



HAL
open science

“ L’appel du corps ” : la thérapie psychomotrice comme soutien dans la (re)construction psychocorporelle de l’enfant victime de maltraitance

Mathilde Seguineau

► To cite this version:

Mathilde Seguineau. “ L’appel du corps ” : la thérapie psychomotrice comme soutien dans la (re)construction psychocorporelle de l’enfant victime de maltraitance. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03764721

HAL Id: dumas-03764721

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03764721>

Submitted on 30 Aug 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.



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



« L'appel du corps »

La thérapie psychomotrice comme soutien dans la (re)construction psychocorporelle de
l'enfant victime de maltraitance

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

Par Mathilde SEGUINEAU

Référents de Mémoire :

Mme Lisa THIRIET

Mr Pierrick BROUASSIN

Session de juin 2022

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue et guidée dans l'écriture de ce mémoire et durant ces études.

Pierrick Brouassin et Lisa Thiriet, Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans l'écriture de ce mémoire. Vous avez su soutenir et enrichir ma réflexion avec passion et bienveillance. Merci également pour votre disponibilité.

Aude, pour sa confiance auprès des patients et son regard clinique qui a permis de nourrir ce mémoire. Et à l'ensemble de l'équipe du CAPP pour leur accueil et leur partage d'expériences.

Pierrick, pour sa bienveillance et son écoute. Merci pour la confiance que tu m'as accordée dans la prise en soin des patients et d'avoir soutenu mes réflexions cliniques.

Merci à l'ensemble des professeurs de l'IFP et des maîtres de stage rencontrés au cours de ces trois dernières années. Merci de m'avoir accompagné et d'avoir partagé avec moi un bout du chemin de la psychomotricité.

Un grand merci à Mhoussine, Ahmed et tous les patients rencontrés de m'avoir fait confiance.

Je remercie ma famille qui de près ou de loin m'a accompagné dans l'écriture de ce mémoire et tout au long de ses études.

Merci à mes amies rencontrées lors de ces études, Alexandra et Marion pour leur soutien et leur relecture tout au long de ce mémoire.

Table des matières

Introduction.....	6
I. Présentation du cadre institutionnel et des enfants	8
A. La structure du CAPP.....	8
1. Définition.....	8
2. Équipe Pluridisciplinaire et Fonctionnement du CAPP	9
3. La psychomotricité et ma place de stagiaire.....	10
B. La rencontre avec les enfants et leur histoire familiale	11
1. Mhoussine.....	11
a) Première impression et anamnèse	11
b) La rencontre avec les parents	12
c) Bilan psychomoteur d’octobre 2021	13
2. Ahmed	17
a) Première Impression et Anamnèse.....	17
b) Les rencontres avec les parents.....	18
c) Bilans Psychomoteurs	19
C. Le Cadre de la Protection de l’enfance au service du CAPP	22
1. Le cadre légal de la Protection de l’enfance	22
2. La cellule protection de l’enfance : Le soin au service de la protection de l’enfant.....	23
a) Le fonctionnement de la cellule	23
b) Le CAPP en protection de Mhoussine	23
3. Une obligation d’alerter pour mieux protéger	24
a) Cadre légal : (cf Annexe 1)	24
(1) L’Information Préoccupante.....	24
(2) Le Signalement.....	25

(3) Les mesures judiciaires possibles : L'AEMO	26
b) Ahmed, un enfant en danger	26
II. Du Tonus aux représentations corporelles : Les fonctions déficitaires chez l'enfant victime de maltraitance	28
A. Tonus	28
1. Mhoussine.....	28
2. Ahmed	30
3. La construction du tonus et ses défaillances.....	31
a) Définitions du tonus	31
b) Le Dialogue tonico-émotionnel	32
c) Un défaut de régulation tonico-émotionnel en réaction à la maltraitance	34
B. Schéma Corporel, Image du Corps et Image composite du corps	36
1. Mhoussine.....	36
2. Ahmed	37
3. Le schéma corporel.....	38
a) Les théories fondatrices.....	38
b) Le développement du schéma corporel en lien avec le développement psychomoteur.....	39
4. Image du corps.....	40
a) Les Premières théories	40
b) L'image Composite du Corps	40
C. D'une défaillance des représentations corporelles vers une prise en soin psychomotrice	43
1. Le lien entre le tonus et les représentations corporelles déficientes.....	43
a) Le tonus et le schéma corporel.....	43
b) La Manifestation d'angoisses corporelles archaïques.....	45
c) L'appui-dos comme soutien de la reconstruction de l'image du corps.....	46

2.	Prise en soin des représentations corporelles défaillante chez l'enfant victime de maltraitance	47
a)	Le Dialogue Tónico-émotionnel	47
b)	Le travail en relaxation	48
III.	Du cadre aux limites psychocorporelles.....	50
A.	La construction du cadre des séances.....	50
1.	Mhoussine.....	50
2.	Ahmed	51
3.	Définition du Cadre	53
a)	Dimensions Temporo-Spatiales	54
b)	Conditions Matérielles	54
c)	La modalité relationnelle du cadre	55
d)	Le cadre thérapeutique soutient l'élaboration d'une enveloppe contenante	56
B.	De la construction du cadre à la construction des limites corporelles	57
1.	Mhoussine.....	57
2.	Ahmed	58
3.	La construction des limites corporelles comme base de la contenance psychique	61
a)	Holding et Handling.....	61
b)	De l'enveloppe Corporelle au Moi-Peau	62
c)	Les huit fonctions du Moi-peau	62
4.	A la contenance Psychique	64
a)	La contenance.....	64
b)	La fonction alpha de Bion.....	64
C.	La fonction contenante en psychomotricité : du cadre au psychomotricien. .	65
1.	Le cadre comme premier contenant.....	65

a) La construction de limites psychocorporelles à travers la construction d'un cadre spatio-temporel.....	65
b) L'appropriation du cadre grâce à sa composante matérielle.....	68
c) Le cadre humain comme tiers de la relation	69
d) Un cadre thérapeutique sécure face à la défaillance du cadre familial	70
2. La fonction contenante du psychomotricien : Soutien de la construction des enveloppes chez l'enfant victime de maltraitance	71
Conclusion	73
Références.....	75
Bibliographie.....	75
Articles et Lois.....	78
Sitographie	79
Annexes	I

Introduction

Au cours de ma troisième année d'étude de psychomotricité, j'ai effectué un stage dans un Centre d'Adaptation Psychopédagogique. Lors de ce stage, j'ai rencontré deux enfants : Ahmed et Mhoussine (Prénoms modifiés pour conserver l'anonymat). Au fur et à mesure que je les rencontre, l'équipe suspecte des faits de maltraitance et de négligence chez ces deux enfants. Dans ce mémoire, j'utiliserai le terme de maltraitance en regard de la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé précisée ultérieurement.

Cette situation s'est également répétée au cours de l'année avec un autre enfant rencontré sur mon autre lieu de stage en Centre Médico-Psycho-Pédagogique. J'ai toutefois fait le choix de me concentrer sur Ahmed et Mhoussine.

Chacune de ces deux rencontres a été unique. Au cours de leur suivi, je me suis rendu compte qu'ils pouvaient, malgré le fait qu'ils ne se connaissaient pas, et ne se sont jamais vus, avoir des manifestations corporelles similaires. Ces manifestations ainsi que leurs différences m'ont interrogé sur une possible lecture psychomotrice de l'enfant victime de maltraitance.

Par ailleurs, lors des temps de réflexion pluriprofessionnelles autour des mesures à mettre en place pour les protéger, je me suis sentie démunie quant au fait de ne pas savoir quelle était ma place. Cela m'a interrogé sur le rôle que peut jouer le psychomotricien dans la protection de ces enfants que ce soit lors des séances ou que ce soit dans la protection légale de l'enfant.

Je me suis également rendu compte en parlant avec d'autres étudiants et d'autres psychomotriciens que cette question était de plus en plus fréquente dans nos prises en charge au sein des structures ou en libéral. Malgré cette multiplicité de cas, je me suis rapidement rendu compte de ma méconnaissance quant à la manière d'agir face à la situation de ces enfants et à la place que je devais prendre en tant que stagiaire et plus tard en tant que psychomotricienne.

Je me suis alors questionnée sur la place du psychomotricien auprès des enfants victimes de maltraitance. Autrement dit, **De quelle manière le dispositif thérapeutique en psychomotricité permet de contenir et de reconstruire les défaillances psychocorporelles de l'enfant victime de maltraitance ?**

Je fais alors l'hypothèse que la maltraitance quel que soit sa forme entrave le développement psychomoteur de l'enfant. Par ailleurs, le psychomotricien à travers son engagement psychocorporel et son approche psychocorporelle du patient prend toute sa place dans la prise en soin des enfants victimes de maltraitance. Ses observations psychomotrices et son approche globale de l'enfant lui donnent également une place importante au sein de l'équipe pluridisciplinaire qui prend soin et protège ces enfants.

Afin d'affirmer ou d'infirmer ces hypothèses, j'ai choisi de construire un raisonnement clinico-théorique, mêlant pour plus de cohérence, clinique, théorie et discussion tout au long de mon mémoire

J'exposerai tout d'abord le terrain de stage dans lequel j'ai évolué cette année, puis je présenterai les deux enfants Ahmed et Mhoussine que j'ai choisi comme cas cliniques. Je définirai ensuite le cadre légal de la protection et la manière dont il prend place au sein de la structure.

Je développerai ensuite la manière dont la maltraitance impacte le développement de certaines fonctions psychomotrices. Dans cette partie, j'aborderai dans un premier temps le développement du tonus et la façon dont il est impacté par la maltraitance. Dans un second temps, j'expliquerai le développement du schéma corporel et de l'image du corps. Je mettrai, enfin, en évidence la manière dont une construction tonique déficitaire entrave la construction d'un schéma corporel et d'une image du corps défaillantes.

J'étudierai enfin la capacité du cadre en psychomotricité à contenir et reconstruire des limites psychocorporelles défaillantes. Je développerai tout d'abord la définition du cadre dans ses différentes modalités, puis j'aborderai la construction des limites corporelles et le développement de la capacité de contenance psychique. Je terminerai enfin en étudiant la contenance apportée par le cadre et par le psychomotricien.

I. Présentation du cadre institutionnel et des enfants

Après avoir présenté le fonctionnement du CAPP dans lequel je suis en stage cette année et qui constitue le cadre de soin des enfants. Je présenterai Ahmed et Mhoussine ainsi que le cadre familial dans lequel ils évoluent. Je préciserai enfin le fonctionnement de la Protection de l'enfance et de quelle manière elle prend sa place au sein du CAPP.

A. La structure du CAPP

1. Définition

Les Centres d'Adaptation Psychopédagogique (CAPP) sont des structures spécifiques au territoire parisien. Ils sont sous la direction du Département de Paris (Direction de l'action sociale de l'enfance et de la santé)¹ et de l'académie de Paris (Education Nationale).

Le nouveau projet de service des CAPP de la Ville de Paris les définit comme « des structures pluridisciplinaires de prévention d'aide et de soutien pour accompagner et favoriser l'adaptation et l'inclusion scolaires des élèves parisiens en difficultés scolaires, ou dont les difficultés psychiques, sociales, familiales ont des répercussions sur leur scolarité. Les CAPP participent au parcours éducatif de santé et à la prévention en santé mentale. Ils contribuent à la réduction des inégalités sociales et territoriales en termes de santé et de scolarité. »

Dans le cadre de leur action de prévention, les CAPP ont pour mission de mettre en place des moyens médicaux et médico-sociaux pour empêcher l'apparition (Prévention primaire), l'aggravation ou l'extension des maladies (Prévention Secondaire) ou leurs conséquences à long terme (Prévention Tertiaire). (Larousse) (HAS, 2006). La Prévention en CAPP est primaire et secondaire en fonction du champ d'intervention : Prévention primaire dans les champs de la santé mentale, de difficultés scolaires sans cause pédagogique et du handicap, et Prévention secondaire dans le champ du soin.

¹ À la suite d'une restructuration des services au 1er avril 2022, les CAPP sont maintenant sous la tutelle de la Direction de la santé Publique.

2. Équipe Pluridisciplinaire et Fonctionnement du CAPP

L'équipe du CAPP dans lequel je suis en stage est constituée d'un directeur, un médecin responsable, une secrétaire, une assistante socio-éducative², un médecin neuropédiatre, quatre psychologues, un orthophoniste et deux psychomotriciennes. Certains professionnels sont à temps partiel et d'autres sont à temps plein. Toutefois, ils se réunissent tous ensemble pour la réunion de synthèse hebdomadaire afin d'échanger sur l'organisation de la structure et sur les patients en cours de suivi.

D'après le projet de centre, l'admission des patients au CAPP se fait en plusieurs étapes :

- Accueil des parents et réception de la demande par la secrétaire
- Etude de la demande lors d'une Petite Cellule de Traitement des Nouvelles Demandes (PTCND) :

À partir de la demande formulée par les parents lors de l'inscription de leur enfant et/ou des documents transmis par l'école ou les partenaires.

- Décision en équipe de la réponse apportée à la demande :
 - Soit une 1^{ère} consultation avec un consultant³ ou l'accueil des tout-petits pour les enfants de maternelle,
 - Soit un entretien d'accueil avec l'assistante socio-éducative,
 - Soit réadresser la famille dans un service plus adapté.
- Mise en place sous la responsabilité du médecin responsable d'une ou plusieurs consultations avec un médecin ou un psychologue afin de :
 - Démêler ce qui relève de la demande des parents, de l'école, et de celle de l'enfant
 - Obtenir le consentement des parents
 - Déterminer la présence ou non de difficultés scolaires, qu'il s'agisse de retard d'apprentissage, d'inhibition scolaire ou autre
 - Pouvoir proposer la prise en charge la plus adaptée possible

² Assistants socio-éducative ou ASE – Spécialité Assistante social ou Éducatrice Spécialisée

³ « Est référent du projet personnalisé est désigné comme interlocuteur de première intention de la famille, des différents intervenants du CAPP et de l'école ».

- A l'issue de ces consultations, propositions de bilans et si besoin de prise en charge :
 - Orthophoniques
 - Psychomoteurs
 - Psychopédagogiques

Il est important de préciser que les patients accueillis au sein du CAPP « souffrent de troubles de plus en plus aigus, troubles du comportement, psychoses et autres troubles du développement nécessitant une orientation vers des structures adaptées. [...] Les situations qui impliquent l'ASE et les services éducatifs se sont également multipliées ces derniers mois. » (Projet de centre CAPP 2021-2024, 2021)

3. La psychomotricité et ma place de stagiaire

Mon arrivée au sein de la structure dès le mois de septembre 2021 et ma participation aux réunions de synthèse hebdomadaire m'ont permis d'être intégrée à part entière au sein de l'équipe du CAPP ainsi qu'au sein des séances de psychomotricité. Je participe également au groupe « Labo du jeu » encadré par les deux psychomotriciennes de la structure. Ma présence le mercredi toute la journée m'a permis de côtoyer en particulier l'assistante socio-éducative, la psychologue et l'orthophoniste avec lesquelles j'ai échangé en particulier lors du moment du repas que nous partagions. J'ai aussi assisté à d'autres moments de réflexion professionnelle comme des réunions d'équipe de suivi de la scolarisation ou encore des cellules protection de l'enfance dont je préciserai la fonction ultérieurement.

La psychomotricienne était toujours présente avec moi lors des séances auxquelles j'ai participé. Mon rôle n'était pas le même en fonction des enfants : observatrice, prise en charge seule et en duo avec la psychomotricienne. Cette dernière avait toujours à cœur après les séances que nous échangions sur ces dernières et que je lui partage mes observations, mes ressentis et mon vécu de la séance. La diversité des patients que nous voyions et de leurs difficultés rendaient chaque séance unique et m'a donné à voir une psychomotricité qui s'adaptait au patient et à son besoin.

B. La rencontre avec les enfants et leur histoire familiale

1. Mhoussine

a) **Première impression et anamnèse**

Mhoussine est un petit garçon âgé de 7 ans scolariser en classe de CE1. Lorsque je le rencontre, il me semble petit et frêle. Il a du mal à me regarder dans les yeux et parle très peu. Il vit avec ses parents, ses deux frères et sa petite sœur en appartement. Il est le 2ème de la fratrie. Sa maman parle lingala à la maison et est originaire du Congo-Kinshasa. La famille vient de déménager dans un plus grand appartement, Mhoussine vient donc de changer d'école.

