



HAL
open science

La psychomotricité : un soutien au défaut de structuration de l'enveloppe psychocorporelle

Carine Bossard

► **To cite this version:**

Carine Bossard. La psychomotricité : un soutien au défaut de structuration de l'enveloppe psychocorporelle. Sciences de l'Homme et Société. 2022. dumas-03714061

HAL Id: dumas-03714061

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03714061>

Submitted on 5 Jul 2022

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

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

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

**La psychomotricité : un soutien au défaut de structuration de
l'enveloppe psychocorporelle**

BOSSARD Carine

Née le 30 mai 1990 à Bègles

Directrice de mémoire : VILLETET Stéphanie

Mai 2022

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire Stéphanie Villetet pour son soutien permanent et son accompagnement dans l'élaboration du mémoire.

Je remercie mes maîtres de stage (principal et complémentaire) pour leurs réponses pertinentes à mes interrogations, leur disponibilité et leurs conseils.

Je remercie l'ensemble de l'équipe du Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents et de l'Hôpital de Jour pour enfants pour leur accueil.

Je remercie les patients et les familles rencontrés sur mon lieu de stage.

Je tiens aussi à remercier les professionnels que j'ai croisés au cours de ma formation et de mes stages qui ont été à mon écoute et ont permis d'étoffer mes réflexions autour de la psychomotricité.

Je remercie tous les lecteurs et les autres personnes qui ont participé à l'écriture de ce mémoire.

Je remercie l'Institut de Formation en Psychomotricité et les professeurs.

Enfin, je remercie mes proches, mes amis et ma famille pour leur écoute, leur soutien et les moments partagés durant ces années de formation.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	
SOMMAIRE.....	
INTRODUCTION.....	1
PARTIE THEORIQUE.....	3
1/ ELABORATION D'UNE ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE.....	4
2/ LES MANIFESTATIONS CLINIQUES LIEES A UN DEFAUT DE STRUCTURATION DE L'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE.....	39
PARTIE CLINIQUE.....	59
1/ PRESENTATION DES INSTITUTIONS ET DE L'EQUIPE.....	60
2/ PRESENTATION D'ÉRIC.....	61
3/ PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE ET RENCONTRE.....	67
PARTIE THEORICO-CLINIQUE.....	76
1/ L'ENVELOPPE INSTITUTIONNELLE.....	77
2/ LE CADRE THERAPEUTIQUE ET LES FONCTIONS DU PSYCHOMOTRICIEN.....	80
3/ NOS PROPOSITIONS.....	86
CONCLUSION.....	94
TABLE DES MATIERES.....	96
BIOBLOGRAPHIE.....	98
ANNEXES.....	102

Afin de respecter l'anonymat des personnes citées dans ce mémoire, les prénoms ont été modifiés.

INTRODUCTION

Mon stage de troisième année s'est déroulé dans un Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents (CMPEA) qui est une structure périphérique de consultations et de soins rattachée au Centre Hospitalier des Pyrénées (hôpital spécialisé psychiatrique). J'ai choisi ce lieu de stage car je souhaitais découvrir plus amplement le monde de la pédopsychiatrie.

Lors de nos premiers échanges, Sylvie, mon encadrante de stage, me décrivait les enfants que nous serions amenées à voir ensemble en séance de psychomotricité. Rapidement, aux cours de ses descriptions, la notion d'enveloppe psychocorporelle apparut, notamment pour un enfant nommé Éric. Mes connaissances à ce sujet et mes représentations étaient alors encore floues, je me posais des questions sur sa signification et sur sa mise en place au cours du développement de l'enfant. J'eus alors envie d'en faire le thème de mon mémoire.

La première séance de psychomotricité fut assez marquante : nous nous dirigeons en direction de la salle d'attente où je découvris Éric, un enfant âgé de 8 ans et demi, blond et filiforme. Sylvie lui expliqua la raison de ma présence et lui demanda s'il était d'accord pour que je vienne avec eux. Il acquiesça puis se leva et s'approcha de moi jusqu'à être à une vingtaine de centimètres de mon corps. Il me regarda droit dans les yeux et me dit : « Par contre, je ne veux pas qu'on me touche. » Je fus étonnée à la fois par notre proximité et par les propos qu'il venait de tenir.

Durant la séance, il présenta diverses manifestations corporelles qui m'interpelèrent comme des collages et torsions du buste au bureau, des chutes au sol, etc. Ces comportements se répétaient à chaque changement d'espace et/ou de personne. Je me demandais alors pourquoi il agissait comme cela et ce que cela lui apportait.

D'autres enfants que nous avons en séance ou que nous rencontrons dans les locaux du CMPEA ou de l'hôpital de jour présentaient des comportements corporels spécifiques. Certains pouvaient rester à distance en scrutant l'environnement comme s'il y avait une menace imminente et d'autres pouvaient s'agiter dans tout l'espace de la salle.

Je m'interrogeais sur l'existence possible d'un lien entre certains de ces signes cliniques et un défaut de structuration de l'enveloppe psychocorporelle.

Le fonctionnement de ces enfants, leur perception du corps, du monde et leur manière d'entrer en relation sont autant d'éléments qui attireraient mon attention. J'ai voulu alors approfondir la théorie pour tenter de les comprendre afin de les accompagner au mieux dans la prise en charge.

D'autres questions émergèrent : Lorsqu'un enfant a une enveloppe défaillante, que va-t-il mettre en place au cours de son développement pour compenser ce manque ? Quels signes cliniques pouvons-nous observer en psychomotricité associés à cette défaillance ? Comment le psychomotricien peut accompagner et soutenir ces enfants ? Par quels moyens va-t-il pallier à ce défaut de contenance et les aider à être plus sécure ?

Ainsi pour mon mémoire, je retins une question centrale qui est la suivante : **Comment le psychomotricien peut-il accompagner la construction d'une enveloppe psychocorporelle suffisamment stable et sécure chez ces enfants ?**

En préambule, j'aborderai les notions théoriques relatives à l'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle dans le développement de l'enfant. Puis, je proposerai un chapitre sur les mécanismes de défense auxquels l'enfant a recours lorsqu'il y a un défaut de structuration de l'enveloppe. J'illustrerai ces deux parties avec des vignettes cliniques concernant des situations rencontrées lors de mon stage.

Ensuite, je m'intéresserai à un enfant en particulier nommé Éric. Je présenterai le contexte et j'axerai mes propos sur les raisons qui m'ont poussées à penser à un défaut dans la construction de l'enveloppe. Cette partie comportera aussi des liens avec les éléments théoriques.

Pour conclure, j'énumérerai ce qui a été mis en place dans l'accompagnement de cet enfant. De plus, j'essaierai de mettre en évidence les apports du psychomotricien dans la recherche d'une structuration de l'enveloppe grâce à l'expérimentation et à l'intériorisation d'une enveloppe « extra-corporelle » suffisamment contenante et sécurisante. Cette partie sera une intrication entre la théorie et les observations cliniques.

PARTIE THEORIQUE

Dans un premier temps, je me suis posée les questions ci-après : Que signifie l'enveloppe psychocorporelle ? Et comment se constitue-t-elle au cours du développement de l'enfant ?

Ainsi, le premier chapitre vise à répondre à ces interrogations. Je définirai l'enveloppe psychocorporelle puis j'exposerai les éléments qui peuvent participer à la structuration de l'enveloppe : tout d'abord, au niveau de l'individu, et plus précisément de son bagage neurophysiologique, puis au niveau de l'individu en interaction avec son environnement physique et humain. Je terminerai en énumérant le concept théorique de schéma corporel et d'image du corps qui sont étroitement liés à la construction harmonieuse de l'enveloppe.

Dans un deuxième chapitre, je tenterai de répondre aux questions suivantes : Quels moyens l'enfant utilise-t-il pour pallier à l'édification d'une enveloppe partielle ou inexistante ? A-t-il recours à des mécanismes de défense ? Quels sont les manifestations corporelles observables dans la pratique psychomotrice relevant de ce défaut de structuration ?

1/ ELABORATION D'UNE ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE

1.1/ LE CONCEPT D'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE

Didier Houzel, médecin pédopsychiatre et psychanalyste français, donne une caractéristique commune à tout type d'enveloppe : « ce qui est commun [...] est la notion d'une limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné » (24 ; p.9). L'enveloppe délimite mais permet également les échanges entre les espaces du dedans et du dehors.

En effet, cette notion se retrouve par exemple, en botanique, le périanthe est le nom donné à l'enveloppe qui entoure les organes reproducteurs de la fleur et les protège de l'extérieur au stade du bouton. Puis, lorsque les organes reproducteurs sont matures, le périanthe s'ouvre sur l'extérieur et devient alors attractif pour les pollinisateurs. De même, en anatomie, la peau peut être considérée comme étant une enveloppe cutanée ou enveloppe corporelle. Elle permet de différencier un espace qui est dedans d'un espace qui est dehors.

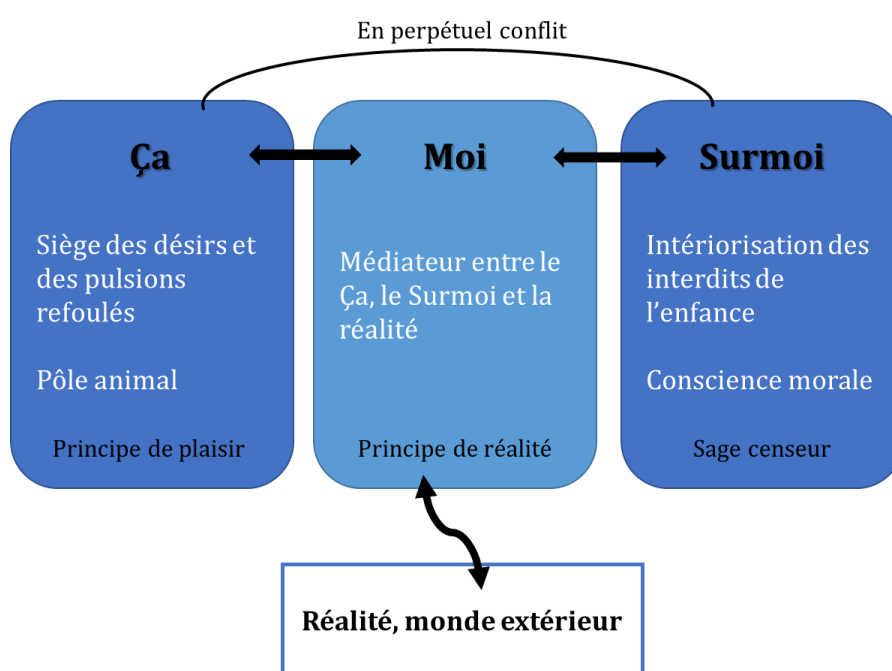
Au cours de ma formation, il a été enseigné qu'historiquement, les prémices de la notion d'enveloppe psychique ont été abordées dès les deux théories freudiennes.

La première topique présentée dans l'Interprétation des rêves en 1900 est la première représentation du psychisme de l'Homme. L'appareil psychique est composé de trois lieux ou instances qui ont une fonction précise et sont en relation, l'inconscient, le préconscient et le conscient.

La deuxième topique présentée dans le Moi et le Ça en 1923 va revisiter les éléments de la première. Il existe trois grandes instances : Le Ça, le Moi et le Surmoi. Le Ça est le lieu psychique des pulsions innées, des désirs interdits refoulés et des processus primaires. Il exprime tout ce qui est involontaire et inconscient. Il est dominé par le principe de plaisir. Le Surmoi a une fonction de juge, de censeur du Moi. Il est dominé par la conscience morale, l'autocensure, la censure pouvant être consciente ou inconsciente. Il est l'héritier du complexe d'Œdipe et se construit par l'intériorisation des exigences sociales et des interdits parentaux. Grâce à lui, les désirs et pulsions sont refoulés dans le Ça. Le Moi se construit progressivement au contact du monde extérieur. Il est le médiateur

entre les revendications du Ça, les impératifs du Surmoi et les exigences de la réalité. Il est donc dominé par le principe de réalité. Il a une partie consciente composée de la perception d'être, des capacités d'apprentissage, des représentations, du raisonnement intellectuel objectif, etc. Et il a une partie inconsciente composée des mécanismes de défenses. Ces derniers permettent de préserver le Moi lorsqu'il y a un conflit important entre les pulsions du Ça et les interdits du Surmoi. Le Moi est aussi le lieu de la relation aux autres et de la relation à soi-même.

Figure 1 : Schéma représentant les trois grandes instances de la deuxième topique de Freud (consulté sur <http://www.fredericgrolleau.com/2020/11/l-appareil-psychique-selon-freud.html>).



Ainsi, Freud met en évidence les limites du Moi, un dedans et un dehors du Moi. Dans son ouvrage le Moi et le Ça (1923), il énonça également : « Le Moi est avant toute chose un Moi corporel [...] Le Moi est finalement dérivé de sensations corporelles [...] Il peut donc être considéré comme la projection psychique de la surface du corps » (p. 238). Pour lui, le Moi psychique s'étaye sur le Moi corporel. Ce qui revient à dire que l'enveloppe psychique s'étaye sur l'enveloppe corporelle. Il existe donc un lien étroit entre ces deux enveloppes, d'où la notion d'enveloppe psychocorporelle.

1.2/ L'EQUIPEMENT NEUROPHYSIOLOGIQUE

Tout individu possède un équipement neurophysiologique lui permettant de ressentir l'enveloppe corporelle notamment par le biais de sa peau et de son système sensoriel.

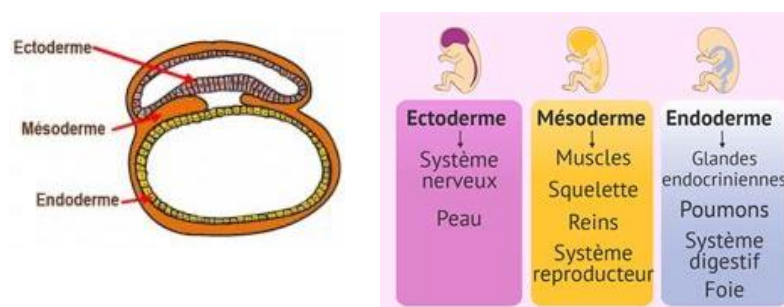
1.2.1/ La peau : la limite matérielle entre dedans et dehors

Comme vu précédemment, Freud souligne l'importance des sensations corporelles dans la construction de la psyché humaine. « Le Moi [...] peut être considéré comme la projection psychique de la surface du corps ». C'est pourquoi la surface du corps joue un rôle primordial dans le développement de l'être humain. Elle correspond notamment à la peau, enveloppe contenant les organes des sens et l'organe reproducteur.

L'enfant expérimente son enveloppe corporelle notamment au travers des sensations de sa peau, frontière physique visible entre le moi et le non moi. Elle va à la fois délimiter le dedans et le dehors et les unifier. Comment se forme-t-elle ?

La troisième semaine de grossesse est marquée par les phénomènes de la gastrulation qui permet la mise en place des trois feuillets primitifs de l'embryon : l'ectoderme correspond au feuillet superficiel, le mésoderme au feuillet moyen et l'endoderme au feuillet profond.

Figure 2 : Schéma représentant les trois feuillets primitifs de l'embryon à la troisième semaine de grossesse (consulté sur <https://teteamodeler.ouest-france.fr/evolution/premiermois/embryon1.asp>).



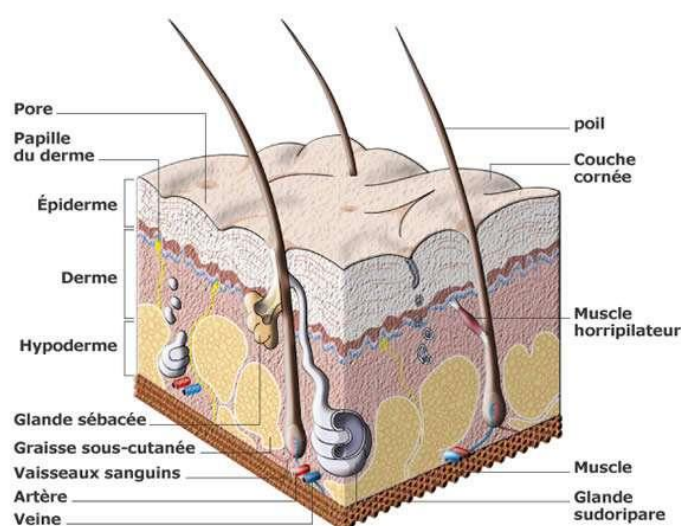
Les cellules de ses feuillets se développeront dans tous les organes dont le bébé a besoin à sa naissance. L'endoderme donnera notamment les intestins, le foie et les poumons. Le mésoderme donnera les organes génitaux, les os (sauf le crâne), les muscles

et les vaisseaux. Et l'ectoderme donnera le système nerveux central, périphérique et la peau. La peau et le système nerveux proviennent du même tissu embryonnaire. Ces deux systèmes sont ensuite différenciés, mais ils conservent des liens étroits.

Dans son article (44), Delphine Vust évoque : « Une vingtaine de neuromédiateurs communs à la peau et au cerveau ont été décrits, et les recherches ont montré que non seulement les cellules cutanées ont des récepteurs pour les neuromédiateurs provenant du système nerveux, mais qu'elles peuvent elles-mêmes produire des neuromédiateurs et agir sur les cellules nerveuses. La sérotonine est l'un de ces neuromédiateurs communs. Les systèmes immunitaire et endocrinien sont aussi impliqués, et l'on parle du système neuro-endocrino-immuno-cutané. Le rôle du stress, des troubles du sommeil ou de la dépression sur la peau s'explique par la sécrétion perturbée des neuromédiateurs communs, amenant aux processus de vasodilatation, d'inflammation, d'hyperséborrhée ou de troubles de la pigmentation. »

La peau d'un adulte est assez conséquente puisqu'elle représente une surface d'environ 2m² et un poids d'environ 5 kg. Elle est composée de trois couches : l'épiderme, le derme et l'hypoderme.

Figure 3 : Schéma représentant les trois couches constituant la peau (consulté sur <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/biologie-glande-sudoripare-9028/>)



L'épiderme est la couche de la peau la plus externe. Il est composé de plusieurs couches de cellules superposées et ne contient pas de vaisseaux sanguins. Ainsi, il vit et se renouvelle complètement sur un cycle de 21 jours grâce au derme qui lui fournit de

l'oxygène et de la nourriture. L'épiderme joue plusieurs rôles. Sa couche la plus basale comporte les mélanocytes, cellules qui fabriquent la mélanine, qui protègent donc des ultra-violets et qui sont à l'origine du bronzage. L'épiderme comporte également des cellules de Langerhans, cellules à fonction immunitaire dites cellules présentatrices d'antigène puisque : en cas d'infection, elles sont capables de capter les antigènes cutanés, de les transporter en migrant de la peau jusqu'aux structures lymphoïdes, d'y présenter les antigènes aux lymphocytes T et cela va initier la réponse immunitaire.

Le derme est un tissu conjonctif situé sous l'épiderme. Il est quatre fois plus épais que celui-ci. Il est principalement formé d'un réseau entrecroisé de fibres collagènes qui lui confèrent sa résistance et sa fonction cicatricielle et de fibres d'élastines qui lui confèrent son élasticité. Ce réseau est immergé dans une substance gélatineuse composé en partie d'acide hyaluronique qui préserve le volume de la peau de par sa capacité à se lier avec l'eau. Le derme est également composé de vaisseaux sanguins, lymphatiques (qui font partie du système lymphatique et donc du système immunitaire), des glandes sudoripares (sécrètent de la sueur et joue donc un rôle dans la thermorégulation, et sécrètent des phéromones pouvant notamment jouer un rôle dans la sexualité), des glandes sébacées (empêchent le dessèchement de la peau). De plus, les glandes sébacées et sudoripares sécrètent un mélange d'eau et de graisse à pH légèrement acide qui recouvrent la surface de l'épiderme. Ce mélange permet d'avoir la peau douce et de la défendre contre les champignons et les bactéries puisqu'il abrite les micro-organismes de la flore cutanée.

En outre, le derme contient les récepteurs sensoriels du toucher (mécanorécepteurs), de la douleur (nocicepteurs) et les terminaisons nerveuses envoyant les informations au système nerveux périphérique, central et jusqu'au niveau de l'aire corticale primaire sensitive où les informations sont reçues selon l'homonculus de Penfield.

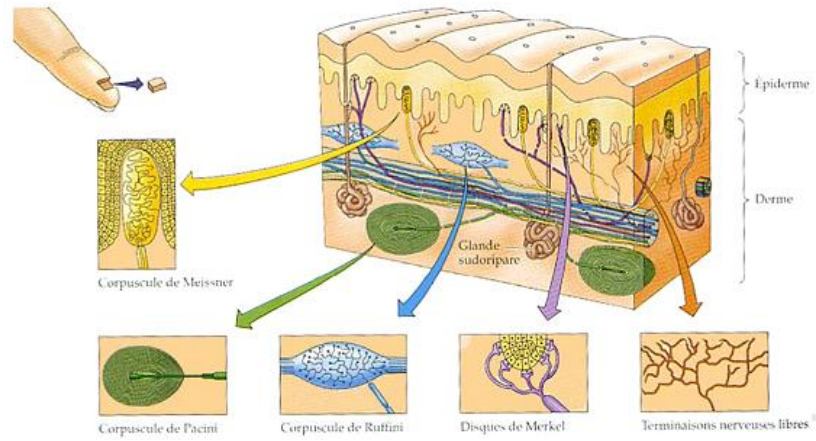
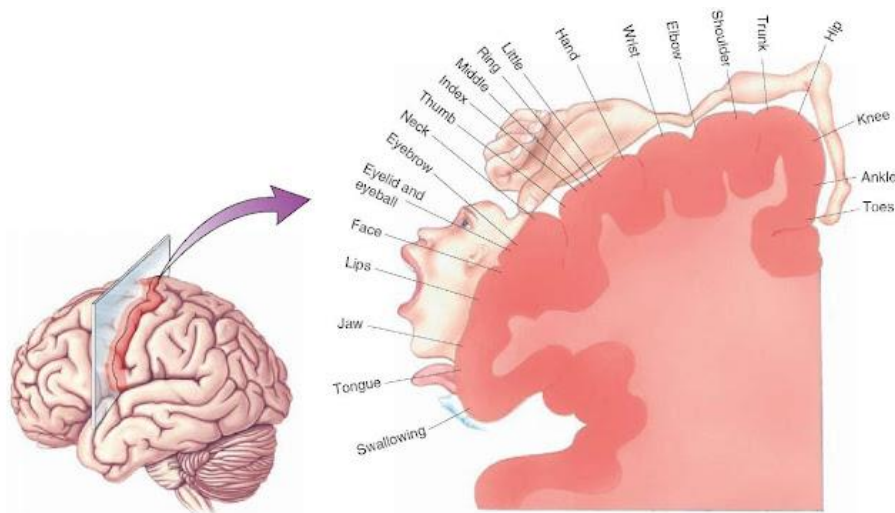


Figure 4 : Schéma représentant les récepteurs sensoriels présents au niveau du derme. Les corpuscules de Meissner, de Pacini, de Ruffini et les disques de Merkel captent les stimulations tactiles (les vibrations, les pressions) et les terminaisons nerveuses libres captent les stimulations douloureuses (thermiques et mécaniques).

(Consulté sur <https://100milliardsdeneurones.blogspot.com/2016/04/les-bebes-ressentent-ils-la-douleur.html>)

Figure 5 : Schéma représentant l'homonculus de Penfield où la moitié opposée du corps est représenté de façon somatotopique. Plus la partie du corps dessinée sur le cortex est étendue, plus sa sensibilité est élevée. (Consulté sur <https://100milliardsdeneurones.blogspot.com/2016/03/sur-la-route.html>)



La couche la plus basale du derme est en contact avec l'hypoderme. L'hypoderme est un tissu adipeux composé principalement de cellules grasses, d'artères et de veines. Il sépare la peau des organes qu'elle enveloppe. Il sert d'isolant thermique en maintenant une température corporelle constante, il stocke des lipides, réserves d'énergie, ou les distribue dans le corps selon les besoins et il protège les organes et les muscles en amortissant les chocs exercés sur la peau.

L'épaisseur de la peau chez un adulte varie selon sa localisation corporelle. Par exemple, elle est fine au niveau de l'abdomen et tronc alors qu'elle est épaisse au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds.

La peau d'un nourrisson comporte le même nombre de couches que celle de l'adulte. Néanmoins, son épaisseur est environ cinq fois plus fine et l'activité des glandes sébacées et sudorales est plus faible. Par conséquent, elle peut être plus sensible aux agressions externes, aux températures élevées, au dessèchement et aux ultraviolets, sa fonction de barrière protectrice est plus limitée. C'est à environ 6 ans que la structure de la peau de l'enfant est mature et similaire à celle d'un adulte.

De par la constitution en trois couches de la peau, nous avons vu les différentes fonctions de celle-ci : thermique, mécanique (résistante et élastique), protectrice, immunitaire, sensorielle.

Pour le psychanalyste Didier Anzieu, la peau possède trois fonctions biologiques qui étayent l'activité psychique de l'enfant et notamment la constitution du Moi-Peau (2 ; p. 61-62). Ces trois fonctions biologiques sont les suivantes :

- Le sac qui « contient et retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain de paroles y ont accumulés ».
- L'interface qui « marque la limite avec le dehors et maintient celui-ci à l'extérieur, c'est la barrière qui protège de la pénétration par les avidités et les agressions en provenance des autres, êtres ou objets ».
- Le lieu et un moyen « primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations significatives » et « une surface d'inscription des traces laissées par ceux-ci ».

Je reviendrai sur cette notion du Moi-Peau dans une partie ultérieure.

1.2.2/ Les sensations de l'espace interne et de l'espace externe

L'enfant expérimente son enveloppe corporelle grâce à la sensibilité générale de son corps et aux différents systèmes sensoriels. Il va ressentir des sensations provenant de son espace interne et de son espace externe.

