effet ce que j'ai pu observer lors de mon stage, comme chez Hector qui demandait à chaque séance de « faire du hamac » ou encore comme Abel et Rémi qui n'utilisaient que les briques jusqu'à ce que nous leur proposions des variantes et d'autres matériels.

Cette notion de médiation (corporelle) en psychomotricité a notamment été défini par C. Potel comme un moyen de communication non-verbale qui est au cœur de nos échanges avec le

patient. Elle « *sert d'intermédiaire entre soi et l'autre* » (Potel, 2015a, p.365), donc entre le thérapeute et son patient ou entre les membres d'un groupe. Elle propose « *un objet commun à partager et à créer* » (*ibid.*) et fournit également « *un temps propice à l'échange, à la créativité, à l'expression* ». (Potel, 2015a, p.366) C'est donc autour de la médiation thérapeutique choisie que la relation va se créer, notamment lorsque le langage verbal n'est pas ou peu investi par le patient pour s'exprimer. J'ai pu l'observer à plusieurs reprises pendant les séances sur lesquelles je vais revenir dans les parties suivantes.

Ce qui donne un sens à la médiation utilisée par le psychomotricien, c'est l'engagement, l'investissement (corporel, psychique, de temps) qu'il met dedans, ainsi que sa connaissance de « *ce qui se travaille dans l'expérience proposée* » (Potel, 2015b, p. 20). C'est lui qui va soutenir la construction psychique à travers le travail corporel proposé.

Les techniques corporelles apparaissent comme les plus adaptées dans les prises en charge d'enfants autistes, chez qui les angoisses corporelles et psychiques tiennent une place centrale. Je vais maintenant présenter quatre de ces médiations que nous avons particulièrement utilisées au cours de mon stage : les enveloppements, le portage, la cabane et les pressions sous un tapis.

2) Les enveloppements

L'enveloppement peut être une médiation corporelle, un outil que l'on utilise en psychomotricité. Celui-ci peut apparaître sous forme d'un matériel comme un drap, une couverture, des coussins ; ou bien passer par le corps du thérapeute ou encore par son psychisme, son attention et ses paroles adressés au patient. J'ai pu expérimenter cette méthode lors des séances du groupe-cabane, principalement avec Abel, ainsi qu'au cours de la prise en charge d'Hector.

2.1- Description de la méthode d'enveloppement sec et différenciation avec le packing

Ce que nous avons pu proposer à Hector et Abel lors des séances, pourrait être appelé "enveloppement sec". Nous enveloppons le corps entier des enfants avec un drap assez serré autour de leur corps, en laissant la tête en dehors. Puis nous leur proposons un toucher contenant sur les différentes parties du corps, en les citant au fur et à mesure.

Cette médiation se différencie de l'enveloppement humide, également appelé « packing », qui a été apporté en France par le psychiatre américain M. Woodbury. Cette technique reprise par P. Delion consiste à envelopper le sujet dans des serviettes humides et froides et « *à utiliser le*

temps du réchauffement pour mettre en place et/ou favoriser le travail psychothérapique » (Delion, 2007, p. 11), favorisant un « *rassemblement de l'image du corps* » (*ibid.*).

La technique utilisée en prise en charge étant décrite, nous allons à présent aborder les différents rôles que jouent les enveloppements au sein des séances.

2.2- Fournir des sensations tactiles, ressentir son corps et établir les limites corporelles

D'une part, le tissu qui enveloppe de façon serrée le corps des enfants autistes, fournit les sensations tactiles non-superficielles dont ils sont à la recherche. C'est notamment le cas d'Abel qui présente une hypo-sensibilité à ce niveau. Il est très en demande d'enveloppement et initie lui-même le geste d'empacter ses jambes, ou bien vient vers nous en posant le drap sur ses épaules pour nous signifier qu'il veut être enveloppé. Hector quant à lui apporte plusieurs tissus qu'il pose sur son corps et dans lesquels nous lui proposons de s'enrouler.

D'autre part, lorsque nous enveloppons Hector avant de le porter dans le hamac, il ne demande pas d'accélérer la vitesse des balancements. C'est comme si le drap qui l'enveloppait lui fournissait suffisamment de sensations pour sentir son corps présent, n'ayant alors plus besoin de stimulations vestibulaires.

C'est également le cas chez Abel, qui peut se poser, immobile, uniquement lorsqu'il est enveloppé, ou bien allongé sous un tas de coussins. L'un et l'autre n'ont alors dans ces moments-là, plus besoin d'être en mouvement pour éprouver leur corps.

Grâce aux sensations cutanées que procurent le drap lors de l'enveloppement, les enfants peuvent prendre conscience de la surface unifiante de leur peau, de leurs limites corporelles, et se sentir comme un individu différent de l'autre.

Cela renforce également la cohésion de toutes les parties de leur corps, favorisant la mise en place d'un schéma corporel unifié, et prodiguant une sécurité interne.

Ainsi, grâce aux enveloppements, les enfants autistes peuvent éprouver et intégrer leur enveloppe corporelle à partir de laquelle va se construire leur enveloppe psychique, puisque « *les fonctions psychiques, les organes psychiques, les instances psychiques dérivent par étayage des fonctions organiques* » (Anzieu, 1990, p.61).

En plus des tissus qui enveloppent physiquement les petits patients, nos paroles et nos regards, à la psychomotricienne et moi, jouent le rôle d'enveloppe psychique. Tout cela permet de poser les limites entre un dedans et un dehors, entre un soi et un non-soi.

2.3- Apaiser les angoisses

Les enveloppements permettent aussi d'apaiser les enfants que nous prenons en charge. C'est un moment durant lequel ils peuvent se poser un peu, relâcher leurs tensions corporelles et se détendre en silence.

C'est ce que j'ai pu observer chez Hector à qui nous avons proposé lors de la troisième séance, de l'envelopper dans un drap avant qu'il se mette dans le hamac. Contrairement aux séances précédentes, il a montré peu d'excitation et de mouvements désorganisés avec ses bras et jambes. Il a également fermé les yeux pendant quelques instants, s'est regroupé et a relâché son poids dans le tissu. J'ai pu le ressentir à travers le dialogue tonique, car je portais un côté du hamac. Je fais l'hypothèse que d'avoir un tissu fermé, serré, qui faisait bien le tour de son corps, a permis de créer une contenance, une enveloppe solide et continue, jouant ainsi un rôle sécurisant. Au contraire, le hamac qui reste ouvert en haut ne doit pas être suffisamment protecteur pour Hector, apparaissant comme une surface trouée, ce qui m'évoque les angoisses archaïques que l'on retrouve dans l'autisme[18].

Les enveloppements qui permettent aux enfants enveloppés de ressentir leurs limites, leur enveloppe corporelle, apparaissent donc comme tout à fait adaptés dans la prise en charge.

2.4- Apporter recentrage et contenance

D'autre part, la médiation de l'enveloppement est une technique d'impression, dans laquelle le patient se recentre sur lui-même, comme l'évoque V. Defiolles-Peltier. Il pourra alors se concentrer sur son corps dans l'ici et maintenant. J'ai remarqué cette possibilité chez Hector. Habituellement, il parle beaucoup d'éléments qui se sont passés antérieurement, mais une fois enveloppé il est silencieux au début, puis peut parler de sensations vécues dans le moment présent.

Les enveloppements jouent le rôle symbolique de contenant assez souple, qui va contenir les émotions, l'excitation, la frustration ou les angoisses qui ne peuvent plus l'être car l'enveloppe de l'enfant est défaillante. C'est en particulier le cas pour Abel qui s'est à plusieurs reprises désorganisé, mis en colère, s'agitant et poussant des cris au moment de ranger en fin de séance. Il a alors cherché lui-même à s'enrouler dans un tissu, geste que nous avons accompagné et qui l'a rapidement apaisé.

J’ai pu observer cette fonction contenante des enveloppements lors d'une autre séance avec Abel. En effet, lorsque nous l'avons enveloppé avant de le porter, il est resté moins longtemps

[18] Cf. *supra*, V-2.5- Manifestations d’angoisses archaïques non-résolues p.49

dans le hamac que les autres fois, et a pu par la suite se concentrer sur d'autres activités. C'est comme s'il avait eu assez de sensations pour combler ses besoins de contenance, grâce à cette double enveloppe.

Chez Hector, le temps d'enveloppement que nous lui proposons, permet de contenir l'excitation et les mouvements impulsifs engendrés par les fins de séances, ce qui réduit ces comportements et lui apporte du calme.

Grâce à la contenance qu'ils prodiguent, les enveloppements permettent par la suite aux enfants de ressentir leur corps comme un contenant.

2.5- Les enveloppements comme support à la représentation

Par ailleurs, les enveloppements « *orientent les vécus du corps engagés dans les échanges afin de permettre que ces vécus deviennent matière à transformation et à élaboration psychique* » (Potel, 2015b, p. 19). L'objectif est donc que les sensations que les enfants vont ressentir au cours de cette expérience corporelle, leur servent à se construire des représentations psychiques.

Au travers de cette médiation, soutenue par des paroles comme « tu sens bien tout ton corps présent, tu es contenu par le tissu qui est serré autour de ton corps. Ça te fait du bien ? », nous cherchons à mettre du sens sur les sensations, pour amener l'enfant à la représentation. Concernant les enveloppements, ce sont des images d'enveloppe continue, solide, contenante que nous souhaitons susciter au patient.

2.6- Fournir une enveloppe physique

Le tissu qui enveloppe, peut d'un autre côté apparaître comme une seconde peau qui renforce une enveloppe psycho-corporelle défaillante. D. Anzieu écrit : « *le pack […] offre des "enveloppes de secours" structurantes, qui prennent la place, pour un temps, [des] enveloppes pathologiques* » (Anzieu, 1985, p. 112) ; cela me semble vrai également pour l'enveloppement sec.

L'enveloppement peut aussi passer par le corps des thérapeutes qui viennent entourer corporellement les enfants. Une communication non-verbale se met alors en place entre le psychomotricien et le patient, à travers le dialogue tonico-émotionnel. Celui-ci passe par le tonus, la chaleur, les bruits internes (de la respiration, du cœur), l'odeur de l'autre ou encore les vibrations des cordes vocales.

Cette fonction d'enveloppement de l'enfant dans les bras du thérapeute rappelle celle du ventre maternel pendant la grossesse. En effet, le fœtus reçoit de nombreuses informations lorsqu'il est dans le ventre de sa mère : il entend les battements de son cœur, sa respiration, il ressent la cadence de sa marche, sa position dans l'espace (couché, debout, assise...). Cela amène un rythme qui le berce, qui devient un repère rassurant, il se sent en sécurité.

Lors des séances en psychomotricité, quand l'enfant est submergé par l'angoisse, quand il est désorganisé, dispersé, nous pouvons le rassurer, le recentrer, l'aider à retrouver du calme. Nous pouvons créer un substitut à son enveloppe qui n'est plus contenante, par l'intermédiaire des tissus enveloppants ou de notre corps, qui joue alors le rôle d'arrière-fond et fourni des sensations de limite. Cela lui rappellera (inconsciemment) le sentiment de sécurité externe et interne qu'il avait dans le ventre de sa mère.