Mhoussine a été adressé au CAPP en décembre 2019 par l'école pour des difficultés de langage, de graphisme, une mauvaise tenue du crayon et pour l'aider à grandir. La demande des parents portait sur des difficultés de compréhension et le fait que Mhoussine pleurait facilement. Il a tout d'abord été reçu à l'accueil des tous petits⁴. Il a ensuite bénéficié d'un suivi psychologique hebdomadaire jusqu'au 1er confinement en mars 2020 durant lequel les séances par téléphone ont été difficiles à mettre en place. Le suivi psychologique prend donc fin en juin 2020 en raison d'une non-demande des parents malgré une demande de l'école.

Les parents font une nouvelle demande de suivi en mars 2021. Mhoussine reprend donc son suivi psychologique.

Mhoussine est suivi en orthophonie en libéral depuis septembre 2020 à raison de deux fois par semaine. La demande initiale de prise en charge était un bégaiement mais s'est transformée en une prise en charge pour retard de parole et de langage. L'orthophoniste note que la maman présente aussi un bégaiement très important associé à une perte du contact visuel. Elle a demandé un suivi orthophonique mais malgré les adresses fournies aucun soin orthophonique n'a été mis en place.

Mhoussine est adressé en psychomotricité en septembre 2021 pour une grande agitation psychomotrice et une recherche constante de sécurité.

Lors d'une réunion avec la nouvelle école en décembre 2021, la psychologue du CAPP

⁴ Temps d'accueil proposé aux enfants de maternelle, lors de l'inscription au CAPP. Il s'agit d'un accueil de parent(s) avec leur enfant sur 2 ou 3 séances. L'objectif est de faire connaissance avec une famille et son enfant et d'affiner la demande et la prise en charge ultérieure.

qui le suit évoque ses difficultés sur le plan scolaire : Mhoussine est scolarisé en classe de CP mais ne comprend pas ce qu'on lui demande. Les parents refusent le dossier MDPH proposé par l'école. Ils n'ont plus confiance et veulent le changer d'école. Alors que la psychologue veut l'orienter au CMP au vu de ses difficultés, elle se ravise quand elle apprend qu'il va changer d'école à la rentrée de septembre à cause du déménagement de la famille. La rentrée 2021 en CE1 est difficile pour Mhoussine qui est très insécurisé, a maigri et souffre de maux de ventre inexplicables. Il dit se sentir bizarre. Dans ce même temps, une petite sœur est née mais personne n'en parle.

Dès la première rencontre avec Mhoussine, je suis interpellée par sa fragilité physique et son inhibition. Mhoussine est pris en charge au CAPP depuis deux ans lorsque je le rencontre. Les éléments évoqués ci-dessus ont été partagés verbalement ou via son dossier par les professionnels qui le suivent. Il est donc intéressant de les mettre en lien avec ceux partagés par les parents de Mhoussine lorsque nous les rencontrons.

b) La rencontre avec les parents

La psychomotricienne avec laquelle je suis en stage prend toujours le temps de faire une anamnèse avec les parents avant de commencer la prise en charge.

La première rencontre avec Mhoussine s'est faite en présence de sa maman et de sa petite sœur. Je mène l'entretien et la psychomotricienne est à mes côtés en observation. Au cours de l'entretien, la maman semble fatiguée et regarde peu son fils, les interactions entre eux sont limitées. Elle tient la petite sœur sur ses genoux qui n'émet pas de bruits ni de mouvements durant les 45 min de rendez-vous. La maman rencontre des difficultés à nous répondre de manière appropriée et intelligible.

Selon elle, la grossesse s'est bien passée, Mhoussine est né à terme. Lorsqu'il était petit, il pleurait tout le temps. La maman le décrit comme agité à la maison mais réservé à l'école. Par ailleurs, la maman nous rapporte que Mhoussine passe beaucoup de temps devant la télé. Elle nous évoque également une énurésie. Elle veut que « son enfant soit capable comme les autres et qu'il s'intéresse à l'école ». Lorsque je demande si Mhoussine a des aménagements à l'école, la maman me répond de manière abrupte « Non, Non », j'apprendrai par la suite qu'une demande de dossier MDPH a été formulée par l'école mais que les parents ont refusé. Le papa est très peu évoqué au cours de l'anamnèse.

Quelques mois plus tard, nous avons pu faire un entretien avec le papa en présence de Mhoussine. Le père rentre dans la salle de psychomotricité, il ne regarde que très peu son fils et n'a pas de mouvement envers lui. Il garde ses écouteurs mais est à notre écoute. Il tient le manteau et le sac à dos de Mhoussine de la même manière que la mère tenait la petite sœur durant l'anamnèse. Durant l'entretien, nous parlons de ce qui se passe à la maison. Le père évoque la petite sœur dont Mhoussine ne nous a jamais parlé et nous apprend qu'elle s'appelle Anayelle mais qu'à la maison ils l'appellent Shana. Mhoussine regarde beaucoup les écrans à tel point que le père cache la télécommande pour qu'il ne puisse pas l'allumer. Il se bagarre par ailleurs souvent avec son petit frère. Lorsque nous abordons la fragilité physique de son fils, le père nous dit qu'il était pareil à son âge et que Mhoussine ne veut pas manger le matin. Nous le questionnons ensuite sur les raisons de leur absence à la dernière séance : selon le père, Mhoussine a eu une intoxication alimentaire qui les a obligés à aller à l'hôpital mais là-bas ils n'ont rien fait et n'ont pas donné plus d'explications.

Il note des progrès chez Mhoussine mais est inquiet de savoir si son fils va vraiment aller mieux et rattraper son retard. Il ne pleure plus à l'école mais pleure quand il n'arrive pas à se faire comprendre. Il s'efface quand il y'a beaucoup de monde autour de lui.

Ces deux rencontres avec la maman puis avec le papa de Mhoussine ont été très enrichissantes pour mieux comprendre Mhoussine et l'environnement dans lequel il vit. Cela m'a également permis de pouvoir l'observer en présence de ses parents. En plus de ces temps de rencontre avec les parents, il est primordial de lui faire passer un bilan psychomoteur avant de débiter la prise en charge afin de pouvoir faire nos propres observations psychomotrices de l'enfant que nous pourrons ensuite partager avec l'équipe et avec ses parents.

c) Bilan psychomoteur d'octobre 2021

Le Bilan psychomoteur a été réalisé à la demande de la consultante de Mhoussine, qui est aussi sa psychologue, en octobre 2021.

Niveau moteur, coordinations :

Au test du M-ABC 2, Mhoussine obtient un score de 20 points pour les items de dextérité manuelle et de viser-atraper, ce qui le situe au percentile 0,1. Il se situe donc dans la

zone pathologique. Nous avons fait le choix à la suite des premières observations psychomotrices et à l'âge de Mhoussine qui vient d'avoir 7 ans de lui faire passer les épreuves pour une tranche d'âge de 5-6 ans.

Mhoussine présente un retard important des acquisitions motrices fines.

Les items de dextérité manuelle sont réalisés avec lenteur et un manque de précision du mouvement en raison d'une tenue du crayon avec une pince bidigitale et un non-déliement épaule-coude-poignet. Nous observons que la posture est peu efficace avec une difficulté pour Mhoussine à avoir des appuis au niveau des pieds même si on lui propose des aménagements (superposition de briques en mousse sous ses pieds.)

Les items de balle (viser-attraper) sont rendus difficiles par des coordinations oculo-manuelles peu efficaces.

Au test de l'échelle de Charlop Atwell qui évalue la motricité globale et les coordinations, Mhoussine obtient un score total de 30 points, ce qui équivaut à un écart-type de -5,21 et le situe dans la zone pathologique.

Lors de la passation, il ne nous regarde pas et ne pose pas son regard dans les situations d'équilibre et de tournoiement ce qui l'empêche de s'équilibrer. Lors de l'animal préhistorique, il ne parvient pas à plier ses jambes mais parvient à ébaucher une coordination main-pieds. Mhoussine présente donc un retard des acquisitions motrices globales. On peut également faire l'hypothèse de la présence d'un trouble du développement de la coordination (TDC) qui est à surveiller.

Schéma corporel et représentation du corps

Au test des Somatognosies de Bergès, (connaissance des parties du corps) : Mhoussine présente des lacunes dans le vocabulaire relatif au corps en particulier au niveau des articulations et des membres supérieurs. Il ne nomme pas les oreilles (3 ans), les genoux, les pouces, les ongles, les lèvres et les épaules (4 ans). Il ne parvient pas non plus à nommer les cils (5 ans). Aux vues des importantes difficultés de Mhoussine, nous avons choisi de ne pas faire passer le test jusqu'au bout. Nous n'avons pas pu évaluer sa conscience du corps et nous notons qu'il accepte d'être touché.

Au test du dessin du bonhomme de Goodenough, Mhoussine le réalise sans opposition et peut-être un peu rapidement. Il obtient un total de 11 points. Son niveau d'intégration du schéma corporel correspond à celui d'un enfant de 5 ans et 3 mois. (Cf Annexe 2)

La représentation du corps comprend les parties principales du bonhomme (tête, tronc, jambes, tête). Il manque toutefois certaines parties du corps qui montrent que le schéma corporel n'est pas encore totalement intégré (absence de cou, nombre de doigts inexact, bras, cheveux...). Durant la passation, il a des difficultés à s'ajuster sur le plan postural : il tient l'outil scripteur de la main droite et utilise une pince bidigitale. Il n'utilise pas la main gauche pour tenir sa feuille et ne parvient pas à croiser son axe. Lors du retour sur le dessin, il cite « pied-jambe-ventre-yeux-bouche ».

Organisation Temporo-Spatiale :

Temps : Interrogé sur un calendrier, Mhoussine ne connaît pas les jours, les mois ni les saisons. Il rencontre des difficultés à répondre aux questions. Est-ce un problème de compréhension ou de limitation de vocabulaire. Il semble malgré tout que les notions fondamentales ne soient pas acquises. Il n'est pas repéré dans le temps social.

Sur le plan spatial, il investit peu l'espace, le mouvement ne se projette pas dans l'espace, un peu plus après le départ de sa mère. Il attend que l'adulte initie le mouvement pour le faire, il a besoin d'être étayé. Il faut souligner qu'en salle d'attente, sans sa maman, Mhoussine semble s'animer un peu plus et utilise le matériel à disposition.

Conclusion :

Mhoussine est dans la relation, il est présent mais parle très peu. Nous n'avons pas pu évaluer son niveau de langage. Il est volontaire tout au long du bilan mais présente des difficultés pour répondre correctement aux consignes. Il ne montre aucune agitation, il est dans l'inhibition de la pensée et du mouvement. On retrouve chez lui un peu de sidération et de lenteur d'exécution. Aux vues des résultats du bilan et de l'observation qualitative Mhoussine est en grande difficultés à la fois sur la motricité globale et la motricité fine et précisément sur :

- Un retard des acquisitions motrices globales,
- Un équilibre très précaire
- Des difficultés de coordinations oculo-manuelles,

- Un faible niveau praxique,
 - o Une lenteur d'exécution du geste,
 - o Des difficultés visuo-perceptives et d'analyse visuospatiale,

Les éléments observés et les épreuves de bilan sont en faveur d'un trouble du développement des coordinations et/ou d'un manque de stimulation et de sécurité affective. Il serait intéressant de faire passer un bilan neuro-moteur afin d'écarter d'autres troubles.

Nous proposons un suivi en psychomotricité hebdomadaire d'une durée de 45 minutes pour soutenir et accompagner la réorganisation de sa motricité globale et fine. Les objectifs travaillés seraient les suivants :

- Renforcer le vocabulaire et son organisation temporo-spatiale
- Reconstruire ses coordinations et ses praxies
- Renforcer la sécurité affective à travers un travail de contenance et d'appui

Une attention particulière sera portée sur l'état général de Mhoussine et de sa maman, en particulier sur la question éducative et parentale. Les relations avec l'école seront sollicitées car nous imaginons des difficultés d'apprentissage importantes aux vues des prérequis psychomoteurs non intégrés.

Le bilan m'a ainsi permis d'entrer en relation avec Mhoussine et de faire mes premières observations. De plus, le fait de l'avoir réalisé sur deux séances m'a permis de constater une évolution dans sa manière d'être avec moi. J'ai ainsi pu mettre en évidence des axes de travail thérapeutique. L'ensemble de ces éléments abordés dans cette partie m'ont ainsi permis d'avoir une vision globale de Mhoussine afin de pouvoir lui proposer la prise en soin la plus adaptée possible. Je vais dès maintenant suivre le même modèle pour présenter Ahmed, un autre enfant également suivi au CAPP.

2. Ahmed

a) **Première Impression et Anamnèse**

Ahmed est un garçon âgé de 10 ans, scolarisé en classe de CM1. Lorsque je le rencontre pour la première fois, il est seul car ses parents n'ont pas pu l'accompagner. Il est habillé avec un ensemble de sport et une sacoche. Il porte également une bague avec une pierre assez grosse à la main gauche. Il est agité et paraît courir après le temps qui lui manque. Il est grand pour son âge, avec des cheveux noirs coupés très courts. Il vit en garde alternée entre l'appartement de sa maman et celui de son papa depuis seulement quelques mois. Il a un frère jumeau, une petite sœur et un demi-frère du côté de sa maman qui est plus grand que lui.

Les parents ont consulté pour la première fois au CAPP en novembre 2015 pour Ahmed et son frère jumeau alors âgés de 4 ans. Ils ont été adressés par la Sécurité Sociale pour un trouble du langage oral. Ils sont venus à deux consultations médicales puis la mère a demandé l'arrêt du suivi, elle ne voulait pas que le médecin les voie seul car il y'a eu dans le passé des problèmes avec son fils aîné. Elle est par ailleurs drastiquement opposée à la psychothérapie car ils sont venus pour l'orthophonie.

Entre 2018 et 2019, Ahmed a été pris en charge au Centre Médico-Psycho-Pédagogique du secteur. Il s'est rendu à environ 4 séances de psychothérapie. Selon la mère, Ahmed ne voulait pas y aller, il s'en est même enfui une fois. Elle a demandé l'arrêt du suivi de Ahmed par le CMPP.

Après cet arrêt des soins, les parents sont revenus sur demande de l'école en décembre 2019 en consultation avec la pédopsychiatre du CAPP. À la suite de ce premier entretien, Ahmed a été suivi sur 5 consultations jusqu'en juin 2020 avec un suivi à distance en raison de la crise sanitaire.

Ahmed a été suivi de décembre 2020 jusqu'en juin 2021 par l'ancienne psychomotricienne du CAPP pour une désorientation spatiale et temporelle, ainsi qu'une suspicion d'un trouble au niveau de la motricité globale.

La médecin qui le suit a demandé que le suivi continu aux vues de ses difficultés et du contexte familial. Nous prenons donc en charge Ahmed pour continuer le suivi en psychomotricité après le départ de son ancienne psychomotricienne.

La première rencontre avec Ahmed était déconcertante par le fait qu'il est venu seul. Les éléments d'anamnèse que j'aie pu réunir grâce à son dossier et aux éléments partagés par les professionnels du CAPP soulignent une réelle discontinuité dans son suivi. Cette discontinuité qui se retrouve également lors des rencontres avec ses parents.

b) Les rencontres avec les parents

Nous rencontrons pour la première fois Ahmed en octobre 2021, il est seul car ses parents n'ont pas pu venir.

Nous le rencontrons donc avec sa maman la semaine suivante. Au cours de l'entretien la maman paraît très essoufflée et a besoin d'enlever son masque Elle nous explique que c'est la première fois qu'elle se déplace, qu'avant, cela se faisait par téléphone. Elle n'enlèvera ni son manteau ni son sac pendant l'entretien mais finira par enlever son chapeau. Elle me paraît comme une dame sans vraiment d'âge qui prend soin d'elle. Les frères et sœurs ne sont pas nommés durant l'entretien sauf lorsqu'elle les compare à Ahmed. Elle lit et vérifie ce que la psychomotricienne écrit sur ses feuilles. Ahmed va d'ailleurs commenter en disant qu'elle écrit mieux que la dernière fois. Le père est très peu nommé, la mère met dès le début en avant les efforts qu'elle fait pour être là malgré ses difficultés. Elle assure de sa bonne foi malgré ses douleurs liées à ses problèmes de santé et va jusqu'à nous montrer son bras pour nous montrer qu'en effet un des deux est plus gonflé que l'autre.

Nous rencontrons le papa d'Ahmed seul au mois de novembre 2021, l'échange se fait via un interprète car le père ne comprend pas et parle difficilement français. Nous lui demandons dans un premier temps ce qu'il pense d'Ahmed et comment cela se passe à la maison. Il nous explique alors que Ahmed s'énerve beaucoup, qu'il est violent avec son frère jumeau. Il s'énerve pendant 5-10 min puis après il se calme.