En anatomie, la sensibilité générale du corps se nomme aussi somesthésie. Elle est la fonction qui assure la réception, le traitement et le transfert des stimuli internes et

externes jusqu'au système nerveux central (29). Les informations sensibles peuvent être classées selon leur origine :

- Lorsque les informations sont d'origine cutanée, on parle de sensibilité extéroceptive. Elle permet de recevoir les stimuli extérieurs au contact direct du corps ou à distance de celui-ci. Elle inclue la somesthésie de la peau c'est-à-dire la somesthésie tactile (ou toucher), les douleurs thermiques et mécaniques.
- Quand les informations proviennent des viscères, il s'agit de la sensibilité intéroceptive (ou sensibilité viscérale). Elle permet de détecter les signaux provenant de l'intérieur du corps, entre autres des viscères et des différents organes. Ces modalités sensorielles sont traitées par le système nerveux végétatif qui fonctionne de façon autonome, inconsciente et permanente.
- La sensibilité proprioceptive (ou sensibilité profonde) est complexe. Elle fonctionne en couplant de nombreuses informations provenant des récepteurs sensoriels situés au niveau : du vestibule de l'oreille interne, des muscles avec les aponévroses, tendons, ligaments, des articulations (rachis, coudes, genoux, ceintures scapulaire et pelvienne, etc.) et de la surface de la peau sur tout le corps dont ceux situés à la plante des pieds. Ainsi, elle donne des informations sur la position des segments du corps les uns par rapport aux autres et dans l'espace, sur les paramètres biomécaniques du mouvement (vitesse, accélérations et décélérations), sur le maintien de l'équilibre, la posture et le degré de tonus.

Il est à noter que les autres sens (l'odorat, la vision, l'olfaction et le goût) ne sont pas inclus dans la classification de la somesthésie. Pourtant, ces derniers vont aussi participer à l'élaboration de l'enveloppe corporelle. Ils permettent de ressentir ce qui provient de l'espace extérieur et de l'espace intérieur. En effet, chaque sens peut avoir une fonction centrée sur l'espace extérieur et une fonction centrée sur le corps, sur l'espace intérieur. Par exemple, un son provenant d'une porte qui claque spécifie un événement extérieur et un son provenant du ventre qui gargouille lors de la digestion spécifie un événement intérieur.

Dès lors, la question qui se pose est comment ces informations sont acheminées vers le cortex cérébral. La compréhension de ce chemin peut être entreprise au travers des notions ci-dessous.

La sensation est la réaction de l'organisme lorsqu'un stimulus interne ou externe est reçu par les capteurs sensoriels. Le processus est le suivant. Le stimulus provenant de l'environnement arrive au niveau des cellules transductrices. Il est à noter que les cellules transductrices ne sont pas des neurones. Il s'agit par exemple des cellules ciliées pour le sens de l'audition et des cellules en cône ou en bâtonnet pour le sens de la vision. Ces cellules sont insérées dans une structure histologique ou un tissu spécifique plus grand. Les cellules transductrices transforment le signal de l'environnement en libération de neurotransmetteurs, c'est que l'on nomme le codage du stimulus sensoriel. Les neurotransmetteurs sont des molécules utilisées par le système nerveux qui transmettent les messages. Ensuite, le premier neurone reçoit ces neurotransmetteurs. Il va alors produire un potentiel d'action, réaction électrique qui se transmet jusqu'au thalamus (noyau gris centraux). C'est au niveau du thalamus qu'aura lieu le décodage du message. Il est ensuite envoyé à l'aire corticale primaire et c'est à cet endroit que le message devient une sensation.

La sensation devient perception lorsque le message circule de l'aire corticale primaire jusqu'aux aires corticales secondaires. Le message y est reconnu puisqu'il est comparé aux connaissances ultérieures. En effet, les aires secondaires sont le lieu des gnosies qui étymologiquement signifient « connaissance ». En anatomie, on parle par exemple de l'aire corticale visuognosique pour la vision, de l'aire auditivognosique pour l'audition. Elles enregistrent et mémorisent les informations significantes. Ces gnosies sont propres à chaque individu, elles dépendent des connaissances personnelles accumulées en lien avec les expériences, de la personnalité du sujet, de son milieu culturel et social, etc. Le message sensoriel arrive donc dans un système qui lui donne une couleur particulière. C'est pourquoi la perception est dite subjective.

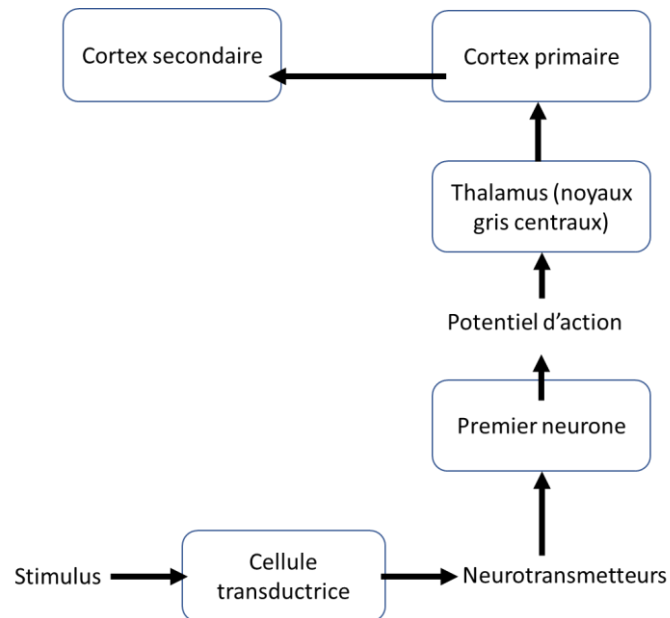


Figure 6 : Schéma de l'acheminement du message nerveux vers le cortex cérébral pour la somesthésie consciente et les systèmes sensoriels.

Pour le neuropsychologue suisse André Bullinger, le traitement des flux sensoriels (gravitaires, tactiles, olfactifs, gustatifs, auditifs et visuels) et de la sensibilité profonde est réalisé par deux systèmes (archaïque et récent) qui fonctionnent de façon équilibrée et permettent ainsi une instrumentalisation optimale (9). Le système archaïque est mature in utero. Il comporte les voies nerveuses sous-corticales spino-thalamiques. La transmission de l'information est lente et se fait par des fibres nerveuses de petit diamètre. Il permet le traitement des aspects qualitatifs, l'ajustement tonique et le recrutement tonique. Il est toujours présent en toile de fond. Sinon, on ne pourrait pas se recruter toniquement. Le système récent devient mature au fur et à mesure du développement de l'enfant, de la maturation de son système nerveux central et des possibilités d'interaction avec son environnement. Il comporte les voies nerveuses corticales lemniscales à projection somatotopique. La transmission de l'information est rapide et se fait par des fibres nerveuses de gros diamètre. Il permet le traitement des aspects quantitatifs, le traitement spatial et l'évaluation des distances comme par exemple la distance entre le corps et une source sonore.

1.2.3/ Compétences du nouveau-né

Cet équipement neurophysiologique permet au nouveau-né d'avoir des compétences qui lui sont propres dès sa conception et qui influenceront la relation qu'il aura à soi, à l'autre et au monde. Les progrès des méthodes de recherches montrent que le bébé est un individu actif possédant des compétences sensorielles et relationnelles, des capacités motrices et d'apprentissage.

Le premier sens dans la période intra-utérine à se mettre en place est le toucher. L'apparition des récepteurs tactiles se fait autour de la bouche dès 7 semaines d'aménorrhée, puis sur le visage dès 11 semaines, et sur le tronc et la racine des membres à 15 semaines. Toute la surface cutanée est recouverte de récepteurs tactiles à 20 semaines et est donc sensible. Les autres sens se développent aussi dans la période intra-utérine. Dans l'ordre chronologique : l'olfaction, la gustation, l'audition puis la vision. Les systèmes proprioceptif et vibratoire sont matures in utero.

A la naissance, le bébé a déjà des compétences opérationnelles au niveau sensoriel et relationnel. Par exemple, il est capable de discriminer l'odeur de sa mère, et les quatre goûts (sucré, salé, amer et acide). Il oriente sa tête et/ou ses yeux vers une source sonore et il préfère les voix humaines. A 5 semaines, il distingue la voix de sa mère des autres voix. Seule la vision reste inachevée à la naissance. A 1 mois, le bébé préfère le visage de sa mère. A environ 3 mois, il y a une coordination entre les visions périphérique et fovéale. Le bébé peut ainsi développer une exploration visuelle de l'espace en 3 dimensions et en profondeur.

A la naissance, le bébé a des capacités motrices. Il est pourvu de réflexes archaïques qui par leur présence témoignent de la maturité neurologique. Le bébé naît avec un cortex cérébral formé, ainsi que les lobes et le tronc cérébral. Il possède déjà 100 milliards de neurones et 25 % de la masse cérébrale d'un adulte. Et il est à noter qu'un adulte possède aussi le même nombre de neurones mais environ la moitié est utilisée. En fait, la masse cérébrale du bébé va se développer avec la formation des connexions neuronales c'est-à-dire, les dendrites, axones et synapses (il y a environ 5 000 à 10 000 synapses par neurone). Ces connexions, ainsi que la myélinisation, ont déjà commencé à se former in utero. A la naissance, les connexions synaptiques se créent selon les stimuli de l'environnement. Il y a un processus de stabilisation sélective des synapses ou un

processus d'élagage synaptique selon l'utilisation des neurones. Sachant que des connexions synaptiques qui ont commencé à disparaître peuvent être remises en place. C'est la plasticité cérébrale.

La disparition de ces réflexes au cours du développement sera un gage d'une maturation neurologique efficiente. Selon Gesell, le développement psychomoteur se fait selon la maturation du système nerveux central dans le sens céphalo-caudal. La motricité et le tonus postural suivent ce sens.

L'enfant a aussi des capacités d'imitation précoce et ceci dès les premières heures de la naissance grâce à la présence des neurones miroirs (26). Ces neurones seraient impliqués dans plusieurs mécanismes : l'imitation, la compréhension de la signification des actes d'autrui, la perception des états émotionnels des personnes, l'identification, l'empathie et le transfert-contretransfert ayant lieu dans la thérapie.

Dans son article (26), Christian Julien énonce les travaux d'Antonio R. Damasio médecin, professeur de neurologie, neurosciences et psychologie concernant les émotions et les neurones miroirs. Pour Damasio, les informations des aires visuelles décrivant l'expression émotionnelle des visages arriveraient directement au lobe appelé insula et activeraient un processus miroir autonome. L'individu reconnaît, ressent et perçoit l'émotion comme si c'était la sienne.

Ces compétences singulières préexistent et s'expriment ou non selon les expériences que le bébé fera dans son environnement physique et social. Par exemple, un bébé a une croissance et une stabilisation efficiente des connexions synaptiques lorsqu'il grandit dans un environnement où il y a des stimulations diverses et adaptées à ses besoins. Des auteurs émettent l'hypothèse que certains cas d'autisme serait dû à une élimination synaptique sélective trop agressive au cours du développement (38). Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) font d'ailleurs parti des troubles neurodéveloppementaux (TND) dans la nouvelle classification (DSM-V).

De même, la science a prouvé que l'expressivité phénotypique d'un gène peut être entre autres influencée par l'environnement. C'est pourquoi deux individus portant les mêmes gènes (même génotype) peuvent avoir des phénotypes différents. Des études

génomiques ont identifié le rôle des modifications structurelles de gènes dans la prédisposition aux TSA.

A propos des enfants autistes, Robert Shultz prouve que la région du cerveau traitant de la perception des visages de façon globale est sous-activée (26). A l'inverse, la région cérébrale traitant de la perception visuelle détail par détail est suractivée. On ne sait pourquoi un tel phénomène se produit. Ces enfants orientent leur regard sur la partie basse du visage de leur interlocuteur et notamment au niveau de la bouche. Cette perception entrave l'appréhension de l'unité globale du visage ainsi que la reconnaissance des expressions faciales émotionnelles via le fonctionnement des neurones miroirs (26). Cela peut aussi altérer les relations sociales.

Pour conclure cette partie, le nouveau-né possède donc un équipement neurophysiologique lui donnant les possibilités dès sa conception puis sa naissance d'interagir avec son environnement qu'il soit matériel ou humain.

J'ai conscience que cet équipement participe en partie à la constitution de l'enveloppe psychocorporelle. En ce sens, une atteinte biologique (neurologique et/ou corporelle) peut avoir un impact sur l'enveloppe et l'image du corps. Des mémoires ont été rédigés à ce sujet. Par exemple, des enfants qui ont eu la pose d'une trachéotomie peuvent avoir des enveloppes fragilisées (30).

Un autre exemple est celui des personnes ayant des troubles du spectre autistique. Certaines personnes ont une hypersensibilité ou hyposensibilité tactile, ou encore un besoin d'enveloppement lié à une défaillance de la sensation d'enveloppe corporelle. Temple Grandin est une autiste qui témoigne au travers de ses écrits (41) de ces perceptions sensorielles et notamment de cet état lors duquel elle perd le sentiment d'avoir une enveloppe corporelle.

1.3/ INTERACTIONS AVEC LES MILIEUX PHYSIQUE ET HUMAIN

Dans la partie suivante, je développe les éléments qui me semblent participer à la structuration de l'enveloppe psychocorporelle en axant mes propos sur les interactions de l'individu avec son environnement physique et humain.

1.3.1/ Sensations, perceptions, représentations et milieu physique

Lors de ma formation, j'ai appris le lien important entre les sensations, les perceptions et les représentations. Au cours du développement de l'enfant, ce lien va s'établir intrinsèquement via les différentes expériences sensori-motrices.

Les termes sensations et perceptions ont été définis précédemment. La représentation quant à elle correspond à la capacité de se représenter une image ou quelque chose qui n'est pas ou plus présent à l'instant t au niveau cognitif. Elle implique donc les processus de la mémoire. Elle inclut aussi tout ce qui est de l'ordre de l'imaginaire et du symbolique.

Piaget et Bullinger sont deux auteurs qui ont développé des concepts théoriques relatant de l'importance des actions de l'enfant dans son milieu physique et de leur rôle dans la construction des représentations.

Jean Piaget (1896 – 1980) a passé 30 ans de sa vie à étudier le fonctionnement cognitif de l'être humain. D'orientation cognitivo-constructiviste, il élabore une théorie universelle. Pour lui, l'intelligence n'est pas innée. Elle se construit en soi, par soi, dans la confrontation au monde extérieur et selon les expériences vécues. Le développement de l'intelligence chez l'enfant se fait de façon linéaire, par pallier et selon des stades successifs.

Le premier stade est sensori-moteur. Entre la naissance et 24 mois, l'enfant est un expérimentateur, il a une action physique dans le réel. Par le mouvement et les sensations, il obtient une série d'informations sur son propre corps et sur son milieu, l'espace et les propriétés des objets. Il développe des schèmes physiques d'action. Par exemple, au verbe d'action lancer, il associe des objets comme doudou, cuillère, etc. Avec le mécanisme de l'assimilation, l'enfant augmente la liste d'objets au sein d'un schème. Et avec

l'accommodation, c'est-à-dire l'utilisation de ces objets, il affine le schème moteur. A la fin de la période sensori-motrice, l'enfant comprend les relations de cause à effet, il a acquis la reconnaissance de son corps (et le différencie de celui des autres) et la permanence de l'objet qui est la capacité à comprendre qu'un objet existe indépendamment de sa perception. Cette capacité jouera un rôle dans le processus de séparation avec sa mère et d'individualisation.

Louis est un enfant brun aux yeux bleus qui a 8 ans. Il aime jouer au foot durant les séances. Il vient au CMPEA car il vit des grosses colères à la maison, surtout avec sa mère. C'est un enfant angoissé présentant une agitation corporelle quasi-permanente.

Lors d'un début de séance, il explique qu'il y a un voyage scolaire prévu avec l'école cette année. Il a peur d'y aller car s'il ne voit pas ses parents, il a : « peur de les oublier » dit-il.

Dans cette situation, on peut émettre l'hypothèse que Louis n'a pas encore acquis la permanence de l'objet. Il n'a pas encore conçu que ses parents existent toujours malgré le fait qu'il ne les voit pas.

Une réflexion s'amorce avec l'enfant pour trouver des solutions pour surmonter cette angoisse de séparation. Il trouve plusieurs idées qui pourraient l'aider : il va s'entraîner en dormant seul chez ses grands-parents (milieu rassurant qu'il connaît et où, jusqu'à présent, il dormait en présence de sa mère) ; il appelle ses parents pour les entendre juste avant de dormir.

Progressivement, l'enfant intériorise les schèmes d'action en représentations. Il expérimente l'imitation différée, le jeu symbolique, le dessin et les images mentales. Avec la mise en place du langage, il a accès au symbolisme et à la possibilité de développer de nombreuses représentations. Ce stade correspond au stade pré-opératoire qui a lieu entre 2 et 6 ans.

Ensuite, la pensée logique se développe entre 6 et 12 ans, au stade des opérations concrètes. L'enfant organise sa pensée en ayant besoin d'un support concret. Durant cette

période, il a peu à peu accès au sous-entendu, au double sens et à l'ironie. Il comprend la dissimulation et le mensonge.

Le dernier stade est celui des opérations formelles entre 12 et 16-18 ans. Le raisonnement de l'adolescent est dit hypothético-déductif. Il se fait sans support concret tels que le raisonnement statique ou sur des idéaux. La pensée est abstraite, conceptuelle.

Piaget établit donc un lien entre sensations, perceptions, représentations lorsque le sujet est actif dans son environnement.

Bullinger est un des successeurs des concepts de Piaget. Il a centré ses recherches sur le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, en particulier sur la période allant de la naissance à 24 mois, avant l'accès au langage. Comme Piaget, il expose le lien entre les expériences sensori-motrices de l'enfant dans son milieu physique et le développement de sa psyché.

Un des apports de Bullinger est le suivant : le bébé développe des représentations sensori-motrices entre 0 et 24 mois, ce qui correspond à la période sensori-motrice de Piaget. Il les nomme aussi « protoreprésentations » (9 ; p. 72) et suivant les auteurs, on parle de schéma corporel en action, de représentation dynamique, etc. (9). La caractéristique principale de ces représentations est qu'elle n'existe que lorsque l'action est engagée. Si l'action cesse, la représentation n'est plus accessible.

De plus, pour que ces représentations se développent, il est nécessaire qu'il y ait une comodalité entre deux flux sensoriels a minima. La comodalité sensorielle est le fait de capter des informations provenant d'une même source par différents systèmes sensoriels et dans une synchronie (40).

Par exemple, quand un objet tombe sur le sol, le bébé l'entend et le voit. Il y a une comodalité entre les flux sensoriels visuel et sonore. La représentation peut alors se construire. Il est à noter que la répétition participe aussi à l'élaboration des représentations. Pour Bernard Golse, cette comodalité sensorielle permet à l'enfant de conceptualiser l'objet ou la personne comme extérieur à lui et participe donc au processus d'intersubjectivité (40).

Ces théories montrent le lien qui existe entre les sensations, les perceptions et les représentations. Elles soulignent aussi l'importance des expériences sensori-motrices dans le milieu physique pour que l'enfant développe une compréhension de son corps, du monde extérieur et qu'il élabore son enveloppe psychocorporelle.

1.3.2/ Le milieu humain : les relations précoces mère-enfant

Le milieu humain est tout aussi primordial pour que l'enfant se développe harmonieusement et construise ses représentations dont celles liées à l'enveloppe psychocorporelle.

Il est à noter que le terme « mère » utilisé dans cette partie correspond à la figure d'attachement principale.

Pour commencer cette partie, voici une citation célèbre de Winnicott dans son livre De la pédiatrie à la psychanalyse (1969) : « Un bébé seul n'existe pas ». Un bébé naît néoténique. Tout seul, il ne peut pas survivre, comme cela a été montré avec le syndrome de l'Hospitalisme de Spitz en 1945, et il ne peut pas instaurer les bases de son appareil psychique (19). La mère investit le corps de son bébé, ce qui permettra l'intégration et l'élaboration de ses limites, son enveloppe corporelle, son schéma corporel et l'image du corps.

1.3.2.1/ Les liens d'attachement

Le lien qui s'établit entre la mère et son enfant est très puissant. En 1953, le pédiatre psychanalyste Winnicott aborde la particularité de ce lien (42) avec les concepts de « préoccupation maternelle primaire » et de « mère suffisamment bonne ». Une mère « suffisamment bonne » n'est pas définie comme une mère parfaite mais plutôt une mère dévouée ou « good enough mother ».

Pour Winnicott, durant les premières semaines après la naissance, la mère est dans un état d'hypersensibilité, d'empathie élevée qu'il nomme « préoccupation maternelle primaire ». La mère s'identifie à son bébé, elle est centrée sur les besoins de son enfant, renonce à ses propres intérêts et effectue des soins non interrompus suffisamment bons. Ces soins vont alors éveiller le « sentiment continu d'exister » chez le bébé et le plaisir de

vivre, des sensations. Cela va aussi participer au début de la structuration du Moi de l'enfant à partir de ses tendances innées (42).

Le sentiment de continuité de l'existence participe au sentiment de sécurité interne. Ils sont tous deux des bases pour le développement harmonieux de l'enfant. A ce sujet, Pireyre énonce que le sentiment continu d'exister est une « sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante nous serons toujours là et toujours le même » (36 ; p. 55).

Cette notion de sécurité interne a été énumérée dans la théorie de l'attachement de John Bowlby en 1958. Dès la naissance, le bébé, de par son équipement biologique inné, manifeste des comportements dirigés vers sa mère qui est sa figure d'attachement primaire ou « caregiver » (celui qui donne les soins au bébé). Ces comportements correspondent à : sucer, attraper, suivre (comportements de proximité), pleurer et sourire (comportements de signalisation) (42).

Ils ont pour but de maintenir la mère à proximité et d'instaurer ce qu'il nomme les « comportements d'attachement ». La création de ces derniers dépende à la fois des prédispositions innées du bébé mais aussi des réponses répétées et adéquates administrées par la mère. Pour cela, la mère ou « caregiver » doit avoir quelques qualités :

- La sensibilité, dans le sens de la disponibilité émotionnelle, accepter et tolérer les comportements du bébé ;
- La disponibilité psychique pour percevoir et interpréter les signaux du bébé ;
- La fonction réflexive, la capacité de se décentrer, de comprendre que l'autre est différent d'elle ;
- Le « responsiveness » qui est la capacité à répondre de façon adéquate aux besoins du bébé comme le respect du rythme par exemple.

Le rythme a une place primordiale dans les interactions mère-enfant. Pour Daniel Marcelli, le bébé vit deux sortes de rythme (macrorhythmes et microrhythmes) qui doivent s'équilibrer pour une intégration harmonieuse du temps (31) :

- Un macrorhythme est répétitif, stable et sécurisant. Ce qui est attendu est confirmé et cela apaise le bébé. Ainsi dans l'expérience actuelle, il va mémoriser les éléments qui sont équivalents aux expériences passées, ce que Marcelli nomme les « indices de qualité ». Ce processus augmente ses capacités de

mémorisation et plus tard de rêverie. Le macrorythme permet aussi au bébé de construire son narcissisme.

- Un microrythme est aléatoire et incertain. Le bébé vit des attentes dites trompées et excitantes. On les retrouve par exemple dans les jeux de surprise du « coucou-caché », de la « petite bête qui monte » ou des chatouilles. Ainsi dans l'expérience actuelle, le bébé est attentif aux éléments qui sont différents des expériences passées, ce que Marcelli nomme les « indices de divergences ». Ce processus consolide ses capacités d'attention et plus tard d'apprentissage.

Une autre fonction du « caregiver » a été énoncée par Bion. Il a élaboré une théorie de la pensée. Pour lui, la pensée d'un individu est divisée en :

- Eléments alpha qui correspondent aux impressions sensorielles assimilées et organisées par l'appareil psychique sous forme d'images ou autres. C'est l'élaboration des représentations. Ces éléments sont réutilisables.
- Eléments bêta qui correspondent aux impressions sensorielles non assimilées par l'appareil psychique. Pour le bébé, ces contenus psychiques sont toxiques.

A la naissance, le nourrisson a un appareil psychique immature. Il vit des sensations corporelles et a des manifestations observables. Il va y avoir une communication verbale, non verbale et paraverbale qui va se mettre en place. Le bébé envoie des éléments bruts à sa mère, ne pouvant pas les traiter lui-même. La mère utilise son appareil psychique mature. Elle a une fonction alpha, c'est-à-dire qu'elle va recevoir les éléments bruts du bébé, les penser pour lui et les reprendre par la mise en mots. Elle remplace alors les éléments bêta qui étaient impensables en éléments alpha assimilables au niveau de la psyché du bébé.

Bion souligne alors l'importance de la « capacité de rêverie » de la mère, il s'agit sa capacité à rêver autour de son bébé (fonction de l'imaginaire) en vocalisant ou en verbalisant ce qu'il se passe pour lui. D'où l'importance de la narration. Il est à noter que le psychomotricien doit avoir conscience de ce processus pour exercer la fonction alpha auprès de son patient.

La création du lien d'attachement est primordiale pour la survie du nourrisson. En ce sens, René Spitz décrit en 1945 le syndrome de l'hospitalisme. Il se base sur l'observations de nourrissons placés en orphelinat et soumis à des carences affectives. Si

un bébé a une carence affective partielle de sa mère durant les 18 premiers mois de sa vie, il risque fortement de développer des troubles psychiques telle que la dépression. Dans un tel cas, Spitz décrit trois phases :

- La phase de pleurs.
- La phase de glapissement, perte de poids et arrêt du développement.
- La phase de retrait et refus de contact aboutissant à une dépression anaclitique.

Il existe une phase ultime en cas de carence totale qu'il nomme la « marasme » qui aboutit à la mort du bébé.

En 2019, le Président de la République lance une commission d'experts de la petite enfance présidée par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik. Le rapport de 2020 qui en découle (16) montre l'importance des 1 000 premiers jours de l'enfant pour son développement et ses apprentissages. Il y est dit : « les premiers apprentissages sociaux, émotionnels et cognitifs dépendent fortement des échanges et des liens d'attachement forts et sécurisés qui s'établissent entre le bébé et ses parents » (16 ; p.20).

In fine, l'enfant développe un sentiment de sécurité interne en intégrant ses liens d'attachement sécurisés avec sa mère au niveau des représentations. Il devient alors un explorateur au sein des espaces corporel, péricorporel (ou de la préhension) et extra-corporel dans lesquels il vit des expériences sensori-motrices et différents apprentissages. Il accepte progressivement la séparation avec son « caregiver » et développe son autonomie.