Le psychomotricien joue alors le rôle de seconde peau physique, pour suppléer à l'enveloppe psychique de l'enfant qui est défaillante, ou fragilisée par des excitations ou des angoisses internes ou externes.

2.7- Favoriser la relation, la communication

L'enveloppement dans le tissu ou dans les bras du psychomotricien, assure donc une contenance à l'enfant et le rend plus disponible à la relation. C'est ce que j'ai pu noter chez Hector et Abel, avec qui il y a des échanges de regards plus soutenus dans ces moments-là, qui sont alors l'occasion d'une vraie rencontre avec eux.

L'enveloppe corporelle prodiguée par le psychomotricien dans le corps à corps, peut ainsi apparaître comme une médiation à l'autre, un moyen de communiquer au-delà des mots. En effet, dans certains cas les mots ne peuvent pas être intégrés par notre patient qui n'a pas accès à cette forme de langage, ou bien n'y est pas sensible. Les échanges se font donc à travers un dialogue tonico-émotionnel, infra-verbal. Par notre propre régulation tonique, nous pouvons abaisser le niveau tonique de l'enfant, qui va s'apaiser en percevant notre détente ainsi qu'en se sentant contenu.

Ainsi, les enveloppements jouent plusieurs rôles essentiels dans le cadre des pathologies autistiques. Par le contact tactile avec le tissu ou le corps du thérapeute, les enfants autistes peuvent ressentir leur enveloppe corporelle comme unifiée, ce qui peut apaiser leurs angoisses qui seront également contenues. Ils peuvent prendre conscience de leurs limites corporelles, se différencier de l'autre. Les enveloppements fournissent une seconde enveloppe matérielle pour pallier une enveloppe défaillante et contenir les états d'excitation interne. A terme, l'enveloppement permet de créer des sensations corporelles qui offrent aux enfants un moyen de

construire des appuis, qui permettront de diminuer et faire disparaître l'angoisse liée à la fragilité de leur enveloppe. L'objectif principal de cette médiation est qu'ils puissent progressivement s'approprier leur enveloppe corporelle pour construire et renforce leur enveloppe psychique.

Une autre médiation qui paraît adaptée pour faire face aux difficultés rencontrées par ces enfants, concernant la construction de leur enveloppe, est l'ensemble formé par le portage et les bercements. En effet, comme évoqué précédemment[19], l'enfant doit être porté pour bien se développer au niveau psycho-corporel.

3) Le portage et les bercements

Nous utilisons cette médiation aussi bien lors des séances individuelles avec Hector, qu'au sein du groupe cabane avec Abel et Rémi. Je vais maintenant aborder en quoi elle consiste et ce qu'elle apporte aux enfants autistes pris en charge.

3.1- Le portage lors des séances

Durant les premières séances, nous proposons à Hector un temps de portage dans le hamac. C'est un grand sac suspendu d'un côté au mur et porté de l'autre par le bassin du thérapeute. Cette activité est associée soit à des balancements, soit à un enveloppement préalable dans un tissu, comme définit ci-dessus.

Concernant le groupe cabane, nous proposons aux enfants, dans la deuxième partie de la séance, un temps calme de portage dans un tissu que nous portons des deux côtés, à l'image d'un hamac. Abel a beaucoup investi ce temps qu'il nous demande souvent en nous disant « saute » ou « bateau », associant sûrement cela à la chanson « Bateau sur l'eau » que nous chantons pendant ce moment-là. Il fait cette demande à toutes les séances, après s'être allongé sur le tissu que nous déposons au sol.

Mais qu'est-ce que cette médiation permet de mettre en jeu au sein des séances ? Qu'est ce qu'elle peut procurer aux enfants pour les aider à renforcer leur enveloppe psycho-corporelle ?

[19] Cf. *supra*, IV-1.3- Rôle des parents dans la structuration des enveloppes p.34

3.2- Stimulations vestibulaires par le portage et les bercements

Tout d'abord, les bercements que nous proposons dans le hamac, « *stimulent le système vestibulaire et sensori-moteur d'une façon apaisante ou jubilatoire* » (Diard, 2008, p.210). Je fais donc l'hypothèse qu'Abel, qui a une hypo-sensibilité vestibulaire, apprécie particulièrement ce temps de portage, car il lui permet d'avoir des sensations à ce niveau-là. Il n'a alors plus besoin de les provoquer lui-même et peut s'apaiser.

Au contraire, les stimulations vestibulaires provoquées par les bercements semblent plutôt être source d'excitation chez Hector. Je note cela face à sa demande d'aller toujours plus vite, plus haut, plus fort.

3.3- Régression et apaisement

Une fois porté dans le tissu, Abel laisse sa tête rouler de droite à gauche, au rythme des balancements avec le drap lui caressant les joues ; cela me fait penser à ce qu'il pouvait vivre dans le ventre de sa mère.

En effet, cette médiation répond aux besoins de régression que peut exprimer Abel lorsqu'il pousse des cris de nourrisson ou qu'il agite ses bras et ses jambes, allongé sur le dos, comme un nouveau-né dont c'est l'unique moyen pour s'exprimer. Le portage et les bercements rappellent la vie intra-utérine et les premiers mois de vie durant lesquels le bébé était porté par sa mère.

Le rythme régulier des balancements apporte sûrement à Abel un sentiment de sécurité, puisqu'il fait référence à des situations d'apaisement, de bien-être, vécues dans la toute petite enfance. Dans ces moments-là, il parvient plus facilement à se poser, se relâcher, à ne plus être dans un état de vigilance accrue.

De même chez Hector, les bercements doux, qu'il accepte une fois enroulé dans un drap, s'accompagnent fréquemment d'un relâchement tonique. C'est un moment calme durant lequel il peut rester immobile et se détendre.

Isabelle Diard évoque les fonctions de régression et d'apaisement du portage en psychomotricité, en disant que « *Les éprouvés sollicités [dans le hamac] seront ceux d'être porté, contenu, bercé... apaisé ou rassuré, rasséréné. En référence au holding de Winnicott, la position dans le hamac évoque le maternage dans les bras d'une mère.* » (2008, p.210).

3.4- Le portage reproduit les fonctions du holding

La notion de portage rappelle donc le *holding* de Winnicott (1975), qui correspond à la façon dont les parents portent physiquement et psychiquement leur enfant. Cette fonction de *holding* procure à l'enfant un sentiment de sécurité physique et psychique, ainsi qu'une sensation d'unité et de continuité d'existence. L'image du corps se constitue également à partir de ce portage des parents. La médiation que nous utilisons reprend les mêmes fonctions, et paraît donc adaptée pour Abel, Rémi et Hector chez qui ces éléments apparaissent comme fragiles.

Ainsi, à travers la médiation du portage, les enfants peuvent ressentir la délimitation entre le dedans et le dehors ainsi que leurs limites corporelles. Ils ont alors la possibilité de différencier le soi du non-soi et de commencer à se reconnaître en tant qu'individu distinct.

Le portage dans le hamac participe aussi à la « *création d'un arrière-fond* » dont parle Bullinger (2015, p.31), par le contact-dos qui donne un appui solide au corps. C'est intéressant pour les enfants autistes chez qui cet arrière-fond fait souvent défaut. J'ai notamment pu le voir chez Abel, qui s'assoit toujours sur le coussin dos au mur, au moment de la comptine.

Le portage soutient la construction de l'enveloppe psycho-corporelle par ses fonctions de contenance, de pare-excitation et de protection. Lors de la dernière séance où nous avons utilisé le hamac avec Hector, j'ai remarqué qu'une fois porté il était davantage silencieux, comme si toutes les pensées qui s'échappent habituellement de sa tête, pouvaient être contenues par le tissu du hamac.

De plus, grâce à la position en enroulement, le corps est rassemblé, fournissant un sentiment d'unité et de sécurité au petit enfant, comme lorsqu'il était dans les bras de ses parents. Abel a pu nous dire le mot « escargot » lorsqu'il était dans le hamac, enroulé sur lui-même et recouvert d'une couverture et d'autres objets. Cette parole et l'image que m'a renvoyé cet instant, me laissent penser qu'Abel a pu avoir un sentiment de protection, de contenance, comme un petit escargot au chaud dans sa coquille ou comme une chenille dans son cocon.

3.5- Le portage joue un rôle dans la relation

La médiation du portage, tout comme les enveloppements, joue le rôle d'intermédiaire entre l'enfant et nous. La communication infra-verbale est alors favorisée et passe par des échanges visuels ainsi que le dialogue tonique. J'ai pu le vérifier avec Abel et Hector qui sont plus présents physiquement et psychiquement dans la relation lorsque nous les portons dans le tissu.

En effet, ils nous regardent et nous sourient ; Abel est silencieux et Hector ne parle plus de dessins animés ou d'événements passés.

Les échanges tonico-émotionnels qui ont lieu entre les enfants et nous « *vont renforcer et doubler [leur] vécu sensori-moteur et émotionnel* » (Diard, 2008, p.211*)*. Cela va donc permettre d'enrichir le répertoire de sensations et d'émotions de ces enfants.

Au cours du portage, le dialogue tonique décrit par J. de Ajuriaguerra tient donc une place centrale, puisque les thérapeutes qui portent l'enfant doivent s'ajuster toniquement en fonction de ce qu'ils ressentent du patient à travers le drap. Un accordage se met en place, le psychomotricien cherchant à trouver un équilibre entre tenir fermement pour que le patient se sente en sécurité et lui laisser la possibilité de se mobiliser. C'est à travers ce dialogue que j'ai pu ressentir un relâchement tonique chez Hector lorsque je le berçais dans le hamac.

3.6- Le portage comme soutien des enveloppes matérielle et psycho-corporelle

Enfin, « *la tension extérieure du tissu* » (Diard, 2008, p.210) joue le rôle d'enveloppe matérielle qui permet aux enfants de se sentir « *porté et contenu [physiquement] de façon sécure* » (*ibid.*) Par le contact-dos et l'appui autour du corps que le hamac procure, Abel, Rémi et Hector peuvent prendre conscience de leur corps et éprouver la solidité et la consistance de celui-ci. Le portage fournit également un sentiment d'enveloppe unifiée, d'unité corporelle.

Les enfants peuvent aussi se sentir contenu psychiquement, grâce au sentiment de continuité d'existence et de sécurité interne que prodigue le portage attentionnel du psychomotricien. Par ses regards, ses paroles, ses contacts, il va « *confirmer […] à l'enfant son sentiment d'exister et toucher fondamentalement à l'image inconsciente du corps et la sécurité de base chère à Dolto* » (*ibid.*).

Ainsi, la médiation du portage en psychomotricité, associée à la présence active des thérapeutes autour de l'enfant porté, sont essentielles pour donner une consistance et une solidité à son enveloppe physique et psychique. Il pourra ensuite l'intérioriser pour structurer sa propre enveloppe psycho-corporelle.