Depuis qu'ils ont 5 ans, ils devaient être pris en charge mais les parents n'ont pas suivi les conseils de l'école. « Ahmed est un enfant très intelligent, il n'a peur de rien et il est têtue comme un bébé. On prend soin de Ahmed sans s'occuper des autres mais je dois penser à son frère et sa sœur. ». Dans l'appartement de Monsieur, chaque enfant a sa chambre et lui dort dans le salon mais les enfants le rejoignent souvent pour dormir avec lui. Il est d'accord avec

les éducateurs de l'AEMO⁵ pour que deux frères soient placés en internat. Par ailleurs, à la maison les fenêtres sont verrouillées car Ahmed menace de sauter. Il a déjà prévenu les éducateurs. Monsieur nous explique qu'il est inquiet pour Ahmed et très fatigué car il travaille beaucoup. Même s'il a accepté la décision de l'internat, il est inquiet de comment cela va se passer pour lui. Nous lui expliquons que l'objectif de l'internat est d'aider et accompagner Ahmed pour qu'il soit aussi plus en sécurité les week-ends quand il rentrera à la maison. De plus, Ahmed a besoin de son père et il faut que Monsieur garde confiance en lui. Il nous verbalise alors le fait que c'est dur pour lui de laisser partir son fils. Nous lui conseillons alors de le dire à Ahmed car pour lui aussi la situation est difficile. Le père nous paraît plus apaisé quand il part, comme s'il comprenait mieux ce qu'il s'est passé. Nous avons par ailleurs remarqué qu'il parlait beaucoup avec l'interprète, ainsi nous ne savons pas si tout nous a été traduit mais cela a eu l'air de l'apaiser.

Ces deux entretiens m'ont permis de mieux comprendre l'environnement familial dans lequel Ahmed évolue. Ahmed étant déjà suivi en psychomotricité jusqu'en juin 2021, nous avons avec la psychomotricienne pris connaissance des bilans réalisés en décembre 2020 et en juin 2021 après la rencontre avec sa maman. Du fait de ses bilans et aux vues des difficultés d'Ahmed, la psychomotricienne a fait le choix de ne pas lui en refaire passer un.

c) Bilans Psychomoteurs

Je vais à présent exposer les observations et les conclusions rédigées par l'ancienne psychomotricienne en décembre 2020 puis en juin 2021.

Le Bilan Psychomoteur d'Ahmed a été réalisé par l'ancienne psychomotricienne en décembre 2020 à la demande du médecin qui le suit. Ahmed est alors âgé de 9 ans.

Motricité globale et fine :

Au MAB-C, la déviation standard est de -2, Ahmed est légèrement au-dessus du 5ème centile. Le secteur le plus impacté est la dextérité manuelle.

⁵ Aide Educative en Milieu Ouvert

Ahmed perd patience dans toutes les épreuves faisant appel à la motricité fine. Le graphisme est très en-dessous de ce qui est attendu pour son âge. Il va trop vite pour être précis. La pression sur la feuille est correcte et peu de tremblements apparaissent.

Il a un bon équilibre et les coordinations dynamiques sont correctes. De plus, avec la répétition il améliore son score significativement.

Durant les épreuves, Ahmed a besoin que l'on soutienne ses efforts et demande à être encouragé. Il est logorrhéique et perd très souvent le fil de sa pensée.

Espace/Temps :

Épreuves de tempo spontané et de reproduction de structures rythmiques de Mira Stambak : Le tempo spontané est très rapide. Ahmed montre beaucoup d'impulsivité dans son geste et lors de l'écoute. Cette épreuve fait apparaître chez lui des hallucinations auditives, il dit entendre un piano dans la salle d'attente puis un chien qui aboie. Il ne perçoit ni l'ordre, ni la durée, ni la succession des frappes.

Le test d'adaptation à l'espace et orientation spatiale de Marthe Vyl met en évidence de grosses difficultés d'adaptation à une consigne et à l'espace. Les repères égocentrés sont présents mais les repères exocentrés sont faibles. L'impulsivité d'Ahmed contribue au faible résultat obtenu. Cependant, Ahmed présente surtout un trouble de structuration spatio-temporelle qui est un élément clef de l'adaptation à son environnement.

Graphomotricité :

Au Bhk Enfant, Ahmed obtient un score dans la moyenne. Son écriture est marquée par une lenteur. Ahmed dit à plusieurs reprises qu'il n'aime pas écrire et demande s'il peut s'arrêter. Les lettres sont bien formées mais il ne les lie pas entre elles. Le balayage visuel est à travailler car il perd à plusieurs reprises la ligne où il se trouve.

A l'épreuve d'« intégration visuo-motrice » du Beery VMI, le score est équivalent à l'âge d'un enfant de 7 ans et 3 mois. Ahmed bâcle la réalisation des formes et dit que ce n'est pas grave.

Schéma Corporel

Au test du dessin du bonhomme de Goodenough, Ahmed a réalisé un bonhomme fictif sans valeur représentative. Son niveau d'intégration du schéma corporel correspond à celui d'un enfant de 5 ans. Ahmed a une faible connaissance somatognosique.

Latéralité :

Au test de Piaget-Head, les résultats sont faibles et bien en-dessous de ce qui est attendu pour son âge. La connaissance des repères spatiaux sur soi est acquise, en revanche l'espace projectif ainsi que la décentration et la perception de l'espace sont précaires.

Conclusion :

Ahmed a une attention de courte durée et labile. Il semble avoir peu de contenance physique et psychique ce qui entraîne une faible structuration et connaissance de son schéma corporel. Cette défaillance de ses représentations corporelles n'a pas permis une bonne construction de la conscience de la temporalité et de la spatialité.

Le manque de structuration spatio-temporelle le met dans un état de confusion permanente lorsqu'il pense (oublie ce qu'il veut dire), qu'il s'exprime et lorsqu'il doit s'orienter dans l'espace cela se retrouve dans la perception des différents temps et espace du CAPP. Il pose par ailleurs très souvent les mêmes questions, oubliant systématiquement les réponses qui lui sont apportées.

Une prise en charge en psychomotricité est donc nécessaire afin d'aider Ahmed dans les difficultés qu'il rencontre.

Je vais à présent retranscrire les observations rédigées par l'ancienne psychomotricienne en juin 2021.

Ahmed apprécie le travail autour du schéma corporel et du rythme qui lui permet d'être plus structuré et attentif. Il rencontre encore des difficultés de régulation tonique marquées par de l'agitation et de la précipitation. Un lien de confiance s'est établi au fil des séances grâce à un enveloppement verbal. Il se confronte moins à l'adulte et respecte plus facilement le cadre même s'il peut encore déborder.

Ces deux bilans nous ont permis d'avoir une première observation globale d'Ahmed et de ses difficultés. La psychomotricienne a également pris le temps lors des premières séances de le rencontrer afin de se faire sa propre observation et observer les évolutions depuis juin 2021.

Les anamnèses et les premières observations de Mhoussine et d'Ahmed nous ont permis d'avoir une vision globale de chaque enfant et de son environnement familial. Ces rencontres nous ont permis d'élaborer un projet de soin adapter à leur singularité. Elles ont soulevé des points de vigilances : la situation familiale d'Ahmed et les liens entre Mhoussine et sa maman ainsi que son aspect physique. Nous avons partagé ces inquiétudes avec les professionnels du CAPP qui suivent Ahmed et Mhoussine.

Je vais à présent mettre en évidence la manière dont la protection de l'enfance s'inclut dans le service de soin pour protéger au mieux les enfants.

C. Le Cadre de la Protection de l'enfance au service du CAPP

1. Le cadre légal de la Protection de l'enfance

Un enfant est en danger si sa santé, sa sécurité, sa moralité et son développement intellectuel, affectif ou social sont gravement compromis ou risquent de l'être. (République Française)

Il existe différentes lois pour protéger ces enfants en danger. Comme celle du 14 mars 2016 qui stipule que « La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation. Elle comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection. [...]»

Afin de mieux comprendre le cadre d'intervention de la protection de l'enfance, il me paraît important de définir deux notions fondamentales : la maltraitance et la négligence.

La maltraitance de l'enfant désigne « toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. » (OMS, 2020).

La négligence est ainsi « une forme de maltraitance par omission » intentionnelle ou non. Elle met en danger « la survie, la sécurisation, l'éveil, l'estime de soi et l'éducation de l'enfant » et doit donc être signalée. (Ministère des Solidarités et de la santé)

Cette présentation générale de la protection de l'enfance permet d'introduire l'un des dispositifs mis en place par le CAPP pour protéger au mieux les enfants : La cellule Protection de l'enfance.

2. La cellule protection de l'enfance : Le soin au service de la protection de l'enfant

a) Le fonctionnement de la cellule

Le CAPP fait de la protection de l'enfance un de ses principaux enjeux. Il a ainsi créé la « Cellule Protection de l'Enfance » qui se réunit dès la « suspicion ou révélation de difficultés relevant de la protection de l'enfance ». C'est « Une cellule de réflexions organisée en présence du Médecin Responsable, du Directeur Administratif, de l'assistance sociale ou assistante socio-éducative, et du ou des personnes qui ont accueillis la parole de l'enfant. » L'objectif est « de réfléchir à la procédure et aux actions qui devront être menées dans l'intérêt de l'enfant. » (Projet de centre CAPP 2021-2024, 2021). A la suite de cette cellule, des pistes de travail sont proposées, il peut également en découler une information préoccupante.

b) Le CAPP en protection de Mhoussine

En début d'année 2022, une cellule protection de l'enfance a été organisée pour Mhoussine à la suite des inquiétudes des professionnelles qui le suivent. Elle s'est déroulée en

présence de l'assistante socio-éducative, la psychologue qui est également sa consultante, la psychomotricienne, le directeur et le médecin coordinateur.

L'objectif de cette réunion était de faire un point sur les inquiétudes et sur les mesures à mettre en place.

Lors de cette réunion, la psychologue décrit Mhoussine comme un enfant très maigre qui ne mange presque pas. Il a par ailleurs été hospitalisé à 2 reprises pour des raisons que les parents ne peuvent expliquer bien que selon eux, son pronostic vital a été engagé. En leur présence, la psychologue décrit que « Mhoussine s'éteint, il est comme mortifié par ce qu'on dit de lui ». Le comportement des parents inquiète également l'équipe. Ils menacent Mhoussine « Il faut que tu manges car sinon les dames du CAPP ne vont pas être contentes » et reconnaissent l'avoir frappé. La maman est décrite par l'équipe comme pouvant être complètement euphorique ou éteinte. En raison des incompréhensions sur le plan médical que ce soit au niveau statur pondéral ou des hospitalisations, il est décidé que la psychologue prenne contact avec le médecin scolaire pour qu'elle puisse faire le point avec lui. L'assistante sociale du CAPP va également prendre contact avec l'assistante sociale scolaire pour qu'elle suive le dossier.

Cette cellule protection de l'enfance est donc propre au CAPP et n'est pas un dispositif de la protection de l'enfance en elle-même. Dans le cas de situations de maltraitance où le travail d'aide mis en place par le CAPP n'est plus suffisant, les professionnels ont obligation d'alerter la protection de l'enfance afin de protéger légalement l'enfant. Cette alerte est possible via un signalement ou une Information Préoccupante. Nous verrons ensuite de quelle manière le CAPP a protégé Ahmed et quelles dispositions ont été prises.

3. Une obligation d'alerter pour mieux protéger

a) Cadre légal : (cf Annexe 1)

(1) L'Information Préoccupante

En France, l'article 434-3 du Code pénal précise l'obligation pour tout citoyen ayant connaissance d'une situation d'enfant maltraité, en danger ou en risque de l'être d'informer les autorités compétentes pour lui venir en aide. Le non-respect de ce devoir pourrait entraîner des

sanctions pénales. De plus, dans le cas de situations de mineurs en danger, les professionnels soumis au secret sont autorisés par la loi⁶ à « lever le secret » et à partager les informations dans un cadre législatif précis.

L'Information Préoccupante est définie par l'article R226-2-2 du CASF⁷ comme une « information transmise à la cellule départementale [...] pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être. La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. ». L'article L226-2-1 du CASF précise que « Sauf intérêt contraire de l'enfant, le professionnel doit informer de cette transmission les père, mère ou toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur, selon des modalités adaptées. »

Dans le cadre de la mission de protection de l'enfance du CAPP, le rôle de l'ASE est déterminant dans « dans l'évaluation, l'analyse et l'information de la Cellule de Recueil des Informations préoccupantes (CRIP)⁸ du 75. »

La CRIP est chargée de recueillir toutes les Informations Préoccupantes d'un mineur en danger ou en risque de l'être.

(2) Le Signalement

On distingue l'Information Préoccupante du Signalement qui « consiste à porter à la connaissance des autorités compétentes des faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger un mineur ou un majeur qui, en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, n'est pas en mesure de se protéger. Les médecins et tous les

⁶ Articles L-226-2-1 et L-226-2-2 du Code de l'Action Sociale et de la Famille et Article 226-14 du code pénal

⁷ Code de l'Action Sociale et de la Famille

⁸ Les cellules de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) recueillent toutes les transmissions de situation d'enfant en risque ou en danger.

autres professionnels de santé peuvent faire un signalement aux autorités compétentes » (Conseil National de l'ordre des médecins, 2016). Il concerne des faits de maltraitance avérée ou relevant d'une infraction pénale sur un mineur. Il permet la saisine du Procureur de la République qui sera alors chargé de mettre en place des mesures appropriées à la protection de l'enfant. Le signalement ne doit ni être transmis aux parents ni à la CRIP au risque d'entrave à la justice.

(3) Les mesures judiciaires possibles : L'AEMO

Il existe différentes mesures pour protéger l'enfant en danger. L'une de ces mesures est l'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO). Cette mesure est définie par l'article 375-2 du code civil : « Chaque fois qu'il est possible, le mineur doit être maintenu dans son milieu actuel. Dans ce cas, le juge désigne, soit une personne qualifiée, soit un service d'observation, d'éducation ou de rééducation en milieu ouvert, en lui donnant mission d'apporter aide et conseil à la famille, afin de surmonter les difficultés matérielles ou morales qu'elle rencontre. Cette personne ou ce service est chargé de suivre le développement de l'enfant et d'en faire rapport au juge périodiquement. Si la situation le nécessite, le juge peut ordonner, pour une durée maximale d'un an renouvelable, que cet accompagnement soit renforcé ou intensifié »

Cet article précise que le juge peut autoriser « le maintien de l'enfant dans son milieu à des obligations particulières, telles que celle de fréquenter régulièrement un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé, le cas échéant sous régime de l'internat ou d'exercer une activité professionnelle » ;

b) Ahmed, un enfant en danger

L'école a fait une Information Préoccupante pour Ahmed et sa fratrie en décembre 2020 en raison de dénonciation de violences au domicile par son frère jumeau.

Une AEMO est ordonnée par le juge des enfants en avril 2021 afin de préparer le placement des 3 enfants. Elle permet également la poursuite des soins ainsi que la mise en place de soutien scolaire.

A la suite de l'Équipe de Suivi de Scolarité⁹ en novembre 2021, l'assistante sociale scolaire a fait une remontée d'informations pour une dénonciation par Ahmed de faits de violences de son père sur lui. Lors de l'examen médical, le médecin scolaire n'a retrouvé aucune trace de violence sur lui.

Le CAPP par l'intermédiaire de l'assistante socio-éducative a rédigé une deuxième Information Préoccupante en décembre 2021 afin d'alerter le juge de nouveaux éléments concernant les difficultés de Ahmed et l'environnement familial en particulier du côté maternel.

Depuis décembre 2021, Ahmed est confié à sa mère et est toujours en attente d'une place en Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP). Ce projet d'ITEP est soutenu par la MDPH¹⁰ et le juge des enfants, dans le cadre d'une poursuite des soins déjà mis en place au CAPP. Il ne voit donc plus son père contrairement à son frère et sa sœur qui continue à le voir une semaine sur deux. Il a de plus en plus de mal à trouver sa place à l'école en témoignant de nombreux passages à l'acte contre les adultes et les enfants, ce qui a par ailleurs entraîné son exclusion durant quelques jours. Durant le mois de janvier, il est allé très peu à l'école et lorsqu'il y était, il passait beaucoup de temps dans le bureau de la directrice. Depuis le mois de février, il y va plus régulièrement mais ne peut participer à toutes les activités scolaires.