A partir des travaux de Bowlby, Marie Ainsworth et Mary Main ont mis en évidence le lien qui existe entre le système d'attachement et le système d'exploration selon les quatre styles : l'attachement sécurisé (environ 65 % des enfants dans la population) et les attachements insécurisés (environ 35 % de la population) avec celui anxieux-évitant, anxieux-ambivalent et désorganisé-désorienté.

Plus un enfant est sécurisé, plus il va explorer son environnement et réguler ses émotions. Les enfants insécurisés développent des stratégies adaptatives : l'enfant évitant désactive ses comportements d'attachement tandis que l'ambivalent les hyperactive. Cependant, ils restent vulnérables. En effet, ils risquent d'avoir des capacités d'adaptation et de mentalisation moindres, d'être mis en difficulté face à l'inconnu, d'avoir une régulation des émotions moins fonctionnelle, d'avoir du mal dans ses demandes d'aide à

autrui, etc. Il est à noter qu'un enfant insécure désorganisé n'a pas développé de stratégie. Il y a un risque élevé de présence d'une psychopathologie.

1.3.2.2/ Les espaces du corps

Au préalable, je souhaite aborder la notion du tonus puisqu'il a une place centrale en psychomotricité et dans la théorie de Bullinger qui est abordée dans cette sous-partie.

Au cours de ma formation, il a été dit que le tonus est un état de légère tension musculaire au repos, résultant d'une stimulation continue du nerf moteur. Il disparaît avec la section du nerf moteur. Il y a trois formes de tonus : le tonus de fond, le tonus postural et le tonus d'action. Ils sont interdépendants et s'étayent les uns sur les autres.

Le tonus de fond est de nature involontaire, isométrique et est permanent. Son rôle est le maintien de la cohésion des différentes parties du corps. Il participe au sentiment d'unité corporelle. Dans le bilan psychomoteur, on l'évalue avec les tests de l'extensibilité musculaire et de ballant lors de mobilisations passives. Un excès de tonus de fond peut entraîner une hypertonie et une carence de celui-ci peut entraîner une hypotonie.

Le tonus postural est lié à l'état de vigilance. Il s'abaisse lorsque l'on dort et se mobilise lorsqu'on est en éveil. Il est en lien avec la maturation neurologique du système nerveux central (SNC) qui se fait dans le sens céphalo-caudal. Le bébé naît avec une hypotonie axiale. A 3 mois, le tonus de la tête et du cou est mature. A environ 7 mois et demi, c'est le tonus du tronc qui est mature. Et à 9 mois, c'est celui du bassin. Le rôle du tonus postural est de maintenir une position donnée (il est donc lié à la sensibilité proprioceptive qui donne des informations sur la position dans l'espace des différentes parties du corps), de se tenir en équilibre statique et dynamique, de lutter contre la pesanteur et de permettre le redressement. Dans le bilan psychomoteur, on l'évalue avec les tests de résistance à la poussée (c'est le réflexe monosynaptique). Un excès engendre une raideur excessive et une carence peut entraîner un avachissement.

Le tonus postural est lié aux émotions. Pour comprendre ce lien, il est nécessaire d'aborder la notion de réponse myotatique. Elle est un des fonctionnements neurologiques impliqués dans les variations toniques musculaires. Elle se réalise via le motoneurone connecté au fuseau musculaire. Les structures neuroanatomiques

impliquées dans cette réponse sont le tronc cérébral (réticulé mésencéphalique) et le système limbique. Ce dernier est le siège de la gestion des émotions et des informations mnésiques. On peut donc dire que le tonus postural est la toile de fond des émotions qui a une valeur de communication non-verbale.

Selon Bullinger, la régulation tonico-posturale chez le bébé se fait selon quatre sources qui se substituent progressivement les unes aux autres : le niveau de vigilance, les flux sensoriels, le milieu humain et les représentations (9). La régulation tonique via le milieu humain s'effectue notamment grâce au dialogue tonico-émotionnel.

Un des pères fondateurs de la psychomotricité Julian De Ajuriaguerra énumère le « dialogue tonico-émotionnel » en reprenant la notion de « dialogue tonique » proposée par Wallon en 1930 (3). Le dialogue tonico-émotionnel est un mode de communication non-verbale qui s'installe entre deux partenaires. La transmission des états émotionnels passe par les variations toniques. La mère expérimente ce dialogue avec son bébé dès la naissance. Comme ce premier dialogue tonique mère-enfant, le psychomotricien observe les états toniques du corps de son patient lui permettant de recueillir des signes de ses émotions ou de son niveau d'angoisses.

Le tonus d'action est dit intentionnel. Il reste tout de même plus ou moins conscient et automatisé. Il est aussi en lien avec la maturation neurologique du SNC. Le rôle du tonus d'action est de permettre la réalisation d'actions plus ou moins habituelles réalisées de façon plus ou moins consciente comme la marche ainsi que la réalisation de gestes précis. Dans le bilan psychomoteur, on l'observe dans les activités de motricité volontaire spontanées ou non (marche, course, saut, lancer). Un excès peut induire une maladresse et des mouvements incontrôlés et une carence provoque des chutes et une imprécision des mouvements.

Pour le tonus des membres inférieurs et supérieurs, le bébé naît avec une hypertonie des muscles fléchisseurs et une hypotonie des muscles extenseurs. Entre 10 et 24 mois, l'hypertonie des muscles fléchisseurs disparaît progressivement. Il y a donc une hyper-extensibilité des membres. Vers 3 ans, la « normalité » tonique est acquise.

Bullinger appréhende le développement de l'individu sous le prisme de la construction des différents espaces du corps qui suit le sens céphalo-caudal de la

maturation du SNC : l'espace de la pesanteur, l'espace oral puis l'espace du buste, l'espace du torse et l'espace du corps. A chaque fois que l'enfant traverse un espace du corps, cela va lui permettre de construire ses représentations corporelles.

Ainsi, au travers de la description de la construction des espaces du corps chez l'enfant, je vais aussi décrire l'influence de la présence. Cette description est faite selon une approche développementale et je vais donc commencer par l'espace utérin.

Dans l'espace utérin, le fœtus a accès à différents flux sensoriels : flux tactiles, vestibulaires, olfactifs et auditifs (10).

Concernant les flux tactiles in utero, les contacts entre le dos du fœtus et la paroi utérine de la mère créent un dialogue tonique. Le bébé peut se mettre dans des postures en extension suite à une stimulation sensorielle, puis la paroi utérine se mobilise toniquement permettant au bébé de se replacer dans une position d'enroulement. Cette première enveloppe utérine a une fonction contenant pour le bébé. A la naissance, ce dialogue tonique entre le bébé et sa mère va se reconstruire sous une autre forme. La position d'enroulement avec un appui du dos est un préalable aux actions du bébé (10).

Concernant les flux vestibulaires in utero, ils sont perçus par le vestibule de l'oreille interne. Le vestibule est sensible aux accélérations des forces de la pesanteur et aux mouvements passifs ou actifs du fœtus et/ou de sa mère. Le bébé baigne dans le liquide amniotique qui est de même densité que lui. Ce qui fait que le fœtus flotte dans le liquide amniotique.

A la naissance, le bébé se trouve dans l'espace aérien où il est soumis désormais aux forces de la gravité. Le bébé développe des ressources toniques et motrices pour se positionner dans ce nouveau milieu. Les premières réactions motrices de positionnement, placement et d'orientation du corps sont liés à la perception des flux gravitaires, proprioceptifs et tactiles. Progressivement, au sein de l'espace de la pesanteur, il va y avoir une coordination entre ces trois flux sensoriels. Ce processus permet de développer des représentations de la verticale et des appuis. En effet, les appuis prennent sens seulement lorsque la verticale est perçue.

La mère a un rôle dans l'efficacité de cette coordination. Pour Bullinger, cela passe par la qualité du portage (10). La solution qui lui paraît être la meilleure consiste en un portage serré avec des mouvements verticaux. Ce portage amplifie les flux vestibulaires et les flux tactiles liées aux surfaces d'appui.

Dans l'espace de la pesanteur et au contact du sol, l'enfant va vivre des expériences répétées au travers de son tonus. Il va se recruter toniquement, moduler son tonus, il va ressentir son corps comme étant un volume et progressivement, il va intérioriser ses limites corporelles. Bullinger souligne la nécessité de la coordination entre la sensibilité profonde (ou proprioceptive) et les flux sensoriels (gravitaires, tactiles, olfactifs, gustatifs, auditifs et visuels) dans la construction de l'enveloppe corporelle. Pour lui, cette coordination « actualise la limite entre un espace interne et externe, cette frontière étant présente tant que les effets sensoriels sont maîtrisés » (9 ; p.77).

Pour Bullinger, au sein de l'espace de la pesanteur, c'est la découverte de l'enveloppe corporelle avec ses faces interne et externe (10). Cette découverte se réalise aussi au travers de l'expérience du dialogue tonico-émotionnel dans les portages avec la mère. Pour De Ajuriaguerra (9), le milieu humain joue un rôle important dans la régulation des états toniques du bébé. Le bébé va vivre des modulations de ses états toniques internes liés aux rythmes des échanges avec sa mère, ou aux petits décalages temporels. Il ressent alors sa face interne. La face interne se constitue aussi dans les covariations des différentes boucles sensori-motrices. La face externe est ressentie via le milieu physique et humain (avec entre autres le dialogue). Petit à petit, la subjectivité de l'enfant va s'élaborer en intériorisant cette frontière corporelle.

Bullinger pense que la constitution de l'enveloppe corporelle et le maintien de sa stabilité représente une réelle problématique (9). Cette enveloppe fait partie des premières représentations corporelles à se mettre en place. Une fois qu'elle est stabilisée, elle est comme le soubassement pour la construction des autres représentations du corps tels que le schéma corporel et l'image du corps adéquate (1). Lorsque les représentations corporelles se mettent en place, elles vont partiellement et progressivement relayer le dialogue tonico-émotionnel avec la mère pour réguler les états toniques de l'enfant (9).

Après la constitution des représentations au sein de l'espace de la pesanteur, vient celle des représentations de l'espace oral. Pour la création de cet espace, les flux tactiles

sont importants. La bouche du bébé va devenir un instrument pour se nourrir. Pour ce faire, le portage par la mère doit être adapté. Il fournit les points d'appui posturaux nécessaires pour que l'enfant avance sa bouche vers sa cible (le sein) et qu'il puisse rester sur cette zone.

Par la suite, la bouche va devenir un outil pour explorer les objets de l'espace et donc pour acquérir des connaissances tactiles et gustatives. Puis, l'exploration de la bouche devient kinesthésique. En effet, l'enfant émet des signaux sonores, des modulations buccales, babillage et progressivement il rentre dans le langage.

Puis, l'enfant se constitue ses représentations du corps au niveau de l'espace du buste. Avant la naissance, le bébé a un équilibre antéro-postérieur grâce à la contenance des parois utérines qui le maintiennent en position d'enroulement. Après la naissance, c'est le milieu humain qui va assurer ce rôle. Le bébé est écrasé par les forces de la pesanteur qui ont tendance à le positionner dans des schèmes d'extension. L'environnement humain se doit d'être vigilant et de le replacer dans des positions d'enroulement, en flexion. Il va y avoir un équilibre entre flexion/extension qui permet de construire les représentations d'un avant et d'un arrière du corps.

Quand le bébé a intériorisé les appuis externes de la mère, un arrière-fond se met en place. L'arrière n'est pas un trou béant qui risque de procurer des angoisses de « chute sans fin » (10). Lorsque l'arrière-fond est constitué, la coordination entre les flux de la vision périphérique et ceux de la vision focale peut se réaliser. La vision devient alors un outil d'exploration spatial au service d'un projet moteur.

Un autre auteur qui a énuméré l'importance des contacts corporels au niveau du dos est la psychanalyste Geneviève Haag (22). Elle observe des nourrissons et des enfants de moins de deux ans ayant des symptômes psychomoteurs sans atteinte neurologique. Elle essaie de comprendre ce qui sous-tend les hypertonies psychogènes et les inhibitions psychomotrices dans les relations précoces parents-enfant. Pour elle, le contact du dos permet de retrouver un sentiment de sécurité interne dans toutes les circonstances de changement brusque de l'environnement, rappelant sans doute les sensations in utero du dos contre la paroi utérine.

De plus, une organisation de l'espace « arrière » se met en place chez l'enfant grâce à l'association du contact tactile du dos avec l'interpénétration du regard et l'enveloppe sonore porteuse de modulations à fort message émotionnel (22). Le bébé passe alors d'un corps en bi-dimensionnalité à un corps en profondeur. Pour Haag, ce processus est lié à l'organisation précoce du Moi corporel (ou image du corps).

Avec la psychomotricienne, nous croisons Nino dans les couloirs de l'hôpital de jour pour enfants. Il est accompagné d'un soignant. Lorsqu'il voit que nous nous dirigeons dans sa direction, il plaque son dos contre le mur et semble se rigidifier toniquement. Son regard devient périphérique. J'ai l'impression qu'il est en hypervigilance.

Cette situation a-t-elle suscité des angoisses pour Nino ? J'émet l'hypothèse que ce contact du dos au mur permet à Nino de se sentir plus en sécurité face à cette situation inconfortable. Chez certains enfants, les limites corporelles sont étendues à l'espace extra-corporel de la salle. Le fait que nous pénétrions dans cet espace, son espace, a pu être vécu comme intrusif et angoissant. Les sensations tactiles de l'arrière-fond permettent alors de faire exister ces limites corporelles floues et retrouver un sentiment de sécurité interne.

On peut observer d'autres manifestations cliniques liées à la recherche de cet arrière-fond. Par exemple, on peut voir un enfant qui s'allonge au sol et abaisse son tonus afin que le contact soit le plus maximale. Il peut se mettre sur des surfaces froides qui sollicitent le système tactile archaïque (10). Par ces comportements, l'enfant semble découvrir un « fond » et l'éprouver lui apportant un sentiment de sécurité interne.

Revenons au concept établi par Bullinger concernant la construction des espaces du corps dans le développement de l'enfant. Une fois que l'équilibre antéro-postérieur est acquis, le bébé va expérimenter les torsions au sein de l'espace du torse. Cette étape donne lieu à une consolidation du redressement antigravitaire et à l'élaboration instrumentale du torse et des mains. Les représentations qui se construisent sont la gauche et la droite. L'enfant peut ainsi passer de l'hémi-espace gauche à l'hémi-espace droit en passant par l'axe verticale. L'axe corporelle verticale va se créer progressivement tout d'abord grâce aux expériences de coordinations oculo-manuelles (l'enfant amène des objets à la bouche) puis grâce aux expériences de coordinations de la droite et de la gauche (ou coordinations

bimanuelles). Les espaces de préhension à droite et à gauche sont unifiés et la latéralité pourra se mettre en place.

Le dernier espace décrit par Bullinger est celui du corps. L'enfant va intégrer que le bas de son corps fait partie de son organisme. Il fait le lien entre haut/bas au travers d'expériences de coordinations. Au sein de cet espace, c'est l'instrumentalisation du bassin et des jambes qui a lieu. Il comprend que son corps est un véhicule articulé qu'il mobilise lors de déplacements variés. Pour aller d'un point A à un point B, il sait qu'il peut passer par un point C ou D. Ses représentations spatiales s'affinent.

1.3.2.3/ La peau, une enveloppe psychique

Dans les années 1960, Esther Bick présente des notions concernant la peau, enveloppe psychique et sa fonction contenante. Elle en parle notamment dans un article connu intitulé « L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces » (14). Pour elle, il est nécessaire que le bébé ait une expérience contenante avec l'objet optimal qui correspond au mamelon dans sa bouche associé au portage, paroles et odeur de sa mère. Cet objet est le support d'identification. C'est-à-dire que le bébé va s'identifier au mamelon dans sa bouche pour se sentir suffisamment contenu dans sa propre peau (14). L'objet externe contenant est donc éprouvé et introjecté comme une peau. Le bébé développe alors le sentiment d'être contenu, le sentiment d'être un contenant et le sentiment d'être.

Le psychanalyste Didier Anzieu est un autre auteur ayant émis un concept théorique à propos de l'élaboration de la peau psychique. Il va proposer la notion de « Moi-peau » qui est très connue (2). Au travers de ce concept, nous verrons aussi la théorie de Winnicott avec le « holding », le « handling » et « l'objet presenting », renvoyant aux notions de contenance et de mère suffisamment bon.

Anzieu accorde une place particulière aux flux sensoriels tactiles, il dit (22) : « Par rapport à tous les autres registres sensoriels, le tactile possède une caractéristique distinctive qui le met non seulement à l'origine du psychisme, mais qui lui permet de fournir à celui-ci, en permanence, quelque chose qu'on peut aussi bien appeler le fond mental, la toile de fond sur laquelle les contenus psychiques s'inscrivent comme figure, ou encore l'enveloppe contenante qui fait que l'appareil psychique devient susceptible d'avoir des contenus ».

Il élabore un modèle de développement de l'enfant dans lequel les fonctions biologiques de la peau étayent les fonctions psychiques du Moi-peau (2). Il est à noter que la notion de Moi-peau d'Anzieu est à différencier de la notion de Moi établie par Freud (cf. partie 1.1).

La peau est l'enveloppe du corps qui est le lieu d'échanges et d'expériences de portage, de soins corporels et autres contacts peau à peau avec la mère. Ces expériences permettent au bébé de se sentir comme un corps unifié et différent des autres. Progressivement, il développe son Moi-peau qui est l'enveloppe de la psyché (affects, sentiments, pensées et images).

Il décrit huit fonctions psychiques du Moi-peau (2 ; p. 121-129) :

- La maintenance : De même que la peau a une fonction de soutènement du squelette et des muscles, le Moi-Peau a une fonction de maintenance du psychisme. La fonction biologique étayant cette fonction psychique est ce que Winnicott a nommé le « holding ». C'est la façon dont la mère porte et soutient le corps de son nourrisson. L'appui externe du corps maternel permet au bébé d'acquérir un appui interne sur sa colonne vertébrale, arête solide permettant le redressement, l'accès à la position assise, debout et à la marche. La fonction psychique de maintenance se développe en intériorisant ce holding maternel et particulièrement les mains de sa mère. Le bébé intériorise une colonne vertébrale psychique, il a un sentiment de solidité et d'unité de son corps.

- La contenance : Cette fonction psychique se développe en intériorisant la façon dont la mère touche la peau et le corps du nourrisson. Elle est donc liée au « handling » de Winnicott. Les soins tactiles effectués par la mère sont adaptés aux besoins de l'enfant. Le bébé sent sa peau et élabore une image de celle-ci comme un sac. A cette enveloppe tactile maternelle s'ajoute une enveloppe sonore. Des jeux se mettent en place entre le corps de la mère et celui du bébé. La mère répond de façon adaptée aux sensations et émotions du bébé par une gestuelle, des vocalises, verbalisations. Le Moi-peau devient alors le « contenant » stable, immobile, dépôt des sensations, images et affects neutralisées et conservées. Il contient les pulsions du Ça décrit par Freud. Selon Anzieu, cette complémentarité entre l'écorce (le Moi-Peau contenant) et le noyau pulsionnel du Ça fonde le « sentiment de la continuité du Soi » (p. 125).

- Le pare- excitation : A la naissance, la mère assure le rôle de pare-excitation auxiliaire. Elle protège la couche superficielle de l'épiderme de son bébé des agressions physiques extérieurs et des excès de stimulations sensorielles. L'enfant assume ensuite cette fonction psychique lorsque son Moi en croissance trouve sur sa peau un étayage suffisant.

- L'individuation du Soi : La peau protège l'individualité de la personne en la distinguant du corps de l'autre. La peau par ses qualités physiques (couleur, texture, grain, odeur) est singulière. L'individu développe le sentiment d'avoir une peau personnelle avec des frontières, d'être un être unique, différent des autres et donc d'avoir un espace psychique personnel singulier.

- L'intersensorialité : La peau est une surface où sont insérés les organes des sens (autres que le toucher). Le bébé éprouve des sensations sur ce fond originnaire qu'est l'enveloppe tactile. Le Moi-peau est une surface psychique qui fait le lien entre les diverses sensations et constitue un « sens commun ». Ainsi, au niveau psychique, le bébé élabore une représentation de sa peau « comme toile de fond sur laquelle se déploient les interconnexions sensorielles » (p.127).

- Le soutien de l'excitation sexuelle : La mère investit la peau de son nourrisson de façon libidinale. Les soins s'accompagnent de contacts peau à peau agréables. Le bébé intériorise cet investissement et son Moi-peau devient une enveloppe d'excitation sexuelle globale. Quand le développement de l'enfant est harmonieux, les zones érogènes sont localisées sur cette enveloppe et la différence des sexes est reconnue.

- La recharge libidinale du fonctionnement psychique : La peau est une surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations externes. Le Moi-Peau assure le maintien de la tension énergétique interne et de sa répartition entre les sous-systèmes psychiques.

- L'inscription des traces sensorielles tactiles : Cette fonction se développe par un double appui (biologique et social). Au niveau biologique, la peau fournit des informations directes sur le monde extérieur (toucher, chaleur-froid, douleur) qui sont ensuite intégrées au « sens commun » avec les autres informations sonores, visuelles, etc. Au niveau social, cette fonction est renforcée par le rôle de la mère nommé « objet

presenting » par Winnicott. Cela correspond à la façon dont la mère présente le monde à son enfant. Le Moi-Peau conserve ses traces cutanées au niveau de la psyché.

Anzieu fait des liens entre les fonctions psychiques du Moi-Peau et la psychopathologie. Par exemple, pour lui, certaines personnes ayant des troubles pathologiques (personnalité narcissiques et états limites) peuvent avoir une structure du Moi-peau altérée (2). Un autre exemple est le suivant : au cours du développement de l'enfant, lorsque les stimulations de l'enveloppe externe sont trop envahissantes et ceci à répétition, Anzieu met en garde sur le risque accru d'un développement de psychose.

Avec Sylvie et Éric (8 ans), nous nous installons dans l'espace consacré au temps calme. Assis sur le matelas, nous écoutons l'histoire relatée par Sylvie. Éric se met sous la couverture. Il semble chercher une position qui lui convient pour écouter l'histoire. Il gigotte à côté de moi. Puis, il met sa tête au niveau de mon torse et pousse fort. Je résiste. Sylvie lui dit : « Tu vois Carine est solide ».

Éric semble venir tester la solidité et l'unité de mon corps. Est-ce que je tiens et je maintiens ma position face ? Mon axe et mes appuis sont-ils assez solides ? Par cet exemple, je souhaite aborder la question de défaillance de la fonction de maintenance du Moi-Peau. Il est possible que, dans les relations précoces avec sa mère, Éric n'est pas pu expérimenter un appui extérieur suffisamment stable et sécure lui donnant ce sentiment d'unité et de solidité.

Ainsi, il est possible qu'Éric vienne tester cette solidité dans la relation à l'autre. Qu'il vienne rechercher un appui extérieur comme le bébé dans le holding maternel en lien avec la fonction de maintenance. Peut-être que la répétition d'une telle expérience lui permettra de concevoir et d'intérioriser sa propre solidité corporelle.

Arnaud a 6 ans. Il vient au CMPEA suite à des troubles de comportement à la maison. Il vient tous les vendredis pour faire une séance avec Sylvie.

Sa mère décide de changer le jour des séances. Comme je suis en stage au CMPEA sur les vendredis, j'ai vu Arnaud au total sur quatre séances.

Le vendredi suivant, Sylvie me donne un mot qu'Arnaud a écrit pour moi (annexe 1). Le mot est le suivant : « Carine je suis désolé de t'avoir plu vu, tu me manques ». Je suis surprise et je constate qu'il a écrit une très grande phrase où les mots restent tous liés entre eux.

Cette phrase montre que l'enfant a un problème de séparation, d'individuation des mots. Les mots qui sont séparés correspondent aux moments de pause où il réfléchissait à l'orthographe des mots. Cela est assez significatif et fait échos à ce qu'il se passe en prise en charge. L'enfant a des pensées confuses, mélangées entre lui et les autres. Il n'y a pas de différenciation entre sa mère, sa sœur et lui.

Cet exemple peut être mis en lien avec la question de la fonction d'individuation du soi du Moi-Peau. Cet enfant semble en difficulté pour se séparer d'autrui et comprendre qu'il a un espace psychique unique qui lui est propre. Il est possible qu'il ait un défaut de la fonction d'individuation.

Les concepts théoriques énumérés dans cette partie montrent donc l'importance des expériences vécues dans les relations précoces mère-enfant pour que l'enveloppe psychocorporelle se constitue ainsi que le sentiment d'être une personne unifiée, le sentiment de continuité d'existence, le sentiment de sécurité interne et le sentiment d'individualité.

1.3.3/ L'importance de l'environnement social

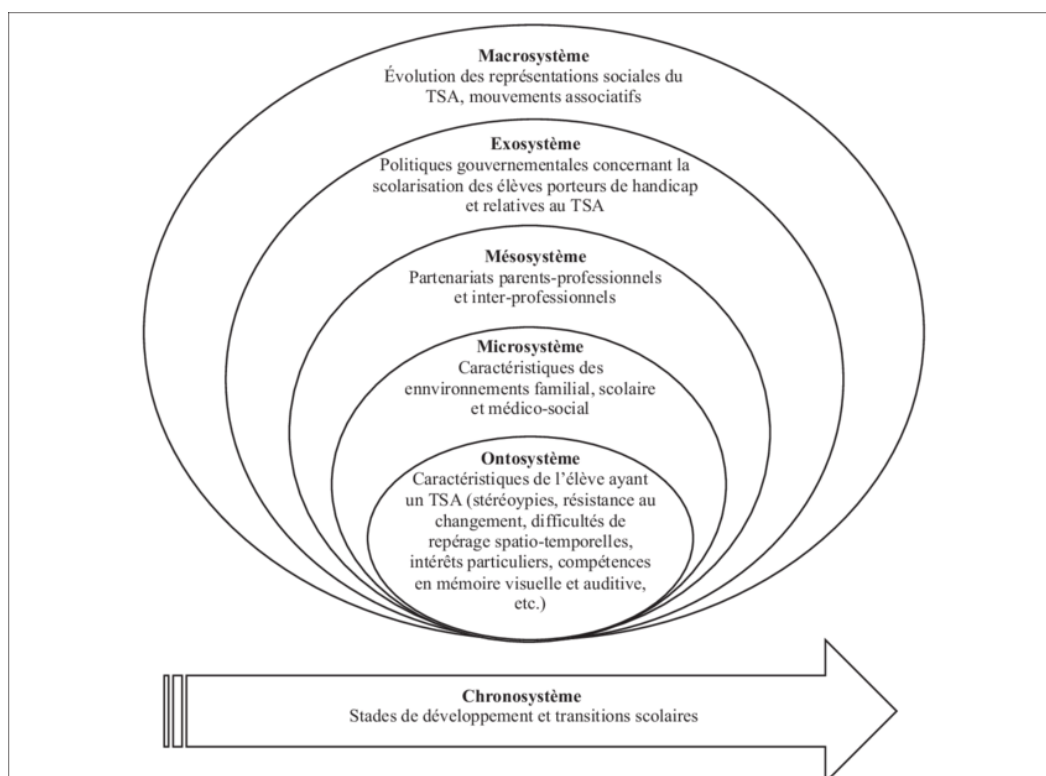
Dans ma formation, il a été énoncé des théories mettant en avant la complexité du développement de l'individu. La théorie écologique du psychologue américain Urie Bronfenbrenner me semble particulièrement intéressante (11 et 12). Elle a été présentée en 1979 dans le livre intitulé L'écologie du développement humain.