3.7- Quand être porté n'est pas possible

Contrairement à Abel qui nous sollicite à chaque séance pour être porté, Rémi refuse catégoriquement ce temps de portage, en nous disant un vrai « non » lorsque nous lui proposons. Dans ces moments-là, Rémi peut soit nous ignorer et s'éloigner de nous, soit tenir un côté du drap pour nous aider à bercer Abel. Rémi a accepté une seule fois de se laisser porter dans le tissu,

mais il est resté très hypertonique, se tenant au bord du drap avec ses mains et tirant sur ses bras pour se maintenir assis.

Cela m'a beaucoup interrogé sur la raison de ce refus, et je fais l'hypothèse qu'il résulte d'une peur concernant la solidité du tissu, pouvant être en lien avec une « *image du corps fragile* », des « *angoisses de lâchage* » (*ibid.*) et une insécurité. Ces difficultés sont habituellement retrouvées chez des enfants qui ont vécu des situations d'abandon, ce qui m'amène à me demander : comment s'est déroulé le début de sa vie à la maison ? Quelle était sa relation avec ses parents ?

Le portage est aussi associé à une certaine détente musculaire. Or pour Rémi, devoir se relâcher toniquement nécessite de mettre de côté sa carapace tonique qui lui permet habituellement de se tenir, de ne pas s'effondrer. Cela peut donc lui apparaître comme impossible. Ce refus pourrait également être un moyen pour lui d'exister.

Face aux difficultés rencontrées par Rémi, nous avons essayé d'aménager le moyen de portage pour qu'il se sente plus en confiance. Nous avons par exemple fabriqué une sorte de brancard avec deux bâtons et un tissu qui les relie, pensant que cela le rassurerait peut-être sur la solidité du matériel. C'était aussi une façon de lui donner davantage envie de se mettre à l'intérieur de celui-ci, puisqu'il apprécie les bâtons. Mais il a continué de refuser ce dispositif malgré tout.

Finalement, lors de la dernière séance du mois de mars, Rémi s'est installé le premier sur le drap que nous avons étendu au sol et il a accepté de se laisser porter et bercer. Il a vraiment su profiter de ce moment en relâchant son poids, en abaissant son niveau tonique, et il semble avoir apprécié puisqu'il a souri et nous a demandé de recommencer plusieurs fois.

Je me demande pourquoi cet enfant qui refusait la contenance depuis le début de la prise en charge, a fini par accepter de se poser dans le hamac que nous portions.
Peut-être avait-il besoin de temps pour avoir confiance en nous et pour accepter cette régression. Cela pourrait également apparaître comme un cadeau symbolique pour la dernière séance avec ma maître de stage, avant son départ en congé maternité.

Contrairement aux médiations décrites jusqu'ici, Rémi a beaucoup investi les cabanes, tout comme les deux autres petits garçons. Je vais maintenant présenter cette troisième proposition qui peut être utilisée en psychomotricité pour travailler autour des enveloppes.

4) Les cabanes

Construire une cabane paraît être une activité anodine, que beaucoup d'enfants apprécient et qui peut être l'objet de jeux imaginaires variés. Elle peut être utilisée en vue de plusieurs objectifs en psychomotricité, comme pour établir un espace de relation ou pour permettre à l'enfant de jouer à construire ou à habiter. Elle permet également de mettre au travail de nombreuses compétences psychomotrices essentielles pour le développement, telles que la motricité globale et fine, l'organisation spatiale, les fonctions exécutives. Néanmoins, nous nous intéresserons ici surtout à la façon dont les cabanes peuvent participer à la construction de l'enveloppe psycho-corporelle de ces enfants, grâce aux différentes fonctions dont elles font preuve. Nous allons désormais les explorer.

4.1- Fonctions des cabanes en psychomotricité

4.1.1- Retour aux premières enveloppes et régression

Les cabanes construites en psychomotricité peuvent rappeler l'utérus, le ventre maternel, qui pourrait être considéré comme la première cabane. Or, l'enveloppe utérine est le premier élément qui va participer à la construction de l'enveloppe psycho-corporelle de l'enfant puisque c'est « *le premier abri, le lieu protégé où se construit l'être humain* » (Huerre, 2006, p. 22).

Les enfants autistes qui sont encore dans une dépendance affective à leur mère, peuvent rencontrer une « *angoisse et [une] insécurité soulevée par la séparation d'avec l'environnement maternel* » (Senn, 2005, p. 74), que leur psychisme ne peut pas gérer. La construction de cabane, à l'intérieur de laquelle ils peuvent être immobiles, au chaud, se sentant protégés du danger extérieur comme dans le ventre de leur mère, peut apparaître alors comme un moyen de les rassurer. La cabane « *constitu[e en effet] le support* » d'une régression (Druenne-Ferry, 1988, p.85).

Lors des séances en psychomotricité, l'objectif est « *de trouver ou de confectionner un cadre où [les enfants] se sent[ent] suffisamment bien* » (Huerre, 2006, p.23), par l'intermédiaire des cabanes, pour favoriser le développement de leur psychisme et la construction de leur enveloppe psycho-corporelle.

4.1.2- Un « moi-peau d'emprunt »

« *Une cabane, c'est […] comme l'écorce autour du noyau, avec sa double paroi, comme un moi-peau d'emprunt* » (Druenne-Ferry, 1988, p.85).

Nous pouvons faire l'hypothèse que la cabane sert d'appui pour la formation de l'enveloppe psycho-corporelle, puisqu'à l'image de la peau à partir de laquelle s'élabore le *Moi-peau*, la cabane est une représentation matérielle d'une enveloppe contenante, qui maintient les émotions et angoisses. A travers cette construction de cabane, l'enfant crée une enveloppe protectrice qui le rassemble corporellement et consolide son psychisme.

La cabane jouant le rôle d'un *Moi-peau* matériel, nous pouvons lui attribuer les fonctions de contenance, de limite et de protection qui sont également celles du *Moi-peau*. La cabane peut alors participer à « *l'élaboration du psychisme* » (*ibid.*), elle soutient la construction de l'enveloppe psycho-corporelle et apparaît comme un moyen de s'individualiser.

4.1.3- Rôle de contenance

La cabane existe « *par sa qualité essentielle de contenant* » (Druenne-Ferry, 1988, p.83). En s'allongeant à l'intérieur des cabanes que nous construisons, les enfants cherchent à vivre l'expérience de la contenance et de la sécurité dont ils manquent.

Par la construction des cabanes, nous essayons d'amener les enfants à « *se mobilis[er] pour créer matériellement dans l'espace* » (Miglioranza, 2006, p. 104) un contenant physique, matériel, pour remplacer leur contenant psychique qu'ils n'ont pas pu former. L'objectif est qu'ils intériorisent par la suite cette fonction contenante, sécurisante des cabanes et l'attribuent à leur enveloppe psychique.

Ainsi, la cabane apparaît comme un « *modèle de contenant psychique* » (D.Anzieu cité par Miglioranza, 2006, p.105), dont les enfants peuvent se servir pour construire leur propre espace psychique.

D'autre part, les angoisses, pulsions et excitations internes sont contenues par la cabane, ce qui permet à l'enfant d'être apaisé et de se poser. Il arrive alors à porter son attention sur autre chose que cette agitation interne et à prendre conscience de ses ressentis. La pensée peut alors émerger.

4.1.4- Rôle de limite

La construction de cabanes participe à l'élaboration d'une limite entre le dedans et le dehors, « *au fur et à mesure que se développent les capacités cognitives de l'enfant et sa maturation psycho-affective.* » (Le Run, 2006, p.29).

En utilisant cette médiation en psychomotricité, l'enfant aura alors la possibilité « d'*expérimenter en grandeur nature un espace constitué d'un intérieur et d'un extérieur qu'il a lui-même structuré* » (Senn, 2005, p.72).

Par l'intermédiaire des cabanes, nous cherchons à faire apparaître « *l'esquisse d'un espace intérieur, les limites d'un contenant ainsi que l'émergence de la troisième dimension* » (Senn, 2005, p.74). Les enfants pourront par la suite assimiler les limites entre leur espace interne, psychique et l'espace externe. La cabane apparaît donc comme un atout pour soutenir la construction de l'enveloppe psycho-corporelle.

Construire une cabane permet aussi à l'enfant de « *s'approprier un espace, de tracer les limites d'un territoire* » (Baget, 1984, p.7). Une fois l'espace intérieur ainsi délimité par les murs de la cabane, l'enfant peut projeter dehors ses craintes, ses pensées négatives, puisqu'il en est protégé.

4.1.5- Rôle de protection

Dans la définition d'une cabane, nous retrouvons la notion d'abri, de refuge, procurant à l'enfant qui se trouve à l'intérieur, un sentiment de protection. Quand l'enfant est à l'intérieur de sa cabane, il est en sécurité, ne craignant plus de se faire attaquer. Cette médiation peut ainsi jouer le rôle de barrière protectrice contre les dangers existants à l'extérieur.

La cabane apparaît également comme une bulle, à l'écart du reste de la pièce, permettant à l'enfant de ne pas être soumis aux stimulations excessives de l'environnement, jouant le rôle de pare-excitation, à l'image du *Moi-peau*[20].

4.1.6- Rôle de soutien à la construction de l'enveloppe psycho-corporelle

La cabane peut aussi être assimilée à une seconde peau, ayant une certaine épaisseur et faisant le contour d'un espace intérieur dont elle détermine la limite par rapport à l'extérieur. Elle peut alors suppléer à l'enveloppe de l'enfant qui serait défaillante.

La construction de cabanes permet également aux enfants de créer à l'extérieur d'eux-mêmes, une enveloppe matérielle autour de leur corps. Les objets qui servent à les fabriquer, et notamment les briques, « *constituent autour [des enfants] des sortes de cercles concentriques,*

[20] Cf. *supra*, IV-3.3- Le Moi-peau et l'enveloppe psychique de Didier Anzieu, p.39

éloignés ou lointains, qui sont comme autant d'enveloppes successives » (Tisseron, 2003, cité par Ferrari, 2007, p. 48).

Les cabanes permettent ainsi de représenter de façon concrète l'enveloppe qui fait défaut chez ces enfants avec qui nous les construisons. Nous pouvons imaginer qu'ils s'approprieront ensuite les fonctions de contenance, de protection et de pare-excitation des cabanes physiques. Ils peuvent ainsi intérioriser progressivement l'enveloppe matérielle représentée par les cabanes et renforcer leur enveloppe psycho-corporelle.

La construction de cabane en psychomotricité permet l'articulation entre le corporel et le psychique, en associant ses deux aspects au sein d'un même « *acte concret* » (Senn, 2005, p.72).

4.1.7- Moyen de s'individualiser, de différencier le Soi du non-Soi

Au sein du groupe, le temps passé autour de l'élaboration des cabanes facilite la rencontre entre les constructeurs, ainsi qu'une collaboration ou une opposition. La cabane revêt une fonction qui permet « *d'affirmer la séparation, la division : en somme la distinction du moi et du non-moi* » (Druenne-Ferry, 1988, p.85). En reconnaissant l'autre comme un potentiel concurrent ou allié, l'enfant en « *confirme l'existence* » (*ibid.*), et prend ainsi conscience de son Moi.