L'obligation d'alerter est donc un devoir de tous que l'on soit professionnels de santé ou non. Ahmed est donc un enfant qui malgré les différentes actions des différents professionnels et la mise en place de différentes mesures de protection de l'enfant n'est pas encore hors de danger. La place du soin est alors primordiale pour le soutenir et pour lui apporter des outils afin de limiter les mises en danger. La collaboration entre les acteurs de la protection de l'enfance et ceux du soin est primordiale pour le protéger bien qu'elle ne soit pas toujours aisée à mettre en place

Ahmed et Mhoussine sont donc deux enfants à l'histoire différente. Pour Ahmed, la maltraitance est avérée par des preuves et des mesures judiciaires ont été prises. Pour Mhoussine, la démarche de protection n'est pas encore aboutie. Toutefois à la vue des éléments

⁹ « L'ESS (équipe de suivi de la scolarisation) veille à la mise en œuvre du PPS (projet personnalisé de scolarisation). Elle réunit au moins une fois par an la famille, l'enseignant référent, les enseignants de l'élève en situation de handicap, la ou les personnes en charge de son aide humaine, les professionnels de santé et les professionnels des services sociaux » (Onisep, 2021)

¹⁰ Maison Départementale des Personnes Handicapées

à notre disposition il semblerait qu'il soit victime de négligence. Or comme nous l'avons précédemment, l'OMS précise que la négligence est une forme de maltraitance. Je considérerai donc qu'ils sont tous les deux victimes de maltraitance.

Dans cette seconde partie, je souhaite m'interroger sur les conséquences de cette maltraitance sur le développement psychomoteur. Après avoir observé Ahmed et Mhoussine tout au long des séances et dans un souci de clarté, j'ai décidé de me concentrer sur le tonus, le schéma et l'image du corps. Je m'interrogerai également sur la manière dont le développement du tonus influe sur la construction du schéma corporel et de l'image du corps chez l'enfant victime de maltraitance. Et j'étudierai enfin les outils dont dispose le psychomotricien pour prendre soin de ces représentations corporelles défaillantes.

II. Du Tonus aux représentations corporelles : Les fonctions déficitaires chez l'enfant victime de maltraitance

A. Tonus

Dès les premières séances, j'observe avec attention les manifestations toniques d'Ahmed et Mhoussine et leur évolution. Je poursuis ma réflexion sur le développement du tonus chez l'enfant puis plus particulièrement chez l'enfant victime de maltraitance.

1. Mhoussine

Comme nous avons pu le voir lors du bilan de Mhoussine réalisé en octobre 2021. Il présente une hypertonie de fond, de posture et d'action qui entraîne un retard des acquisitions motrices globales. Cette hypertonie entraîne également des conséquences au niveau de la dextérité manuelle avec une pince bidigitale et un non-déliement épaule-coude-poignet.

La séance du 17 novembre 2021 est la première avec Mhoussine depuis le bilan. Je propose à Mhoussine de commencer par des échauffements. Il se place à côté de moi, je lui propose un enchaînement de mouvements à exécuter sur imitation. Il ne propose alors aucun mouvement spontané et garde les pieds serrés. Lors de l'équilibre sur la pointe des pieds, il se

tient au mur qui est derrière lui pour maintenir son équilibre. Lors des équilibres unipodaux, il ne parvient pas à rester immobile, malgré l'appui du mur il se met à sauter dans la pièce.

Je lui propose ensuite un temps de conscience corporelle avec une balle à picot. Je commence par passer la balle à picot sur son corps, il garde alors ses bras et ses jambes fléchies. Il préfère lorsque j'appuie fort. Lorsque c'est à lui de le faire et qu'il me fait passer la balle à picots sur le bras, il appuie en même temps sur la balle et le bras. Il appuie avec la paume de la main sur la balle et ne parvient pas à la garder en main sur tout le trajet du corps. Je lui propose ensuite de prendre une autre balle pour qu'on puisse se faire des échanges. Nous commençons assis, il s'assoit en "W", je lui fais remarquer et lui propose de s'asseoir en tailleur comme moi, mais il n'arrive pas à garder la position. Je lui propose alors de s'asseoir sur un carré en mousse, il parvient alors à rester assis et à garder sa position. Malgré l'ajustement postural, il ne parvient pas à ajuster son lancer de ballon, pour le rattraper il utilise le fait que le ballon s'arrête contre le bord du carré en mousse. Je lui propose ensuite de se mettre debout et il me demande en voyant le panier de basket de jouer au basket. Je lui propose alors de faire des tirs chacun à notre tour. Lorsque c'est à lui de lancer, il se met sur la pointe des pieds. L'heure de la fin de la séance arrive et lorsqu'il s'assoit pour remettre ses chaussures il se remet en position « W » puis nous nous disons au revoir et je le raccompagne en salle d'attente.

Lors de la séance du 20 avril 2022, Je décrirai principalement la fin de séance dans cette partie afin d'éclairer au mieux mon propos. Mhoussine est inquiet au début de la séance, il recherche beaucoup d'appuis et de contact. Après avoir fait l'échauffement, puis explorer un échange de foot, nous passons au temps de conscience corporelle avec la balle à picots. Je le laisse choisir la balle à picots, il prend la même que d'habitude. Il veut commencer à passer la balle dans le dos puis fait le reste du corps. Lorsque c'est à son tour, il s'allonge sur le dos au milieu de la pièce et me dit qu'il veut rester dans cette position. Je lui fais alors le temps de conscience corporelle dans cette position. Puis quand j'ai fini il me demande le dos, je lui propose alors de se mettre sur le ventre ou de s'asseoir. Il s'assoit et se met en position d'enroulement, pendant que je lui passe la balle dans son dos, il se met à téter sa langue. Je lui signifie doucement la fin de la séance, il remet ses chaussures puis nous faisons le check d'au revoir. Lorsque nous sortons de la pièce, c'est le père de Mhoussine qui l'attend. Nous le saluons puis souhaitons de bonnes vacances à Mhoussine qui est déjà en train d'appeler l'ascenseur alors que son père est encore dans la salle d'attente.

2. Ahmed

Lors de son bilan annuel de juin 2021, la psychomotricienne avait noté la persistance de difficultés de régulation tonique marquées par une agitation et une précipitation.

Lors de la séance du 17 novembre 2021, c'est la première séance que nous faisons avec Ahmed, il est très agité. Dès qu'il voit un jeu dans la salle, il veut l'essayer puis au bout de quelques minutes il le délaisse pour en prendre un autre. Par ailleurs, il tombe souvent et fait glisser ses pieds sur le sol pour se déplacer. De plus, il est en recherche constante de sensation, s'allonge sur le ventre sur le ballon et tombe sur le sol. Puis, il joue avec la psychomotricienne au tennis. Malgré quelques chutes inexplicables qui peuvent être volontaires ou non, il présente alors de bonnes capacités psychomotrices. Par ailleurs, lors des temps de relaxation il se jette à plat ventre sur le matelas et se positionne avec les jambes et bras à l'horizontal qui repose sur des blocs en mousse. Puis au fur et à mesure de la relaxation il parvient à se détendre et finit le temps de relaxation en position fœtale : mains au niveau de la bouche qui tiennent souvent un objet ou la couverture, soit le coussin, et genoux remontés au niveau du ventre. Il est très réactif au toucher lors de la relaxation qu'il soit médiatisé avec la balle à picots ou au contact direct des mains sur son corps.

Ahmed se plaint très régulièrement de douleurs inexplicables et qui peuvent disparaître puis réapparaître. Lors de notre première rencontre il avait le bras gauche en attelle car il s'était fait mal. Il se plaint par ailleurs de douleurs au niveau des jambes et des épaules.

Lors de la séance du 8 décembre 2021, Ahmed est très agité et nous pose beaucoup de questions sur les ITEP. Il a été informé quelques jours auparavant par les éducateurs de l'AEMO de son placement prochain en ITEP. Lors du temps de relaxation, il parvient à s'allonger sur le tapis sur le dos. Il se met rapidement en position fœtale sur le côté et tient de ses deux mains une balle au niveau de la bouche. Il continue à nous poser des questions pendant et après la relaxation, sur les ITEP : « Je vais aller quand en ITEP ? ». Après la relaxation, au moment de partir, on lui explique que même s'il part on continuera à penser à lui et il nous demande s'il pourra nous appeler, nous lui expliquons que s'il veut il pourra nous écrire mais il nous répond qu'il ne sait pas écrire.

3. La construction du tonus et ses défaillances

a) Définitions du tonus

Le tonus musculaire « est l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique (la tension augmente mais pas la longueur) est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales. » (Jover, 2000).

On distingue trois niveaux toniques qui s'étayent les uns sur les autres : le tonus de fond, le tonus postural et le tonus d'action.

Le tonus de fond est également appelé tonus de base, tonus passif ou tonus permanent. Il permet de maintenir « une qualité de lien entre les différentes parties du corps » ce qui participe au « sentiment d'unité corporelle et d'individuation ». Le tonus « constitue alors une véritable « enveloppe tonique » en support de l'enveloppe-peau et participe la qualité de présence. (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p. 173).

Le tonus postural correspond à « l'activité tonique minimale permettant le maintien des « mises en formes corporelles » (postures) et de leur équilibre » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p. 173). Cette activité peut être automatique ou intentionnelle. Elle est liée à l'état de vigilance et d'éveil.

Le tonus d'action « est à la base de la motricité globale (locomotion, gestuelle...) ainsi que de la communication non verbale et du langage. Il permet la mise en mouvement et en action du corps dans un « déroulement spatialisé » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p. 175)

Ainsi, « La tonicité du corps est la résultante de nombreuses variations du tonus des muscles. C'est un ensemble vibratoire qui caractérise le corps d'un individu en mouvement ou au repos. Le tonus donne vie au muscle » (Robert-Ouvray, 2007, p. 45).

Le tonus évolue également en fonction du développement psychomoteur de l'enfant. À la naissance, la répartition du tonus du bébé est dysharmonieuse avec une hypotonie axiale et une hypertonie des membres périphériques. On observe également la présence de réflexes archaïques tels que le réflexe tonique du cou ou la position de l'escrimeur. Ces réflexes vont peu à peu disparaître, ce qui témoigne de la maturation neurologique du nourrisson. On observe également une augmentation du tonus de l'axe de la tête vers le bas selon la loi de développement céphalo-caudale. Le tonus des fléchisseurs évolue quant à lui vers l'hypotonie tandis que dans un second temps le tonus des extenseurs se rigidifie par rapport aux fléchisseurs en suivant le sens de développement proximo-distal. Le développement tonique de l'axe et des membres est à la base du développement moteur et de l'acquisition des Niveaux d'évolution motrice (Jover, 2000).

Chaque individu a son propre schéma tonique, il dépend à la fois des processus de maturation neurologique et psychique et de paramètres biologiques et environnementaux et des interactions vécues par l'individu. Le tonus d'un individu évolue au cours de la vie et également au cours de la journée. (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015).

Wallon a par ailleurs mis en avant « les liens entre ces états toniques et les dimensions émotionnelles. L'équilibre sensori-tonique issu de cette interaction constitue une plate-forme à partir de laquelle des actions instrumentales sont possibles » (Bullinger, 2007, p. 73).

Ajuriaguerra complète ce lien entre tonus et affect, les « modifications toniques accompagnent normalement non seulement chaque affect, mais aussi chaque fait de conscience. Chaque affect produit une certaine variation tonique dans l'ensemble de la musculature ; la variation gagnant d'un muscle à l'autre, il en résulte pour chaque état affectif, une certaine qualité du tonus qui la caractérise » (Ajuriaguerra cité par Pireyre, 2021, p. 90)

b) Le Dialogue tonico-émotionnel

Le dialogue tonico-émotionnel a ainsi été introduit par Julian de Ajuriaguerra qui le définit en lien avec les travaux de Wallon : « La préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue

qui est le prélude au dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé dialogue tonique. » (De Ajuriaguerra, 2008, p. 171).

Pour Wallon, la symbiose affective qui suit la symbiose physiologique désigne la composante émotionnelle de ce dialogue. Le bébé à travers ses sourires et ses signes de consentement est lié à son interlocuteur. (De Ajuriaguerra, 2008).

Ainsi, « Quand les deux corps se parlent, l'échange est vivant, fluide et créateur d'un espace-temps relationnel. » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p. 179).

L'ajustement tonique entre les deux partenaires se construit « sur un mode vibratoire et selon quatre modalités : porter, palper, parler, penser » (Wallon cité par Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p. 179). Chacune de ces modalités permet de renforcer le lien entre les deux partenaires. Le portage et les soins donnés à l'enfant nourrissent le lien tonique. Ces notions font référence au holding et holding de Winnicott que je développerai ultérieurement. Le palper et le toucher tendre et respectueux permettent de créer un lien sensoriel entre l'enfant et le parent. Lorsque l'adulte verbalise le vécu de l'enfant en y mettant du sens, il consolide les liens antérieurs et favorise le lien affectif. Il essaie alors de comprendre et de s'ajuster à son enfant. Le penser désigne le fait que le parent pense pour son enfant cela permet de renforcer le lien de pensée entre le parent et son enfant. C'est ce qu'on appelle la fonction alpha de Bion. Je développerai cette fonction ultérieurement.

Cette communication « peut être inconsciente dans les interactions et se fait par les variations toniques qui passent dans le corps et le visage, par les tonalités de la voix, par les vibrations des gestes, par la lumière du regard, par les silences, les postures ». Elle est consciente quand on cherche « l'interaction avec l'autre que ce soit pour le faire rire, lui exprimer de la tendresse ou un désaccord » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p. 179).

Le dialogue tonique a plusieurs fonctions : l'attachement, la transmodalité d'étayage et c'est enfin un outil thérapeutique pour le psychomotricien.

L'attachement est le fait pour un enfant de s'attacher dans une sécurité émotionnelle lui permet ensuite de devenir autonome tout en ayant intégré cette sécurité affective. C'est ce qui lui permet d'accéder à la permanence de l'objet. L'expérimentation de différentes tonicités avec des personnes différentes permet l'intégration et la discrimination des sensations.

La transmodalité d'étayage est ce qui permet de donner à l'enfant l'accès à la symbolisation.

En tant qu'outil thérapeutique pour le psychomotricien. Il permet ainsi d'entrer en relation avec le patient, de lui permettre d'intégrer ses sensations et ainsi symboliser ses ressentis. (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p. 181)

La défaillance du dialogue tonique en lien avec celle des interactions mère-enfant provoque des difficultés de communication et d'étayage. Le développement psychique de l'enfant est alors mis à mal et peut se traduire par des troubles tonico-affectifs. (Robert-Ouvray, 2003)

c) Un défaut de régulation tonico-émotionnel en réaction à la maltraitance

Suzanne Robert-Ouvray a étudié les conséquences de la maltraitance sur la tonicité des enfants. Certains enfants sont décrits comme hyperactifs dans leur environnement familial et inhibés au contact d'un environnement extérieur nouveau. Cette peur du monde extérieur est liée aux vécus douloureux et insécures des interactions précoces. (Robert-Ouvray, 2003).

Dès l'anamnèse, la maman de Mhoussine évoquait cette différence de comportement de son fils à la maison et à l'extérieur : Mhoussine était ainsi agité à la maison mais il était réservé et pleurait beaucoup à l'école. Il est toujours réservé quand il y'a du monde autour de lui. Par ailleurs, au début de la prise en charge, Mhoussine se présentait avec une rigidité au niveau de l'axe et des membres associé à une inhibition verbale et physique. Le travail en séance a fait émerger une agitation psychomotrice importante. Cette dernière témoigne du fait que Mhoussine se sent en confiance dans les séances de psychomotricité qui est devenu pour lui un environnement dans lequel il se sent en sécurité.

À travers cette agitation, Mhoussine cherche à « se sentir vivant » (Robert-Ouvray, 2011, p. 92). Le corps est alors perçu comme une simple structure physique sans sa dimension émotionnelle. Cette agitation témoigne d'une angoisse liée à la difficulté à différencier les informations internes de celles qui viennent de l'extérieur. (Robert-Ouvray, 2003). Cette difficulté trouve son origine dans la défaillance de l'environnement primaire et donc d'un

dialogue tonico-émotionnel non efficient. Il est alors difficile pour Mhoussine de percevoir et traiter les différents stimuli auxquels il est exposé.

Ainsi, Mhoussine même s'il est traversé par des émotions ne semble pas en capacité de les percevoir, ce qui pose la question de son accès aux sentiments. En effet, les émotions sont des informations venantes de l'organisme et les sentiments résultent de la mentalisation des émotions. (Damasio, 2017). Afin de l'aider à traverser ces angoisses j'essaie de lui proposer différentes expériences sensorimotrices qui vont lui permettre de vivre différents états toniques tels que des échanges de ballons, des temps de prise de conscience corporelle assis, des échauffements statiques et en mouvement.