Son postulat est que tout le développement d'un individu (capacités cognitives, relationnelles, affectives, etc.) est façonné par l'environnement social dans lesquels il évolue. Pour lui, l'environnement social est une unité complexe, vaste et organisée qui se compose de cinq systèmes. Les systèmes sont ordonnés selon la proximité avec le développement de l'enfant. Du plus proche au plus éloigné, il y a :

- Le microsystème est au contact direct de l'enfant. Il est composé de son environnement quotidien avec les personnes présentes à la maison, à l'école ou à lors d'activités extrascolaires, dans les institutions de soin qui prennent en charge l'enfant, etc.
- Le mésosystème est composé des relations entre les microsystèmes. Par exemple, les liens entre la famille et l'école ou entre la famille et les amis de l'enfant ou la famille ont un impact direct sur celui-ci.
- L'exosystème est constitué des forces externes qui influencent ce qui se passe dans les microsystèmes. Il influence le développement de l'enfant de façon indirecte. Par exemple, la nature et les conditions du travail des parents.
- Le macrosystème comporte les normes, les valeurs et les idéologies issus de la culture dans laquelle l'enfant se développe, ainsi que les systèmes politiques et économiques.
- Le chronosystème a été ajouté dans les versions postérieures de la théorie. Il comporte la dimension temporelle avec les différentes étapes de la vie et leurs transitions. Ce système souligne l'influence du changement et de la constance au sein des quatre autres systèmes.

Les cinq systèmes sont reliés entre eux par des interactions réciproques. C'est pourquoi quand un système influence le développement de l'enfant, son influence dépendra des interactions qu'il a avec les quatre autres systèmes. Plus deux systèmes sont proches, plus leurs interactions sont directes. Par exemple, le microsystème est en interaction réciproque plus direct avec le mésosystème qu'avec l'exosystème. L'exosystème peut tout de même l'influencer mais de façon moins directe.

Figure 7: Exemple d'adaptation du modèle écosystémique à l'élève ayant un TSA (consulté sur file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/391_401_ANAE_CAPPE_143.pdf).



Ce genre de modèle montre la complexité d'aborder le développement de l'enfant au sein de l'environnement humain. Il semble qu'il y ait une enveloppe sociale vaste et composée de différents systèmes reliés par des interactions réciproques plus ou moins directes. Il est important d'avoir ce concept en tête lors des prises en charge psychomotrices, par exemple avec un enfant au sein d'une structure hospitalière telle que le CMPEA. Et notamment afin de porter une attention toute particulière aux interactions (avec la famille, avec l'école ou au sein de l'équipe pluridisciplinaire), celles-ci pouvant influencer in fine le développement harmonieux de l'enfant.

1.3.4/ Schéma corporel et image du corps

Toutes ces expériences du corps en relation à soi, à l'autre et son environnement participent à l'échafaudage du schéma corporel et de l'image du corps. L'image du corps et le schéma sont indissociables et ils se construisent conjointement à l'enveloppe psychocorporelle.

Au cours de ma formation, il a été énuméré la définition de Julian De Ajuriaguerra concernant le schéma corporel (1970) : « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. »

Boutinaud (5) définit le schéma corporel comme étant une sorte de modèle de référence qui est le même pour tous et qui « réfère le corps actuel à l'expérience immédiate » (5 ; p. 113). Il est structuré par l'apprentissage et l'expérience. Il est déterminé par des bases neuro-physiologiques. Il est à la fois conscient, préconscient et inconscient.

Dans son livre, L'Image inconsciente du corps, paru en 1984, Françoise Dolto développa un concept et nous le transmit. Une de ces idées les plus significatives est l'idée que l'image du corps a à voir avec l'avant (35). L'avant des phénomènes tels que par exemple l'arrivée du langage parlé et la différenciation symbolique entre mère et bébé. L'image du corps a un rapport avec l'archaïque.

En s'appuyant sur la définition de F. Dolto, Pireyre propose le concept de l'image composite du corps. Elle se développe au cours de la période archaïque dans les premiers temps de la vie du bébé. De nombreux éléments participent à sa constitution : la sensation de continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau physique et psychique, la sensibilité somato-viscérale, la représentation de l'intérieur du corps, les angoisses corporelles archaïques et les mécanismes de défense corporels (35).

Pour Boutinaud (5 ; p. 113), l'image du corps « appartient au registre changeant des perceptions et des représentations mentales que nous portons en nous à propos de notre corps ». Elle est issue de l'inconscient, de l'affectif et reste tributaire de la singularité des expériences vécues.

Les deux notions de schéma corporel/image du corps seraient des piliers pour le Moi décrit par Freud (5). Le Moi se hisse sur les bases fournies par « le cadre spatial de référence qu'offre le schéma corporel (et qui fonctionne à partir d'organisations

sensorimotrices et cognitives) » et par « les représentations psychiques issues de l'avènement de l'image du corps » (5 ; p. 113).

Pour conclure, voici un tableau de synthèse inspiré de Françoise Dolto.

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

Figure 8 : Tableau de synthèse permettant de distinguer les différences entre schéma corporel et image du corps selon F. Dolto.

2/ LES MANIFESTATIONS CLINIQUES LIÉES A UN DÉFAUT DE STRUCTURATION DE L'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE

Plusieurs concepts théoriques permettent de comprendre quelles peuvent être les manifestations cliniques chez une personne ayant un défaut de structuration de l'enveloppe psychocorporelle. Ces manifestations cliniques sont liées aux vécus d'angoisses corporelles archaïques et à la mise en place de mécanismes de défense.

Nous allons donc aborder ces notions ci-après sachant que la liste descriptive est non exhaustive. Il en existe d'autres. Cette liste a été établie selon les observations cliniques que j'ai réalisées lors de mon stage au CMPEA.

2.1/ LES ANGOISSES CORPORELLES ARCHAÏQUES

Selon Freud (7), l'angoisse est un « état d'affect » et est « en premier lieu quelque chose de ressenti ».

Dans son article (35), L'image du corps : monolithique ou composite ? le psychomotricien Éric Pireyre revient sur la notion des angoisses corporelles archaïques. Les psychanalystes utilisent le terme « archaïque » en raison de leur présence chez le nouveau-né avant l'apparition du langage. Une personne a une angoisse quand elle vit une situation qu'elle perçoit comme plus ou moins traumatique. En fait, elle est soumise à des excitations externes ou internes qui sont trop importantes pour elle, non contrôlables et non compréhensibles. Elle va alors réagir, avoir une manifestation corporelle.

L'enfant naît néoténique, il est immature au niveau physiologique et psychique. Il est sujet aux angoisses corporelles archaïques dès la naissance, lors du passage au milieu aérien. Leur présence est quelque chose de normale. Pireyre en décrit quatre : la chute (ou l'effondrement), le morcellement, la liquéfaction et la dévoration.

2.1.1/ L'établissement du Moi-Peau et les angoisses

Au cours du développement, la réaction des parents et les interactions qu'ils mettent en place avec leur bébé est une nécessité pour que celui-ci puisse surmonter ses angoisses. L'environnement humain est donc très important.

Les angoisses corporelles sont très en lien avec l'établissement du Moi-Peau décrit par Anzieu. Par exemple, lorsque la fonction de contenance du Moi-Peau est carencée, le bébé peut vivre deux formes d'angoisses (2 ; p. 125) :

- L'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse, permanente, non localisable, non identifiable, non apaisable. C'est le Ça pulsionnel qui n'est pas contenu par l'écorce du Moi-Peau. Le patient peut rechercher une écorce substitutive dans la douleur physique ou dans l'angoisse psychique. Il « s'enveloppe dans la souffrance ».
- Le Moi-Peau correspond à un « Moi-Peau passoire » : l'enveloppe existe mais elle n'est pas continue et interrompue par des trous. Il y a des angoisses de vidage. Nous reviendrons sur la description de cette angoisse ci-après.

Des angoisses archaïques surmontées via les interactions humaines peuvent tout de même ressurgir plus tard dans la vie quotidienne d'une personne de façon plus ou moins intense. Lorsque les angoisses ne sont pas surmontées, elles peuvent se fixer et prendre une dimension pathologique en devenant envahissantes et en entravant l'élaboration psychique.

En effet, une hypothèse serait que l'abondance d'angoisses entraverait l'établissement du Moi corporel et de l'image du corps (5). En ce sens, Pireyre explique que « l'angoisse d'effondrement, lorsqu'elle est massive, entrave le développement de l'image du corps, car l'enveloppe corporelle, construction psychique [...] nécessaire à un bébé pour devenir sujet, ne pourra devenir ni 'solide' ni contenant » (36 ; p. 174).

La relation à l'objet est alors impactée par la fragilité des limites psychocorporelles (5). L'enfant ne différencie pas totalement ce qui est dedans/dehors, ce qui est soi/non soi. Et cela va jouer dans la distance qu'il va mettre entre lui et l'autre.

La proximité avec l'objet peut être très anxiogène pour l'enfant. En effet, sa limite est déjà fragile et le rapprochement de l'adulte à son corps peut malmener et accentuer cette fragilité. Par exemple, si le psychomotricien est proche de lui mais trop proche, il risque de fusionner avec lui.

La présence de l'autre est menaçante mais elle reste indispensable pour l'enfant. Car si le psychomotricien ou l'autre s'éloigne trop et/ou ne l'étaye plus, il risque de se retrouver seul et démuné face à ses angoisses impensables (5).

2.1.2/ L'angoisse d'effondrement ou de chute sans fin

L'angoisse d'effondrement pourrait correspondre à un vécu de sensations de chute sans fin et sans repères associé à l'expérience de la pesanteur suite à la naissance par le bébé (8). Les postures pathogènes d'opisthotonos du bébé prématuré illustrent à quel point la pesanteur peut être dévastatrice pour l'organisation posturale du bébé en absence de réactions adaptées du « caregiver » ou de l'entourage humain.

Cette angoisse renvoie au niveau des manifestations cliniques à ce que Pireyre nomme « l'annihilation du tonus d'attitude (ou postural) » (36 ; p.174). Il avance l'hypothèse de l'intervention des noyaux gris centraux dans ce processus. Ceux sont des structures sous-corticales qui participent à la régulation tonico-posturale et au traitement des émotions (36).

Cet effondrement peut avoir lieu lors des moments d'émotions fortes ou lors des situations de lâchage relationnel. Pireyre parle de « vécu de séparation » qui peut évoquer des effondrements dans les temps de transitions, en début et en fin de séance par exemple.

Pour Bullinger, l'angoisse de chute sans fin peut être liée à la façon dont le bébé a été porté par sa mère. C'est le holding de Winnicott et la fonction de maintenance du Moi-Peau d'Anzieu qui peuvent être défaillants. L'enfant n'a pas pu intérioriser une colonne vertébrale psychique, il n'a donc pas suffisamment développé un sentiment de solidité et d'unité de son corps.

Bullinger décrit des situations pour lesquelles le portage par l'adulte ne permet pas la coordination entre les trois flux sensoriels (gravitaires, proprioceptifs et tactiles) dans l'espace de la pesanteur.

Par exemple, quand un bébé est porté sur les genoux de la mère, les mouvements sont permanents, ce qui fait que le regard ne se stabilise pas, le buste et la tête sont instables, les bras et les jambes brassent l'air (10). Si les coordinations ne s'opèrent pas,

les mouvements du bébé sont augmentés, désorganisés et il ne pourra pas construire la notion de verticale et d'appui. Face à cette situation de portage inadaptée, l'enfant peut ressentir des sensations de « chute sans fin », sources d'angoisses primitives.

Si l'enfant ne coordonne pas les flux sensoriels au sein de l'espace de la pesanteur, il aura des difficultés pour construire sa verticale, ses appuis et ses limites corporelles.

Les difficultés rencontrées dans l'espace de la pesanteur vont se transposer aux acquisitions dans les autres espaces du corps (décrits par Bullinger). En effet, l'enfant risque de faire des acquisitions qui seront au service de ces problématiques non résolues. Le développement de l'enfant et son organisation psychocorporelle seront donc différents (10). Par exemple, Bullinger énonce des dysfonctionnements d'organisation corporelle tels que le clivage vertical et le clivage horizontal.

Au sein de l'espace du torse, on peut alors observer un clivage vertical (gauche-droite) (figure 9) (10). Par exemple, si l'espace de préhension reste clivé, les représentations de la droite et de la gauche ne se mettent pas en place. Ainsi, l'enfant n'a pas de dominance latérale. Il a aussi un problème au niveau des représentations spatiales, des objets et de la permanence de l'objet.

Bullinger souligne aussi l'existence d'un clivage horizontal (haut/bas) au sein de l'espace du corps et décrit les troubles correspondants (figure 9). L'enfant n'a pas intégré que le bas de son corps fait partie de son organisme (10).

Éric se positionne sur une planche d'équilibre. Il dit qu'il fait du skate. Ses membres inférieurs tremblent mais il arrive à rester un moment sur la planche. Son haut du corps reste très rigide.

La posture de l'enfant sur le skate semble refléter l'existence possible d'un clivage horizontal. Il n'y a pas de coordinations entre le haut et le bas de son corps. De même, la régulation tonico-posturale paraît non adaptée.

2.1.3/ L'angoisse de morcellement

Pour Anzieu (2), une carence de la fonction d'intersensorialité du Moi-Peau entraîne l'angoisse de morcellement du corps. Et plus précisément l'angoisse de démantèlement décrite par Meltzer en 1975, c'est-à-dire que les organes des sens fonctionnent de façon indépendante et anarchiques.

L'angoisse de morcellement correspond à un vécu corporel face à des situations anxiogènes décrit comme « cette impression que le corps est atteint dans son unité, sa globalité, sa cohésion et sa continuité » (36 ; p.157). Un trop plein d'émotions ou d'excitations peut être impossible à assimiler pour l'enfant qui a alors un sentiment de morcellement et d'explosion de l'enveloppe corporelle.

Sylvie me raconte qu'un jour, un enfant qu'elle suivait en séance commença à s'énerver lors d'un jeu. Elle lui demanda pourquoi c'était si important de gagner et l'enfant lui répondit : « Quand je perds, c'est comme si j'explosais en mille millions de morceaux dans l'espace ».

Le fait de perdre semble entraîner pour cet enfant une angoisse importante. Un trop plein d'émotions qu'il n'arrive pas à assimiler, le renvoyant à un sentiment de perte de l'unité de son enveloppe corporelle. L'angoisse de morcellement touche au « sentiment continu d'exister ».

2.1.4/ L'angoisse de vidage et d'intrusion

Ces angoisses sont en lien avec une défaillance de l'enveloppe psychocorporelle. L'enveloppe existe mais elle n'est pas continue, elle est interrompue, perforée, ou trouée. D'où des angoisses que le corps se vide de son intérieur (angoisse de vidage) ou bien que l'on puisse pénétrer à l'intérieur (angoisse d'intrusion).

Comme énuméré précédemment, Anzieu suppose que l'angoisse de vidage serait en lien avec un défaut de la fonction de contenance du Moi-Peau. Un enfant qui se développe avec une telle carence peut élaborer un « Moi-Peau passoire ». Son enveloppe

psychocorporelle existe mais elle est poreuse et labile. Les limites entre le dedans et le dehors du Moi, entre la réalité intérieure et la réalité extérieure, sont parfois floues. Les enfants peuvent être confus, se désorganiser et avoir des débordements émotionnels. Pour Anzieu, l'affaiblissement des frontières du Moi-Peau impacte la fonction d'individuation du Soi.

De plus, la porosité entraîne des difficultés à conserver les pensées et les souvenirs à l'intérieur de l'espace psychique. Anzieu énonce que ces trous psychiques peuvent trouver à s'étayer sur les pores de la peau (2). Par exemple, un patient transpirait énormément durant les séances.

Selon Anzieu, l'angoisse d'intrusion psychique peut se présenter sous deux formes (2 ; p. 126). L'enfant se dit :

- « On me vole mes pensées ». L'autre peut me persécuter.
- « On me donne des pensées ». L'autre peut m'influencer.

Dans ces deux cas, les fonctions de pare-excitation et de contenance du Moi-Peau existent mais elles sont insuffisantes.

En lien avec ces angoisses, on peut observer d'autres comportements particuliers de l'enfant lors d'une séance psychomotrice.

Par exemple, si l'on offre à l'enfant une surface au sol délimitée par une frontière matérialisée, comme par exemple par une corde, il peut se l'approprier et en faire son territoire (10). Certains enfants peuvent s'approprier cet espace en y dispersant des objets. Dans ce cas de figure, ils seront très sensibles à la présence ou pénétration d'autrui dans cet espace. Il convient donc de respecter cet espace territorial afin que l'enfant se stabilise au niveau tonique et émotionnel et que la relation avec autrui puisse s'établir.

2.2/ LES MECANISMES DE DEFENSE

Les mécanismes de défense ont pour fonction de « maintenir et de prolonger un état de constance psychique en évitant l'angoisse et le déplaisir » (5). Ils demeurent involontaires et inconscients pour le sujet.

A propos de la question du nombre des mécanismes de défense, il n'existe pas de consensus. Ce nombre est très variable selon les auteurs (13). Dans son article (13), Henri Chabrol énonce l'affirmation de Schafer (1954) que je trouve très intéressante : « Il ne peut y avoir de listes « exactes » ou « complètes » de mécanismes de défense, mais seulement des listes variant dans leur exhaustivité, dans leur consistance théorique interne, et dans leur utilité pour ordonner l'observation clinique et les données de la recherche ».

2.2.1/ Les agrippements physiques et sensoriels

Les agrippements sont un moyen de lutte contre les angoisses archaïques mettant en péril le sentiment continu d'exister. La personne « s'accroche » à un stimulus : visuel, olfactif, auditif, kinesthésique, vestibulaire, etc. (28).

Les stéréotypies peuvent également entrer dans la catégorie des agrippements, par exemple : les stimulations visuelles, vestibulaires avec les tournoiements, etc.

Nous avons vu dans les parties ci-dessus que l'espace de la pesanteur décrit par Bullinger est l'endroit de la coordination entre les flux gravitaires et les autres flux sensoriels. Quand il y a un défaut de cette coordination, le bébé est soumis aux sensations de « chute sans fin » (sources d'angoisses primitives).

Il peut alors développer une stratégie de compensation tel que l'agrippement oral, visuel ou manuel (10). Cela lui permet d'avoir un point d'ancrage à son corps. Lorsque les bras ou les jambes du bébé sont utilisés pour l'agrippement, l'instrumentalisation ne peut pas se déployer.

Bullinger précise que le bébé peut aussi avoir recours à l'agrippement oral quand le portage par la mère a été inadapté lors de l'élaboration des représentations dans

l'espace oral. Cet agrippement oral ne provient pas que d'une difficulté rencontrée dans l'espace de la pesanteur, cela peut aussi se produire au niveau de l'espace oral.

Dans ce cas, s'il y a un défaut des points d'appui de l'arrière-fond dans le portage maternel, l'enfant va utiliser l'agrippement oral : le tonus de la zone buccale augmente et les mouvements de succion et d'exploration ne peuvent pas se réaliser (10). Le bébé risque alors de ne pas expérimenter la satiété et la contenance vécus lors des repas. Il n'y a pas de création d'une contenance. Et in fine, il ne connaîtra pas le sentiment d'existence vécu au travers des ressentis des tensions musculaires de l'abdomen.

L'agrippement visuel peut être une stratégie mise en place par le nourrisson ayant eu des difficultés au sein de l'espace du buste.

Nous avons vu dans les parties ci-dessus que l'espace du buste est l'endroit où le bébé vit un équilibre entre flexion/extension et cela lui permet de construire les représentations d'un avant et d'un arrière du corps.

Si l'environnement humain n'est pas vigilant au positionnement du bébé, il peut y avoir un déséquilibre entre flexion/extension et des difficultés pour lutter contre les forces de la pesanteur. Tant que l'équilibre antéro-postérieur ou postural n'est pas acquis au sein de l'espace du buste, le bébé vit corporellement un clivage avant-arrière et les flux de la vision (périphérique et focale) ne se coordonnent pas. Le bébé peut alors avoir recours à des agrippements visuels (10). On peut d'ailleurs remarquer que cet agrippement prend fin lorsqu'on offre au bébé un appui postérieur.

En clinique, on peut aussi observer des enfants qui surinvestissent la vision périphérique. Dans ce cas, les mouvements oculaires sont moindres et l'enfant peut figer sa posture car cela lui permet de stabiliser son champ visuel périphérique. La vision focale a un rôle de point d'ancrage (agrippement visuel) et la vision périphérique a un rôle d'analyse d'image (10). Dans le développement harmonieux, ces rôles sont inversés.

Afin de mieux se représenter les notions théoriques de Bullinger, voici un tableau récapitulatif tiré de son article (10). Pour l'instant, j'ai énuméré une partie des conséquences liés aux difficultés rencontrées dans certains espaces du corps. Le reste sera abordé dans les parties ultérieures.

Axe de développement

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

Figure 9 : Tableau de synthèse de la construction des espaces du corps dans le développement de l'enfant décrits par Bullinger (10).

2.2.2/ Les anomalies du tonus et l'agitation motrice

Dans certains cas, l'hypertonie peut correspondre à une enveloppe substitutive. En effet, l'individu contracte ses muscles de façon intense et permanente. Ces contractions créent une sensation de dur, un dur qui unifie les différentes parties du corps. Cela peut procurer un sentiment de tenue et de contenance (39). Ce mécanisme de défense a été décrit par Reich sous le terme de « cuirasse musculaire » et aussi par Bick sous le concept de « seconde peau musculaire » (14).

Dans ma formation, il a été énoncé le concept de « cuirasse musculaire » établi par le psychiatre et psychanalyste Wilhem Reich. La cuirasse est un mécanisme de défense corporel inconscient faisant suite à un traumatisme physique ou psychique. Elle correspond à une forte contraction musculaire qui retient le mouvement spontané de la vie qui circule le long de l'axe vertical du rachis. Reich décrit sept segments ou anneaux de la cuirasse musculaire : l'anneau oculaire, l'anneau oral, l'anneau du cou, l'anneau thoracique, l'anneau diaphragmatique, l'anneau de l'abdomen et l'anneau pelvien. Chaque anneau physique correspond un blocage psychique spécifique (émotions et attitudes mentales).

Pour Bick, l'introjection d'une peau expérimentée au travers de la fonction contenante maternelle permet à l'enfant d'acquérir un sentiment de contenance physique et psychique. Lorsque ce processus est dysfonctionnel, il y a une « seconde peau » de nature musculaire ou motrice qui se crée (14). La « seconde peau » de nature motrice peut se traduire par une agitation permanente. L'agitation motrice peut donc correspondre à une enveloppe substitutive.

Pour le psychanalyste Jean Berges, un enfant hyperkinétique est peut-être à la recherche des limites de son corps. Le mouvement lui permet alors de sentir cette limite tout comme le contact avec les objets ou le corps d'autrui qui lui confère le sentiment de continuité d'existence (4). En ce sens, Berges énonce la possibilité de contrecarrer les angoisses de mort par le mouvement perpétuel (4). L'enfant se sent vivant dans le mouvement et il remplit l'espace comme s'il voulait annuler l'existence du vide. La peur du vide s'enracine souvent dans l'angoisse de mort.

En accord avec Berges, le pédopsychiatre et psychanalyste Bernard Golse énonce l'agitation chez l'enfant comme étant « une enveloppe motrice défensive face à un défaut de contenance primordiale » (18 ; p. 53).

Pour Bullinger, les hypertonies peuvent être liées à un défaut de coordination des flux gravitaires, proprioceptifs et tactiles au sein de l'espace de la pesanteur. Cette coordination est à la base de la constitution de l'enveloppe corporelle. Il énonce dans son article (10) qu'en cas de difficulté de la constitution de cette enveloppe, on peut observer des comportements liés à la face interne ou à la face externe de l'enveloppe. Selon lui, il est intéressant de repérer si l'enfant stimule sa face interne ou externe de son enveloppe corporelle car les moyens thérapeutiques ne seront pas les mêmes.

Dans le cas où la face interne de l'enveloppe tente de compenser le manque de coordination, pratiquement toute la musculature de l'enfant est en contraction. Il s'agit d'une sorte de carapace musculaire qui le tient. Parfois, l'enfant ne s'adapte pas toniquement dans les contacts corporels avec autrui, il semble très lourd, ses gestes sont mal ajustés toniquement, son langage peut être explosif et sa respiration courte.

Dans le cas où la face externe de l'enveloppe tente de compenser le manque de coordination, on peut observer un enfant est très laxé, mutique qui expérimente

avidement des sensations tactiles archaïques (contacts avec les textures, les textiles, les parois). Ces dernières permettent de ressentir les limites corporelles non intégrées au préalable.

Selon Anzieu, lorsque la fonction de pare-excitation du Moi-Peau est carencée, elle peut être cherchée en appui sur le derme à défaut de l'épiderme. Il énonce : « c'est la seconde peau musculaire (E. Bick), la cuirasse caractérielle (W. Reich) » (2 ; p. 126).