Par ce groupe, nous cherchons donc à amener les enfants vers une capacité à prendre conscience qu'ils peuvent exister individuellement et ainsi à se forger leur identité d'individu différencié des autres. Cette médiation donne « *la possibilité de la reconnaissance de l'autre [comme un individu différencié de soi] et du dialogue avec lui* », aboutissant à « *l'affirmation du "Je"* » (Bachelard, cité par Druenne-Ferry, 1988, p.85).

4.1.8- Expériences sensori-motrices et spatiales variées

La construction de cabanes permet à l'enfant de faire des expériences sensori-motrices variées. Il doit empiler des briques, attacher des tissus avec des pinces à linge, transporter le matériel d'un endroit à un autre, enfoncer les bâtons dans les plots... Tout cela met au travail sa motricité globale et fine ainsi que ses différents sens.

Or, comme évoqué précédemment, les expériences sensori-motrices sont à la base du développement des enfants. Elles sont, entre autres, à l'origine de leur capacité à se percevoir comme un être qui peut agir sur le monde, et étayent également leur capacité à utiliser l'espace et à se le représenter comme unifié (selon A. Bullinger, 2004).

La construction d'une cabane permet donc à l'enfant de s'approprier l'espace en passant par une représentation matérielle, et d'y trouver sa place en tant qu'être indépendant, puisque « *La notion d'espace est intimement liée au travail de construction identitaire* » (Ferrari, 2007, p.48). Les capacités de structuration qu'ils vont acquérir progressivement, pourront alors soutenir leur organisation psychique et par extension la constitution de leur enveloppe psycho-corporelle.

Les fonctions de limite, de protection et de contenance dont font preuve les cabanes, permettent donc de renforcer l'enveloppe psycho-corporelle des enfants autistes pris en charge, ou d'en soutenir la construction. Ils peuvent alors se percevoir comme des individus différents des autres, favorisant l'acquisition du « Je ».

D'un autre côté, les constructions de cabanes peuvent être révélatrice du fonctionnement psychique des enfants, nous allons à présent nous y intéresser.

4.2- Liens entre les cabanes et l'enveloppe psycho-corporelle des enfants

4.2.1- Corrélation entre habitat et fonctionnement psychique

Malgré les troubles visuo-spatiaux que présentent parfois ces enfants, la construction de cabane peut nous donner, à nous thérapeutes, une vision du fonctionnement psychique de l'enfant et de son image du corps. En effet, la cabane peut être considérée comme « *une projection dans le réel de l'enveloppe psychique, ce qui constitue une figuration de certains aspects du fonctionnement mental* » (Druenne-Ferry,1988, p.85).

La cabane apparaît comme une projection de soi, de son intérieur, nous permettant d'avoir accès à ce que l'enfant connaît de sa propre enveloppe ainsi qu'à la manière dont il la vit. La cabane reflète la construction psycho-corporelle des enfants qui la fabriquent, puisque Philippe Gutton l'explique : « *l'objet construit symbolise le corps du sujet ; le face à face avec la construction est de l'ordre du miroir, rendant une image globale du corps de l'enfant* » (cité dans Miglioranza, 2006, p.106).

Les cabanes permettent donc à la fois de faire un état des lieux de la façon dont l'enfant a construit son enveloppe psycho-corporelle, d'accéder à l'état actuel de celle-ci et de voir la progression de cette construction. C'est ce que nous allons essayer de préciser à partir des observations que j'ai faite de Rémi, Hector et Abel.

4.2.2- Construire ou habiter

Il a été intéressant d'observer une opposition importante dans la façon dont Rémi et Abel se sont approprié la proposition des cabanes. Dans la manière qu'ils ont d'aménager et d'habiter l'espace, les enfants rencontrés nous montrent ce qu'ils recherchent.

Pour Rémi, au sein de la séance, « *Le temps de construction revêt [...] une importance majeure occasionnant la recherche d'outils et de matériaux* » (Druenne-Ferry, 1988, p.83). Au début de l'année, il est uniquement dans l'action, à perfectionner sa structure, à réajuster en permanence les briques pour qu'elles soient alignées. Il ne se pose pas à l'intérieur et ne profite pas de ce qu'il a élaboré. Cette suractivité pourrait être l'expression non formulée d'un besoin de contenance, et d'une recherche de limite car « *le manque de limites internes et externes fait que le jeu est tout dans l'action* » (Miglioranza, 2006, p.105).

D'autre part, Rémi est en permanence à l'extérieur, debout, dans le mouvement, exprimant son besoin de tonicité, de bouger pour se sentir exister. L'enveloppe motrice et tonique qu'il se constitue alors, lui permet probablement de contenir ses craintes et ses angoisses.

Avec le temps, il a accepté de passer à quatre pattes ou accroupi à l'intérieur de la cabane, puis plus tard d'y rester quelques instants assis voire en décubitus ventral. Il ne pose cependant pas la tête, gardant son hypertonie. Ses progrès doivent être liés à l'acquisition d'une capacité à se sentir contenu autrement que dans le mouvement, et de trouver à travers la cabane matérielle, qui a une fonction contenante, une compensation de son enveloppe.

Au contraire, Abel ne construit que très peu les cabanes. Il nous apporte le matériel, comme les bâtons, les plots ou les tissus, mais il ne les assemble pas entre eux de lui-même. Cela pourrait traduire une incapacité à se construire une « *enveloppe-cabane* » (Senn, 2005, p.73). Il trace tout de même un chemin de briques, par imitation de ce que fait Rémi. Cependant, il profite beaucoup des constructions terminées ainsi que des espaces fermés préexistants, comme le coffre, qu'il aménage en sortant les briques et en déposant les coussins dans le fond. Abel me paraît alors être davantage dans "l'habiter". Il se met facilement à l'intérieur de la cabane, s'allonge au sol avec des couvertures sur lui et observe le toit coloré de cet abri.

4.2.3- Espace clos ou ouvert

La façon dont l'enfant construit sa cabane s'appuie sur la manière qu'il a d'habiter son corps. Face aux difficultés rencontrées par ces enfants pour structurer l'espace, construire un espace clos avec des murs séparant un dedans d'un dehors, nous pouvons alors constater l'absence de représentation de leur corps comme un contenant fermé. Cela peut se manifester de différentes manières.

Hector par exemple, semble ne pas parvenir à organiser l'espace dans les trois dimensions, en plaçant les briques de façon à former une cabane avec un espace intérieur délimité. Il fabrique une simple limite entre ce qu'il considère comme l'intérieur et l'extérieur. Or, « *l'espace est, d'abord et avant tout, une intégration psychique et corporelle de la limite, de la finitude*. » (Miglioranza, 2006, p.104). Cette difficulté pourrait donc illustrer un « *manque de limites internes* » (Miglioranza, 2006, p.105), ainsi qu'une absence d'intégration de l'espace.

Hector a besoin d'être guidé dans ses constructions pour qu'elles ressemblent à une cabane fermée, avec quatre côtés et un toit. Il utilise également à plusieurs reprises les murs de la salle comme faisant partie de sa cabane, en construisant perpendiculairement un autre mur en briques. Hector se contente de cet unique mur, agrémenté de deux briques entre lesquelles il place sa tête pour se reposer[21]. Je mets cette difficulté à concevoir un espace clos, en lien avec une absence de représentation de son enveloppe psycho-corporelle comme fermée ; elle apparaît ici plutôt comme poreuse, non unifiée et discontinue. Cette difficulté est rencontrée principalement chez des « *enfants qui n'ont pas une enveloppe corporelle solide* » (Miglioranza, 2006, p.106).

Tout comme Hector, Abel rencontre des difficultés pour créer des angles, il ne fait que des lignes droites et ce sont les objets présents dans la salle qui viennent interrompre cette ligne infinie. Abel n'a pas la capacité de construire un espace intérieur délimité par une frontière avec l'extérieur, témoignant probablement d'un manque de limite interne.

Cependant, les espaces qu'il investit doivent toujours être bien fermés, ne supportant pas que les tissus de la cabane que nous avons construite pour lui, laisse une ouverture dans le toit. Ce comportement pourrait être le signe d'une recherche d'un contenant physique unifié, pour suppléer à son contenant psychique qui ne l'est peut-être pas.

Ainsi, Abel ne parvient pas à construire un espace fermé, mais il a besoin de se retrouver dans un lieu clos et contenant, tout cela témoignant selon moi d'une défaillance de structuration de son enveloppe psycho-corporelle et de sa fonction contenante.

Concernant Rémi, ses premières constructions étaient constituées de colonnes non reliées les unes aux autres, il n'y avait pas la notion d'un espace fermé si nous ne l'induisions pas. Au fil des séances, il a construit un « parquet » de briques, ou de coussins carrés. Puis progressivement, un espace clos avec des bords définis est apparu et il a pu jouer avec le dedans/dehors en sautant au-dessus des murs formés par les briques. Cette évolution pourrait apparaître comme l'acquisition d'une capacité à établir un espace délimité, témoignant également de progrès concernant la construction de son enveloppe psycho-corporelle comme une limite continue, fermée.

[21] Cf. *infra,* Annexe IV p.V

4.2.4- Petit ou grand espace

A travers leur manière d'investir l'espace, nous pouvons également voir apparaître des besoins différents chez les enfants pris en charge.

Abel s'assoit souvent entre les coussins ou au milieu de briques qu'il a écartées pour se faire une place, cherchant à s'entourer avec des objets pour qu'ils délimitent le contour de son corps. Il se faufile également dans des petits espaces, comme le panier à tissus ou le tunnel qui se trouve dans le coffre. Abel semble alors nous montrer une recherche de contenance, de sécurité, avec un besoin de délimiter l'espace dans lequel il se trouve. Ce comportement pourrait traduire chez ce petit garçon dont la fonction contenante de l'enveloppe est défaillante, « *un travail de constitution du contenant physique et psychique, de symbolisation, de contention des peurs, pulsions et angoisses* », comme l'écrit S. Miglioranza (2006, p.106).

D'autre part, en investissant des lieux exigus, avec des parois proches de son corps, Abel cherche selon moi à reconstruire un équivalent des premiers espaces que sont la cavité utérine et les bras de sa mère ; cela manifeste un besoin de régression. Ce besoin m'est également apparu chez Abel dans son investissement du coffre. En effet, lorsqu'il se trouve à l'intérieur, il donne des coups sur la paroi, auxquels nous répondons depuis l'extérieur, et cela me renvoie l'image d'un bébé dans le ventre de sa mère. Abel se sent probablement en sécurité, protégé, contenu dans ce petit espace clos qu'il semble alors apprécier, puisqu'il l'investi à chaque séance.

Au contraire, Rémi construit plutôt des grands espaces, dont il délimite le contour en déposant les briques tout autour de la salle. Il paraît ne pas apprécier les petits espaces, les petits contenants, dans lesquels il refuse d'aller au cours des premières séances. Ces signes de ‘‘claustrophobie’’ pourraient être liés à des « *éprouvés angoissants [d']enfermement, [d']étouffement* » (Senn, 2005, p.75), vécus dans l'enfance, ou encore à une « *angoisse du serrage écrasant, étouffant* » dont pale G. Haag dans son échelle[22].

D'autre part, Rémi a besoin d'être à l'extérieur, dans un endroit où il a de la place pour pouvoir être en mouvement.