Par ailleurs, L'enfant victimes de maltraitance oscille d'une part entre deux pôles sensoriels : il ne sent plus que la douleur et l'agréable est associé au rien et d'autre part entre deux polarités sur le plan affectif : il fuit ou au contraire cherche le contact (câlins, collage). Des difficultés d'expression des émotions et d'intégration d'une base affective peuvent se refléter par des tensions musculaires et une dysharmonie tonique entre le haut et le bas du corps avec une hypertonicité au niveau du haut du corps. L'enfant hypertonique va préférentiellement saisir les objets que les repousser, les relevés du sol peuvent alors être difficiles. (Robert-Ouvray, 2003)

Cette description correspond en de nombreux points à Ahmed. Dès notre première rencontre, il se présente avec le bras en attelle et se plaint au cours des séances de nombreuses douleurs à différents endroits du corps. Ces douleurs n'ont pas de cause ou Ahmed les a oubliées. Lorsqu'on lui pose des questions sur ce qui se passe à ma maison ou à l'école, il nous dit souvent qu'il a oublié la réponse. Lorsqu'il évoque ces oublis, la psychomotricienne lui verbalise le fait que selon elle il s'en souvient bien mais qu'il aimerait oublier et ne plus en parler. De la même manière que sa maman lors de l'entretien, il présente une agitation psychomotrice et une bipolarité¹¹ affective. Il peut à la fois menacer l'autre verbalement et physiquement et juste après recherche de l'affection auprès de l'adulte. Cette bipolarité qu'ils manifestent tous les deux se retrouvent dans leur relation, ce qui m'a beaucoup déstabilisé.

Ainsi, comme la mère s'adapte au bébé dans ses premières semaines de vie à travers le dialogue tonico-émotionnel, Ahmed s'adapte à l'agitation et à l'hypertonicité de sa mère. Il

¹¹ Fonctionnement en deux pôles opposés

reproduit le même schéma lors des séances où il peut être en communication et rechercher l'affection de la psychomotricienne et quelques minutes après être dans une opposition qui se traduit souvent par la tentative de la blesser en lançant des objets sur elle ou en faisant semblant de la taper. Il est également pris dans une dysrégulation tonique au cours des séances avec des moments de maîtrise corporelle, de décharge tonique, d'effondrement et enfin de relâchement tonique lors de la relaxation.

Le Tonus est donc à la base du développement psychomoteur de l'enfant. Il est par ailleurs à travers le dialogue tonico-émotionnel l'une des premières voies de communication entre l'enfant et son environnement. Chez l'enfant victime de maltraitance les défaillances des interactions précoces et les vécus de douleur et de peur entraînent des difficultés de régulations toniques importantes.

Je vais à présent décrire des situations cliniques qui mettent en évidence le niveau de connaissance et d'intégration du schéma corporel et de l'image du corps d'Ahmed et de Mhoussine. Je les mettrai ensuite en lien avec la théorie qui s'y réfère.

B. Schéma Corporel, Image du Corps et Image composite du corps

1. Mhoussine

Le bilan de Mhoussine réalisé en octobre 2021 met en évidence un niveau d'intégration du schéma corporel en-dessous de celui attendu pour son âge ainsi qu'une faible somatognosie. Mhoussine présente donc des difficultés au niveau de l'intégration et des connaissances de son schéma corporel.

Lors de la séance du 12 janvier 2022, Mhoussine arrive dans la salle de psychomotricité et se met dans des positions qui nous paraissent inconfortables. Il a par ailleurs beaucoup de mouvements au niveau du visage avec en particulier des haussements de sourcils. Il ne parle pas beaucoup. Nous nous asseyons sur le canapé, en même temps qu'il donne la date du jour il se balance d'avant en arrière. Nous faisons ensuite l'échauffement puis passons au temps de toucher avec la balle à picots. Je commence à lui passer la balle, il se met alors à compter à voix haute. Puis, il se tait et se fige. Il s'anime à nouveau quand j'arrive au niveau des pieds « ça fait des guilis ». Lorsque c'est lui qui me la passe sur le corps, il se met à répéter ce que je

lui dis, il tient la balle avec la main droite et passe sur les différentes parties de mon corps de manière fluide. Il se déplace autour de moi pour être mieux positionné.

Je lui demande ensuite ce qu'il veut faire aujourd'hui. Il me demande de faire du foot. Nous installons le terrain avec des cages construites avec des modules en mousse. Nous commençons à jouer et dès que les modules tombent il les reconstruit avec un en position verticale et la deuxième horizontale posé dessus, l'ensemble forme un "T". Au cours de la partie, nous comptons les points et lorsqu'il se rend compte qu'il a gagné, il se jette au sol en criant pour exprimer sa joie. Il me dit qu'il est content. Il veut marquer les chiffres au tableau pour noter sa victoire. La fin de la séance arrive nous rangeons la salle et mettons les chaussures avant de se dire au revoir avec notre rituel du check.

2. Ahmed

Le bilan d'Ahmed réalisé en décembre 2020 souligne des difficultés d'intégration et de connaissance du schéma corporel : niveau d'intégration du schéma corporel en-dessous de celui attendu pour son âge et faible somatognosie.

Dès la séance du 24 novembre 2021, nous commençons la relaxation avec Ahmed. Ce jour-là, il est agité mais accepte de s'allonger sur le tapis « je suis tout tordu car j'ai mal au dos ». Il s'allonge sur le dos, avec les bras tendus à l'horizontal et les mains posées sur le sol, les jambes écartées et la tête tournée vers la gauche. Il bouge beaucoup et semble très agité. La psychomotricienne lui fait passer une balle à picot sur le corps en appuyant afin qu'il puisse la ressentir. La psychomotricienne l'invite à sentir les zones de passage de la balle et de faire de grandes inspirations. Puis, lorsque la psychomotricienne arrête ses pressions, il se met en position fœtale avec les mains au niveau de la bouche. Elle l'invite à ouvrir les yeux et à s'étirer. Il ne bouge pas et lorsqu'elle s'approche de lui pour le réveiller, il veut lui faire peur en criant.

Il a beaucoup de difficultés à quitter le tapis : soit il se lève très rapidement puis revient au sol, soit il reste au sol et attrape le bras de l'adulte pour s'aider à se relever. Il parvient enfin à se lever de manière très brusque et fonce dans la salle d'attente pour expliquer à sa maman « Elle m'a fait un massage et je te le ferai ce soir ».

3. Le schéma corporel

a) Les théories fondatrices

Françoise Dolto distingue les notions de schéma corporel et d'image en 1984 dans son livre *l'image inconsciente du corps*. Le schéma corporel signe l'appartenance à une espèce donnée. Il est donc identique pour tous ceux qui appartiennent à cette espèce en prenant en compte leur âge et le climat dans lequel ils vivent. (Dolto, 1984). Il « réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate. Il peut être indépendant du langage entendu comme histoire relationnelle du sujet aux autres. Le schéma corporel est inconscient, préconscient et conscient. Il est évolutif dans le temps et l'espace » et « se structure par l'apprentissage et l'expérience » (Dolto, 1984, p 22-23). Cette expérience « dépend l'intégrité de l'organisme, ou de ses lésions transitoires ou indélébiles, neurologiques, musculaires, osseuses, et aussi de nos sensations physiologiques, viscérales, circulatoires, on les appelle encore cénesthésie » (Dolto, 1984, p. 18)

Françoise Dolto définit ainsi le schéma corporel en s'appuyant à la fois sur des fonctions motrices et des fonctions cénesthésiques (Pireyre, 2021).

Ajuriaguerra propose une autre définition du schéma corporel : « Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remanié des données actuelles du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification » (Ajuriaguerra cité par Pireyre, 2021, p. 39). D'après cette définition, la sensibilité viscérale n'entre pas dans la définition du schéma corporel.

D'après Éric Pireyre, le schéma corporel fait référence « au fonctionnement des différents systèmes sensoriels » (Pireyre, 2021, p. 49). Il faudrait donc « aller dans le sens des neurosciences, d'abandonner cette dénomination confuse et de parler de sensorialité » (Pireyre, 2021, p. 49).

b) Le développement du schéma corporel en lien avec le développement psychomoteur

Le schéma corporel est une représentation objective de nous en tant qu'individu, il évolue tout au long de la vie en fonction des expériences que l'individu va vivre. Ces expériences associées aux informations liées à la proprioception aident à la construction du schéma corporel. La proprioception peut être appelée le sixième sens et désigne l'ensemble des capteurs sensoriels qui sont dans le corps qui informent le cerveau de nos mouvements. (Christophe Rodo et Christine Assaiante, 2020). Cette construction objective du corps comme unité corporelle aboutit à une somatognosie mature vers 6-7 ans (Potel, 2010).

D'après Ajuriaguerra, le schéma corporel se développe entre 0 et 12 ans. Cette construction se fait en 3 étapes :

Première étape, le corps vécu, de 0 à 3 ans : A la naissance, la répartition du tonus du bébé est dysharmonieuse avec une hypotonie axiale et une hypertonie des membres périphériques. Il est d'ailleurs pris dans une bipolarité émotionnelle avec une hypertonicité d'appel et une hypotonie de satisfaction. Il n'est pas capable de maîtriser ses réactions émotionnelles. Le contrôle tonique est à la fois psychologique et physiologique et dépend de son environnement. Il lui permet de développer des réponses motrices adaptées en fonction des stimulations auxquelles il est confronté. La maturation du système nerveux central au cours de la première année permet d'harmoniser le tonus musculaire. L'enfant exprime différentes réponses émotionnelles et peut regrouper ses tensions, sentiments et ses représentations opposées dans une même enveloppe psychique. Il accède peu à peu au sentiment d'unification corporelle.

Deuxième étape, le corps perçu, de 3 à 6 ans : L'enfant maîtrise lui-même sa tonicité corporelle. Il est capable d'adapter sa réponse tonique et motrice en fonction des stimulations.

Troisième étape, le corps représenté de 6 à 12 ans : La structuration perceptive et la représentation du corps qui ont débuté à la naissance s'actualisent dans la vie de l'enfant. (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015)

4. Image du corps

a) Les Premières théories

Françoise Dolto est la première à différencier les notions de schéma corporel et d'image en 1984 dans son livre *l'image inconsciente du corps*. Ces prédécesseurs comme Schilder et Head ne distinguent pas les deux notions qui semblent avoir la même définition. Afin de rester la plus cohérente possible, je m'appuierai exclusivement sur les théories de l'image du corps différenciée de celle du schéma corporel.

D'après Françoise Dolto, l'image du corps « est propre à chacun : elle est liée au sujet à son histoire » et constitue « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles. Elle « est éminemment inconsciente ». (Dolto, 1984, p 22-23). Elle « est toujours inconsciente, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes où s'exprime la tension des pulsions » (Dolto, 1984, p. 24)

« Pour Wallon, l'image du corps est basée sur l'assimilation de l'expérience vécue de ce corps dans sa relation avec autrui » (Ajuriaguerra et Angelergues, 2008)

« C'est grâce à notre image du corps portée par et croisée à notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui ». (Dolto, 1984)

b) L'image Composite du Corps

Éric Pireyre, théorise le concept d'image composite du corps. Cette dernière se développe dans la période dite de l'archaïque en suivant des étapes chronologiques. « Elle se bâtit et s'étaye en lien avec des fonctionnements physiologiques variés, elle concerne des fonctions ou des zones corporelles diverses et elle est investie par la libido qui laisse des traces, éventuellement des symptômes, partout où elle est passée et où elle peut se trouver encore ».

Elle ainsi constituée de 6 composantes :

La première composante s'intitule « l'enveloppe : la peau dans l'image du corps ». Éric Pireyre fait ainsi le lien entre la peau physique et la peau psychique. La peau est composée de 3 couches : la plus superficielle est l'épiderme puis le derme responsable de l'élasticité et de la

tonicité de la peau et de la nutrition et des échanges d'informations. Et enfin, la couche la plus interne, l'hypoderme qui est un isolant thermique.

La peau a donc de nombreuses fonctions, je ne citerai que celles qui me semblent les plus pertinentes en lien avec ma clinique. Elle limite notre corps et nous donne une apparence, elle protège contre les agressions extérieures. Elle permet la thermorégulation et communique des informations sur la température extérieure. C'est également un organe sensoriel relié au Système Nerveux Central et immunitaire. Elle assure à la fois un rôle de limite entre le dedans et le dehors et un rôle de contenance. Ainsi, « la peau psychique va se construire sur les particularités de la peau physique » (Pireyre, 2021, p. 60). Je développerai plus en détail ce lien entre corps physique et psychique avec la notion du Moi-Peau dans une partie ultérieure.

La deuxième composante est l'intérieur du corps. Dans les premiers temps de la vie, les os restent longtemps immatures, certains se chevauchent même pendant l'accouchement. (Pireyre, 2021). « L'immaturation osseuse et tonique donne au bébé un vécu particulier fait d'enfoncement et éventuellement d'effondrement (et donc de manque d'arrière-fond) » (Pireyre, 2021, p. 81). L'effondrement est une manifestation tonique souvent visible chez le bébé, elle consiste en un anéantissement du tonus postural. (Pireyre, 2021, p. 81) L'arrière-fond est créé par la coordination avant/arrière permise par la maîtrise du buste. Il est à la fois composé par les surfaces d'appui, le milieu humain et le portage psychique. La constitution incomplète de cet arrière-fond entraîne des conséquences sur le développement psychomoteur. (Bullinger, 2006).

La troisième composante est le tonus. Le tonus peut être relié à l'image du corps s'il est étudié comme « mode d'expression ou comme trace physique de l'histoire relationnelle du sujet » (Pireyre, 2021, p. 89). Ajuriaguerra souligne ce lien à travers le développement de la notion de dialogue tonico-émotionnel.

La quatrième composante est la sensorialité. Éric Pireyre utilise ce terme plutôt que celui de schéma corporel. Il met alors « en perspective les liens indissolubles entre tous les aspects de la sensorialité et le « système cognitivo-affectif » ou entre le tonus et ses caractéristiques communicationnelles (hypertonie ou hypotonie par exemple).

Pour mieux comprendre cette notion, il est important de différencier la sensation, de la perception. La sensation est « une information sensorielle non traitée par le système affectif et/ou cognitif » (Pireyre, 2021, p. 107).

La perception est un processus actif au niveau cérébral : Le sujet choisit le sens qu'il donne aux informations sensorielles qu'il perçoit prenant en compte son expérience innée ou acquise. C'est ainsi le lien entre le système cognitivo-affectif et la sensorialité qui permet d'intégrer cette dernière dans l'image composite du corps. Ce lien entre la sensorialité et les affects est assuré par l'attention. (Pireyre, 2021).

La cinquième composante désigne les composantes communicationnelles du corps. Cette notion fait référence au dialogue tonico-émotionnel développé par Wallon et Ajuriaguerra et dont j'ai abordé la définition précédemment.

La dernière composante concerne les angoisses corporelles archaïques. Elles sont nombreuses et observables à tous les âges de la vie. Dans son ouvrage, Éric Pireyre se concentre sur les trois types d'angoisses qui sont le plus souvent observées : l'angoisse d'effondrement, l'angoisse de liquéfaction et l'angoisse de morcellement.

L'angoisse d'effondrement est la « conséquence d'un effondrement tonique survenant à la (dé)faveur d'une rupture relationnelle pour le tout-petit » (Pireyre, 2021, p. 138). Elle est associée au tonus dans l'angoisse de liquéfaction. L'angoisse de morcellement est expliquée par l'immaturité neurophysiologique du bébé et l'angoisse de dévoration (Pireyre, 2021, p. 138)

Le schéma corporel et l'image du corps sont deux notions fondamentales dans le développement psychomoteur de l'enfant. Les théories à leurs sujets ont beaucoup évolué au cours des dernières années et soulignent également l'évolution des connaissances quant à la compréhension de notre développement et de notre fonctionnement.

Je vais à présent me concentrer sur l'enfant victime de maltraitance en me questionnant sur le lien entre le développement du tonus et la construction du schéma corporel et de l'image du corps et sur la manière de prendre en charge ces représentations corporelles défailtantes.

Ainsi, dans cette partie, je me baserai principalement sur la récente théorie de l'image composite du corps d'Éric Pireyre.