2.2.3/ Les stéréotypies motrices

Les stéréotypies motrices sont polymorphes et correspondent à l'ensemble des comportements moteurs ayant pour caractéristiques des mouvements rythmés, répétitifs sans raison et sans but fonctionnel (32). On peut observer des manifestations cliniques tels que : le « flapping », un mouvement rapide de battement des mains, des sautilllements sur place, etc.

A. Cahen définit les stéréotypies comme étant (6) : « des attitudes, des mouvements, des actes de la vie de relation ou de la vie végétative, qui sont coordonnés [...] qui se répètent longtemps, fréquemment, toujours de la même façon, qui, au début, sont conscients, volontaires, et qui deviennent plus tard automatiques et subconscients par le fait même de leur longue durée et de leur répétition. »

Elles se retrouvent dans le développement normal du nourrisson. Leur évolution dépend de la maturation neurologique. Ainsi, on constate qu'elles apparaissent aux 12 mois de l'enfant, puis il y a un pic vers trois ans et une diminution avec disparition après quatre ans (32).

Leur utilisation dans les cas pathologiques a été décrite notamment par quatre auteurs de référence : D. Houzel, M. Arnaud, G. Haag, B. Golse (6). Selon ces auteurs, les stéréotypies paraissent avoir plusieurs fonctions (6) :

- Une fonction protectrice à l'égard du monde extérieur qui est perçu comme étant menaçant. Les stéréotypies deviennent alors la barrière entre l'individu et autrui en le tenant à distance.

- Une fonction de pare-excitation. Les stéréotypies peuvent correspondre à une couche superficielle qui enveloppe le corps de l'individu et filtre les excitations.
- Une fonction de décharge des stimulations. Lorsqu'un individu vit un trop plein de sensations non assimilables, incompréhensibles, débordantes, qu'il ne peut contenir, il utilise les stéréotypies comme décharge motrice pouvant résoudre les tensions accumulées.
- La fonction de maîtrise des angoisses archaïques corporelles. Pour Haag (6), les stéréotypies pourraient dans ce cas contrer le vécu d'angoisses (angoisse de chute, de liquéfaction, de dissolution, ...).
- La fonction de constitution d'une enveloppe psychocorporelle. Dans ce cas, le sujet a eu un défaut de constitution de l'enveloppe et les stéréotypies sont utilisées dans la quête d'une limite rassurante.
- La fonction de sentiment de continuité d'existence. Les stéréotypies ont un caractère solide, immuable, répétitif. Elles participent alors au sentiment de continuité d'existence qui est une des bases pour la sécurité interne.

2.2.4/ Le couple « clivage-déni »

Les processus de déni et de clivage fonctionnent ensemble chez certains sujets. A ce propos, Rosenberg précise en 1981 : « le déni réside dans le clivage » (5 ; p.110).

Le clivage serait la coexistence de deux attitudes psychiques au sein du Moi. Par exemple, une attitude tenant compte de la réalité extérieure et l'autre attitude la déniait, la réalité externe venant contrarier une exigence pulsionnelle (5). Cela entame donc la prise de conscience de la réalité extérieure. Ces deux attitudes ne s'influencent pas réciproquement, elles existent simplement là l'une à côté de l'autre.

Dans le Diagnostic and Statistical Manual - Révision 4 (DSM-IV), les mécanismes de défense sont classés en sept niveaux. Le clivage fait partie du niveau de distorsion majeure de l'image (13). C'est-à-dire que lorsque le clivage est mis en jeu, il provoque une distorsion majeure de l'image de soi et des autres. Dans le DSM-IV, il est dit que le clivage compartimente « des états affectifs opposés et en échouant à intégrer les aspects positifs et négatifs de soi et des autres dans des images cohérentes. Les affects ambivalents ne

pouvant être éprouvés simultanément, des représentations de soi et des autres et des attentes vis-à-vis de soi et des autres plus nuancées sont exclues de l'expérience émotionnelle. Les images de soi et d'objet tendent à alterner entre des pôles opposés : être exclusivement aimant, puissant, respectable, protecteur et bienveillant ou exclusivement mauvais, détestable, en colère, destructeur, rejetant et sans valeur ».

Le clivage correspond à la division en parties perçues comme bonnes ou mauvaises du soi et des objets (13). L'individu peut avoir des manifestations tel que le renversement brutal de tous ses sentiments et perceptions de lui-même ou de l'autre (13). En ce sens, Boutinaud précise que l'on peut observer des comportements totalement différents en tant que psychomotricien (5) :

- Au sein d'une même séance.
- D'une rencontre à l'autre.
- D'un espace à l'autre (au sein du CMPEA, à l'école, en famille).

Pour comprendre le phénomène du clivage, on peut énoncer le point de vue de Mélanie Klein. Pour elle, au cours de son développement harmonieux, l'enfant passe de la position schizo-paranoïde à la position dépressive grâce aux expériences vécues dans la relation à sa mère. Pour les enfants ayant recours au clivage, elle émet l'hypothèse qu'ils ont régressé ou sont restés fixés à la position schizo-paranoïde (5).

Dans les premiers temps, lors du nourrissage, le bébé perçoit le sein de sa mère comme satisfaisant ses désirs et lui apportant du plaisir. Il introjecte le sein comme un « bon objet ». Ainsi, il se perçoit et perçoit l'objet comme bon. Puis, le bébé perçoit le sein de sa mère comme frustrant et lui apportant du déplaisir. Il introjecte le sein comme un « mauvais objet ». L'enfant oscille entre deux perceptions (bon/mauvais), c'est la position schizo-paranoïde. Il aura une vision clivée de lui-même et du monde. L'objet est bon ou mauvais.

Puis, l'enfant passe à la position dépressive quand il a intériorisé que l'objet est à la fois bon et mauvais (5). Il comprend que l'ambivalence des sentiments amour/haine et que les aspects bon/mauvais sont en lui et dans l'objet. On peut alors observer des comportements de réparation chez l'enfant. En effet, comme dans la phase précédente, il projette sa haine sur l'objet, cependant il aura peur d'avoir détruit l'objet suite à ses projections destructives (ce qui diffère de la phase précédente).

Chez certains enfants, le lien avec le monde extérieur et les autres est possible, la relation d'objet existe. Cependant, il perçoit l'objet successivement de façon globale puis clivé. Ainsi, dans la relation avec ces enfants, le psychomotricien peut parfois être perçu comme objet clivé, alternant entre :

- Un objet idéalisé. Le psychomotricien est perçu comme une figure quasi-divine et toute-puissante. Comme s'il pouvait réaliser ses désirs. Au sein des jeux, l'enfant peut lui donner des rôles de fée, de magicien, etc. (5).
- Un objet mauvais. Notamment quand le psychomotricien est à l'origine de frustrations et d'interdits. Il est alors perçu comme une figure persécutive et monstrueuse. Au sein des jeux, l'enfant peut lui donner un rôle de monstres, de sorcières, etc.

L'enfant oscille entre ces deux perceptions de l'objet (bon/mauvais). Pour des enfants qui ont un défaut d'enveloppe corporelle, ce clivage va rejaillir et intensifier les problématiques de la variation de la distance à l'autre.

Le déni correspondrait au déni de la réalité extérieure. Le clivage et le déni sont deux processus associés. En effet, lorsque le sujet clive la réalité, il passe d'un état à un autre, il dénie alors son état antérieur et les images de soi et d'objet associés (13).

Le déni peut s'observer dans les échanges verbaux avec l'enfant. Par exemple, lors d'une séance, le psychomotricien tente parfois de renvoyer à l'enfant certaines de ses émotions, de ses représentations afin qu'il puisse reconnaître et s'approprier ses projections. Un enfant dans le déni va « balayer d'un revers de main » ces tentatives car il refuse d'entrer en contact avec ses éléments psychiques internes (5).

Le couple clivage-déni peut aussi s'observer dans des situations où l'enfant se coupe de ses ressentis corporels et de ses propres perceptions. Celles-ci peuvent lui apparaître comme énigmatiques et anxiogènes. Le clivage-déni a alors une fonction de protection. Le divorce psyché-soma est alors quasi-total (5).

Au cours des séances, Henri s'adresse préférentiellement à Sylvie. Il ne me regarde pas, ne me parle pas directement. Il dit souvent « tu » sans préciser s'il s'adresse à Sylvie ou à moi.

Henri est un enfant qui semble avoir une enveloppe psychocorporelle labile, instable. Les limites entre les autres et lui sont floues. L'enfant adopte une position particulière face à nous deux. J'ai souvent l'impression de ne pas exister. Cette posture est-elle le reflet d'un clivage interne bon/mauvais ? Sylvie représentant le bon objet et je serais peut-être le mauvais objet.

2.2.5/ L'identification adhésive

Cette notion a été abordée par Bick en 1968 puis par Meltzer.

Dans le développement normal, le bébé passe par une phase d'identification adhésive à sa mère. C'est-à-dire que le Moi corporel du bébé correspond à une entité commune qu'il constitue avec le corps de sa mère. Il se vit comme étant indifférencié physiquement et psychiquement de sa mère. Ils ont une peau commune.

Selon Meltzer, le bébé quitte cette étape d'identification adhésive où il se vit en bi-dimensionnalité lorsqu'il acquiert la troisième dimension à travers notamment l'identification projective. Puis, le bébé a accès à la quatrième dimension avec le processus d'introjection.

Quand le bébé est dans l'impossibilité d'acquérir la troisième dimension à travers l'identification projective, il adopte l'identification adhésive à l'objet. Cela consiste à se coller à la surface de l'objet (la mère par exemple) pour ne pas s'en séparer. C'est un mécanisme de défense qui a pour but de supprimer l'écart entre l'individu et autrui.

Par exemple, l'enfant peut ne pas avoir intériorisé la fonction d'individuation du Soi du Moi-Peau lors de son développement. Il va alors trouver une identité dans l'accolement physique ou psychique à l'objet primaire.

Cela peut donner des enfants qui utilisent la main de l'autre comme s'il s'agissait du prolongement de leur propre corps (symbiose pathologique). On peut aussi observer des enfants qui se colle contre le corps de l'autre et ne supporte pas qu'il s'éloigne.

S'il y a une rupture de cette adhésion, l'enfant peut ressentir et vivre une angoisse de déchirement, de morcellement. Cela peut provoquer des manifestations cliniques tels que des effondrements brutaux du corps au sol ou des agrippements ou des comportements d'autostimulation.

Dans cette identification adhésive, l'enfant se vit en symbiose pathologique avec l'autre personne. Il est collé à l'autre qui l'aide à tenir puisqu'il ne peut se tenir lui-même. Haag décrit les manifestations cliniques corporelles liées à ce processus de symbiose. Elle énonce le clivage vertical.

Selon elle, le clivage vertical correspondrait à une non intégration de l'axe corporel qui serait liée à un défaut d'identifications intracorporelles dans les interactions précoces mère-enfant entre 3 et 8 mois (23). Il y aurait eu un manque ou un manque de qualité du holding lors du nourrissage ou à d'autres moments de forte relation, avec l'interpénétration des regards. L'hémicorps gauche du nourrisson correspond au côté bébé et l'hémicorps droit du nourrisson correspond au côté maman, la fonction maternelle (21).

Les manifestations corporelles liées à ce clivage sont, par exemple, les suivantes : une hypertonie de compensation permanente comme pour souder les deux hémicorps ; le besoin de coller un de ses hémicorps au corps de l'autre personne. Ce dernier comportement peut correspondre au fantasme d'appartenance où le sujet a l'illusion que l'autre et lui sont un seul corps avec leur deux moitiés confondues (21).

D'autre part, en plus de la description du clivage vertical, elle énumère le clivage horizontal. Ce dernier correspond à la non intégration des membres inférieurs. Le croisement des lignes verticales et horizontales aboutirait dans le développement harmonieux de l'enfant à l'investissement des zones érogènes anale et génitales (23).

2.2.6/ L'identification projective

L'identification projective est un processus au cours duquel l'individu introduit sa personne en partie ou en totalité afin de « lui nuire, le posséder ou le contrôler » (5).

Ce processus est présent lors du développement normal au sein de la position schizo-paranoïde de l'enfant (position décrite dans une partie ci-dessus). Il peut être présent de façon pathologique.

Dans le DSM-IV, l'identification projective est définie comme un mécanisme de défense qui fait partie, comme le clivage, du niveau de distorsion majeure de l'image de soi et des autres (13).

Il y est défini comme suit : il est un « mécanisme par lequel, comme au cours de la projection, le sujet répond aux conflits émotionnels et aux stress internes ou externes en attribuant à tort à une autre personne ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables. Cependant, à la différence de la projection simple, le sujet ne désavoue pas entièrement ce qui est projeté. Il reste au contraire conscient de ses affects ou impulsions mais il les ressent comme des réactions légitimes aux attitudes de l'autre personne. Il n'est pas rare que le sujet induise chez l'autre les sentiments même qu'il lui avait faussement attribué, rendant difficile de clarifier qui a fait quoi à qui le premier ».

Bion en 1967 énonce le processus pathologique d'identification projective chez certains enfants (5). L'enfant scinde et détruit son appareil psychique en particules. Pour ensuite les propulser vers la psyché de l'autre et les y introduire de force grâce à l'identification projective.

Le soignant peut alors ressentir sa psyché pénétrer par des émotions, des affects, des pensées et des représentations violentes, étranges et indescriptibles. Le fait qu'il ne reconnaisse pas sa façon habituelle de fonctionner est un signe qu'il est en train de vivre une identification projective dans sa relation avec le sujet (5).

Pour Chabrol, il est difficile de repérer l'identification projective dans le fonctionnement relationnel. Le thérapeute peut s'appuyer sur ce qu'il éprouve et ce qui

s'active en lui-même de dispositions affectives puissantes pour diagnostiquer ce mécanisme de défense (13).

Pour Bion, il est important que le soignant ait ce processus en tête afin d'en prendre conscience. Il se doit d'utiliser sa psyché pour élaborer, synthétiser ses particules et les renvoyer à l'enfant (5). Cela permet que les éléments psychiques brutes « bêta » se transforment en éléments psychiques assimilables « alpha ».

2.2.7/ Les somatisations

On peut définir la somatisation comme étant le déplacement d'un affect douloureux sur une partie du corps. Ce processus est considéré par certains auteurs comme étant un exemple de défense centrée sur l'émotion (13).

Dans une conversation, la psychologue Joël Pacoret (34) explique son expérience du Moi-peau dans les processus de somatisation chez des patients ayant de l'eczéma ou du psoriasis.

Quand la charge affective (comme le stress) est trop intense et ne peut être élaborée au niveau de la psyché (mots, images, etc.), elle vient se loger sur un organe vulnérable (ici la peau). L'organe peut être vulnérable par exemple en raison du patrimoine génétique ou d'interactions environnementales. La peau peut donc exprimer des mouvements de l'inconscient dans son registre très archaïque et ceci en dehors de la volonté du sujet.

Elle utilise le concept du Moi-peau comme un outil de compréhension, de description et de travail de la situation vécue par le patient. Elle interroge les différentes fonctions psychiques du Moi-peau chez son patient.

Par exemple, elle observe chez une patiente avec une peau qui s'enflamme :

- Un pare-excitation qui ne fonctionne pas, trop perméable, elle est sensible à ce qu'on lui dit, aux injonctions parentales, reproches ou conseils. Ces excitations extérieures impactent sa psyché.
- Une contenance qui surfonctionne, trop rigide.

- Et son individuation du Soi n'a pas fonctionné. Elle fonctionne inconsciemment sur le registre d'une peau commune avec sa mère malade, ne voulant pas la laisser seule dans sa détresse. Il y a un questionnement autour de la séparation avec sa mère. Ainsi, une somatisation peut être un circuit allant directement de l'angoisse de séparation à l'eczéma sans passer par la mise en mot.

Cet article autour des somatisations est intéressant dans le sens où les fonctions psychiques du Moi-peau peuvent être utilisées comme une grille de lecture psychocorporelle du patient.

Je rencontre Edouard lors d'une séance psychomotrice. Il a 5 ans et sa peau est couverte d'eczéma.

Je me questionne sur un éventuel dysfonctionnement du Moi-peau. J'essaie d'effectuer des liens avec certaines fonctions psychiques du Moi-peau :

- *La maintenance : Edouard ne semble pas avoir intérioriser les sentiments de solidité et d'unité de son corps. En début de séance, quand nous allons de la salle d'attente à la salle de psychomotricité, l'enfant se déplace en étant très droit et il se tient fortement les mains comme s'il voulait rigidifier son axe et tenir les différentes parties de son corps. Peut-être est-ce une observation de la présence d'un clivage vertical ? Lorsqu'il est en mouvement dans la salle, il se désorganise complètement.*
- *La contenance : Le toucher est très compliqué pour Edouard. L'aider en lui tenant la main pour monter l'escalier ou grimper sur le module d'escalade n'est pas possible. Il semble vivre des angoisses d'intrusion. Il est possible que les limites de son enveloppe psychocorporelle soient floues ou poreuses.*
- *Le pare- excitation : Edouard est très sensible aux bruits et stimulations auditives provenant du milieu extérieur. En l'observant, j'ai l'impression qu'il est en hypervigilance. Il peut par exemple réagir en entendant les voitures à l'extérieur du CMPEA. Il ne semble pas avoir intériorisé la fonction de pare-excitation. Il n'y a pas de barrière, de filtre ou alors la barrière est présente mais est trop perméable.*

- L'individuation du Soi : Edouard semble avoir du mal à différencier son espace psychique et celui de l'autre. Cela se retrouve dans son langage. Il se nomme à la fois par « il » et « elle ». Il peut aussi confondre les pronoms personnels « moi », « toi » et « lui ». Il semble qu'il y ait une confusion entre lui et autrui. Nous avons besoin de lui faire préciser de qui il parle.

Pour conclure, les mécanismes de défense sont mis en place dans le but de compenser les failles de l'enveloppe psychocorporelle, la contenance physique et psychique altérée et le sentiment d'insécurité interne.

PARTIE CLINIQUE

En octobre 2021 dans le cadre de mon stage, je rencontre Éric, un enfant âgé de 8 ans et 7 mois, blond aux yeux bleus, fin et qui se tient très droit. Il se rend en Hôpital de Jour pour enfants trois fois par semaine.

Dans cette partie, je souhaite mettre en avant les éléments et les manifestations cliniques qui m'ont fait penser à un défaut de l'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle chez cet enfant au cours de son développement.

1/ PRESENTATION DES INSTITUTIONS ET DE L'EQUIPE

Mon stage de troisième année se déroule dans un Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents (CMPEA) qui est une structure périphérique de consultations et de soins rattachée au Centre Hospitalier spécialisé en psychiatrie.

Accolé au CMPEA se trouve l'Hôpital de Jour pour enfants. Ces deux structures travaillent étroitement ensemble avec un unique médecin pédopsychiatre qui effectue les prescriptions de soins. D'autres professionnels exercent aussi dans les deux instituts.

Le CMPEA accueille en ambulatoire des enfants et adolescents jusqu'à 18 ans en difficultés psychologiques ou psychiatriques. L'unité organise des actions de prévention, de diagnostic et de soins ambulatoires.

Les soins au CMPEA sont diversifiés, adaptés et parfois pluridisciplinaires. L'équipe se compose de : médecin psychiatre, cadre de santé, secrétaire médicale, deux psychologues, infirmière, orthophoniste, assistante sociale, deux psychomotriciennes et agent des services hospitaliers (ASH).

L'Hôpital de Jour accueille des enfants jusqu'à 12 ans ayant des troubles sévères de la personnalité et du développement et nécessitant des soins à moyen ou à long terme.

Les soins à l'Hôpital de Jour sont polyvalents, individualisés et pluridisciplinaires, à la journée ou à la demi-journée. L'équipe se compose de : médecin psychiatre, cadre de santé, secrétaire médicale, psychologue, psychomotricienne, orthophoniste, trois infirmières, éducatrice, assistante sociale, institutrice spécialisée et ASH.

2/ PRESENTATION D'ÉRIC

Avant ma rencontre avec Éric, la psychomotricienne m'a relaté son histoire de vie. J'ai également questionné les membres de l'équipe et consulté son dossier médical pour m'informer de son parcours de soin.

2.1/ Situation familiale

Les parents ont des troubles psychiatriques. Actuellement, ils sont séparés. Éric ne voit pas beaucoup son père.

Il est né le 22 mars 2013. A sa naissance, la mère déficiente et âgée de 20 ans avait alors le choix entre placer son enfant ou se rendre au centre maternel. Elle a choisi d'aller au centre maternel avec son enfant.

Les professionnels du centre maternel ont constaté que la mère avait du mal à s'ajuster à son bébé, notamment dans les soins primaires. En effet, elle ne respectait pas son rythme, elle était rigide et mécanique. Elle parvenait à lui donner les biberons mais pour la nourriture solide, elle lui enfournait des cuillères à heure fixe en l'énervant. Elle pouvait émettre des injonctions paradoxales, par exemple : elle l'excitait puis elle le grondait car il était trop excité. Par ailleurs, il lui arrivait de lui enfoncer le thermomètre de façon brutale ou quand il était constipé. Lors du portage de son enfant, il lui arrivait de se tourner et de lui cogner la tête contre le mur. Il lui arrivait également de mordre son enfant en laissant des traces sur son corps dans le but de lui montrer que « ça ne se fait pas car cela fait mal ».

Éric a été placé à l'âge de 15 mois en famille d'accueil chez Madame I. Au début, des visites médiatisées ont été organisées deux fois par semaine. Lors de celles-ci, Éric se mettait en danger, il s'enfuyait quand la mère cherchait à le prendre et rampait pour aller dans les bras de Madame I. Il se tapait la tête sur le sol et les murs, comportement qu'il avait déjà quand il était au centre maternel avec sa mère dès qu'elle cherchait à être en lien avec lui et qui avait disparu depuis son arrivée chez Madame I.

En conséquence, la fréquence des visites médiatisées a été réduite à une fois par semaine. Le comportement s'était alors apaisé à condition, tout de même, qu'il soit sur les genoux de Madame I.

A 5 ans, Éric a une demi-sœur née en décembre 2018. Il la voit lors des visites avec sa mère sur le lieu d'accueil parents-enfants. Il est inquiet à son sujet et il dit qu'il faut la placer en famille d'accueil car sa mère ne saurait pas s'en occuper.

Ces éléments sont intéressants car ils questionnent sur le sentiment de sécurité interne qu'a pu construire Éric lors de ses 15 premiers mois passés auprès de sa mère biologique. D'après la théorie d'attachement de John Bowlby, le sentiment de sécurité interne provient notamment des liens d'attachement construits lors de la première année de vie dans les interactions enfant-caregiver (42).

Il est possible qu'Éric ait construit un lien d'attachement insécuritaire auprès de sa mère biologique. Un enfant qui a un attachement insécuritaire (évitant ou ambivalent) a mis en place des stratégies adaptatives face à un environnement humain inadapté. Malgré la mise en place de ces stratégies, l'enfant risque d'avoir des difficultés d'adaptation, de mentalisation, de régulation émotionnelle, dans les relations avec autrui et d'être en difficulté face à l'inconnu. Si Éric est un enfant insécuritaire désorganisé, il se peut qu'il n'ait pas mis en place de stratégie adaptative et il aura des risques de développer une psychopathologie.

En outre, il est dorénavant connu qu'une mère ayant des troubles psychologiques et/ou psychiatriques a des risques d'avoir des fonctions du « caregiver » diminuées. Par exemple, une mère en baby-blues (qui dure 2-3 jours) ou si cela s'aggrave en dépression post-partum est vulnérable au niveau psychique et ne sera pas disponible pour son bébé. De même, la fonction réflexive de la mère est mise à mal lorsqu'il y a des troubles psychiatriques tel que la schizophrénie. Les limites entre soi et l'autre étant floues. Il y a un problème de barrière psychique. Ici, la mère d'Éric a des troubles psychiatriques. Il est donc possible qu'elle ait eu un défaut des fonctions du « caregiver » tel que la fonction réflexive.

D'autre part, ces éléments d'anamnèse montrent qu'il y a certainement eu un défaut de « holding » et de « handling » du côté de la mère biologique. En lien avec ces

fonctions maternelles, il se peut qu'Éric ait eu des difficultés d'élaboration des représentations psychiques concernant :

- Le « handling » de Winnicott est à mettre en lien avec la fonction de contenance du Moi-Peau d'Anzieu. Ces processus permettent entre autres que le bébé ressente sa peau et élabore une image d'un sac. Mais aussi ils permettent d'établir une intériorité, des limites corporelles (dedans/dehors) et le sentiment d'habiter son corps.
- Le « holding » de Winnicott est à mettre en lien avec la fonction de maintenance du Moi-Peau d'Anzieu (25). Ces processus permettent que le bébé intègre le sentiment de solidité et d'unité en rapport avec son axe corporel, et le sentiment d'exister.

Si on se réfère aux autres concepts théoriques énumérés dans la partie précédente, le « handling » et le « holding » maternel (ou portage) ont une place primordiale dans le développement psychocorporel de l'enfant et la constitution du Moi-Peau d'Anzieu. Un défaut de ces fonctions peut notamment engendrer :

- Le vécu massif d'angoisses archaïques corporelles : angoisse de chute sans fin, angoisse de morcellement, angoisse de vidage et d'intrusion.
- La mise en place de mécanismes de défense : agrippements physiques et sensoriels, anomalie du tonus et de la régulation tonique, clivage vertical, etc.

Concernant la décision de placement de l'enfant dans une famille d'accueil, les psychomotriciens et les autres acteurs qui gravitent autour des situations vulnérables ont conscience des conséquences d'une rupture brutale des liens entre l'enfant et sa figure d'attachement (difficultés à s'impliquer dans une nouvelle relation, perte de repères). Mais ils connaissent aussi les enjeux pour un enfant qui grandit auprès de parents inadaptés (retard d'acquisitions, insécurité réelle ou psychoaffective).