Puis petit à petit, il a pu passer à l'intérieur des espaces exigus, que ce soit les cabanes construites ou le coffre. En fin d'année, Rémi parvient même à s'asseoir dans le coffre seul ou en présence d'Abel, et il accepte de fermer le couvercle quelques instants. Ses angoisses paraissent alors avoir diminuées, lui permettant de profiter des qualités de contenance dont font preuve ces espaces étroits.

[22] Cf. *infra*, Annexe III p.III

Si Hector construit sa cabane seul, ce qu'il considère comme l'intérieur est finalement un espace vaste non délimité. Il a alors besoin de plusieurs couvertures pour se sentir protégé, contenu. Cependant, lorsque nous l'aidons à construire une petite cabane avec quatre côtés et un toit, il peut s'y installer avec un seul drap et nous dire une fois à l'intérieur qu'il se sent bien. Ce petit espace qui l'entoure, amène un apaisement chez lui, lui permettant de ne plus être en alerte. Il peut se poser, ne plus être dans une logorrhée dont il a l'habitude et échanger plus facilement des regards avec nous. Il ferme également les yeux pendant de courts moments, ce qui témoigne de ressentis de confiance, de protection et de sécurité suffisants pour qu'il s'autorise à lâcher le contact visuel. Ce cocon formé par la petite cabane, apporte sûrement à Hector une contenance physique et psychique, apaisant ses angoisses et tensions internes.

4.2.5- Espace rempli ou vide

J'ai pu observer, principalement chez Abel, le besoin de remplir ou de vider l'espace dans lequel il se trouve. A chaque séance, il comble l'intérieur de la cabane avec tous les coussins et tissus qu'il trouve, comme s'il ne supportait pas le vide. En effet, nous dit S. Miglioranza (2006, p.106), « *représenter le vide peut être angoissant* ». Nous pourrions également émettre l'hypothèse qu'en amenant « *des objets rappelant l'habitation familiale* » (Druenne-Ferry, 1988, p.83), Abel cherche à retrouver des repères sécurisants.

Le matériel qu'il accumule dans la cabane ou plus tard dans le coffre, lui sert également à s'ensevelir, à recouvrir son corps pour renforcer le sentiment de contenance.

Plus tard dans l'année, il cherche à vider cet espace réduit et fermé, qui semble suffire pour apporter la contenance dont Abel a besoin. Nous pourrions donc émettre l'hypothèse, qu'après toutes les expériences faites, il se sent assez en sécurité pour rester dans un espace intérieur vide, qui ne l'angoisse plus.

4.2.6- Besoin de détruire

Certains enfants, comme Hector, ont besoin de se lover quelques temps dans un petit espace délimité qui fait le tour de leur corps, puis peuvent tout faire exploser d'un seul coup, de façon impulsive ; c'est arrivé de nombreuses fois en séance avec lui. Ce geste symbolise peut-être la sensation de déchirement que procure dans son corps, la sortie de la cabane, qui jouait pour lui le rôle de seconde peau. Cette destruction pourrait être « *l'expérience de morcellement qu'[il] connaî[t] et qu'[il va] renouveler* » (Miglioranza, 2006, p.106) ou encore une traduction de sa déception que la séance soit terminée. Je fais également le lien entre cette explosion qu'Hector provoque, et un défaut de contenance de son enveloppe. Celle-ci ne peut à priori contenir la pulsion destructrice qui se manifeste en lui, face à ce sentiment de frustration.

Rémi quant à lui, expérimente à plusieurs reprises la destruction des tours de briques ou des cabanes qu'il construit. Cela provoque chez lui du rire, mais également un effondrement corporel, comme si la chute des briques se traduisait dans son corps. Rémi « *s'écoule alors comme un tas de chiffon* », (Haag, 2007, cité par Pireyre, 2015, p.148), évoquant l'angoisse d'effondrement dont parle E. Pireyre[23].

Par l'activité de construction/destruction des cabanes, Rémi et Hector font l'expérience répétée que ce qui est détruit ne disparaît pas pour toujours et peut à nouveau exister. Malgré une défaillance de leur enveloppe qui ne contient pas bien leurs émotions à certains moments, qui peut leur apparaître comme trouée, il est possible, à l'image de la cabane, de recoller les morceaux pour reconstruire une enveloppe solide.

4.2.7- Recherche de solidité

Les trois enfants que j'ai rencontrés semblent chercher à construire des cabanes solides, pouvant symboliser chez eux une enveloppe fragile qu'ils cherchent à renforcer. De plus, l'épaisseur des murs peut renvoyer « *à des perspectives […] affectives et intersubjectives* » (Senn, 2005, p.75).

C'est le cas d'Hector, qui construit son mur avec trois épaisseurs de briques qu'il dispose de façon parallèle et bien collées entre elles. Il construit cette forteresse ressemblant à une triple enveloppe, probablement pour le sécuriser depuis l'extérieur et combler un manque de sécurité interne, en lien avec des angoisses envahissantes. Nous pouvons également y voir une recherche de contenance.

Après avoir fabriquer sa cabane, Hector s'installe sur le sol et ajoute également d'autres couches à cette enveloppe qui l'entoure, en se recouvrant de plusieurs couvertures sous lesquelles il se cache. Puis il imite les « bruits des dinosaures » nous dit-il, qui sont à l'extérieur mais qui ne peuvent pas l'atteindre, car il est protégé par la structure solide.

Concernant Rémi, il apprécie construire des cabanes avec différents matériaux, mais particulièrement avec des objets durs, solides comme les briques, les bâtons et les plots. Il n'utilise pas de lui-même les tissus ou les coussins mous, donc "fragiles". Les murs ou les tours de briques qu'il confectionne sont sans trous, Rémi s'appliquant à bien coller les différents éléments en carton pour que ce soit solide. Cela pourrait être une façon pour lui de se créer une protection le rendant inattaquable, inatteignable.

[23] Cf. *supra*, V- 2.5.1- Angoisse d'effondrement ou de chute p.48

Parmi les trois enfants, Abel est celui chez qui j'ai le plus observé une progression concernant la façon dont il s'est saisi de la médiation des cabanes. Il y a eu de réels changements que nous allons aborder à présent.

4.3- Évolution des cabanes et développement du moi-psychique

F. Köhler, cité par B. Senn (2005, p.75) nous dit que par l'évolution des types de cabanes construites par les enfants, nous pouvons appréhender leur développement cognitif, ainsi que de leur « Moi-psychique ». Selon elle, le premier type serait la *cabane utérus* (stade fœtale) qui correspond à des enveloppements dans une couverture. Il y a ensuite la *cabane coquille ou carapace* (stade autistique primaire) qui serait de se mettre dans des contenants rigides, prêts à l'emploi.

Puis il y a la *cabane peau-commune* (stade symbiotique) qui permet à plusieurs enfants de se réunir sous un même toit ; suivie par la *cabane Moi-peau* qui correspond à une construction autonome aboutie. Enfin se met en place la *cabane Moi-psychique* qui donne lieu à une construction complexe, enrichie par des aménagements.

Tout au long de mon année de stage, j'ai pu observer une évolution concernant la structure des cabanes d'Abel. Au début de la prise en charge, il cherchait beaucoup à s'envelopper dans un tissu et se mettait dans les cabanes que nous construisions. Après de nombreuses séances, il est davantage dans une recherche de petit contenant déjà existant comme le panier à tissus ou encore le coffre qu'il investit de plus en plus.
Nous pouvons voir à travers ces changements concernant les cabanes entourant Abel, un développement de son Moi-psychique avec une transition de la *cabane utérus* à la *cabane coquille*.

D'autre part, Abel ne supportait pas au début la présence de Rémi dans la même cabane que lui, il le repoussait. Puis progressivement, il l'a accueilli dans son espace. Ils se sont alors retrouvés à plusieurs reprises, ensemble dans le coffre avec le couvercle fermé. Cela pourrait illustrer le passage de la *cabane coquille* à la *cabane peau-commune*.

Cependant, Abel n'est pas encore au stade de la construction d'une cabane, il profite des contenants déjà existants ou des cabanes que nous construisons pour lui. Nous pouvons alors considérer que son Moi-psychique n'est pas encore totalement développé.

Par ailleurs, une progression a également été visible dans l'investissement de l'espace et du matériel par les enfants du groupe. Au départ, les constructions étaient principalement verticales, sans réelle limite entre un intérieur et un extérieur. Puis, après quelques séances, les deux garçons ont construit comme des pièces de maison, délimitées au sol par des briques et

reliées entre elles par des chemins. Ils ont ensuite utilisé le matériel pour investir d'autres espaces comme le coffre, les briques servant alors à fabriquer un escalier pour y monter.

Ainsi, grâce à la construction de cabanes, les enfants ont eu la possibilité de faire des expériences autour du dedans-dehors, du contenant-contenu, leur permettant progressivement d'accéder à la représentation d'un contenant. Ils peuvent ensuite constituer et renforcer leur propre contenant psychique. De plus, les différentes fonctions motrices et toniques mobilisées à travers cette médiation, leur offrent une certaine contenance corporelle, par la perception de leur corps en mouvement et en tant que volume.

Une dernière médiation, que nous avons uniquement utilisé avec Hector, m'est apparue intéressante comme moyen de renforcer son enveloppe psycho-corporelle. Je vais maintenant la présenter.

5) Les pressions sous le tapis

5.1- Création et description du dispositif

Comme expliqué précédemment, nous avions pour habitude de suggérer à Hector un temps calme en fin de séance, que ce soit dans le hamac, ou enveloppé dans un drap. Lors de la cinquième séance, Hector a montré beaucoup d'agitation, d'impulsivité et même de l'agressivité. Pour terminer la séance, nous lui proposons alors un enveloppement serré, pour contenir son excitation et l'aider à se recentrer sur lui, ce qu'il accepte. Mais finalement, il s'allonge en décubitus dorsal sur le sol dur, pose le tissu sur son corps comme une couverture, et ajoute le tapis, initialement prévu pour qu'il se couche dessus.

Avec la psychomotricienne, nous maintenons les deux côtés du tapis pour qu'il reste en place malgré les mouvements de jambes d'Hector. Puis nous proposons des pressions profondes sur les différentes parties du corps, ma maître de stage se positionnant au niveau du haut du corps et moi sur les membres inférieurs.

Ces pressions fortes à travers le tapis semblent l'apaiser, provoquer un relâchement tonique et contenir son excitation. Il nous a en effet dit « Je me sens bien ici moi ».
Il devient ensuite lui-même le meneur et rythme les moments de pressions en nous disant « on appuie fort, fort, fort, et on relâche ».

Au moment d'arrêter la séance, Hector ne veut pas que nous enlevions le tapis. Nous le retirons donc avec beaucoup de lenteur, de façon progressive. Cependant, il se dégage rapidement de sous le tapis dans une réaction impulsive, sans prendre son temps.

5.2- Première évolution de la proposition

La médiation entre dans un processus thérapeutique (Rodriguez, 2019, p. 28), c'est à dire qu'elle est susceptible d'évoluer au cours de la prise en soin, elle n'est pas figée. Le thérapeute la complexifie, la fignole au fur et à mesure des progrès observés et de l'appropriation de la médiation choisie. En fait, le psychomotricien adapte en permanence l'utilisation des médiations en fonction des besoins du patient sur le moment même.