C. D'une défaillance des représentations corporelles vers une prise en soin psychomotrice

1. Le lien entre le tonus et les représentations corporelles déficientes

a) **Le tonus et le schéma corporel**

Le dialogue tonico-émotionnel est un composite de l'image du corps. Il permet ainsi à la mère et au bébé de communiquer à travers leur langage corporel. Il tire son origine dans le « lien entre tonus, émotion et environnement » (Pireyre, 2021, p. 90).

Éric Pireyre présente des troubles toniques liés à l'image du corps : l'hypertonie, l'hypotonie, les paratonies et les syncinésies. Ces troubles, en l'absence de cause organique sont expliqués comme étant des traces corporelles des interactions précoces de l'enfant avec son environnement. Le tonus est donc fortement lié à l'image du corps.

Il met également en lien l'image du corps et la sensorialité (ou schéma corporel). Notre subjectivité nous empêche de percevoir notre corps et notre environnement tels qu'ils sont réellement. C'est d'ailleurs le système cognitivo-affectif qui régule les systèmes sensoriels. Ainsi, la sensorialité seule ne peut exister, elle est une composante de l'image du corps. (Pireyre, 2021). La mise en évidence du lien entre le schéma corporel et l'image du corps qui est elle-même liée au tonus permet de souligner la relation entre schéma corporel et tonus.

Chez l'enfant victime de maltraitance, « le tissu musculaire serré et crispé empêche le travail sensoriel proprioceptif qui assure le sentiment d'exister, alors l'enfant cherche à exister autrement que dans le ressenti interne. Il trouve à exister en s'engageant dans les mouvements, les tensions et les sensations extrêmes, un moyen de se stimuler et de se procurer des sensations proprioceptives » (Robert-Ouvray, 2011, p. 93). Le besoin perpétuel de mouvement d'Ahmed et Mhoussine leur permet donc de ressentir des informations proprioceptives et ainsi de se sentir exister dans une unité corporelle. La capacité d'être en mouvement dépend « de la construction corporelle en segments articulés [...]. Il inscrit par ailleurs le sujet dans l'espace et le temps et y prend des formes qualitatives personnelles » (Robert-Ouvray, 2015, p.182).

Leur besoin perpétuel de mouvement leur permet donc de faire face à l'angoisse d'un schéma corporel non efficient et d'une image du corps incomplète.

Ce lien est confirmé par Éric Pireyre en théorisant le tonus comme l'une des composantes de l'image du corps. Il met aussi en évidence des troubles toniques liés à l'image du corps : l'hypertonie, l'hypotonie, les paratonies et les syncinésies. Ces troubles, en l'absence de cause organique sont expliqués comme étant des traces corporelles des interactions précoces de l'enfant avec son environnement. Ces troubles que nous observons chez Ahmed comme Mhoussine. Ils sont comme nous l'avons vu précédemment, des manifestations corporelles des enfants victimes de maltraitance. Ainsi, les difficultés de régulations toniques qu'on observe chez Ahmed comme chez Mhoussine sont liées à leurs difficultés de construction d'une image corporelle efficiente.

Éric Pireyre complète en faisant un lien entre l'image du corps et la sensorialité (ou schéma corporel). Selon lui, la sensorialité seule ne peut exister, elle est une composante de l'image du corps. Notre subjectivité nous empêche de percevoir notre corps et notre environnement tels qu'ils sont réellement. (Pireyre, 2021). La mise en évidence du lien entre le schéma corporel et l'image du corps qui est elle-même liée au tonus permet de souligner la relation entre schéma corporel et tonus.

Par ailleurs, « L'enfant carencé exprime ses troubles identitaires par son corps, développant une « manière d'être corporelle » dans sa relation aux personnes et aux objets qui interpelle, et qui ne prend pas sens pour lui sur les plans conceptuel et symbolique » (De Monval, 2019, p. 126). Comme nous l'avons vu précédemment, le tonus est unique pour chaque individu et témoigne de son identité corporelle. Il permet également d'échanger avec l'autre à travers le dialogue tonico-émotionnel. Ce dernier est un moyen de communiquer avec l'autre et particulièrement avec la mère lors des premiers instants de la vie. Il tire son origine dans le « lien entre tonus et émotion et environnement » (Pireyre, 2021, p. 90) et entre ainsi dans la composition de l'image du corps.

Ces liens qui sont difficilement mis en place chez l'enfant victime de maltraitance du fait de la défaillance de son environnement et des interactions précoces. Ahmed et Mhoussine manifestent lors des premiers touchers médiatisés puis directs dans le cas d'Ahmed des difficultés à s'adapter au toucher de l'autre. Ces touchers même s'il les ont consentis ne

paraissent pas toujours agréables et entraînent des manifestations qui peuvent paraître disproportionnées par rapport à la force du toucher : des rires à la manifestation de douleurs.

Ainsi, chez les enfants victimes de maltraitances, les manifestations de difficultés de régulations toniques sont corrélées aux difficultés de construction et d'intégration d'un schéma corporel et d'une image du corps efficientes.

b) La Manifestation d'angoisses corporelles archaïques

À travers les manifestations toniques décrites précédemment, je fais l'hypothèse qu'elles sont l'expression d'angoisses corporelles archaïques.

Ahmed et Mhoussine présentent tous les deux des effondrements toniques en particulier lors des situations à forte résonance émotionnelle par exemple pour signifier leur joie face à une victoire ou au contraire leur déception face à un échec. Ils sont également observables dans des moments qui précèdent la fin de la séance et donc la séparation. Mhoussine qui va ainsi s'allonger au sol ou se retirer dans un coin. Ahmed a souvent tendance après la relaxation à se lever brusquement puis s'effondrer au sol et s'agripper à un objet et/ou à l'adulte.

Ces observations me font faire l'hypothèse d'une angoisse d'effondrement. Elle est la crainte d'un effondrement déjà vécu précédemment en lien avec une défaillance de l'environnement primaire (Winnicott, 1975) Cette défaillance auxquels sont particulièrement confrontés les enfants victimes de maltraitance. Ces derniers dont le portage par l'environnement est difficile.

Par ailleurs, lors des touchers directs ou médiatisés, Ahmed et Mhoussine témoignent tous les deux d'un besoin de sentir leur corps comme une unité. Mhoussine peut ainsi demander à passer la balle plus fort à certains endroits du corps comme les bras et moins forts à d'autres qui sont plus sensibles comme les pieds. Lors des temps de relaxation, Ahmed est très vigilant au fait que la psychomotricienne passe par toutes les parties du corps de manière homogène. Il ne supporte pas qu'elle n'en touche pas une.

À la suite de ces observations, j'émet l'hypothèse que ces manifestations sont liées à une angoisse de morcellement. Cette dernière est « une impression que le corps est atteint dans

son unité, sa globalité, sa cohésion et sa continuité » (Pireyre, 2021, p. 139). Ces angoisses entraînent par ailleurs des conséquences sur le développement de l'image du corps qui sera alors entravé. (Pireyre, 2021)

c) L'appui-dos comme soutien de la reconstruction de l'image du corps

En lien avec ce besoin de sentir comme une unité, Mhoussine exprime à de nombreuses reprises le besoin d'un appui-dos que ce soit lors des temps d'échauffement, d'échange de ballon ou lors des temps de toucher médiatisé avec la balle à picots. Lorsqu'il me fait passer la balle sur mon corps, il commence toujours par le dos et lorsque je le fais, il exprime qu'il apprécie particulièrement cette partie du corps.

Ce besoin d'appui-dos renvoie à la notion d'arrière-fond ou arrière-plan développée par Bullinger et Geneviève Haag. Elle reprend ainsi la définition de Grostein qui « peut être conçue comme une personnification du ciment assurant la cohésion de l'identité personnelle » (Grostein cité par Haag, 2012, p. 11). À la suite de différentes observations, Geneviève Haag repère « des manifestations de reconstruction de l'image du corps concernant le contact du dos dans sa relation à l'interpénétration des regards et l'organisation de l'espace en "arrière" (Haag, 2012, p. 2).

Ainsi, cette recherche d'appuis-dos associée à la recherche du regard, au toucher et la mise en mot de l'espace arrière participent à reconstruire son image du corps. Cette notion d'arrière-fond est par ailleurs reprise par Éric Pireyre dans sa théorie de l'image composite du corps. Un manque d'arrière-fond entraînerait une immaturité osseuse et tonique et donc une difficulté à se représenter l'intérieur de son corps. (Pireyre, 2021).

Par ailleurs, lorsque je fais rouler la balle sur le dos de Mhoussine en faisant des allers-retours de la tête jusqu'au bas du dos. Il s'enroule alors sur lui-même et fait des mouvements de succion.

Ces mouvements d'enroulement et de succion renvoient au petit bébé. Son axe qui est habituellement très rigide peut se détendre, lui qui est pris dans son hypertonie peut éprouver une diminution de son tonus axial. Ainsi à travers ce toucher un dialogue tonico-émotionnel se met en place et permet à Mhoussine d'éprouver des vécus archaïques de détente comme le

nouveau-né dans les bras de ses parents. L'éprouvé de ces modulations lui permet ainsi d'étayer la construction de l'image de son corps.

2. Prise en soin des représentations corporelles défaillante chez l'enfant victime de maltraitance

a) Le Dialogue Tónico-émotionnel

Les observations cliniques décrites précédemment soulignent le fait que les enfants victimes de maltraitance « “parlent leur souffrance” par un langage corporel » (De Monval, 2019, p. 124). La question du corps est donc en premier plan lorsqu'on parle de maltraitance qu'elle soit physique ou non. Cette parole du corps constitue une ouverture au travail en psychomotricité.

Cette prise en soin du corps à travers l'engagement corporel du psychomotricien permet la construction d'un dialogue tonico-émotionnel entre le patient et le thérapeute. Il se construit tout au long des séances et de la prise en charge thérapie psychomotrice que ce soit à travers du toucher médiatisé ou non ou à distance.

J'aborderai dans cette partie plus précisément la construction de ce dialogue entre Mhoussine et moi. Ce dialogue s'est ainsi construit avec Mhoussine tout au long des séances que ce soit lors des échanges de ballon, les propositions motrices ou lors des temps de conscience corporelle avec la balle. Pendant les premières séances, j'avais la sensation de ne pas arriver à dialoguer avec Mhoussine que ce soit sur le plan verbal ou infra-verbal. Puis au fil des séances, j'ai essayé de m'adapter à lui que ce soit au niveau de ma position dans l'espace, de mon engagement moteur.

La création de ce dialogue est ainsi passé par des temps où je le laissais être et faire des propositions afin de pouvoir observer et ressentir son tonus et son engagement corporel. Cette observation me permettait ensuite de pouvoir lui proposer des temps d'exploration ensemble qui soient adaptés à son engagement tonico-émotionnel du jour.

b) Le travail en relaxation

Afin d'accompagner l'enfant, il peut être intéressant de lui proposer un travail de relaxation. Elle permet en effet, la régulation des états tonique en s'appuyant sur le lien entre état tonique et état de conscience (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015).

Dans le cas d'Ahmed, la relaxation consiste en des touchers enveloppants qui permettent la construction d'un dialogue tonico-émotionnel avec la psychomotricienne.

Il décrit ce temps comme un temps de massages. Le terme de massages peut faire référence aux massages que la mère peut faire à son bébé pendant les temps de soins et qui permet de nourrir le lien tonique entre l'enfant et son interlocuteur. Après avoir commencé par un toucher médiatisé avec une balle à picots, la psychomotricienne a rapidement proposé à Ahmed un contact sécurisant et enveloppant à travers un toucher global et des pressions qui favorisent le lien sensoriel.

Ces contacts permettent un abaissement du tonus et une meilleure conscience des muscles, de la peau et des os. Ils donnent également envie d'être en mouvement. (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015).

Cet abaissement tonique est associé à une « relaxation psychique et permet de rencontrer et moduler le ressenti affectif » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p. 171). Il est souvent associé à la respiration qui « peut être plus facilement perçue dans sa dynamique, constituant alors un « chemin d'accès » aux perceptions internes ». Elle facilite ainsi la communication et la perception du dedans/dehors. (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p. 171)

Lors des temps de relaxation, Ahmed nous fait part de ses interrogations et de son vécu affectif alors qu'il a beaucoup de difficultés à le faire lorsqu'il est debout et en mouvement. Cette capacité à libérer sa parole souligne la sensation de sécurité qu'il éprouve lorsqu'il se regroupe et le besoin d'avoir conscience de son corps pour être disponible à son environnement.

De plus, lorsqu'il est en position allongée avec l'adulte qui prend soin de lui, il peut exprimer son impression d'être un bébé ou qu'il est le roi et la psychomotricienne sa serviteuse. Cela lui donne donc un autre rôle que celui dans lequel il est souvent face aux adultes auxquels

il doit se conformer, que ce soit avec ses parents, à l'école ou également avec les éducateurs et les juges qui décident d'où il va vivre. Ahmed est ainsi très attentif lors de ce temps, il peut verbaliser la partie du corps touchée par la psychomotricienne ainsi que les sensations que cela lui procure. J'observe un relâchement tonique au cours de la relaxation marquée par le passage d'une position en extension qui donne l'impression qu'il est écartelé à une position fœtale avec agrippement à la couverture qui donne l'impression d'un bébé endormi.

Toutefois, dès que la relaxation prend fin, il se relève brusquement ou appelle la psychomotricienne pour l'aider à se relever. Puis va lancer ou taper sur un ballon. Il a alors besoin d'être en mouvement comme pour se sentir vivant.

Le mouvement mobilise le tonus d'action, il permet de percevoir les composantes spatio-temporelles, de soi-même et de l'autre, ce qui permet de subvenir à ses besoins primaires et d'entrer en relation avec l'autre. Le mouvement est propre à chacun en fonction de sa qualité, de sa vitesse et des variations toniques en lien avec des états de tension et de détente (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015). Ce besoin de mouvement chez Ahmed me paraît comme une difficulté à lâcher-prise et un besoin de se sentir vivant comme un retour à la vie. S'il se relâche, il ne tient plus et donc il n'est plus.

La relaxation permet ainsi la manifestation de vécu archaïques. Elle permet également l'émergence de ressentis psychocorporels qui vont « prendre place et sens aux niveaux schéma corporel et image du corps et permet de revitaliser le lien entre ces deux dimensions » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p. 171).

Cette troisième partie a ainsi mis en évidence les conséquences de la maltraitance sur le développement psychomoteur des enfants. Le psychomotricien est pleinement compétent pour prendre en charge ces troubles.

Je vais à présent me questionner sur les différentes modalités qui composent le cadre en psychomotricité. Je mettrai en lien la manière dont la construction de limites corporelles permet la contenance psychique. Je m'interrogerai enfin sur la façon dont le cadre et le psychomotricien contiennent les limites corporelles défaillantes, et sur la manière dont le cadre en psychomotricité participe à la construction de limites efficaces.

III. Du cadre aux limites psychocorporelles

A. La construction du cadre des séances

Dès le début du stage, ma maître de stage m'amène à réfléchir avec elle sur le cadre des séances et sur la manière dont nous allons construire les séances afin de leur proposer un espace d'expérimentation le plus sécurisant et étayant possible en fonction de leurs besoins.

1. Mhoussine

Lors des séances du bilan (13 et 20 octobre 2021), Mhoussine rencontre des difficultés au niveau de la connaissance des repères spatiaux (jour, mois, saisons, à côté, devant...). Par ailleurs, il investit peu l'espace et le mouvement ne se projette pas. Il attend que l'adulte initie le mouvement pour le faire, il a besoin d'être étayé. Il faut souligner qu'en salle d'attente sans sa maman, Mhoussine semble s'animer un peu plus et utilise le matériel à disposition.

Lors de la séance du 17 novembre 2021, nous avons établi un rituel de séance. Ce rituel commençait dans la salle d'attente. Mhoussine arrive souvent en retard, toujours accompagné de sa maman et de sa petite sœur. Avec la psychomotricienne, nous allons le chercher dès que nous l'entendons arriver, nous discutons rapidement avec la maman puis nous emmenons Mhoussine dans la salle de psychomotricité. La psychomotricienne s'installe derrière son bureau qui est placé à côté de la porte. Mhoussine et moi allons-nous installer sur le canapé pour enlever nos chaussures et dire la date du jour à l'aide du calendrier.

Nous commençons par un temps de prise de conscience corporelle avec la balle à picot. Nous nous mettons ensuite debout pour faire le temps d'échauffement. Puis nous explorons la salle ensemble, en fonction des séances nous partons de sa proposition ou de la mienne. Quelques minutes avant la fin de la séance nous rangeons la salle puis nous nous asseyons à nouveau sur le canapé pour remettre les chaussures et je lui demande ce qu'il retient et ce qu'il a préféré de la séance puis nous nous faisons un check pour nous dire au revoir.