Le psychomotricien de la petite enfance se doit donc d'avoir des connaissances approfondies sur les étapes du développement psychomoteur et sur la théorie de l'attachement. Il doit s'interroger et prendre conscience de sa posture en tant que soignant afin de soutenir au mieux les liens parents-enfant. A ce propos, Nicole Guedeney énonce (20) : « Si les premières relations d'attachement se construisent entre le bébé et ceux qui l'élèvent, nous construisons des relations d'attachement tout au long de notre vie. »

2.2/ Motif de la consultation

En janvier 2020, la référente de l'Aide Sociale à l'Enfance appela le CMPEA. Elle demanda une prise en charge urgente pour apaiser l'enfant évoquant les éléments suivants :

- Éric avait des crises depuis tout petit au cours desquelles il a pu par exemple se taper la tête. Il avait des angoisses. Par exemple, si son manteau n'était pas fermé, cela pouvait l'angoisser.
- Il y a eu des débordements en classe. Il a giflé l'institutrice, il a jeté les chaises, etc. Il ne tenait plus en classe et sa famille d'accueil était obligée de le récupérer. Il avait des crises clastiques importantes.
- L'enfant était suivi par un psychiatre en libéral pendant un an et demi mais ce dernier a pris sa retraite.

Ces éléments sont instructifs car ils montrent que l'enfant semble vivre des angoisses corporelles de façon précoce. Le vêtement (ici le manteau) semble être vécu comme une enveloppe de substitution.

Qu'en est-il des crises clastiques présentes à l'école ? Qu'est-ce qui les provoque ? Sont-elles en lien avec la demande de l'autre ? Ou avec la proximité physique, le bruit, les mouvements des autres ?

2.3/ Entretien pédopsychiatrique

Suite à cette demande, l'enfant a été orienté pour une première consultation avec le médecin pédopsychiatre du CMPEA. L'entretien a eu lieu sur deux rencontres en février et septembre 2020.

Lors de l'entretien, il a été énoncé des difficultés dans le cadre des activités extrascolaires sportives et scolaires. Éric est accompagné par une accompagnante des élèves en situation de handicap depuis le CP. Si l'adulte n'est pas contenant et aidant, il se met à hurler, pleurer, taper, ou mordre. Les professeurs remarquent aussi : la présence de stéréotypies manuelles, des blocages au cours de la dictée et la non compréhension des consignes qu'il peut saisir au premier degré.

Lors de l'entretien, il a été énoncé qu'Éric avait des inquiétudes lorsqu'il a des égratignures ou des blessures sur la peau jusqu'à parfois tomber dans les pommes. Pour le dessin libre, il a dessiné des dragons qui crachent du feu. Éric dit : « ils brûlent tout et ils mangent les hommes, même un enfant est brûlé ».

Lors des jeux, il a introduit son père. Le père tue les enfants et la maman. Il a aussi mis en scène des animaux blessés qu'il soignait. A la maison, Éric a eu des comportements similaires : il a abîmé des peluches volontairement et a demandé à Madame I. de les réparer.

Ces éléments soulignent encore une fois la présence d'angoisses et de vécus corporels spécifiques concernant l'enveloppe.

Le médecin pédopsychiatre conclut que l'enfant a une insécurité de base, des troubles du comportement et qu'il a des peurs en cas de changement ou liées au monde environnant. Elle propose une évaluation psychomotrice en libéral (compte-tenu des délais d'attente importants) et une prise en charge psychothérapeutique au CMPEA.

Le médecin pose le diagnostic de « dysharmonie psychotique » (1.04 de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent 4ème version). Elle ne posera pas de diagnostic plus précis. Elle m'expliqua qu'il ne faut pas enfermer les enfants dans un diagnostic car il y a des évolutions.

Je me renseigne sur les dysharmonies psychotiques. Il s'agirait d'un trouble ayant une symptomatologie variable de façon individuelle et se modifiant avec l'évolution de l'enfant. Ce trouble associe une dysharmonie développementale avec des traits et des mécanismes psychotiques. On y retrouve : des menaces de rupture avec le réel, une absence ou une mauvaise organisation du sentiment de soi et des rapports avec la réalité. Les affects et les représentations peuvent surgir et désorganiser les processus de pensée. De nombreuses angoisses sont présentes et peuvent déboucher sur des attaques de panique.

2.4/ Evaluation psychomotrice

En novembre 2020, suite à l'orientation faite par le médecin pédopsychiatre, une psychomotricienne exerçant en libéral évalua Éric en observant l'expressivité psychomotrice de l'enfant en relation avec les objets, l'adulte et l'espace.

En conclusion de son évaluation psychomotrice, elle écrivit : « Éric est empêché, entravé dans son développement corpero-psychique, dans sa vie relationnelle par des angoisses premières. Les troubles du comportement, l'impulsivité, l'injonction à maîtriser, l'absence d'adaptation tonique, de jeu tonique en sont des expressions. Un accompagnement psychomoteur peut être envisagé afin de permettre à l'enfant une réassurance psychocorporelle pour se nourrir en apprenant de ses expériences motrices en relation. Le projet d'aide portera sur la recherche de réassurance par la voie sensori-motrice et psychique. Pour cela, je propose pour commencer un soin psychomoteur régulier, hebdomadaire de 30 séances. »

Ainsi, la psychomotricienne débuta les séances psychomotrices en libéral avec Éric en décembre 2020.

3/ PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE ET RENCONTRE

3.1/ Relai à la psychomotricienne de l'Hôpital de Jour

Suite au départ à la retraite de la psychomotricienne en libéral, un relai est opéré avec Sylvie, psychomotricienne au CMPEA en mai 2021.

Cette dernière rencontre un enfant présentant une forte tension corporelle notamment au niveau postérieur et s'exprimant avec une voix aiguë. L'accrochage du regard est intense. L'entrée en relation est facile, trop facile, comme si Éric ne différenciait pas les personnes. Il présente d'importantes stéréotypies manuelles nommées flapping.

D'emblée, il souhaite reprendre les mêmes jeux (jeux de combat) et matériel qu'il utilisait avec la psychomotricienne précédente annulant ainsi le changement de personne et de lieu révélant sans doute sa difficulté à être avec un autre dans le même espace.

Boutinaud souligne aussi cette caractéristique d'homogénéisation des espaces (5). Pour lui, « on ne peut espérer voir ces enfants arriver dès le début à discriminer les lieux de soins » (p. 143). Cela peut aussi montrer une difficulté à être « ensemble », à côté d'un autre et dans une même pièce. Pour Sylvie, Éric semble être menacé par la présence de l'autre et le fait de le combattre lui permet d'être assuré d'exister.

Il y a peu de prise en compte de l'environnement matériel et ses déplacements dans la salle montre des difficultés d'organisation du schéma corporel. Éric se cogne souvent aux objets et meubles, il semble avoir peu conscience des limites du corps dans l'espace.

Une proposition de représentation (jeu de construction) lui est faite : il accepte de construire des armes puis des boucliers pour se protéger. Grâce aux boucliers qui font séparation entre Sylvie et lui, il accepte d'être dans un jeu ensemble contre des ennemis.

Les temps de construction et de dessin montrent des coordinations fines malhabiles. Par exemple, il a du mal à découper en suivant une ligne, l'effort est coûteux et il est vite fatigué.

Il a du mal à accepter que la production ne soit pas finie à la fin de la séance. Est-ce là le signe d'un défaut d'élaboration de la permanence de l'objet ? Pour Jean Piaget, les enfants comprennent progressivement qu'un objet existe indépendamment de leur perception : c'est la permanence de l'objet. Elle est acquise entre 18 à 24 mois. Cela correspond à la fin de la période sensorimotrice et au début des représentations mentales.

Durant ce premier temps de travail (de mai à juillet 2021), l'enfant tente de séparer les espaces en utilisant la symbolisation. Par exemple, il colle des post-it sur le bureau : un du côté de la psychomotricienne et un de son côté. Il se dessine sur le premier post-it et dessine Sylvie sur le deuxième. Il dit : « comme ça, on sait que c'est toi et on sait que c'est moi ; on ne se mélange pas ». Ces dessins sur les post-it semblent souligner ses perceptions d'un autrui menaçant, symbolisé sous forme de tête de mort (annexe 2).

Il accepte de ne pas finir ses productions sur une seule séance et peut les reprendre et les continuer d'une fois à l'autre après que l'on ait trouvé un lieu « sécuritaire » où les déposer pour que personne n'y touche.

Pour la rentrée de septembre 2021, une orientation en Hôpital de Jour pour enfants est proposée. Les séances en thérapie et en psychomotricité se poursuivront sur le CMPEA dans le but de garder une permanence de personnes et de lieux qui participe à l'apaisement de l'enfant.

3.2/ Prise en charge institutionnelle

Le projet de soin proposé à l'Hôpital de Jour est le suivant :

- Prise en charge individuelle avec l'infirmière et temps de classe avec l'institutrice spécialisé le lundi matin.
- Atelier ferme encadré par une psychologue et une infirmière de l'Hôpital de Jour le mardi après-midi.
- Entretien psychothérapeutique avec la psychologue du CMPEA, puis séance de psychomotricité, temps de classe et repas thérapeutique le vendredi matin.

Au cours de la première séance avec la psychologue, l'enfant a évoqué entendre une petite voix dans sa tête. Il s'agirait d'hallucinations auditives avec ordre imposé. Ainsi,

le médecin pédopsychiatre a prescrit un traitement antipsychotique avec le consentement de l'enfant et de son entourage.

Cette prise en charge pluridisciplinaire est très importante pour les enfants ayant des traits psychotiques. Pour Jérôme Boutinaud (5), « c'est l'action conjointe de plusieurs personnes qui prêteront une attention particulière à la dimension corporelle qui s'avère thérapeutique ».

Boutinaud considère que chaque professionnel au sein du dispositif institutionnel sera confronté à la prise en charge des angoisses, des éprouvés, des ressentis, des images ou des mots qui touchent le corps (5).

Cela implique de s'appuyer sur un socle commun de concepts théoriques (la psychanalyse peut nous y aider) et de mettre en œuvre une enveloppe institutionnelle réfléchie, cohérente et adaptée autour de l'enfant.

3.3/ La rencontre

Je rencontre l'enfant en octobre 2021. Éric attend la séance psychomotrice en salle d'attente. Nous allons le rejoindre avec Sylvie. Elle me présente et lui demande s'il est d'accord pour que je sois présente. Il acquiesce, s'approche de moi jusqu'à être à quelques centimètres de mon corps, il me regarde droit dans les yeux et me dit : « Par contre, je ne veux pas qu'on me touche ».

Ce premier échange me confronte directement aux rapports spécifiques que l'enfant a avec son corps et au toucher de l'autre. Je me questionne : Pourquoi le toucher est-il compliqué pour Éric ? Est-ce une source d'angoisse ? Vit-il des angoisses de vidage et d'intrusion (comme nous l'avons vu dans la partie théorique) ? Et dans ce cas, est-ce que cela pourrait refléter l'existence de failles dans sa limite corporelle ?

Dans certaines pathologies, la question de la distance est à envisager (5). L'autre est à la fois perçu comme indispensable puisqu'il lui permet de faire face à ses angoisses et à la fois menaçant. L'enfant a une fragilité au niveau de ses limites dedans/dehors, Soi/non Soi et le lien avec l'autre vient éprouver cette faiblesse. La proximité d'autrui devient alors anxiogène.

Il me sembla qu'Éric ait eu un défaut de structuration de l'enveloppe psychocorporelle au cours du développement.

Des questions me vinrent : Est-ce qu'Éric a mis en place des mécanismes de défenses pour compenser cette défaillance de l'enveloppe ? Quels signes cliniques pouvons-nous observer ? De plus, y a-t-il des manifestations corporelles chez Éric concernant le vécu d'angoisses archaïques ?

3.4/ Les observations des premières séances

J'observe qu'Éric semble vivre des angoisses corporelles archaïques notamment celle nommée angoisse d'effondrement (ou de chute sans fin).

Je retrouve des manifestations corporelles en lien avec cette angoisse. Par exemple, il lui arrive de s'effondrer au sol ou de se cogner contre les murs ou les poteaux lors de la survenue d'émotions fortes et notamment dans les changements d'espace et de personne, en début et en fin de séance. L'enfant confit qu'il entend souvent des voix durant ces moments de transition.

Cette manifestation d'annihilation du tonus d'attitude (ou postural) renvoie à l'angoisse d'effondrement décrite par Pireyre qui correspondrait à un vécu de chute sans fin et sans repères associé à l'expérience première de la pesanteur par le bébé (9).

En référence à la théorie de Bullinger, il se peut qu'Éric ait eu des difficultés d'élaboration psychique au sein de l'espace de la pesanteur concernant l'intégration de ses limites corporelles, la création de la verticale et de ses appuis (10). Pour l'auteur, de tels difficultés peuvent être liés à un défaut de portage maternel.

Cette hypothèse d'un défaut de portage maternel est renforcée par l'anamnèse d'Éric. En effet, nous avons vu que les professionnels du centre maternel observaient que la mère biologique pouvait cogner la tête de l'enfant contre les murs quand elle le portait dans ses bras.

Nous avons vu dans la partie théorique que l'annihilation du tonus postural peut survenir lors des moments d'émotions fortes, de lâchage relationnel ou dans les temps de transitions (« vécu de séparation »). Ce que nous constatons chez Éric.

Avec Sylvie, nous avons proposé à Éric de se tenir à quelque chose dans ces moments de transition. Il s'est saisi de cette proposition. Ainsi, il se tient à la main ou au doigt de Sylvie ou la mienne, à un objet (dessin, livre) ou à ses propres vêtements (bonnet, poches de pantalon).

En outre, je me dis qu'Éric est peut-être en train de vivre des ruptures d'identification adhésive lors des moments de transition. Si on se réfère à la théorie de Bick, un enfant qui a eu un défaut d'élaboration de sa peau psychique utilise le mécanisme de défense nommé l'identification adhésive. En conséquence, il s'identifie et trouve son identité à l'objet dans l'accolement physique ou psychique. Si Éric utilisait l'identification adhésive avec une personne et que, dans le temps de transition, cette personne s'éloigne, il vit alors une rupture d'adhésion. Il se retrouve seul dans la salle d'attente et vit peut-être une angoisse de morcellement, l'autre s'éloignant et partant avec une partie de son Moi corporel et psychique.

Dans ses ruptures d'adhésivité, Bick décrit des manifestations cliniques tels que des effondrements brutaux du corps au sol, des agrippements ou des comportements d'autostimulation. Chez Éric, je constate parfois qu'il s'effondre toniquement au sol. Et dans certains cas, il se dirige rapidement vers les livres de la salle d'attente, en choisit un et semble s'agripper à celui-ci.

L'hypothèse d'un défaut d'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle peut être renforcée par une autre manifestation clinique : Éric garde son manteau lors des moments où il semble être très angoissé (début de séance), telle une enveloppe de substitution.

J'observe chez Éric des manifestations corporelles qui correspondraient à ces mécanismes de défense. C'est un enfant qui a une hypertonie postérieure, il se tient très droit et il lui arrive de marcher sur la pointe des pieds comme pour faire exister l'espace de l'arrière-plan. Peut-être que l'enfant utilise l'hypertonie comme une enveloppe substitutive qui lui donne une sensation de dur unifiant les différentes parties du corps et

faisant vivre cet espace de l'arrière. L'enfant crée ainsi un sentiment de tenue, de contenance et de sécurité interne (39).

Cette anomalie du tonus a aussi été décrite par Bick dans son concept de « seconde peau ». Nous avons vu dans la partie théorique que cette « seconde peau » peut correspondre à une enveloppe substitutive et qu'elle peut être de nature musculaire ou motrice (39). En ce sens, je remarque qu'Éric est très agité corporellement dès qu'il se met en mouvement dans la salle.

Il peut aussi se déplacer en utilisant le flapping. Ces stéréotypies peuvent rendre compte de la recherche du sentiment de continuité d'existence (35). Une hypothèse est que l'enfant ne dispose pas de ce sentiment en raison d'un défaut de holding maternel, il recourt donc à ces autostimulations avec des mouvements répétitifs pour se rassurer, éprouver le sentiment de continuité d'existence et de sécurité interne.

J'observe qu'il utilise le flapping souvent en début de séance, à son arrivée dans la salle de psychomotricité. C'est un moment pour Éric durant lequel il semble ressentir des angoisses d'effondrement. Dans ce cas, comme le suggère Haag (6), le flapping pourrait avoir pour fonction de maîtriser cette angoisse archaïque corporelle. Ressentir sa limite corporelle au travers du flapping peut aussi être une sensation rassurante pour un enfant qui a un défaut de constitution de l'enveloppe psychocorporelle (6).

Je constate qu'Éric peut avoir un contact particulier avec son environnement. Par exemple, quand il est assis au bureau, il étale son torse sur la surface et il frotte ses bras de façon ample. Il se met dans des positions de torsions du buste tout en restant collé au bureau. Peut-être vient-il expérimenter ce sentiment de continuité d'existence au travers des sensations de ses limites corporelles ? Ou est-ce des comportements d'adhésivité dans la recherche d'un contact avec un objet (bureau) ?

J'observe que ce défaut de limites psychocorporelles entraîne d'autres conséquences chez l'enfant au niveau des représentations, de la place du jeu et de son image du corps.

Si on reprend la théorie de Piaget pour situer où Éric en est en termes d'élaboration de ses représentations, il a acquis : le dessin, l'imitation différée, l'organisation de sa

pensée en utilisant un support concret. Les éléments paraissant être en début ou en cours d'acquisition sont les images mentales. Ceux qui ne sont pas encore acquis sont les suivants : le jeu symbolique, les sous-entendus, l'ironie et le double sens.

Au niveau de son développement cognitif, Éric a donc des éléments du stade sensori-moteur de Piaget et des bribes des stades pré-opératoire et opératoire.

Comme nous l'avons évoqué, le jeu symbolique n'est pas encore acquis pour Éric. En observant l'enfant jouer, je me suis assez vite interrogée. J'avais l'impression que le jeu était rapidement angoissant pour lui. Et il ne paraissait pas prendre plaisir à jouer.

Dans le développement harmonieux de l'enfant, le jeu est une expérience essentielle, fédératrice, ludique et source de créativité. La mise en place du jeu reste tributaire de la construction de l'aire transitionnelle, espace dans lequel cohabitent les éléments de la vie psychique de l'enfant et les éléments de la réalité extérieure (5).

Pour cela, il faut que l'enfant soit au clair avec ses propres limites dedans/dehors, Soi/non Soi. Anzieu énonce qu'un enfant avec un « Moi-Peau passoire » tel qu'Éric ont une porosité de l'enveloppe corporelle, les limites entre le dedans et le dehors ne sont pas claires. Ce qui fait vaciller les limites de l'espace transitionnel. L'enfant peut créer une ébauche de l'espace transitionnel mais il est menacé en permanence par une confusion de ce qui provient de lui et du monde qui l'entoure (5). Cette confusion peut être anxiogène pour l'enfant.

Ainsi, le jeu est susceptible de véhiculer des angoisses qui peuvent désorganiser l'enfant. Ceci pourrait expliquer ce que j'ai observé d'Éric dans les moments de jeu.

Une hypothèse est qu'Éric a eu un défaut de mise en place de l'enveloppe corporelle au sein de l'espace de la pesanteur. Selon la théorie de Bullinger (10), des difficultés rencontrées au sein de l'espace de la pesanteur peuvent entraver la mise en place des représentations de la verticale et des limites corporelles. Ces difficultés se transposent aux diverses étapes d'élaboration des représentations corporelles qui ont lieu dans les autres espaces du corps. Et in fine, le schéma corporel et l'image du corps, bases fondamentales de l'identité de la personne, peuvent être touchés au premier plan. La question du corps est donc centrale.

Lorsque nous questionnons Éric à propos de son corps, nous sommes témoins de ces altérations des représentations de son corps.

« Qu'est-ce qui est une couche dans ton corps ?

- La peau. Et ici, j'ai des bosses », nous dit-il en touchant les vertèbres au niveau de son dos.

Il touche le côté de son ventre et nous dit :

« Et ici, j'ai un trou. »

Sylvie questionne :

« Comment ils tiennent tes os ensemble ?

- Il y a des trous. »

Ainsi, chez Éric, le corps semble être perçu comme étant un contenant dont certaines qualités sont confuses, voire erronées. Les limites dedans-dehors sont présentes mais elles sont mal assurées. L'enveloppe corporelle peut être pressentie comme étant poreuse, trouée, menaçant de céder ou d'exploser (5). La fonction contenante du Moi-Peau décrite par Anzieu ne semble pas établie dans sa globalité.

Lorsqu'une telle enveloppe est présente chez l'enfant, il construit des fondations de l'image du corps mais elles restent lacunaires et parcellaires (5).

Nous observons qu'Éric aime beaucoup réaliser des coloriage de personnages issues de la mythologie et notamment ceux étant moitié homme moitié animal (centaure). Il aime aussi colorier des personnages tels que des guerriers avec des armes, des armures et des héros de jeux vidéo (annexe 3). Sylvie m'explique que cela peut avoir un lien avec une notion avancée par Jérôme Boutinaud nommée les « représentations protoplasmiques ». L'enfant essaierait de se figurer son corps en recherchant des appuis sur des images (animaux, monstres). Ce procédé l'aiderait à se constituer l'image de son corps.

Pour conclure, l'enfant semble avoir des comportements signifiant une enveloppe psychocorporelle et une image du corps partiellement élaborées, fragiles et altérées. Les observations cliniques m'indiquent la présence d'angoisses archaïques corporelles (effondrement, morcellement) et la présence de stratégies mises en place pour compenser une peau psychique fragile (agrippement, hypertonie, etc.).

Ces constatations suscitèrent de nouvelles interrogations : Que peut-on faire et mettre en place avec Éric en psychomotricité et au sein de l'institution ? Comment le psychomotricien peut-il accompagner la construction d'une enveloppe psychocorporelle suffisamment stable et sécurisée chez cet enfant ?

PARTIE THEORICO-CLINIQUE

Dans cette partie, je relate ce que nous avons mis en place avec Éric dans le travail en psychomotricité pour soutenir et participer à l'élaboration de son enveloppe psychocorporelle.

Ainsi, je développe le rôle de l'institution et de la psychomotricienne dans l'étayage de l'enveloppe. Ensuite, je présente les différentes propositions qui ont été faites au cours des séances de psychomotricité. J'aborde les thèmes de : jouer ensemble, créer une cabane, utiliser l'appui-dos, effectuer le portage et interagir avec les tissus.

1/ L'ENVELOPPE INSTITUTIONNELLE

Éric est un enfant qui semble souffrir d'une altération de l'enveloppe psychocorporelle et de certaines fonctions du Moi-Peau (maintenance, contenance, individuation du Soi, intersensorialité). Ainsi, quand il vit des angoisses, les limites dedans/dehors, Moi/Non-Moi, imaginaire/réalité ont tendance à se diluer (14).

Éric est pris en charge au sein d'une enveloppe institutionnelle. De quoi s'agit-il ?

La notion d'enveloppe institutionnelle a été établie par Didier Houzel en 1992 (14). Il décrit plusieurs caractéristiques de celle-ci (43) :

- L'étanchéité. La règle de l'étanchéité fait référence au secret professionnel et à la question de discrétion. C'est-à-dire que ce qui se passe, se dit et se vit autour du patient et au sein de l'institution reste à l'intérieur de l'institution.
- La perméabilité. Avec l'accord du patient ou de son représentant légal, il est tout de même possible d'effectuer des échanges d'informations avec par exemple la famille et l'école.
- La consistance. L'institution est capable de maintenir une position stable et de résister aux pressions internes ou externes.
- L'élasticité. Lorsque ces pressions sont présentes, l'institution est capable de se déformer sans se rompre.

Dans le contexte de mon stage, la psychomotricienne exerce dans une institution (CMPEA) et au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Éric est suivi à la fois à l'Hôpital de Jour et au CMPEA. La particularité est que le CMPEA est accolé à l'Hôpital de Jour pour enfants et que ce sont deux structures rattachées au Centre Hospitalier spécialisée en psychiatrie. Les deux structures vont alors faire partie d'une enveloppe institutionnelle plus large, on peut l'imaginer comme le représente le schéma ci-dessous.

Ces deux structures vont travailler ensemble et s'appuyer sur un socle commun de concepts théoriques dans le but d'élaborer une démarche réfléchie, cohérente et adaptée autour de l'enfant. Comme nous l'avons évoqué dans la partie théorique, « c'est l'action conjointe de plusieurs personnes qui prêteront une attention particulière à la dimension corporelle qui s'avère thérapeutique » (5) pour un enfant comme Éric.

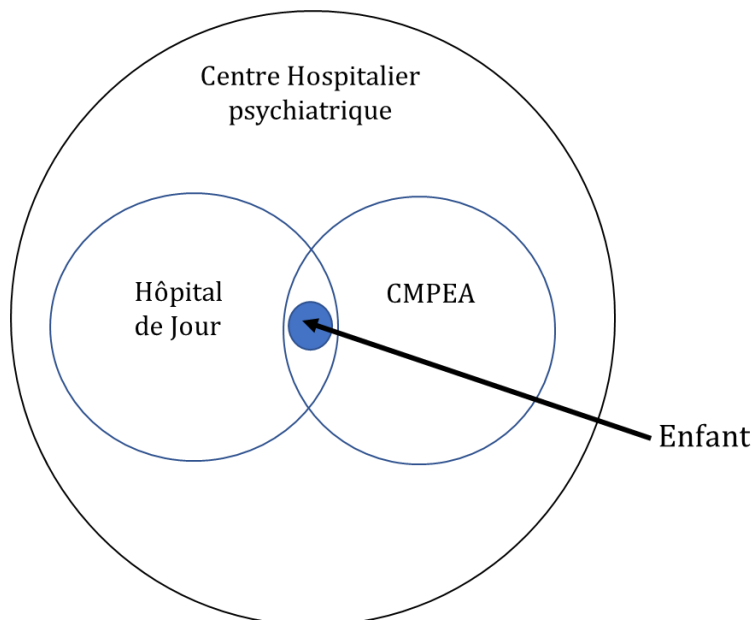


Figure 10 : Schéma représentant l'enveloppe institutionnelle.

L'enveloppe institutionnelle a un rôle de contenance auprès des professionnels. Pour cela, des temps de réunions sont organisés :

- Les réunions de synthèse où les soignants réfléchissent ensemble à ce qui se passe pour l'enfant, son évolution au cours des différents suivis, au sein de l'institution et à une éventuelle adaptation du projet de soin.
- Les réunions d'analyse de pratique pour les ateliers permettent d'amorcer une réflexion autour de ce qui se passe au sein de l'atelier pour les enfants.
- Les régulations individuelles sont réalisées avec une psychologue de l'institution. Les professionnels peuvent se « décharger » à propos des événements qui peuvent être compliqués lors des séances.