Dans le cas d'Hector, nous avons donc fait évoluer la proposition au fil des séances, car j'ai pu observer que le dispositif n'était plus assez contenant pour lui. Il manifestait à nouveau une certaine excitation et semblait désormais ne plus parvenir à se relâcher. Il y avait également une désorganisation et un recrutement tonique au moment où nous enlevions le tapis, ainsi que de l'agitation au moment de mettre ses chaussures. Ces comportements témoignent à nouveau, selon moi, d'un défaut de la fonction contenante de son enveloppe psycho-corporelle.

Je propose alors d'envelopper au préalable Hector dans un tissu, pour renforcer le sentiment de contenance, grâce à la sensation de seconde peau fournie par le drap qui fait bien tout le tour de son corps. Puis nous effectuons les pressions à travers le tapis au rythme de sa respiration, pour qu'il puisse se recentrer sur lui-même, se concentrer sur le moment présent ainsi que sur ses ressentis. Nous appuyons quand il expire et nous relâchons au moment de l'inspiration, à la recherche d'un accordage entre lui et nous.

En prenant conscience de sa respiration, Hector peut se détacher de la phrase évoquée ci-dessus, qu'il récitait comme un automatisme et qui paraissait l'enfermer dans quelque chose d'intellectualisé, l'éloignant des sensations provoquées.

Hector s'est bien saisi de ce nouveau dispositif et j'ai perçu un relâchement plus important chez lui, une plus grande capacité à lâcher prise, notamment car il a pu fermer les yeux plus facilement. Cela l'a apaisé physiquement, réduisant son excitation corporelle, ainsi que psychiquement avec une diminution des paroles et des répliques de dessin animé qu'il pouvait répéter en boucle.

De plus, contrairement aux fois précédentes, il est resté quelques minutes allongé en position fœtale sous la couverture, une fois que nous avions enlevé le tapis, prenant son temps pour se relever. Ce comportement a confirmé le besoin de contenance chez Hector, apportée par cette double enveloppe, pour se sentir en sécurité et pouvoir se relâcher, car la fonction contenante de son enveloppe psycho-corporelle est défaillante.

5.3- Deuxième évolution de la proposition

Nous avons apporté un dernier changement en mettant ce temps de détente en début de séance et non à la fin. J'ai émis l'hypothèse que cela aiderait Hector à être plus calme, plus apaisé pour le reste de la séance, et qu'il pourrait profiter pleinement de la proposition, sans être dans l'appréhension de la fin. Il a ainsi pu, de lui-même, nous signifier avec des mots que l'on pouvait passer à l'activité suivante, sûrement quand il a estimé avoir reçu suffisamment de stimulations.

Mon hypothèse s'est confirmée puisqu'en effet, pendant le deuxième temps de séance, Hector nous a montré qu'il était capable de construire et déconstruire sa cabane de façon calme et autonome, avec beaucoup moins de réactions impulsives que les autres fois. Il a également accepté de ranger et de mettre ses chaussures sans exprimer de frustration ou de colère.

5.4- Apports de la proposition

Je fais l'hypothèse qu'en nous conduisant à ce dispositif, Hector témoigne d'un besoin de sentir les limites de son corps et sa consistance, mais également de se sentir contenu. Les pressions sous le tapis semblent donc remplacer physiquement, le contenant psychique qui lui fait défaut. Il pourra progressivement intérioriser la contenance qui lui est prodiguée, pour renforcer la fonction contenante de son enveloppe psycho-corporelle.

Le contact du tapis et les pressions permettent également à Hector de ressentir son corps et ses limites autrement que par le mouvement. Il peut alors se détendre, ne plus être dans une hypertonie ou une agitation physique et mentale, qui l'empêchaient de se concentrer sur autre chose. Il est ainsi capable de se centrer sur ses éprouvés corporels et ses émotions. Il peut les verbaliser et nous dire qu'il est content d'être là, que c'est agréable, qu'il est bien. Cela l'aide à prendre conscience de son corps, de ses ressentis dans "l'ici et maintenant", favorisant sa présence psycho-corporelle dans l'instant présent.

La limite physique apportée par le tapis permet à Hector de construire une délimitation psychique : il existe alors comme un individu différent de nous. J'ai pu observer cela, car c'est le seul moment où il parle de lui à la première personne du singulier, se considérant comme un être à part entière. Cette médiation est donc un outil utile pour amener Hector à développer sa conscience de lui, son individualité.

Grâce à ce dispositif, Hector a fait des progrès dans sa capacité à contenir son impulsivité, à se contrôler pour ne pas tout faire exploser. Ces progrès nous ont également été rapportés par les parents ainsi que par l'école.

5.5- Lien avec la « machine à serrer » de Temple Grandin

Cette médiation des pressions sous le tapis me fait penser à la « machine à serrer »[24] (Grandin, 1994, p.118) ou « squeeze machine » du professeur Mary Temple Grandin. Cette américaine autiste et hypersensible au niveau tactile, a conçu cet appareil pour répondre à son besoin de pression profonde, pour réduire ses tensions et pour calmer ses angoisses.

Cette machine, inspirée de la « *trappe à bétail* » (Grandin, 1994, p.107), est constituée de deux panneaux latéraux parallèles, en mousse, qui vont exercer une pression uniforme tout le long du corps de la personne qui se trouve à l'intérieur. L'utilisateur a la possibilité de s'allonger sur le dos, le côté ou le ventre et il peut sortir quand il le souhaite. C'est la personne elle-même qui décide du niveau de pression appliquée. Je mets cela en relation avec la possibilité qu'a Hector de nous indiquer les moments de pressions et ceux de relâchement, au moyen de mots ou de sa respiration.

Elle écrit dans son livre *Ma vie d'autiste* : « *enfant, je m'enveloppais dans une couverture ou je m'écrasais sous les coussins du canapé pour satisfaire mon désir de stimulation tactile* » (Grandin, 1994, p.49), évoquant ce besoin de stimulation tactile intense pour satisfaire son « *système nerveux défaillant* ». Je fais le rapprochement avec Hector qui a ce même besoin en raison de sa sensibilité tactile particulière.

Elle dit aussi que « *la chaleur et la pression tendent à diminuer l'excitation* » (Grandin, 1994, p.51). Ces deux éléments sont présents lorsque nous proposons le dispositif du tapis à Hector, ce qui pourrait également expliquer son apaisement.

Ainsi, l'ensemble des médiations que je viens de présenter et que nous avons utilisé lors des séances de psychomotricité, peuvent jouer le rôle d'enveloppe matérielle. Par les diverses fonctions dont elles font preuve, elles apparaissent comme des moyens de substituer ou de renforcer les enveloppes psycho-corporelles défaillantes des enfants. A terme, l'objectif est que la contenance, la limite, la pare-excitation que les médiations fournissent, soient intériorisées par les enfants, pour qu'ils puissent s'en détacher et se sentir en sécurité dans leur propre enveloppe psycho-corporelle.

[24] Cf. *infra*, Annexe V p.V

CONCLUSION

En psychomotricité, notre rôle est d'accompagner le patient à rétablir le lien entre le corps et la psyché, si celui-ci n'est pas ou plus existant, pour retrouver un équilibre, une harmonie entre ces deux aspects fondamentaux. Ainsi, travailler autour de l'enveloppe psycho-corporelle en thérapie psychomotrice prend tout son sens, car pour se construire, l'enveloppe psychique s'appuie sur des expériences corporelles.

Toutes les expériences corporelles vécues pendant les séances de psychomotricité, au sein des différentes types enveloppes (groupe, cadre thérapeutique, institution), offrent aux patients, et particulièrement aux enfants porteurs de troubles autistiques, le sentiment de contenance.

Les médiations comme les enveloppements, le portage, les cabanes ou encore les pressions, permettent à ces enfants, chez qui l'enveloppe psycho-corporelle est mal construite, de combler leurs besoins d'être enveloppés, contenus, portés. Les enveloppements et le portage, qui sont des activités plutôt calmes, dans l'immobilité, aide au travail de recentrage et de ressenti d'une seconde enveloppe solide et contenante. Parallèlement, l'élaboration de cabanes, durant laquelle les enfants sont davantage dans l'action, autorise quant à elle, l'extériorisation de tensions et la construction d'une enveloppe matérielle, d'un contenant.

Par leurs fonctions de contenance, de maintenance, de limite, d'individuation et de pare-excitation, l'ensemble des médiations corporelles que nous proposons à ces enfants, peuvent apparaître comme une enveloppe de substitution, pour remplacer provisoirement leur propre enveloppe psycho-corporelle défaillante. Ils pourront par la suite s'approprier ces fonctions, essentielles au bon fonctionnement de cette enveloppe.

Enfin, en prenant conscience de leur corps dans son volume, sa tridimensionnalité, ainsi que comme un objet pouvant être à la fois contenu dans un espace et à la fois contenant des éléments à l'intérieur de lui, les enfants ont la possibilité de construire leur propre enveloppe psycho-corporelle ou de la renforcer.

BIBLIOGRAPHIE

Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Dunod.

Anzie, D. (1990). *L'épiderme nomade et la peau psychique*. Apsygée.

Anzieu-Premmereur C. (2001). Les enveloppes psychiques. *Santé Mentale*, (60), p.33-36. Consulté à l'adresse https://www.mediations-aquatiques.com/articles.html

Baget, R. (1984). *Cache cabane*. Scarabée.

Barabé, N., & Lheureux-Davidse, C. (2004). La question de la réversibilité du démantèlement chez un adulte autiste. *Clinique mediterraneennes*, *2*(70), p.287-306.

Belot, R.A., & Bonnet, M. (2016). Défaillance dans la construction des enveloppes psychiques et conséquences somatopsychiques chez le bébé. A partir d'une observation, Madras 2 mois 15 jours. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, (64), p.464-472.

Bick, E. (1968). L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. Dans : *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick, Larmor-Plage*. Hublot.

Bion, W.R. (1979). *Aux sources de l'expérience*. (Robert, F., Trad.). PUF.

Boukobza, C. (2003). La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott. *Le Coq-heron, 2*(173), p.64-71.

Boutinaud, J. (2013). P*sychomotricité, psychoses et autismes infantiles*. In Press.

Boutinaud, J. (2016). *Image du corps : Figures psychopathologiques et ouvertures clinique*. In Press.

Bruandet, F. (2013). Groupe à médiation psychomotrice : Expérience pratique en CAMPS. In J. Perrin & T. Maffre (Dir), *Autisme et psychomotricité* (p.447-467). De Boeck Solal.

Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars – Un parcours de recherche*. Erès.

Bullinger, A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars - L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED*. Erès.

Ciconne, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique, 2*(17), p.81-102.

Ciconne, A., & Lhopital, M., (2001). *Naissance à la vie psychique*. Dunod.

Courberand, D. (2015). *De l'informe à la forme le concept d'enveloppes psychocorporelles*. *48*(182), 12-24.