Toutefois, depuis le mois de janvier je me suis rendue compte que l'enchaînement des différents temps de séances ne convenait pas à l'évolution psychomotrice de Mhoussine. Nous avons donc gardé les mêmes étapes de séance mais nous faisons le temps de balle à picots à la

fin juste avant de remettre les chaussures. Ce changement d'organisation permet donc de rendre le début de séance dynamique avec moins d'aller-retour entre des propositions où nous sommes debout et en mouvement avec des propositions où nous sommes au sol. Le temps de conscience corporelle permet de réguler l'agitation de Mhoussine. Cela lui permet de se rassembler, de retrouver contact avec son corps et avec moi. Il introduit également la fin de la séance et donc la séparation.

Lors de la séance du 16 mars 2022, la psychomotricienne n'a pas pu être présente à la séance mais nous avons convenu de maintenir la séance de Mhoussine avec moi en autonomie. Habituellement, la psychomotricienne modifie l'agencement de la salle de psychomotricité lorsqu'elle arrive le matin. Or je ne l'avais pas fait ce jour-là, certains éléments de la salle n'étaient donc pas au même endroit que d'habitude, j'avais seulement pris le temps de construire le canapé. Lorsque je suis allée chercher Mhoussine je lui ai verbalisé ainsi qu'à sa maman le fait que la psychomotricienne n'était pas là aujourd'hui mais que nous allions faire la séance tous les deux. A son entrée dans la salle de psychomotricité, il a immédiatement exprimé le fait que la chaise et le bureau n'étaient pas à leur place habituelle.

Nous nous sommes ensuite installés au canapé pour enlever nos chaussures et faire le calendrier comme d'habitude. Puis nous nous sommes mis debout pour l'échauffement et il s'est mis à me poser des questions sur le fait que l'autre psychomotricienne n'était pas là et il m'a dit « Je préfère quand on est trois ».

Nous construisons un parcours et nous avons donc eu besoin des modules en mousse qui constituent normalement le canapé. Après avoir expérimenté, nous avons rangé les modules dans leur boîte. Il me fait remarquer qu'il n'y a plus de canapé, je lui propose de prendre un autre module pour nous installer dessus pour le temps de conscience corporelle avec la balle à picots et pour remettre nos chaussures. Afin de finir la séance je lui ai demandé ce qu'il pourrait raconter de ce que nous avons fait aujourd'hui à la psychomotricienne la semaine prochaine : « calendrier, échauffement, parcours, balle à picots ». Lorsque nous sommes retournés en salle d'attente, il a pu raconter à sa maman que nous avons fait un parcours aujourd'hui.

2. Ahmed

Lors du bilan réalisé en décembre 2020, Ahmed montre beaucoup d'impulsivité. Cette dernière participe aux difficultés de perception auditive et d'adaptation et de structuration

spatiale. Ce bilan témoigne des difficultés d'Ahmed à s'adapter à son environnement spatial, temporel et humain.

La séance du 17 novembre 2021, nous revoyons Ahmed après la séance avec sa maman. Ahmed est très agité et désorganisé. La séance commence par un échauffement mais il est très vite attiré par le matériel qui se trouve dans la salle. Dès qu'il voit un objet, il a besoin d'aller le chercher et de le manipuler mais il passe très vite à un autre objet : « Attend j'ai une idée ». Il n'attend pas que l'adulte vienne voir l'objet pour passer à un autre. Il bouge beaucoup dans toute la salle et tombe souvent. Il évoque également ce qu'il faisait avec l'ancienne psychomotricienne.

Dès la séance suivante, la psychomotricienne structure la séance. Elle commence par un échauffement puis un temps d'exploration où elle le laisse choisir l'activité : il commence par prendre le ballon de basket pour faire des échanges : « Allez, Allez, on perd du temps » « Aller, Aller vite » puis d'un coup s'arrête, range le ballon de basket et s'empare du gros ballon rouge qu'il fait rebondir au sol. Alors qu'il commence à prendre un des modules en mousse de la salle, elle lui propose de construire un parcours, ce qu'il accepte. Il veut utiliser un tunnel en tissus mais lorsqu'il rentre dedans il se rend compte qu'il est coincé : « J'ai oublié que je suis grand ». Puis d'un coup il enlève le tunnel et le range.

La psychomotricienne lui propose alors de s'allonger pour un temps de relaxation. Il accepte et nomme ce temps « massage ». Puis lorsque la fin de la séance arrive et que la psychomotricienne veut le réveiller, il se met à crier pour lui faire peur. Il lui demande de l'aide pour se lever, elle lui propose son bras mais fait mine de retomber. Puis d'un seul coup il se lève de manière brusque et fonce dans la salle d'attente.

Lors des séances qui suivront, les fins seront toujours quelque peu difficiles même si les départs seront moins précipités.

Lors de la séance du 2 février 2022, Ahmed arrive à 12h45 alors que notre séance est à 13h45, il s'est trompé d'horaire. Lorsqu'on arrive à 13h40 pour ouvrir la salle, il est déjà là et nous explique qu'il n'a pas mangé car le temps passait trop vite. Nous lui proposons de prendre un jeu pour patienter seul en salle d'attente. Je lui propose alors de prendre le perplexus qui l'intrigue depuis la première fois qu'on l'a rencontré. Il attend sans problème et c'est nous qui venons le chercher en salle d'attente.

Avant de commencer, la psychomotricienne lui explique qu'elle va mettre le timer en route pour qu'elle garde du temps pour faire la relaxation et donc découper la séance en 2 temps : Temps d'exploration motrice où c'est lui qui choisit les activités et le temps de relaxation. La psychomotricienne lui explique alors l'objectif du timer, il accepte de l'utiliser. Il commence la séance en jouant au tennis avec la psychomotricienne. Quand le timer sonne, il dit « ça n'a pas sonné » et propose d'arrêter la partie quand le premier des deux gagne. Il finit par gagner mais dit qu'il a fait exprès de mettre du temps. Puis, il sort sur le balcon « ça fait du bien de respirer » avant de revenir dans la salle pour s'allonger sur le tapis. La psychomotricienne lance le timer et il lui dit de faire « cinq minutes avec la balle et cinq minutes avec la main ». Lorsque le timer sonne, il ne réagit pas. Il met du temps à revenir de la relaxation mais part sans précipitation et en nous disant au revoir.

Lors de la séance du 16 février 2022, Ahmed arrive dans la salle et tout de suite pousse les chaises et les tables pour avoir de la place. Il installe tout de suite le terrain et prend les raquettes pour jouer au tennis. Il se met alors à faire des échanges de balle avec la psychomotricienne. Puis le timer sonne. Ahmed propose alors « Le premier qui finit jusqu'à 2 ». Il précise « Je fais exprès de ne pas perdre un match pour qu'on perde du temps pour la relax ». Il arrive finalement à avoir 2 points : « Non, on fait encore, on en fait un dernier ». La psychomotricienne lui explique que c'est le temps de la relaxation et qu'il en a besoin. Il va s'allonger sur le module qui sert de filet, la psychomotricienne lui propose le tapis habituel qui est plus confortable.

La relaxation commence et il précise « On ajoute 2 minutes à la relaxation comme je mets du temps à me réveiller ». Puis le timer sonne la fin de la séance, il met du temps à sortir de son état de détente et à accepter de se lever et de se tenir debout. Il va alors prendre un ballon et le lance dans la salle en disant « On n'a pas pris assez de temps, ce n'était pas assez pour moi ». On lui précise qu'on ne se verra pas la semaine prochaine car c'est les vacances : « Non, tu vois y'a pas assez de temps »

3. Définition du Cadre

Le cadre est une bordure rigide limitant une surface dans laquelle on place un tableau, un objet d'art. Il limite un espace ou l'action de quelqu'un. (Larousse).

En thérapie psychomotrice, le cadre « est ce qui contient une action dans un lieu, dans un temps, dans une pensée » (Potel, 2013, p. 321). Il dépend ainsi de conditions temporo-spatial, matérielles et relationnelles.

a) Dimensions Temporo-Spatiales

Le cadre des séances doit à la fois répondre à des conditions d'espace et de temps. Ces derniers doivent être suffisants pour accueillir et contenir les expériences sensori-motrices vécues par l'enfant. Les séances deviennent des repères pour l'enfant grâce à une répétition temporelle et une stabilité spatiale. (Potel, 2013)

Les données d'espace et de temps organisent à la fois le corps, l'expérience relationnelle, notre capacité à être, ainsi que le monde dans lequel on évolue. Elles sont fondamentales dans le développement psychomoteur de l'enfant. L'espace et le temps donnent un cadre à notre vécu sensori-moteur, à notre construction en tant qu'être relationnel et à notre capacité de penser. (Galliano, Pavot, et Potel, 2015)

« Notre construction du temps et de l'espace requiert d'une part un cadre, ce qui permet notamment rencontre et socialisation, suffisamment stable mais aussi souple, qui laisse place à la singularité, l'appropriation subjective qui conduit à une partition individuelle, une expressivité » (Lesage, 2021, p. 345)

Les repères spatio-temporels et le rappel des règles font tiers dans la relation thérapeute/patient et permettent à ce dernier de devenir un sujet à part entière. Ils rendent possible l'expression corporelles et balisent « un cadre « matériel » (Potel, 2013, p. 330)

b) Conditions Matérielles

La présence de matériel en séance participe également au travail psychomoteur. Les « objets, jeux, tissus, coussins, matières, couleurs sont autant de supports aux intégrations et à l'imaginaire » (Potel, 2013, p. 322). Leur choix dépend du patient, de l'axe thérapeutique et du psychomotricien qui « implique sa sensibilité et son investissement sensoriel » (Potel, 2013, p. 322)

En plus du choix d'un matériel adapté, il est important de veiller à la continuité et la stabilité du matériel proposé afin de permettre au patient de s'en emparer et qu'il devienne un « appui pour un jeu, un échange ou une interaction » (Veesser, 2015, p. 144)

Le cadre matériel est également défini par « l'appel aux règles ainsi qu'aux repères de temps et d'espace ». Il permet « l'expression corporelle, en toute sécurité ». À l'instar du « tiers paternel » de faire tiers dans la relation avec le thérapeute et d'aider ainsi le « patient à se séparer et à se différencier ». (Potel, 2013, p. 330)

c) La modalité relationnelle du cadre

La construction d'un cadre thérapeutique sécurisant passe également par la présence d'un ou de plusieurs psychomotriciens et part la relation qui se créent entre eux et le patient. Il est donc important de ne pas oublier la dimension relationnelle du cadre qui est au cœur de nos prises en soin en psychomotricité.

« Le psychomotricien, par son regard spécifique, son approche particulière du corps dans ses aspects moteur et relationnel ainsi que par son engagement corporel au sein de la prise en charge, aborde la problématique de l'enveloppe psychocorporelle par un travail sur la contenance. À travers sa disponibilité psychocorporelle soutenue par le cadre, ainsi que grâce à ses propres capacités de contenance, il tente de montrer au sujet sa propre capacité à contenir tant son corps que ses pensées et ses émotions » (Veesser, 2015, p. 151)

La contenance apportée par le cadre thérapeutique dépend de la capacité de contenance psychique et physique du psychomotricien. Il transforme ainsi grâce à ses interventions psychocorporelles les éléments insupportables et angoissants du patient en éléments assimilables qui constitueront sa base de sécurité psychomotrice. (Veesser, 2015). On peut alors parler de fonction alpha du thérapeute qui comme nous l'avons évoqué précédemment est normalement permise par la mère. Dans le cas d'interactions mère-enfants défailantes, la fonction alpha de la mère n'a pas pu se mettre en place. Cela peut entraîner la mise en place d'une base de sécurité psychomotrice insécure ce qui met en jeu ses capacités d'exploration de l'espace et donc son développement psychomoteur.

Cette capacité de contenance est d'ailleurs mise en jeu dans les fonctions du moi-peau et dans la fonction alpha de Winnicott.

d) Le cadre thérapeutique soutient l'élaboration d'une enveloppe contenantante

L'élaboration d'un cadre thérapeutique contenant dépend donc de la prise en compte des trois dimensions évoquées ci-dessus.

Le cadre thérapeutique de la séance de psychomotricité s'intègre également dans un fonctionnement institutionnel qui exercera par ailleurs une influence sur le travail psychomoteur mis en jeu lors des séances de psychomotricité.

La contenance apportée par le cadre thérapeutique « fournit un espace transitionnel où l'enfant trouve un exutoire psychomoteur, se projette et se répare » (Reinalter Ponsin, 2002, p. 96). Un travail psychomoteur peut alors se mettre en place et permettre « d'une part instaurer des structures et les conduire à s'élaborer en représentations ; d'autre part faire naître une expressivité et une élaboration psychique dans un dialogue, une mise en relation avec autrui » (Lesage, 2021, p. 345).

« Au moyen du cadre thérapeutique, de l'engagement corporel, des prises de paroles, des verbalisations du vécu corporel, des mises en situation corporelles adaptées et des stimulations proposées, la prise en charge psychomotrice cherche à favoriser l'émergence d'une enveloppe contenantante. » (Veeser, 2015, p. 139).

La construction d'un cadre sécurisant et contenant nécessite de prendre en compte l'ensemble des modalités évoquées ci-dessus. Cette construction fait donc partie intégrante de la prise en soin en psychomotricité. C'est d'ailleurs à partir de ce cadre que la thérapie psychomotrice peut se déployer. C'est dans ce cadre qu'Ahmed et Mhoussine pourront expérimenter leurs limites psychocorporelles.

B. De la construction du cadre à la construction des limites corporelles

1. Mhoussine

Depuis le début de sa prise en charge nous avons beaucoup expérimenté l'espace de la salle avec des jeux de ballon. Lors de la séance du 26 janvier 2022, je lui propose de faire une construction avec des kaplas. Nous nous mettons d'accord pour reconstituer le CAPP. Toutefois, je me rends rapidement compte que malgré mon aide et même un passage par le réel en sortant de la salle de psychomotricité c'est trop difficile pour lui. Je lui propose donc de commencer en premier par la salle de psychomotricité. Je commence par construire le cadre de la pièce et lui se met alors à construire le balcon et compte les planches qui le composent en réalité pour essayer de faire le plus réaliste possible. Il parle alors de « maquette » et de « plan ».

Il commence à faire du lien dedans/dehors et nous explique qu'il n'a peur de rien, la psychomotricienne et moi lui donnons des exemples de choses qui nous font peur et nous dit « j'ai peur des araignées ».

Après avoir construit le balcon, je lui propose d'essayer de construire les principaux éléments de la pièce. Il construit le bureau, le tableau et puis il repère l'espalier qu'il n'avait jamais exploré jusque-là et a besoin d'aller dessus pour le construire, il monte donc dessus : « c'est comme si je descends de mon hélicoptère ». Il retourne ensuite à la construction et y ajoute le canapé sur lequel nous faisons le temps d'accueil et le calendrier.

Il choisit ensuite 3 personnages qui nous symbolisent : lui, moi et la psychomotricienne. Il se met alors à jouer les 3 personnages « il faut travailler bien », il reprend des propositions de séance : « calendrier », la « balle à picots », « foot ».

A la séance suivante, je lui propose de dessiner sur une feuille un plan de la maison de ses rêves, il a finalement dessiné l'appartement dans lequel il vit (cf Annexe 3). Toutefois, lorsqu'à la séance suivante je lui propose d'essayer de faire en kapla la maison qu'il avait dessiné sur sa feuille, il lui est difficile de suivre le modèle et préfère construire la maison de ses rêves. Il commence par construire avec mon aide le contour avant d'y ajouter les pièces qu'il place en-dehors de celui-ci. Il est par ailleurs plus préoccupé par l'idée de construire des murs solides que par l'idée d'agrandir sa maison.

Cette préoccupation autour de l'épaisseur des murs est observable à plusieurs reprises. Il cherche ainsi à épaissir les murs plutôt que les agrandir. Il change ainsi l'épaisseur de la maison, l'espace qu'elle prend dans la salle et qui l'entoure.

Lors de la séance du 20 avril 2022, Mhoussine arrive très en retard accompagné de sa maman. Cette dernière explique à la psychomotricienne qui lui a demandé de ses nouvelles, qu'elle ne va pas très bien.