Pour Golse, l'enveloppe institutionnelle est de qualité lorsqu'elle assure à la fois la fonction contenante maternelle de « holding institutionnel » et la fonction paternelle d'un tiers mettant en place des règles et des limites (39).

Revenons à la théorie écologique de Bronfenbrenner qui a été énumérée dans la partie théorique. Cette théorie expose le rôle fondamental, dans le développement de l'enfant, des interactions entre les différents systèmes (famille, école, institution, etc.) (12).

En ce sens, il me semble important de mettre en avant l'engagement du CMPEA et de l'Hôpital de Jour pour enfants. En effet, ces deux structures tentent de développer des interactions de qualité avec les différents intervenants du dispositif de soin :

- La famille et/ou la famille d'accueil.
- L'école.
- La Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH).
- Les autres structures accueillant les enfants tels que les Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP), les Instituts Médico-Educatifs (IME), le Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP).
- Les services sociaux comme l'Aide sociale à l'enfance (ASE).
- Les professionnels exerçant en libéral, etc.

Ces interactions de qualité permettent entre autres d'assurer une continuité et une cohérence des soins pour l'enfant.

2/ LE CADRE THERAPEUTIQUE ET LES FONCTIONS DU PSYCHOMOTRICIEN

Le cadre provient du latin « quadrus » qui signifie carré. Il y a une notion de limite dans l'espace, un cadre qui limite l'action d'une personne.

Le cadre thérapeutique est mis en place par le soignant dans la prise en charge de son patient. Il est primordial, constant et permanent. Selon Catherine Potel, il est « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée » (37 ; p. 321). Ainsi, en son sein, l'action thérapeutique du psychomotricien est contenue et les processus thérapeutiques peuvent avoir lieu.

Le cadre thérapeutique est composé de plusieurs éléments : l'alliance thérapeutique, l'attitude du psychomotricien, le cadre physique et le cadre psychique.

2.1/ L'alliance thérapeutique et la posture du psychomotricien

Une des premières choses que le psychomotricien met en place lorsqu'il rencontre le patient est l'alliance thérapeutique. De façon générale, l'enjeu du métier de psychomotricien est de créer cette alliance avec le patient. Le psychomotricien et le patient vont mettre en place ensemble une relation de confiance (15). L'efficacité de la thérapie et du soin est déterminée par la qualité de l'alliance thérapeutique.

La particularité de l'alliance thérapeutique est qu'elle se crée dès la première rencontre puis progressivement tout au long du suivi. Elle dépend de nombreux éléments comme : la communication verbale et non verbale entre le psychomotricien et l'enfant, sa capacité d'empathie, la sécurité qu'elle procure à l'enfant au travers de sa position et du cadre thérapeutique qu'il met en place.

Que ce soit au CMPEA ou à l'Hôpital de Jour pour enfants, le soin psychomoteur s'effectue pour les enfants en bas âges en présence de la mère, du père ou d'une des figures d'attachement de l'enfant telle que sa grand-mère. Les assistantes familiales dans le cas des enfants placés peuvent également assister aux séances.

Pour les enfants plus grands tel qu'Éric, l'enfant est seul pendant les séances. Cependant, la première rencontre s'effectue en présence de l'enfant et de l'adulte qui s'en occupe. Puis, des rencontres régulières sont organisées. Comme tous les professionnels de la petite enfance, le psychomotricien a un rôle d'étayage de la relation parents-enfant. De plus, comme nous l'avons vu avec la théorie écologique de Bronfenbrenner, les interactions entre les différents systèmes entourant l'enfant sont très importantes. Ainsi, les relations entre le psychomotricien et les parents sont à développer de façon qualitative pour maximiser le développement harmonieux de l'enfant.

L'alliance thérapeutique s'établit donc entre le psychomotricien et l'enfant et s'élargit à l'adulte en charge de l'enfant. Pour ce faire, il adopte une attitude similaire envers l'enfant et sa mère, à savoir, être bienveillante et non jugeante. Il ne s'interdit pas d'exprimer ses opinions dans les domaines qui le concernent mais en prenant soin de ne pas dévaloriser le parent dans sa manière de faire.

En observant Sylvie, je me rends compte des caractéristiques de la posture qu'elle adopte envers l'enfant :

➤ Elle envisage l'enfant dans sa subjectivité et tient compte de sa globalité et de sa complexité, au-delà de la pathologie et de ses symptômes. Elle est ainsi réceptive à toutes formes de communication de sa part. Cette communication peut être verbale (cris, babillage, vocalisation, langage oral) ou para-verbale (prosodie, intonation, pauses, rythme) ou non-verbale (regard, expressions faciales, mimiques, posture, gestes, expression corporelles, réactions de prestances). Elle peut aussi avoir lieu dans la perception des variations du tonus (dialogue tonico-émotionnel), des changements d'humeur ou de rythme. Comme le premier dialogue tonico-émotionnel entre la mère et son enfant, le psychomotricien observe le corps et les états toniques de son patient dans la relation qu'il a avec lui, les autres et son environnement. Les états toniques montrent aussi les états émotionnels et le niveau d'angoisse de la personne. Par exemple, pour Éric, nous avons pu observer qu'à son arrivée dans la salle de psychomotricité, il était souvent sur la pointe des pieds avec une hypertonie dorsale ou alors à l'inverse, il y avait des effondrements toniques. C'était donc le signe qu'il se passait quelque chose pour lui dans ses moments (des émotions fortes ou des angoisses).

➤ Elle a aussi en tête de suivre le rythme de l'enfant en s'adaptant à ses particularités, ses capacités et en respectant ses limites.

➤ Elle essaye d'ajuster la distance entre l'enfant et elle. Parfois, c'est elle qui va faire varier cette distance selon ce qu'elle ressent de l'état de l'enfant et selon son objectif.

➤ De plus, la psychomotricienne a à cœur de rendre l'enfant acteur afin qu'il garde ou développe son élan de vie, son dynamisme et son envie de faire.

J'observe aussi l'attitude de la psychomotricienne envers les parents :

- Comme pour son enfant, elle envisage le parent dans sa subjectivité.

- Elle ne juge pas les comportements des parents, leurs choix et leurs idées. Elle est tolérante envers eux à propos de l'exercice de leur parentalité. De plus, la façon dont la psychomotricienne perçoit les symptômes de l'enfant est primordiale dans l'élaboration de l'alliance thérapeutique avec le parent. Une croyance qui est fautive et qui peut altérer les relations soignant-parent est celle-ci : tous les symptômes de l'enfant sont la conséquence du dysfonctionnement de ses parents. Une croyance qui semble plus sage et plus prospère à l'évolution de l'enfant est la suivante : les symptômes ont une étiologie plurifactorielle et souvent complexe. Les facteurs influençant le comportement de l'enfant sont génétiques, environnementaux, et/ou psychoaffectifs.

- Elle inclut la famille dans le processus thérapeutique et de soin de manière à ce qu'elle soit un soutien supplémentaire pour l'enfant. Souvent, les parents sont inquiets pour leur enfant. Ils aiment et observent leur enfant au quotidien. Ainsi, en lui posant des questions sur la façon d'être de l'enfant au quotidien, la psychomotricienne peut recueillir des éléments d'observations de la mère importants dans la prise en charge. C'est le parent qui connaît le mieux l'enfant. La psychomotricienne le positionne donc dans son rôle de parent et l'implique dans le soin. Par exemple, quand un parent amorce un processus de réflexion sur une situation concernant son enfant, parfois, elle exprime ses propres hypothèses, parfois, elle laisse le parent élaborer son propre avis. Elle ne se positionne pas comme l'expert qui détient tout le savoir à propos de l'enfant. Elle donne des conseils quand le parent est en demande. Si elle guide trop le parent vers une certaine manière de faire, elle risque de discréditer les compétences de la mère, qui pourrait se sentir comme une « mauvaise mère » ; la relation entre le parent et son enfant pourrait en être impactée.

Les supervisions d'équipe permettent aux professionnels de prendre du recul par rapport à ces différentes postures.

2.2/ Le cadre physique et le cadre psychique

La rencontre avec le patient a lieu dans un espace-temps qui est toujours le même. Le cadre physique correspond au cadre spatio-temporel dans lequel il y a une notion de permanence, de continuité. Cela peut procurer un sentiment de sécurité à l'enfant. On y retrouve :

- Le cadre temporel : Le psychomotricien fixe un jour de la semaine et une heure de séance qui sont toujours les mêmes. La durée de la séance est aussi déterminée et est similaire d'une semaine sur l'autre. Par exemple, les séances ont lieu tous les mardis, à 11 heures et sur une durée de 45 minutes. Le rythme des séances et la mise en place de rituel sont aussi importants et structurants pour l'enfant. Tels les macrorhythmes et les microrhythmes de Marcelli, le psychomotricien est garant d'un équilibre entre les rituels, les répétitions, les habitudes assurant une stabilité, une sécurité et les variantes, les nouveautés qui poussent à penser, à comparer et à apprendre.
- Le cadre spatial : Le lieu de la séance est fixe apportant un sentiment de stabilité, permanence, continuité et sécurité au patient. La salle de psychomotricité est aménagée dans le but que l'enfant la vive comme une enveloppe ayant des limites définies. Il y a plusieurs espaces au sein de la salle : un espace avec le bureau pour les temps de verbalisation et de motricité fine, un espace avec un matelas pour les temps calmes, un espace pour la motricité globale. Le psychomotricien est attentif à l'installation de l'enfant dans la salle, aux matériels qu'il utilise et à l'ambiance sensorielle de la salle et du matériel impliquant les sens de l'enfant.

Au sein du cadre physique, le psychomotricien est attentif à sa posture physique et à son impact sur l'enfant : sa voix (timbre, volume, prosodie), la position de son corps afin d'adopter la bonne distance, son regard, le toucher, la mise en place de règles explicites (ne pas se mettre en danger, ne pas porter atteinte aux autres), etc.

Le cadre physique est le support du cadre psychique dans lequel le psychomotricien revêt plusieurs fonctions psychiques auprès de son patient. Ces fonctions vont faire échos aux fonctions maternelles évoquées dans les théories d'Anzieu et de Bion.

Concernant la théorie du Moi-Peau d'Anzieu, le psychomotricien assure notamment auprès de l'enfant les fonctions psychiques suivantes :

- La fonction de maintenance : le psychomotricien offre une solidité et une unité à l'enfant grâce au cadre qu'il instaure. L'enfant peut venir tester cette solidité physiquement ou psychiquement. L'enfant va ressentir et expérimenter que ses projections ne détruisent pas le psychomotricien. Le soignant résiste face aux attaques.
- La fonction de contenance : l'enfant va vivre diverses expériences contenantantes auprès du psychomotricien. Le psychomotricien tente d'accompagner progressivement l'élaboration des représentations de son enveloppe corporelle via des expériences sensori-motrices.
- La fonction de pare-excitation : le cadre du psychomotricien permet de contenir les excitations internes débordantes de l'enfant (les angoisses et les affects que l'enfant ne peut surmonter seul). Il assure aussi la protection de l'enfant en étant le pare-excitation des excès de stimulations externes.
- La fonction d'individuation du soi : Le psychomotricien fait en sorte que l'enfant développe le sentiment d'avoir une peau singulière, d'être un individu unique, différent des autres et d'avoir un espace psychique personnel.
- La fonction d'inscription psychique des traces sensorielles : L'enfant vit des expériences dans son environnement. Il peut se faire mal (se cogner, trébucher) et avoir des cicatrices ou des égratignures sur sa peau. Le psychomotricien peut être le témoin de ses traces. Il peut accompagner l'enfant, lui permettre de penser ses traces. L'enfant leur donne du sens et les intériorise.

Concernant la théorie de Bion, le psychomotricien a un rôle important de verbalisation qui donne la possibilité à l'enfant d'accéder au symbolisme. Il va être attentif aux signaux corporels émis par l'enfant et aux éventuelles identifications projectives. Il recueille ce que Bion nomme les éléments « bêta ». Il utilise son appareil psychique pour penser, analyser et émettre des hypothèses. Il réfléchit à la façon dont il va renvoyer quelque chose à l'enfant sous une forme symbolique verbalisée (5). Le psychomotricien tente de réaliser une transformation des éléments « bêta » en éléments « alpha » assimilables pour la psyché de l'enfant. Par ce procédé de verbalisation, le

psychomotricien essaie d'amener l'enfant à métaboliser ses impressions et sensation corporelles dans le précipité symbolique que constitue l'image du corps (5).

Au sein du cadre thérapeutique, des processus de transfert et contre-transfert vont avoir lieu. Le psychomotricien doit s'engager à prendre conscience de ces processus afin que la prise en charge reste bénéfique.

Le transfert est un processus allant du patient au psychomotricien. Selon Freud (17), il désigne : « la mise en œuvre d'un processus interactionnel mobilisant et dévoilant des représentations et des affects, qui, jusque-là demeurés inconscients, se trouvent reportés par le patient sur la figure du thérapeute. »

Le contre-transfert est un processus allant du psychomotricien au patient. Freud le définit comme : « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste vis-à-vis de la personne et plus particulièrement du transfert de celle-ci » (17). Le psychomotricien peut alors ressentir des affects, avoir des préjugés ou des peurs, etc.

Les cadres physique et psychique sont réfléchis en équipe et remis en question lors des différentes réunions et supervisions. Ils sont donc contenus par une enveloppe elle-même contenue par l'enveloppe institutionnelle.

Dans ma formation, j'ai appris qu'il est nécessaire d'axer la prise en charge sur les pratiques corporelles de contenance et d'enveloppe avec des enfants ayant de tels traits, pour qu'ils sentent et expérimentent une unité corporelle. C'est pourquoi il est important de mettre en place un cadre physique et psychique contenant et sécurisant notamment avec des enfants comme Éric. En effet, ce dernier ne peut pas s'appuyer sur des représentations corporelles suffisamment stables. C'est dans l'extérieur qu'il va aller rechercher des points d'appui.

3/ NOS PROPOSITIONS

3.1/ Jouer ensemble

Des objectifs sont travaillés avec Éric au travers du jeu :

- Jouer ensemble de façon tranquille.
- Jouer ensemble de façon différenciée.

Un des objectifs est de jouer, d'être ensemble de façon tranquille. Que l'enfant puisse se sentir progressivement sécure dans la relation. Ce travail aide l'enfant à faire l'expérience de la rencontre sur des modalités plus apaisées (5).

C'est notamment pour cela que Sylvie ne voulait pas faire de jeux de combat car cela risquait de majorer les angoisses procurées par la présence d'autrui. En effet, une des hypothèses est qu'Éric a une fragilité des limites psychocorporelles. Il peut avoir du mal à différencier le soi/non soi, avoir des confusions entre lui et l'autre. Cette fragilité de l'enveloppe fait que la présence de l'autre est menaçante. Faire des jeux de combat (l'un contre l'autre) risque d'augmenter les peurs de l'enfant et de le désorganiser.

Sylvie a aussi comme objectif de jouer ensemble de façon différenciée, que l'enfant expérimente et intériorise qu'il est un être à part entière, séparé de l'autre et que même séparé, il peut exister. Cette différenciation peut permettre plus tard à l'enfant de se séparer de l'autre, de s'individualiser et d'accéder à son autonomie.

Pour l'instant, les limites corporelles et psychiques de l'enfant semblent être floues. Il peut vivre des moments de confusion entre lui et l'autre. Éric nous demande souvent de faire comme lui sans préciser s'il s'adresse à Sylvie ou à moi. Il dit : « fais comme moi ».

Par exemple, lors d'une séance, nous jouons à viser des cibles sur une grande feuille blanche. Nous avons une paille que nous plongeons dans la peinture, puis nous soufflons dans la paille et visons les cibles. Éric répète à plusieurs reprises : « fais comme moi ». La subtilité réside dans le fait de lui faire expérimenter que nous faisons tous pareil en tirant sur les cibles mais de façon différente. Chacun a une couleur de peinture spécifique et vise une cible différente.

Au cours d'une séance, Éric saute sur le trampoline. Il commence à rire mais ce rire semble nerveux. Puis, il émet des sons très aigus, courts et répétitifs, reflétant sans doute la présence d'angoisses. Nous avons constaté avec Sylvie que l'enfant émettait souvent ce genre de son lors de survenues d'angoisses. Il nous dit sous forme d'injonctions : « faites comme moi ». Nous ne répondons pas à sa demande et essayons de l'apaiser.

Sur le trampoline, il semble qu'il y a un moment de désorganisation corporelle (rires, pantin...). Cela reflète une indifférenciation et une perte de l'unité psychocorporelle. Ici, faire comme lui pouvait amener le risque qu'on se confonde. Il est donc question de la limite entre lui et l'autre. Le « trop pareil » peut générer ou accentuer la confusion entre lui et l'autre avec l'angoisse de disparaître dans l'autre, d'être annihilé. Il est important de trouver un équilibre : faire un peu de pareil mais pas tout.

Sylvie souhaite aussi l'aider au niveau du corps afin qu'il soit un peu plus sûr. Pour Boutinaud (5), c'est exactement le but de la thérapie psychomotrice avec des enfants qui ont des traits psychotiques. La thérapie vise à ce que l'enfant puisse habiter son corps, se l'approprier, se constituer un Moi corporel. Elle est comme « un espace où les vécus corporels archaïques trouveront un contenant où l'on espère qu'ils prendront sens » (5 ; p.145). Elle ouvre un espace d'exploration où le corps, le jeu, le dialogue corporel, l'éprouvé du corps en relation et l'accompagnement à l'articulation corps-psyché sont convoqués au premier plan.

3.2/ Création de la cabane

Face à l'intensité des angoisses d'effondrement, une réflexion d'équipe s'amorce pour trouver quelque chose qui pourrait soutenir et renforcer l'enveloppe psychocorporelle d'Éric. L'idée de la cabane émerge.

Elle peut protéger contre les attaques extérieures et être un espace sûr où il vient se réfugier et s'apaiser.

La cabane comporte des limites visibles dedans/dehors. L'idée est que la cabane représente la maison symbolisant le corps du sujet. En la construisant, l'individu peut projeter la construction de son propre corps. Comme le définit Potel (8), il s'agit d'une

maison psychique, projection de l'enveloppe et des limites du corps, avec des ouvertures, moyens de communication avec l'extérieur.

Éric se saisit de cette proposition. La première cabane est fragile et très poreuse. Elle est constituée de tissus et couvertures tirées d'un bout à l'autre du bureau. Les limites entre dedans/dehors sont peu visibles rappelant le manque de limites de son enveloppe psychocorporelle. L'enfant sortira très vite de cette cabane soumis à une forte angoisse provoquée par une invasion de zombies. Cette invasion me semble faire échos à l'angoisse d'intrusion. La cabane n'est pas encore assez étanche et consistante pour résister à une intrusion de monstres.

La deuxième cabane est aussi le reflet du « Moi-Peau passoire » décrit par Didier Anzieu (annexe 4). Le « Moi-Peau passoire » serait le reflet d'une enveloppe poreuse et labile avec une non délimitation entre le dedans et le dehors, le Soi et le Non Soi, la réalité intérieure et la réalité extérieure.

Je constate toutefois une évolution avec la construction de cette deuxième cabane. En effet, cette fois-ci, l'enfant a choisi des matériaux durs qui tiennent, à l'image de la colonne vertébrale. De plus, les objets qu'il a trouvés le protègent des zombies rappelant la fonction de pare-excitation :

- Sur les côtés, il y a des fils électriques qui électrocutent les zombies.
- Devant, un gros canon (module en plastique) qui les tue.
- Et de l'extérieur vers l'intérieur, passe un fil qui permet au perroquet de nous alerter en cas d'invasion. Le perroquet nous avertit du danger comme la mère joue ce rôle de protection de son bébé contre les agressions extérieures et les excès de stimulation.

En outre, il a placé des cerceaux qui entourent les « trous » du module d'escalade. Des cerceaux qui délimitent les trous tels des cercles qui contiennent les trous pouvant être une source d'angoisses pour l'enfant (angoisses de vidage et d'intrusion). Ce matériel joue-t-il la fonction de contenance décrite par Anzieu ? Pour élaborer la fonction de contenance du Moi-Peau, le bébé élabore une image de la peau comme étant un sac. Sauf qu'ici, Éric a peut-être une représentation de sa peau comme étant un sac troué. Et donc il lui faut des cercles, sacs qui contiennent les trous.

Lorsqu'il a fini sa cabane, il se met sous la couverture et nous dit de venir avec lui. Nous nous plaçons à ses côtés. Il arrive à y rester de façon tranquille et c'est la fin de séance qui nous fait sortir. Nous prenons une photographie avec son accord. Il veut être présent sur la photographie. Il pose en faisant un signe d'approbation significatif avec sa main, le pouce levé et nous dit : « tout est ok ».

3.3/ L'appui-dos et le portage

Je remarque que Sylvie utilise certaines techniques lors de la survenue brusque d'angoisses archaïques corporelles chez Éric.

Une de ces techniques est celle de l'appui-dos. Un jour, Éric arrive en séance avec beaucoup d'angoisses et rien ne l'apaise. Soudainement, il quitte la salle et court en direction de la sortie du CMPEA en disant : « Je veux rentrer chez moi ». Sylvie agit immédiatement en le prenant dans un contact dos. L'enfant décolle les pieds du sol pour se laisser totalement porter. Il s'apaise et nous pouvons retourner dans la salle de psychomotricité.

Dans son article (22), la psychanalyste Geneviève Haag explique qu'au Congrès mondial de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence de 1986 le Pr René Soulayrol de Marseille a constaté cliniquement que : « de nombreux enfants autistes et psychotiques qui ne se laissent pas aborder de face et encore moins par le regard, mais se laissent aborder de dos et prendre en contact corporel de dos ». Soulayrol en déduit une technique thérapeutique.

Comme énoncé dans la partie théorique, des contacts corporels du dos sont importants dans les soins parentaux. Les auteurs tels que Bullinger et Haag (22) les ont décrits. Ce contact dos rappelle sans doute les sensations in utero du dos contre la paroi utérine. Et c'est probablement pour cette raison qu'il a un pouvoir d'apaisement pour l'enfant.

Ainsi, lors de la survenue d'angoisses telle que l'angoisse d'effondrement, l'appui-dos peut permettre à Éric de retrouver un sentiment de sécurité interne lié au souvenir de la vie in utero.

En ce sens, j'observe que l'enfant recherche le contact du dos contre le mur ou contre Sylvie lors des moments de transition (début ou fin de séance) qui semble être des moments particulièrement chargés d'émotions et de peurs.

De plus, je remarque que les fois où Sylvie utilise l'appui-dos avec l'enfant, celui-ci a souvent un comportement qui m'interroge : il soulève les pieds du sol, s'enroule en position de fœtus et se laisse totalement porter par la psychomotricienne. Serait-il en train d'expérimenter le « holding » ?

Ce portage me fait donc penser à la notion de « holding » de Winnicott (énumérée dans la partie théorique). Le holding est présent dans les interactions précoces mère-enfant mais il continue d'être expérimenté tout au long de la vie. Cette fonction assurée par un autre procure un sentiment de sécurité physique et psychique et permet d'intégrer ce qu'Anzieu nomme la fonction de maintenance de l'enveloppe psychocorporelle. De plus, ces fonctions instaurent le sentiment continu d'exister. Tous ces éléments semblent être fragiles chez Éric.

C'est pourquoi il est important en tant que psychomotricienne de répondre à cette demande de portage informelle de l'enfant. Par cet appui-dos et ce portage, elle assure les fonctions de contenance, de maintenance et de pare-excitation.

3.4/ L'utilisation des tissus

La couverture est un tissu qui peut être utiliser pour diminuer les angoisses corporelles archaïques.

Je l'observe au cours d'une séance où nous jouons à faire semblant que nous sommes sur une plage. Éric saute du trampoline en disant qu'il plonge dans la mer, pousse des cris, se jette au sol et s'effondre. Il frotte son corps contre le trampoline et sur le sol. Il est agité et désorganisé sur le plan moteur. Ses paroles suivent son comportement moteur : il commence une phrase, ne la termine pas, puis il amorce une autre phrase, une idée lui vient, puis une autre. Son agitation motrice et verbale est telle que mon esprit s'embrouille. Est-ce là le signe du transfert-contre-transfert ou d'une identification projective ?

Sylvie lui pose des questions mais il n'y répond pas, paraissant non accessible sur le plan psychique. Elle propose à l'enfant allongé au sol de l'envelopper dans une couverture. L'enfant se calme aussitôt et arrive à répondre aux questions de Sylvie.

Je suis admirative de la réactivité de Sylvie. Pour Boutinaud (5), l'engagement en tant que soignant nécessite une grande réceptivité aux signaux corporels de l'enfant qu'il s'agit de recueillir et de traiter.

Cette séquence me paraît faire écho à la question de recherche d'une enveloppe de substitution par le mouvement perpétuel et qui a pour fonction un pare-excitation dans le cas de la survenue d'angoisses. De la même façon, la couverture permet de ressentir l'enveloppe corporelle, les limites, où s'arrête le corps, le Soi/non Soi.

Plus tard, lors d'un temps calme de lecture, Éric s'enveloppe de lui-même dans la couverture, il se tortille en cherchant à couvrir tout son corps, les côtés et les extrémités (tête et pieds). Lorsqu'il y parvient, il s'apaise complètement et devient alors à l'écoute de l'histoire. Éric semble s'entourer de la couverture comme une seconde enveloppe pour pallier peut-être à une enveloppe corporelle peu stable et unifiée.

Cette fonction de contenance apportée par le tissu semble favoriser un sentiment de sécurité interne. Tant que l'enfant n'est pas sûr, il n'est pas disponible psychiquement. Cette couverture est une technique qui peut permettre l'apaisement des angoisses, l'accès à la psyché et à la symbolisation.

Éric recherche les limites de son enveloppe corporelle. Avec la couverture, il expérimente que quelque chose provenant de l'extérieur contient et ferme les extrémités de son corps (pieds, tête). J'observe cette recherche à d'autres moments. En effet, lorsque l'enfant grimpe en haut du module d'escalade, il touche systématiquement le plafond de la salle avec sa main. Peut-être qu'à force d'expérimenter les limites d'une enveloppe issue de son environnement extérieur, Éric va intérioriser ses propres limites corporelles.