Decoopman, F. (2010). La fonction contenante. Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenante du thérapeute. *Société française de Gestalt, 1*(37), p.140-153.

Defiolles-Peltier, V. (2019). Vous nous faites ressentir notre corps. *Santé mentale*, (242), p.64-68.

Delion, P. (2003). *Le packing avec des enfants autistes et psychotiques*. Erès.

Diard, I. (2008). Contenance et liens multiples, médiations auprès d'enfants présentant des troubles de la conduite et du comportement. *Thérapie psychomotrice et recherches,* (155), p.206-221.

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Seuil.

Druenne-Ferry, M. (1988). La cabane. Dans D. Anzieu et al., *L'enfant et sa maison,* (p. 75-92). E.S.F.

Ferrari, A. (2007). Habitat et espace psychique chez le sujet âgé. L'intervention du psychologue à domicile. *Le journal des psychologues*, *7*(250), pp.47-50.

Freud, S., Lefebvre, J-P., & Hochart, P. (2015). *Le moi et le ça*. Points.

Georgieff, N. (2016). *Qu'est-ce que l'autisme ?*. Dunod.

Giromini, F., Albaret, J-M., & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité, vol. 2. Méthodes et techniques*. Deboeck supérieur.

Giromini, F. (2019). Spécificité de la formation corporelle en psychomotricité. In A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (Dir), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p. 15-26). Dunod.

Golse, B., & Delion, P. (2005). *Autisme : état des lieux et horizons*. Erès.

Grandin, T. (1994). *Ma vie d'autiste*. Odile Jacob.

Haag, G. (1991). Nature de quelques identifications dans l'image du corps. Hypothèses. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, (10), p.73-92.

Haag, G. (2005). Comment les psychanalystes peuvent aider les enfants autistes et leur famille. Dans : B. Golse & P. Delion (Dir), *Autisme : état des lieux et horizons* (p.119-143). Erès.

Haute Autorité de Santé, (2018). Recommandation de bonne pratique. Trouble du spectre de l'autisme. Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent. D'après l'American Psychiatric Association. *Trouble du spectre de l'autisme*. Dans : DSM-5 (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.

Hôpital universitaire Robert-Debré. (s.d.). Les troubles du neuro-développement de l'enfant. *Assistance Publique Hôpitaux de Paris*. Consulté le 2 novembre 2018, sur http://robertdebre.aphp.fr/troubles-neuro-developpement/

Houzel, D. (1987). Le concept d'enveloppe psychique. In D. Anzieu et al., *Les enveloppes psychiques*, (p.23-45). Dunod.

Houzel, D. (1988). Le dessin de la maison. Sa signification symbolique en psychanalyse d'enfant. *In* D. Anzieu et al., *L'enfant et sa maison* (p.29-49). ESF.

Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. In Press.

Huerre, P. (2006). L'enfant et les cabanes. *Enfances et Psy*. n°33(4), p.20-26

Kaden, D. (Réalisatrice). (2021). Le pouvoir des caresses. Le toucher, un contact vital. [Episode de série TV]. Arte. Consulté à l'adresse https://www.arte.tv/fr/videos/089055-000-A/le-pouvoir-des-caresses/

Larousse. (s.d.). Peau. Dans Dictionnaire en ligne. Consulté le 30 novembre 2020 sur https://www.larousse.fr/dictionnaires/français/peau/58854

Le Run, J.-L. (2006). L'enfant et l'espace de la maison. *Enfances et Psy, 4*(33), p. 27-38.

Mahler, M. (1968). *Psychose infantile, Symbiose humaine et Individuation*, trad.fr., Payot.

Massoni, B., Peccia-Galetto, C., & Salmon, J. (2010). L'air de rien. Effets du « ventilateur » comme objet favorisant la contenance auprès d'enfants autistes. *Enfances et Psy, 1*(46), p. 108-120.

Meltzer, D. (1980). *Explorations dans le monde de l'autisme*. Payot.

Meurin, B. (2019a). Les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) et l'approche du psychomotricien. In A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc, *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p.165-177). Dunod.

Meurin, B. (2019b). Synthèse. In E. W. Pireyre, *Autisme, corps et psychomotricité* (p.181-182). Dunod.

Miglioranza S. (2006). L'utilisation de l'espace en psychomotricité, in *Enfances et Psy, 33*(4), pp. 104-112.

Monval, A. de (2019). La thérapie psychomotrice comme soutien de construction identitaire chez l'enfant carencé, In A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (Dir), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p.123-130). Dunod.

Noziglia, A. (2015). *Centre Médico-Psychologique Sainte-Marie (Decazeville)*. Association Hospitalière Sainte Marie. https://www.ahsm.eu/

Perrin, J., & Maffre, T. (2013). *Autisme et psychomotricité* (De Boeck Université). De Boeck Solal.

Pireyre, E.W., & Delion, P. (2015). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Dunod.

Potel, C. (1999). *Le corps et l'eau : Une médiation en psychomotricité*. Erès.

Potel, C. (2015a). *Être psychomotricien un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès.

Potel, C. (2015b). Introduction aux pratiques psychomotrices et à la médiation thérapeutique en particulier. In F. Giromini, J-M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. 2. Méthodes et techniques* (p.14-21). De Boeck Supérieur SA.

Rodriguez, M. (2019). Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. In A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (Dir), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p.27-38). Dunod.

Rousseau-Salvador, C., & Louvel, J-P. (2019). L'accompagnement du patient douloureux. In A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (Dir), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p.391-400). Dunod.

Senn, B. (2005). Enjeux de la construction de cabanes en thérapie psychomotrice. *Le corps en Lien, Le journal de l'ASTP*, p.71-76.

Vennat, T. (2019). Faire peau neuve, une difficile séparation. In E.W. Pireyre, *Autisme, corps et psychomotricité* (p.189-193). Dunod.

Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (2019). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices*. Dunod.

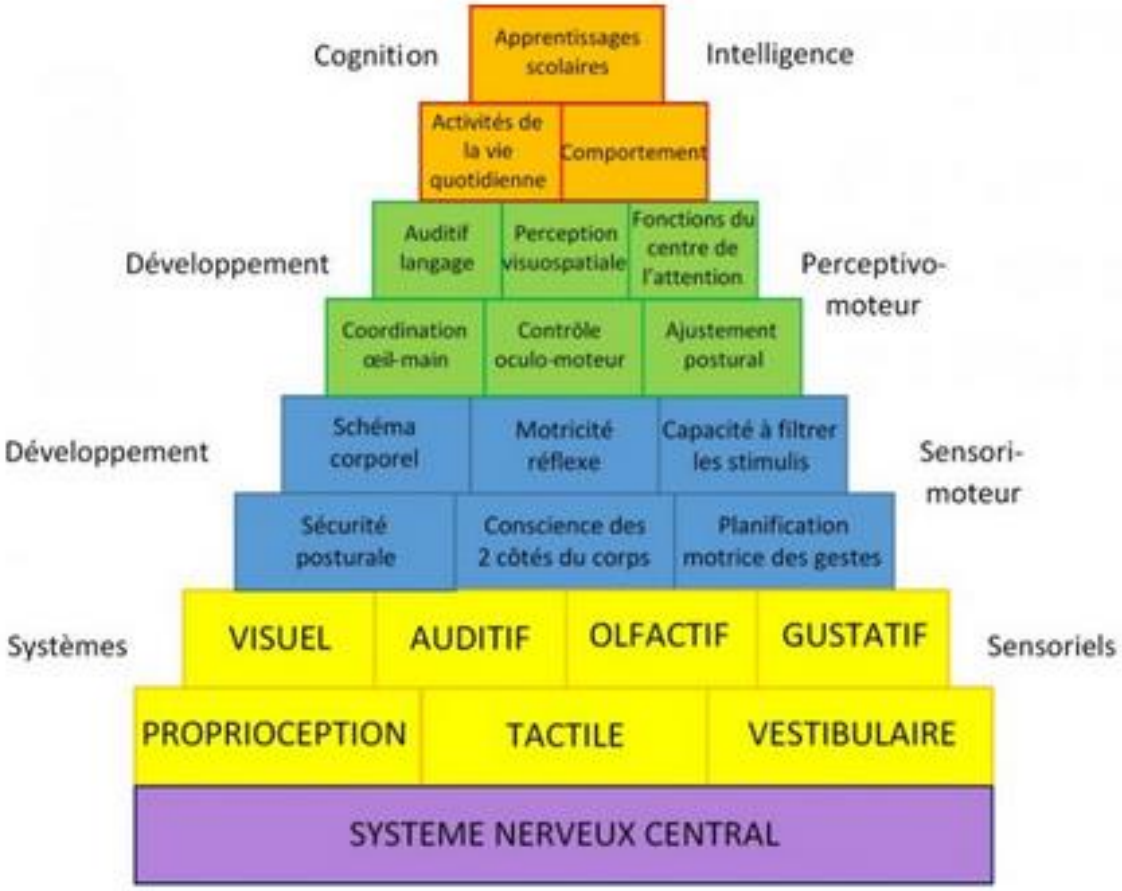
Vollon, C., & Barthélémy, S. (2014). La fonction contenante de l'enveloppe psychique. *Santé mentale* (189), p.10.

Winnicott, D.W. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Payot.

Winnicott, D.W., Michelin, M., Rosaz, L., & Spock, B. (1997). *Le bébé et sa mère*. Payot.

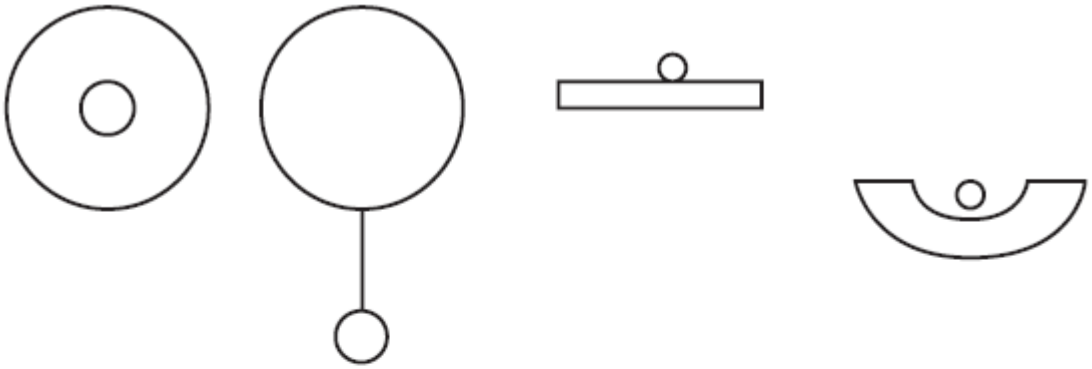
ANNEXES

Annexe I : Pyramide des apprentissages de William et Schellenberger (1996)



Reproduit à partir de « Les difficultés d'intégration neurosensorielle », par Kuhn Tref, A., Parisot, J., Vien, M. & Cassier, C. (s. d.). Consulté sur https://akergotherapie.fr/les-difficultesdintegration-sensorielle/

Annexe II : Schéma de Régine Prat sur la constitution d'un contenant psychique



(1) (2) (3) (4)

(1) englobante. In utero.

(2) objet de dépendance, plus que de tenir, il s'agit de **retenir**, dans le sens d'empêcher de tomber.

(3) support constituant un appui par en dessous dans **tenue-support** plus solide.

(4) contenante avec toutes les variations possibles : d'un contenant plus ou moins solide, à la symbiose pathologique.

Issu de : Revue Gestalt n°37 – Thérapies de couples

Annexe III : Échelle d'évaluation psychodynamique des changements dans l'autisme – Geneviève Haag (1995)

Entretien de stéréotypies quasi permanentes : stimulations **visuelles, auditives, tactiles, respiratoires, labyrinthiques, cœnesthésiques** (ex. mérycisme) *(absence coter 0 - quasi permanence coter 3).*
Ritualisations intenses avec des objets, trajets, organisation temporelle.
Hypertonie (hyper extension de **l'axe, marche sur la pointe des pieds**)
Hypotonie jusqu'à l'écroulement (base du vécu de liquéfaction).
Angoisses de chute et de liquéfaction, projetées sur l'environnement sensoriel ; par exemple les terreurs à l'écoulement du lavabo, de la chasse d'eau, les peurs de la pente.
Tourbillons pour lutter contre ces angoisses (surtout vertige spatial).
Bouche amputée : bouche molle et flasque, écoulement de salive, bouche non sphinctérisée.
Visage lisse (possibilité aussi de visage **ridé** ou **crispé**).

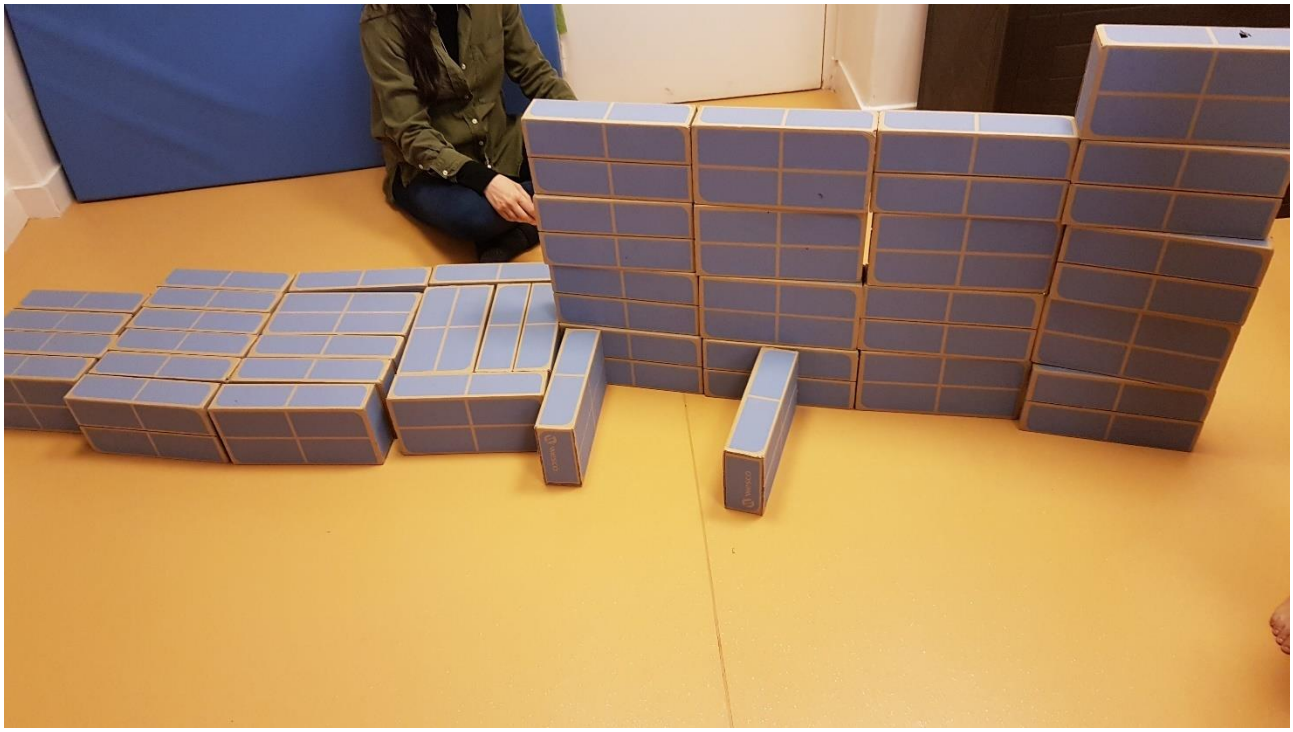
Recherche de l'appui du dos (combiné ou non à la pénétration dans le regard).
Inclusion du corps propre dans des contenants circulaires (pneus, cerceaux, enroulement dans les rideaux) signant la récupération en cours du sentiment d'enveloppe.
Recherche du serrage (être serré dans les bras, entre chaises et tables, dans les espaces étroits),
Signes de claustrophobie : claustrophobie des vêtements, des contenants, des groupes (angoisse du serrage écrasant, étouffant.
Signes de récupération du pourtour de la bouche : **• signes d'angoisse de re-perte : se rattraper la bouche en hurlant, contorsions et grimaces intenses de la bouche.** **• ils vérifient le ressenti du pourtour de la bouche en la plaquant partout sur l'environnement, en se palpant la bouche avec les doigts ; exploration du craché, bruits de bouche explosifs**
Investissement particulier de la main. Contemplation. Faire dessiner le contour.
Investissement des tuyaux en projection d'une perception du corps comme tuyau ou système de tuyaux
1. Côté pathologique : prendre la main pour faire. Se coller le côté sur le côté de l'autre. Collage d'un hémicorps. Possibles attitudes d'hémiplégie ou d'hyperserrage autour de l'axe, etc. **2. Côté réparation-restauration : jonctions entre les deux côtés, mains jointes, taper des mains, auto-tenue, auto-emprise. Si activité graphique préalablement sur une demi-feuille, débordement et occupation de l'autre champ, etc. (voir graphisme)**

Confirmation de l'investissement de la moitié inférieure du corps : exploration des membres inférieurs et des zones anale et sexuelle.
Propreté spinctérienne acquise ou mieux intégrée.
Troubles de type rétentionnel : constipation, refus de lâcher les selles en dehors des couches ou autres.
Possibles masturbations compulsionnelles génitales.
Possible masturbation anale patente (main pénétrant l'anus, possibleS jeux fécaux).
Parfois démonstration de l'éprouvé de la charnière haut/bas, par exemple pliage en deux du corps dans différentes positions.
Claustrophobie possible des lieux, surtout si éléments de masturbation anale
Capacité de séparation corporelle totale.

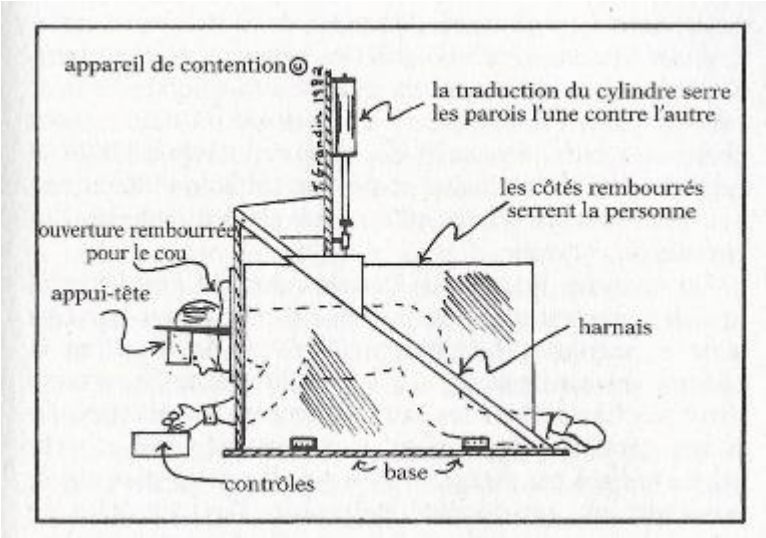
Le stade du miroir se confirme *(voir conseils pour la cotation)*
Investissement de l'espace et plaisir de la déambulation, du grimper, délivrés des angoisses spatiales préalables.
Sphinctérisation anale : acquisition de la propreté se confirme sans problèmes.
Symptômes de rétention : constipation – refus de l'émission des selles en dehors de la couche.
Recherche d' « échanges en face » avec un espace entre les deux corps (perception de deux personnes totalement séparées) : échange d'objets donnés et repris dans la main de l'autre.

Haag, G. et coll. (1995). Présentation d'une grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *Psychiatrie de l'enfant*, 2(38), p.495-527.

Annexe IV : Photo de la cabane d'Hector



Annexe V : La machine à serrer de Temple Grandin



Issu du livre GRANDIN, T. (1994). *Ma vie d'autiste*, p.190

RÉSUMÉ

Le développement psychomoteur de l'enfant aboutit normalement à la formation d'un individu différencié des autres, lui permettant d'acquérir le ''Je''. Les fonctions de contenance, maintenance, pare-excitation et individuation sont indispensables pour que l'enfant se construise une enveloppe psycho-corporelle qui lui permette de se sentir en sécurité dans sa tête et dans son corps.

Cependant, dans certaines pathologies comme l'autisme, cette construction est entravée, bouleversant le développement psychomoteur des enfants. La défaillance des enveloppes se manifestent par divers comportements, comme le besoin d'être enveloppé, de se glisser dans des petits espaces ou encore de construire des cabanes. Il est alors essentiel de mettre en place une thérapie psychomotrice pour accompagner leur restructuration, par l'intermédiaire de médiations qui jouent le rôle de certaines fonctions, défectueuses chez ces enfants. Nous pouvons utiliser les enveloppements, le portage, les cabanes ou encore les pressions sous un tapis. J'ai eu l'opportunité de les expérimenter cette année avec Hector, Abel et Rémi lors de mon stage. Tout au long de l'année, j'en ai observé les différents effets chez ces enfants porteurs de troubles du spectre autistique.

MOTS CLÉS

Enveloppe psycho-corporelle / Troubles du spectre autistique (TSA) / Fonction contenante / Médiations psychomotrices / Cabane

ABSTRACT

The child's psychomotor development normally leads to the formation of an individual differentiated from the others, allowing him to acquire the ''I''. The functions of containing, maintenance, pare-excitment and individualization are essential for the child, to build a psycho-corporal envelope that allows him to feel safe in their body and mind.

However, in some pathologies like autism, this construction is hampered, disrupting the children's development. The envelopes' failure manifests in different behaviors, such as the need to be wrapped up, to slip into small spaces or to build playhouses. It then becomes essential to implement a psychomotor therapy to support their restructuration, through mediations improving some functions that are lacking for those children. We can use wraps, carrying, playhouses or pressures under a mat. I had the opportunity to experiment those techniques with Hector, Abel and Rémi during my internship. Throughout the year I observed the different effects on those children with Autism Spectrum Disorders.

KEY WORDS

Psycho-corporal envelope / Autism Spectrum Disorders / Containing function / Psychomotor mediations / Playhouse