On peut aussi se servir d'autres tissus dans les séances de psychomotricité dans une perspective différente. Par exemple, le foulard a été manié lors d'un moment de relaxation avec Éric. L'enfant est allongé sur le sol. Sylvie met le foulard le long de ses jambes entourant la face dorsale. Elle soulève ses jambes grâce au tissu. Cette expérience

peut être intéressante à faire vivre à l'enfant car il peut se laisser porter et éprouver des sensations corporelles au niveau de ses membres inférieurs.

L'expérience se passe bien. L'enfant nous paraît calme et détendu. Sylvie lui demande comment il se sent. Éric répond : « C'est doux ». Puis, elle remonte le foulard au niveau de son bassin afin de lui faire expérimenter une autre zone de son corps. L'enfant commence alors à s'agiter, il écarte les jambes, les bouge dans tous les sens. Au vu de la réaction d'Éric, nous arrêtons l'expérience.

Je m'interroge : pourquoi a-t-il réagi ainsi ? Est-ce le signe d'un clivage horizontal ? J'ai eu l'impression que les sensations ressenties au niveau de son bassin ont été insupportables pour l'enfant. J'émetts l'hypothèse de l'existence d'un clivage horizontal.

Mettre le foulard au niveau du bassin a-t-il déclencher une angoisse d'intrusion ? Je pense à cela car le bassin est aussi la zone avec les orifices génital et anal. Et Éric a des problèmes d'encoprésie de rétention. Il est possible qu'il vive des angoisses de vidage et de rétention en lien avec ses orifices.

D'autres expériences me signalent qu'il se passe quelque chose pour cet enfant au niveau de la zone du bassin. Tout d'abord, au cours d'une séance, Éric nous explique que son corps est « coupé comme ça » ; il fait un geste horizontal avec sa main de gauche à droite au niveau de son ventre. Ce geste signifie peut-être le clivage corporel horizontal. Le deuxième évènement correspond à un moment de jeu spontané au cours duquel Éric utilise le gros ballon. Il s'allonge dessus sur sa face ventrale. J'observe qu'il se positionne volontairement sur sa zone pelvienne et qu'il y reste longtemps en faisant des mouvements de torsion. Il paraît vivre une expérience sensori-motrice sur cette zone d'articulation entre le haut et le bas du corps.

En conclusion de cette dernière partie, le psychomotricien tente d'étayer le sentiment d'habiter son corps et le sentiment d'unité corporelle chez l'enfant. Grâce aux diverses expériences du corps en relation à l'autre, aux objets, et progressivement mentalisées.

La stabilisation de l'enveloppe psychocorporelle va permettre de diminuer la survenue d'angoisses corporelles archaïques. Cette stabilisation va aussi permettre la

constitution de l'image du corps et la mise en place de l'espace transitionnel du jeu (5). In fine, l'enfant pourra peut-être découvrir le plaisir de jouer.

Pour Boutinaud (5 ; p.146) : « Le déploiement des capacités ludiques de l'enfant reste tributaire de l'émergence de l'image du corps, le tissage progressif de ces deux dimensions reste donc à envisager conjointement ». Ainsi, une évolution du jeu de l'enfant sous-entend une évolution de son image du corps.

CONCLUSION

Cette prise en charge dans le cadre de mon stage au CMPEA m'a permis de me questionner sur ma future posture de psychomotricienne.

Ce questionnement a été déclenché en partie par la volonté d'Éric de ne pas être touché par les autres. Pourquoi ne voulait-il pas que je le touche ? Et pourquoi est-ce la première chose qu'il m'a dite ? Cela devait avoir de l'importance pour cet enfant.

Cette rencontre a attisé ma curiosité. J'observais des manifestations cliniques spécifiques telles que des stéréotypies manuelles, des comportements de collage contre l'autre ou le matériel, des effondrements du corps au sol, etc. Je voulais comprendre son fonctionnement, sa perception du corps, du monde et sa manière d'être en relation avec l'environnement humain et physique. Et ceci dans le but de tenter de le comprendre et de l'accompagner au mieux dans la prise en charge.

Une hypothèse est que cet enfant a eu un défaut de structuration de l'enveloppe psychocorporelle au cours de son développement. J'ai pu ainsi amorcer la compréhension de certains processus en lien avec cette défaillance tels que la survenue d'angoisses archaïques corporelles et les mécanismes de défense.

La psychomotricité est une indication pour les enfants qui ont une carence de l'enveloppe psychocorporelle. Pour ces enfants, les limites corporelles restent fragiles et la confusion menace sans cesse. La symbolisation des éprouvés corporels est très défaillante, livrant l'enfant à une énigme source d'angoisses : « c'est le fameux divorce psyché-soma décrit par Winnicott » (5 ; p. 145). On peut espérer que la psychomotricité puisse offrir à l'enfant un espace où les vécus des angoisses corporelles archaïques trouvent un contenant et qu'ils prennent sens. Selon Joly, une telle thérapie psychomotrice se fonde sur « l'invitation et l'engagement dans (et à) l'interaction corporelle, à l'éprouvé d'un corps en relation » et sur « l'accompagnement transformateur de l'articulation essentielle entre corps et psyché » (5 ; p146).

Lors de mon stage, j'ai aussi entrevu certaines techniques et médiations pouvant aider l'enfant à s'apaiser et à expérimenter son corps et ses limites dans un lien sécure et contenant. J'ai conscience qu'il existe d'autres médiations permettant d'accompagner les enfants ayant un défaut d'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle. Certaines institutions utilisent l'eau et la patageoire. L'Hôpital de Jour pour enfants, accolé au CMPEA, utilise la médiation patageoire. Je pense qu'il peut être très intéressant de recueillir des informations concernant l'utilisation de telles médiations. En ce sens, Pierre Lafforgue et son équipe de l'hôpital de jour ont élaboré le dispositif et la technique de la patageoire. Anne-Marie Latour est aussi connue dans ce domaine. Elle a participé aux travaux de Lafforgue et a proposé un manuel concernant l'utilisation de la médiation par l'eau.

En fait, le psychomotricien peut choisir au sein d'une multitude de supports, d'outils théoriques et de médiations. Il va les utiliser au sein d'un cadre qui doit s'articuler de façon fructueuse avec les autres espaces thérapeutiques.

Le psychomotricien peut appréhender les ratés de l'articulation entre corps-psyché et les défauts d'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle. Néanmoins, en rédigeant ce mémoire, je me rends compte à quel point le projet de participer à la structuration de l'enveloppe de l'enfant est ambitieux et complexe. Les professionnels que j'ai accompagnés durant mes stages me sensibilisent à cette notion de complexité : on ne remplacera jamais toutes les expériences non vécues ou mal vécues pendant l'enfance. Je me questionne alors : Quel but poursuivre pour le travail en psychomotricité ? Cette question peut être élargie au soin en général impliquant les autres partenaires. Dire qu'il est nécessaire d'atteindre une « normalité » ou une « guérison » paraît peu satisfaisant. Le projet de soin pourrait plus modestement être une proposition à ce que l'enfant aille mieux (5). Cela amène alors de nouvelles interrogations : qu'est-ce que « aller mieux » signifie ? Et comment l'observer ou l'évaluer objectivement ?

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	
SOMMAIRE.....	
INTRODUCTION.....	1
PARTIE THEORIQUE.....	3
1/ ELABORATION D'UNE ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE.....	4
1.1/ LE CONCEPT D'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE.....	4
1.2/ L'EQUIPEMENT NEUROPHYSIOLOGIQUE.....	6
1.2.1/ La peau : la limite matérielle entre dedans et dehors.....	6
1.2.2/ Les sensations de l'espace interne et de l'espace externe.....	10
1.2.3/ Compétences du nouveau-né.....	14
1.3/ INTERACTIONS AVEC LES MILIEUX PHYSIQUE ET HUMAIN.....	17
1.3.1/ Sensations, perceptions, représentations et milieu physique.....	17
1.3.2/ Le milieu humain : les relations précoces mère-enfant.....	20
1.3.3/ L'importance de l'environnement social.....	34
1.3.4/ Schéma corporel et image du corps.....	36
2/ LES MANIFESTATIONS CLINIQUES LIEES A UN DEFAUT DE STRUCTURATION DE L'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE.....	39
2.1/ LES ANGOISSES CORPORELLES ARCHAÏQUES.....	39
2.1.1/ L'angoisse d'effondrement ou de chute sans fin.....	41
2.1.2/ L'angoisse de morcellement.....	43
2.1.3/ L'angoisse de vidage et d'intrusion.....	43
2.1.4/ L'établissement du Moi corporel et les relations.....	39
2.2/ LES MECANISMES DE DEFENSE.....	45
2.2.1/ Les agrippements physiques et sensoriels.....	45
2.2.2/ Les anomalies du tonus et l'agitation motrice.....	47
2.2.3/ Les stéréotypies motrices.....	49
2.2.4/ Le couple « clivage-déni ».....	50
2.2.5/ L'identification projective.....	55
2.2.6/ L'identification adhésive.....	53
2.2.7/ Les somatisations.....	56

PARTIE CLINIQUE	59
1/ PRESENTATION DES INSTITUTIONS ET DE L'EQUIPE	60
2/ PRESENTATION D'ÉRIC.....	61
2.1/ Situation familiale	61
2.2/ Motif de la consultation.....	64
2.3/ Entretien pédopsychiatrique	64
2.4/ Evaluation psychomotrice	66
3/ PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE ET RENCONTRE.....	67
3.1/ Prise en charge institutionnelle	68
3.2/ Relai à la psychomotricienne de l'Hôpital de Jour	67
3.3/ La rencontre	69
3.4/ Les observations des premières séances	70
PARTIE THEORICO-CLINIQUE	76
1/ L'ENVELOPPE INSTITUTIONNELLE	77
2/ LE CADRE THERAPEUTIQUE ET LES FONCTIONS DU PSYCHOMOTRICIEN	80
2.1/ L'alliance thérapeutique et la posture du psychomotricien	80
2.2/ Le cadre physique et le cadre psychique.....	83
3/ NOS PROPOSITIONS	86
3.1/ Jouer ensemble de façon différenciée.....	86
3.2/ Création de la cabane	87
3.3/ L'appui-dos et le portage	89
3.4/ L'utilisation des tissus	90
CONCLUSION.....	94
TABLE DES MATIERES.....	96
BIOBLOGRAPHIE	98
ANNEXES	102

BIOBLOGRAPHIE

- (1) Anquetil S. (2020). *Construction des représentations corporelles chez l'enfant : lorsque la fonction proprioceptive s'affaiblit dans le cas de paralysie cérébrale*. [Mémoire, Institut de Formation en Psychomotricité de de la Pitié-Salpêtrière]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02932371>
- (2) Anzieu D. (1995). *Le Moi-peau*. Dunod.
- (3) Bachollet M. S. et Marcelli D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, n° 49, 14-19. <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2010-4-page-14.htm>
- (4) Bergès J. (2001). L'enfant agité. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n° 43, 49-56. <https://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-ladolescence-2001-1-page-49.htm>
- (5) Boutinaud J. (2010). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*. Edition in Press.
- (6) Brémaud N. (2009). Retour sur les stéréotypies psychotiques. *L'information psychiatrique*, vol. 85, 877-890. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-10-page-877.htm>
- (7) Brémaud N. (2013). De l'angoisse dans les psychoses. *Cliniques méditerranéennes*, n° 88, 185-202. <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2013-2-page-185.htm>
- (8) Brunoro E. (2019). *Un jeu d'enfant : la rencontre avec Taz médiatisée par le jeu : mise en scène et mise au travail des problématiques d'enveloppe psychocorporelle et d'angoisses archaïques*. [Mémoire, Institut de Formation en Psychomotricité de de la Pitié-Salpêtrière]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274812>
- (9) Bullinger A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 1, un parcours de recherche*. Editions Erès.
- (10) Bullinger A. (2013). Les représentations de l'organisme dans l'autisme, perspective développementale. *La revue lacanienne*, n° 14, 173-177. <https://www.cairn.info/revue-la-revue-lacanienne-2013-1-page-173.htm>
- (11) Cappe E. et Boujut E. (2016). L'approche écosystémique pour une meilleure compréhension des défis de l'inclusion scolaire des élèves ayant un trouble du spectre de l'autisme. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, n°143, 391-401.
- (12) Caublôt M. et al. (2014). Intérêts de l'approche écosystémique de la qualité de l'accueil... Des structures de la petite enfance pour la recherche et les pratiques professionnelles. *Spirale*, n° 70, 137-150. <https://www.cairn.info/revue-spirale-2014-2-page-137.htm>

- (13) Chabrol H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, n° 82, 31-42. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-31.htm>
- (14) Ciccone A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, n°17, 81-102. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2001-2-page-81.htm>
- (15) Colineau C. (2016). *L'alliance thérapeutique dans les prises en soin psychomotrices mère-enfant. Élaboration d'une relation de confiance dans le cadre d'un dispositif thérapeutique d'observation réciproque*. [Mémoire de Psychomotricité, Université de Bordeaux]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340555>
- (16) Commission des 1000 premiers jours (2020, septembre). *Les 1000 premiers jours - Là où tout commence*. Le Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
- (17) Frechou S. (1998). *Inhibition et psychomotricité. Une expérience psychomotrice auprès des enfants inhibés en CMP et CATTP*. [Mémoire de Psychomotricité, Université de Bordeaux].
- (18) Golse B. (2001). La psychose à partir de la clinique du bébé, ou entre corps et institution : l'instauration. Dans Delion P. *Le bébé et ses institutions* (pp. 73-89). Editions Erès. <https://www.cairn.info/--9782865869459-page-73.htm>
- (19) Golse B. (2012). Un adolescent tout seul, cela n'existe pas. L'adolescent et sa famille revisités par les nouvelles connaissances sur le bébé. *Dialogue*, n° 198, 19-30. <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2012-4-page-19.htm>
- (20) Guedeney, N. (2010). *L'attachement, un lien vital*. Editions Fabert. https://www.yapaka.be/files/publication/TA_Lattachement_un_lien_vital_WEB.pdf
- (21) Haag G. (1985). La mère et le bébé dans deux moitiés du corps. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, n°33, 107-114.
- (22) Haag G. (1988). Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psychomotrices dans la première année de vie. *Revue de neuropsychiatrie de l'enfance*, n°36.
- (23) Haag G. (2006). Clivage dans les premières organisations du moi : sensorialités, organisation perspective et image du corps. *Le carnet psy*, n°112, 40-42. <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2006-8-page-40.htm>
- (24) Houzel D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. Collection Concept-psy. Ed. In Press.
- (25) Joly V. (2018, 13 mai). *Donald Winnicott : Qu'est-ce que le holding ?*
Consulté le 9 janvier 2022 sur <http://psy-enfant.fr/holding-donald-winnicott/>

- (26) Julien C. (2008). Sur les « neurones-miroirs ». *Les Lettres de la SPF*, n° 20, 121-141. <https://www.cairn.info/revue-les-lettres-de-la-spf-2008-2-page-121.htm>
- (27) Laugier F. et Toliou A. (2009). Penser les soins spécifiques des patients psychotiques institutionnalisés au long cours. *Psychothérapies*, vol. 29, 175-186. <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2009-3-page-175.htm>
- (28) Lheureux-Davidse C. (2012). De l'agrippement sensoriel à la métaphore partagée dans la clinique de l'autisme. *Chimères*, n° 78, 75-85. <https://www.cairn.info/revue-chimeres-2012-3-page-75.htm>
- (29) Liguoro (2013). *Anatomie morphologique et fonctionnelle du système nerveux central*. Editions Bergeret.
- (30) Maquin A. (2016). " Une enveloppe à fleur de peau ". *La psychomotricité : une relation thérapeutique contenant pour panser l'enveloppe psychocorporelle défaillante des enfants trachéotomisés*. [Mémoire, Institut de Formation en Psychomotricité de de la Pitié-Salpêtrière]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359578>
- (31) Marcelli D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, n° 44, 123-129. <https://www.cairn.info/revue-spirale-2007-4-page-123.htm>
- (32) Martinvalet L. (2019). "Bouger pour se sentir exister " : l'approche psychomotrice des stéréotypies motrices chez un adolescent autiste. [Mémoire, Institut de Formation en Psychomotricité de de la Pitié-Salpêtrière]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274085>
- (33) Naulet M. (2020). *Relâcher ou retenir : un lien avec l'organisation de l'enveloppe psychocorporelle*. [Mémoire, Institut de Formation en Psychomotricité de de la Pitié-Salpêtrière]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02939547>
- (34) Pacoret J. *Le Moi-peau dans les processus de somatisations*. Joel Pacoret, psychologue. Consulté le 20 décembre 2021 sur <https://joel-pacoret.fr/concept/moi-peau/le-moi-peau-dans-les-processus-de-somatisations/>
- (35) Pireyre E. (2008). *L'image du corps : monolithique ou composite ?* <https://www.guide-psycho.com/psychomotricite/les-angoisses-corporelles-archa%C3%AFques-e-pireyre/>
- (36) Pireyre E. (2011). *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*. Dunod.
- (37) Potel C. (2015). *Être psychomotricien*. Editions Erès.
- (38) Pry R. (2018). *Six leçons sur les troubles du neurodéveloppement. Quand la psychopathologie devient développementale*. Tom Pousse.

(39) Rey S. (2019). “ *Quand je te laisse mon bras, ça me fait mal...*”. *La psychomotricité auprès d'enfants présentant une enveloppe défaillante, en pédopsychiatrie*. [Mémoire, Institut de Formation en Psychomotricité de l'Université de Bordeaux]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02179694>

(40) Schenardi C. (2020). “ *Qui de nous deux ... inspire l'autre ? ** : la dynamique de la relation thérapeutique psychomotrice avec un enfant présentant des troubles de l'interaction et de la communication : une approche en PMI*. [Mémoire, Institut de Formation en Psychomotricité de de la Pitié-Salpêtrière]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359578>

(41) Temple Grandin M. (1986). *Extraits de l'ouvrage : « Ma vie d'autiste »*. Paris : Editions Odile Jacob. <https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/1593/files/2014/03/Temple-GRANDIN-1986.-Ma-vie-dautiste.pdf>

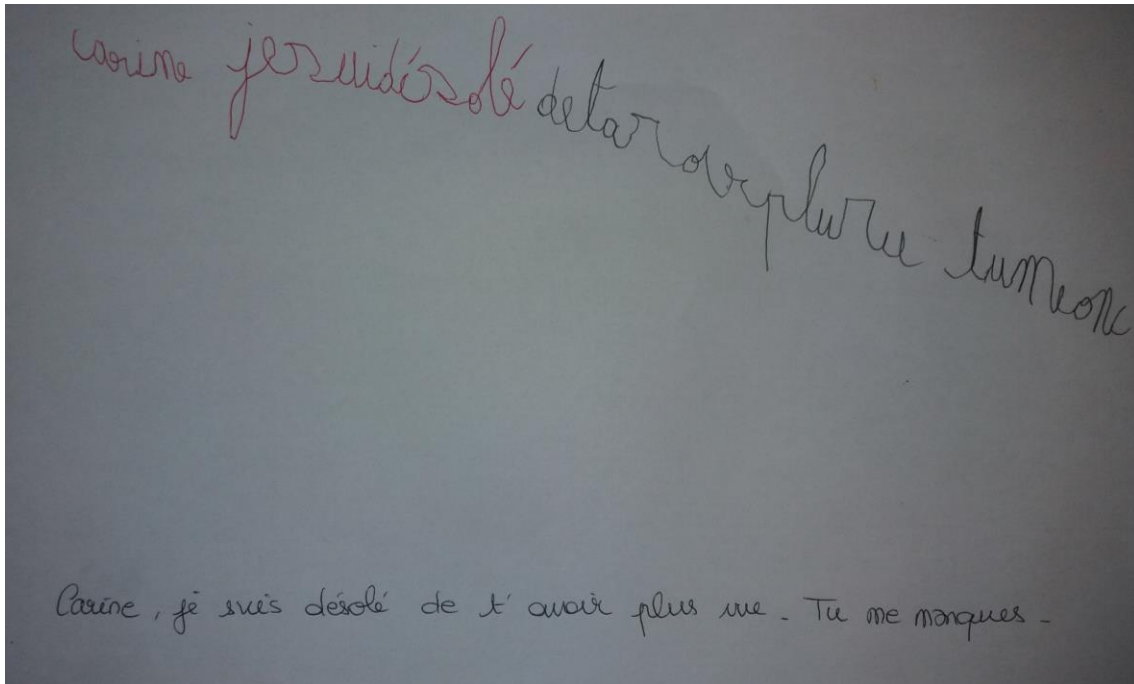
(42) Tereno S. et al. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, vol. 19, 151-188. <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm>

(43) Vogel F. (2015). La fonction contenante : un double ancrage corporel et relationnel. [Mémoire, Institut de Formation en Psychomotricité de l'Université de Bordeaux]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01195826>

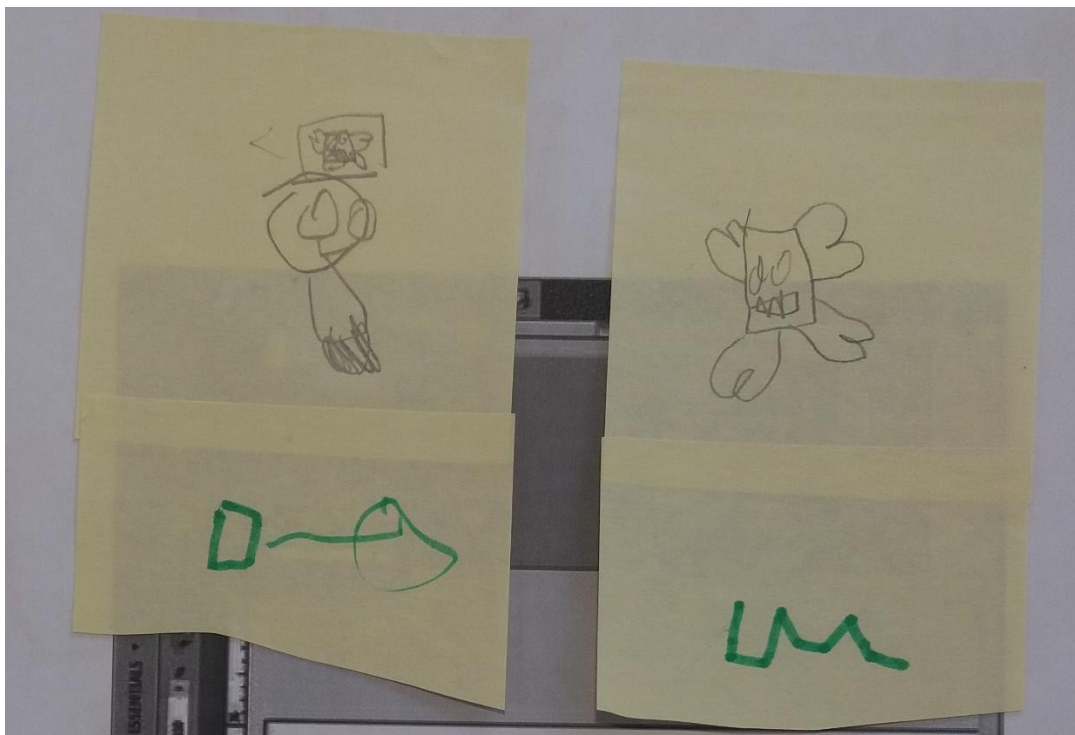
(44) Vust D. (2010). Psychodermatologie et Moi-Peau. *Psychothérapies*, Vol. 30, 65-74. <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2010-2-page-65.htm>

ANNEXES

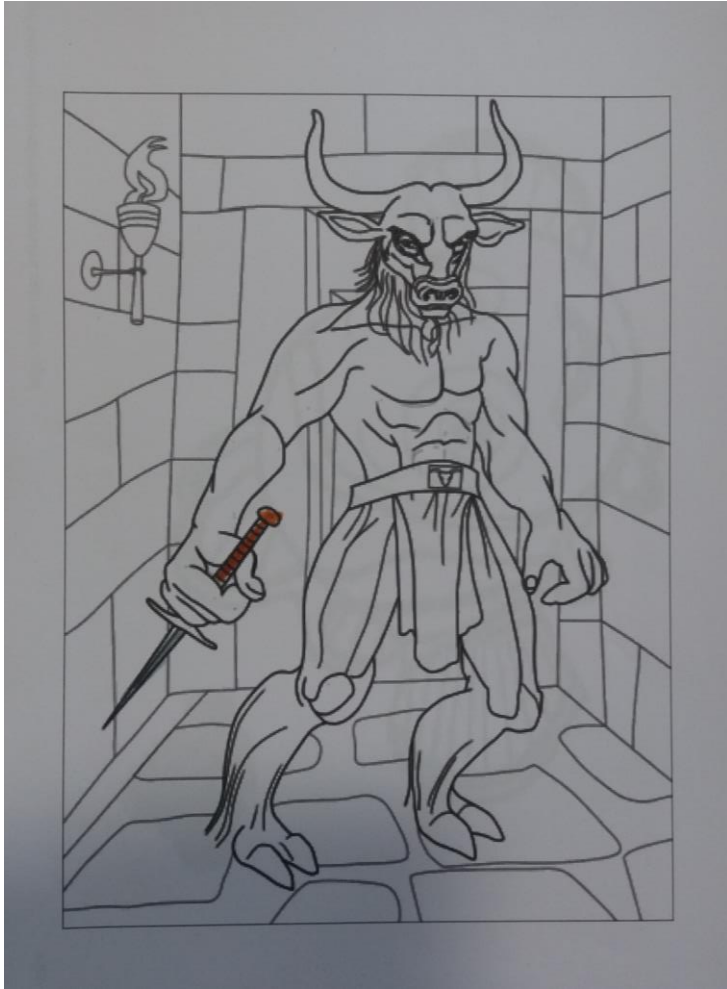
Annexe 1 : Mot écrit par Arnaud.



Annexe 2 : Dessins effectués par Éric sur des post-it. Celui de gauche représente Éric et celui de droit représente Sylvie la psychomotricienne.



Annexe 3 : Dessin d'un centaure qu'Éric colorie durant une séance.



Annexe 4 : Photographies de la deuxième cabane réalisée par Éric, avec l'aide de Sylvie la psychomotricienne et moi. On y retrouve des éléments qui protègent des attaques de zombies : sur les côtés, il y a des fils électriques ; devant, un gros canon ; et de l'extérieur vers l'intérieur, un fil passe pour communiquer avec le perroquet qui nous avertit en cas de danger.