Pendant ce temps, je rejoins Mhoussine dans la salle de psychomotricité, il est très agité dans l'espace et parle beaucoup mais pas de manière intelligible. Je lui propose alors de s'asseoir. Il s'assoit sur le canapé avec le dos calé contre le mur et les jambes regroupées contre son torse, je m'installe face à lui. La psychomotricienne s'approche de nous et explique à Mhoussine qu'elle a remarqué que sa maman n'allait pas bien, mais qu'elle va aller voir l'assistante socio-éducative. Mhoussine nous explique alors que dimanche la voisine qui habite à l'étage du dessous a été en garde à vue car sa maman a appelé les policiers et que son papa est aussi allé avec les policiers pour la plainte. Son discours est très confus et j'ai besoin de le questionner pour plus de compréhension. Au cours de son explication, il reste dans sa position et prend en brique pour la placer devant ses jambes.

Nous faisons ensuite l'échauffement puis je lui propose de dessiner un bonhomme. Il me demande ensuite de jouer au basket. Je sors donc le panier de basket dans lequel il essaye de lancer le ballon. Lorsqu'il commence à perdre, il en vient à me demander si nous jouons au basket ou au foot et m'explique qu'on doit chacun lancer le ballon dans des espaces différents comme si on jouait au foot. Je lui réexplique alors les règles du basket en lui expliquant qu'il y'a un panier pour deux, le but étant de marquer le plus de paniers. A de nombreuses reprises au cours du match, il se retrouve collé à moi que ce soit pour m'empêcher de marquer ou pour lui-même marquer, il n'hésite pas à me prendre le ballon. Il me dit d'ailleurs qu'il ne veut pas que je gagne. Lorsque je lui demande de ranger afin de passer au temps de conscience corporelle, il me dit que je dois d'abord l'attraper. Je finis par l'attraper et nous passons au temps de conscience corporelle que j'ai décrit précédemment.

2. Ahmed

Lors de la séance du 6 avril 2022, Ahmed arrive très agité en séance. Lorsque la psychomotricienne lui demande comment il va, il lui répond « Demain, je vois le juge ». Il demande à construire une cabane. Il explique « C'est notre maison, je ne vais pas la faire tout

seul ». Il commence à construire les murs de la maison puis il désigne l'intérieur et dit « Pour le massage, ce sera ici ». Quand le mur tombe, il se met à chouiner comme un bébé. Il reconstruit le mur qui tombe en le renforçant pour éviter que cela tombe et pose un tapis dessus pour faire comme un toit. Il explique alors « Moi aussi dans mon lit, je faisais ça, une cabane ». Il ajoute un deuxième tapis pour consolider le toit et la cabane. Il entre ensuite à l'intérieur « Je vais faire de l'espace ». La psychomotricienne entre ensuite dans la cabane et il propose « Je pars à la guerre ». Elle lui propose d'être sa fille. Ahmed sort ensuite de la cabane et se met à parler aux ennemis « Je suis tout seul, ma fille est morte et noyée dans un lac ». Il fait semblant de les combattre : « Ils sont tous morts ». La psychomotricienne qui joue sa fille l'interpelle, il lui répond « Tu te débrouilles », elle lui demande « Tu m'abandonnes ? » ce à quoi il répond : « Oui, on a changé de maison ». Le timer sonne et tous deux commencent à défaire la cabane et la ranger. Il veut faire la relaxation dans la cabane. Il se met alors à reconstruire les murs pour qu'ils soient plus solides.

Il apporte le tapis pour la relaxation entre les trois murs de la cabane, mais la maison tombe et il se met à chouiner. La psychomotricienne lui répond alors « Tu es en sécurité ». Il s'allonge sur le tapis et veut faire tomber les briques qui sont autour de lui car cela lui fait du bien. Il veut construire une maison autour de lui. Mais la psychomotricienne lui rappelle le temps de relaxation. Il s'allonge la tête sur son oreiller habituel et enveloppé de deux couvertures. Il dit alors « tu as détruit ma vie » et la psychomotricienne lui répond « On espère que personne ne détruira ta vie. C'est toi qui vas la construire ta vie ». Il est ainsi allongé sur le dos sur le tapis entouré de briques éparpillées au sol.

La relaxation commence alors, la psychomotricienne l'invite comme d'habitude à prendre de grande inspiration et expiration. Elle pose sa main sur son ventre pour qu'il puisse la sentir. Puis, elle commence les pressions corporelles et l'étaye verbalement sur le fait de prendre conscience de la partie du corps qu'elle touche et sur sa respiration.

Alors que le timer a retenti et que la psychomotricienne commence à lui signifier la fin de la relaxation, il lui attrape sa main et se fait lui-même des pressions au niveau du bras. Il lui demande, « un massage dans le dos » ce qu'elle lui fait. Lorsqu'elle a fini, il se met en position de l'enfant puis s'assoit sur le tapis avant de se rallonger et de donner des coups dans le tapis contre lequel sa tête est posée pour que les briques qui sont dessus tombent sur lui. Il se lève, remet ses chaussures et s'allonge sur le ventre sur la table qui est à côté de moi et m'appelle au-secours. Puis, il se relève et nous dit au revoir et quitte la salle.

A la séance suivante, Ahmed arrive en avance pour sa séance et compte les secondes en attendant qu'on vienne le chercher. Quand il rentre dans la salle de psychomotricité, il nous reparle tout de suite de construire une maison. Pour la construire, il utilise un mur de la salle et un tapis : « les murs seront plus solides car il y'a le tapis ». La psychomotricienne lui propose de reprendre l'histoire de la dernière, la petite fille a ainsi 11 ans, il la nomme Mathilde. Il demande à la psychomotricienne de choisir son prénom, elle lui propose Mohammed. Ils continuent de construire ensemble la maison. Il installe des briques à l'arrière du tapis pour solidifier le mur. Lorsque le mur de briques tombe, il se met à crier puis le reconstruit. La psychomotricienne demande « Où est-ce qu'elle est ma maman ? ». Ahmed lui répond « Elle s'appelle Mathilde », puis finalement l'appelle « Lina, elle est à la ferme et elle ne fait rien, elle écrit dans son cahier magique ». La psychomotricienne lui précise que je ne peux pas venir dans le jeu car je dois rester derrière le bureau. Ahmed explique que la mère est morte.

L'histoire commence. Ahmed rit « Tu joues trop le jeu » et fait semblant de vomir en me regardant. Il agrandit la maison en construisant un mur. La psychomotricienne s'installe au bureau pour faire ses devoirs. Il lui dit « Je voulais faire une surprise avec le bureau », la psychomotricienne : « Elle te manque maman ? », Ahmed : « Oui ». Pendant qu'elle est au bureau, il continue à construire la maison. Lorsque le timer retentit : « Non, je n'ai pas eu le temps d'entrer dans la maison ». Il veut ajouter avec les tapis qui restent et fermer la maison. Il le fait avec l'aide de la psychomotricienne qui lui demande : « On passe à la relaxation ? », « Non on n'a pas fini le film ». Il lui demande si on peut laisser la cabane jusqu'à la semaine prochaine. Elle lui explique que ce n'est pas possible mais qu'elle peut prendre une photo pour qu'ils s'en souviennent.

Ils installent le tapis pour la relaxation et il s'allonge dessus en demandant « Mon coussin, ma couverture ». Il est ainsi allongé au milieu de 4 murs et un toit au-dessus de sa tête. Elle commence par son bras, il essaie alors d'attraper son petit doigt avec le sien. Elle continue ses pressions et parvient à se relâcher sur demande. « D'habitude, tu prends du temps pour la jambe et ça fait du bien ». Il lui tire alors la main et la pose au niveau du thorax. Il lui tend ensuite sa main gauche pour qu'elle la tienne. Elle lui tend quelques secondes. Puis il lui demande la tête mais elle lui explique qu'elle ne peut pas y accéder car elle n'a pas la place. Il casse donc les murs qui étaient au niveau de ses pieds et avance le tapis. Elle lui fait des pressions sur la tête.

Le timer retentit. Il se met en position fœtal sur le côté. Il pousse les briques qui l'entourent pour les faire tomber. Quand la psychomotricienne le regarde, il fait semblant de dormir et quand elle se retourne, il se met à bouger les bras et les jambes pour faire tomber les

briques et le tapis sur sa tête. Il dit que c'est comme une bulle anti-stress. Il met le tapis sur lui : « Je suis tranquille, ça fait du bien ». Il finit par se relever et peut partir en nous disant au revoir.

Ces différentes situations cliniques m'ont permis de mettre en évidence la façon dont Mhoussine et Ahmed se sont mis à construire leur propre cadre au sein des séances. Chacun à leur manière, ils se sont saisis du cadre proposé pour l'adapter à leurs besoins. Ces différentes constructions me conduisent à réfléchir à la manière dont se construisent les limites corporelles dans le développement de l'enfant.

3. La construction des limites corporelles comme base de la contenance psychique

a) Holding et Handling

Le holding ou maintien a été théorisé par Winnicott. Il désigne à la fois les soins donnés au nourrisson et ce qu'il reçoit de l'environnement. Le holding se réfère donc à une relation à trois dimensions dans laquelle le temps va peu à peu s'ajouter. « Dans maintien, il y'a surtout le fait qu'on tient physiquement l'enfant ce qui est une forme d'amour » (Winnicott, 1969, p. 371). Une mère qui maintient mal son enfant provoque chez lui un sentiment d'insécurité et des pleurs de détresse (Winnicott, 1969).

Le holding suffisamment bon tient compte de la sensibilité cutanée, visuelle, à la pesanteur et du fait que l'enfant ne connaît que le self, il contient les soins diurnes et nocturnes et s'adaptent au développement de l'enfant.

Le handling ou manipulation « désigne non seulement les soins manuels prodigués par la mère ou ses substituts quand elles font la toilette du nourrisson, le changent, l'habillent, mais également les caresses et les autres contacts affectifs cutanés » (Lehman, 2007, p. 174). Ces contacts et mises en mouvement qui aident le bébé à sentir son corps comme une unité, les îlots étant reliés par ces sensations dans un « tout » prenant un sens.

Les « morceaux » maintenus ensemble par le holding prennent ici un sens grâce aux interactions enrichissantes entre chacune des « parties ». (Duquesne, 2015, p. 68). Le handling est donc une continuité du holding.

b) De l'enveloppe Corporelle au Moi-Peau

La peau constitue notre première limite corporelle. Elle a trois fonctions : elle permet tout d'abord de contenir et retenir le bon et le plein liés aux soins maternels. La seconde fonction est l'interface et la limite entre le dedans et le dehors, elle permet ainsi de protéger de l'extérieur. Enfin, sa troisième fonction est de permettre la communication avec autrui. (Anzieu, 1995).

Elle apporte également « de la contenance, de la différenciation dedans/dehors et soi/non-soi (avec en particulier son rôle immunitaire) » (Lesage, 2012, p. 29). Elle a la capacité de « s'ajuster exactement à l'objet qu'elle entoure, elle peut même être une couche différenciée de cet objet » (Houzel, 2005, p. 9). Elle assure ainsi la « limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est contenu à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné. » (Houzel, 2005, p. 9).

Anzieu postule « que le corps informe le psychisme, dans un jeu analogique. Les structures anatomo-fonctionnelles du corps mettraient donc en forme le psychisme, en colorant et orientant les expériences qui sont vécues à travers lui » (Lesage, 2012, p. 29). Il théorise ainsi la notion de moi-peau qui est « une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (Anzieu, 1995, p. 61).

c) Les huit fonctions du Moi-peau

Le Moi-peau se décompose en huit fonctions :

- La fonction de maintenance du psychisme est assurée par le holding au niveau biologique et par l'intériorisation du holding maternel au niveau psychique. La fonction contenante est particulièrement assurée par le handling maternel. De la même manière que la peau enveloppe le corps, le Moi-peau contient l'appareil psychique. (Anzieu, 1995).

- La fonction de pare-excitation du bébé assurée par la mère « jusqu'à ce que le Moi en croissance de celui-ci trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction ». « Le Moi-peau est une structure virtuelle à la naissance, et qui s'actualise au cours de la relation entre le nourrisson et l'environnement primaire » (Anzieu, 1995, p.125).
- La fonction d'individuation du Soi, qui lui permet de se sentir comme un être unique (Anzieu, 1995)
- « La fonction d'intersensorialité du Moi-Peau, qui aboutit à la constitution d'un « sens commun » [...] dont la référence de base se fait toujours au toucher » (Anzieu, 1995, p. 127). L'angoisse de morcellement répond à la carence de cette fonction du Moi-peau (Meltzer cité par Anzieu, 1995).
- Les fonctions de surface de soutien de l'excitation sexuelle et de recharge libidinale que je ne développerai pas ici afin de rester cohérente avec ma clinique.
- La fonction d'inscription des traces sensorielles permise par les organes des sens tactiles contenus dans la peau qui transmettent des informations issues du monde extérieur. Son développement s'appuie sur le biologique et le social. Cette fonction est consolidée par l'environnement maternel s'il remplit son rôle d'objet presenting développé par Winnicott. (Anzieu, 1995)

La construction des limites corporelles de l'enfant se fait dès les premiers instants de sa vie à travers les interactions avec un environnement suffisamment bon. A travers le Moi-peau, Cette construction est par ailleurs une base à la construction du psychisme de l'enfant et de sa capacité de contenance que je vais à présent explorer.

4. A la contenance Psychique

a) La contenance

« La notion de contenance renvoie à la fois au réceptacle renfermant un volume et accueillant un contenu mais également à la manière d'être et à la capacité de maintenir en soi un contenu » (Veesser, 2015, p. 138).

Selon Didier Houzel, pour que le psychisme de l'enfant se structure de manière stable il faut que les relations avec son environnement constituent un système dynamique au sein duquel peuvent s'organiser des formes psychiques même s'il est en perpétuel évolution. (Houzel, 2005).

La fonction contenante du Moi-Peau est comme nous l'avons vu précédemment assurée par le handling maternel. Anzieu théorise le fait que « Toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique. Le Moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau » (Anzieu, 1995, p 61).

En thérapie psychomotrice, cette fonction est assurée par la capacité de contenance du psychomotricien. Ce dernier peut alors servir de contenant à l'enfant.

b) La fonction alpha de Bion

Cette notion de contenance est centrale dans la fonction alpha de Bion qui « est définie par la rencontre conflictuelle entre un « contenu » et un « contenant ». La « contenance » du « contenu » permet qu'il devienne alors psychique ». (Mellier, 2005, p. 447).

Lors de la dyade mère/bébé, le contenu ou éléments bêta issus du bébé sont assimilés et transformés en élément alpha par la fonction alpha de la mère. Le bébé a alors accès à sa propre vie émotionnelle. Ce travail de contenance passe donc par une expérience émotionnelle. C'est en effet la transformation d'éléments bêtas dépourvus de vie émotionnelle en éléments alpha doté d'une vie émotionnelle. Ces derniers sont une forme archaïque de l'émotion et sont à l'origine de la capacité à penser, éprouver un vécu et à ressentir les émotions. Une « terreur

sans nom » résulte de l'échec de ce processus. Les éléments bêta ne sont pas évacués et sont source de douleurs et de tensions. (Mellier, 2005).

La contenance psychique est donc à la base du développement psycho-affectif de l'enfant. Il dépend en grande partie des interactions précoces de l'enfant avec son environnement.

Je vais à présent m'interroger sur le lien entre le cadre en psychomotricité et la construction des limites psychocorporelles de l'enfant victime de maltraitance

C. La fonction contenante en psychomotricité : du cadre au psychomotricien.

1. Le cadre comme premier contenant

a) **La construction de limites psychocorporelles à travers la construction d'un cadre spatio-temporel**

Lors des premières séances avec Mhoussine, je me suis sentie entraînée dans sa discontinuité. J'ai alors ressenti le besoin d'instaurer un cadre spatio-temporel défini avec la construction d'espace correspondant à des temps de la séance. J'ai ainsi entrepris de modifier quelque peu l'espace de la salle et d'y créer un espace « canapé ». Cet espace est le point de départ et de fin de la séance. Il nous permet de nous retrouver et de nous rencontrer. Il est toujours là, même s'il peut être détruit et reconstruit. Mhoussine peut ainsi s'en saisir en fonction de ses besoins que ce soit pour construire des maisons, un parcours ou lui apporter de la sécurité quand il évoque ce qui se passe à la maison, source d'inquiétude pour lui.

La création de cet espace de rencontre libère le reste de la salle pour l'exploration motrice. Elle s'adapte ainsi exactement à Mhoussine de la même manière que l'enveloppe cutanée peut le faire. Il permet donc de suppléer à l'enveloppe corporelle défaillante chez l'enfant victime de maltraitance.

Ainsi, de la même manière que le cadre temporel a été modifié dans la prise en charge de Mhoussine. Ahmed a eu besoin de faire évoluer l'organisation de l'espace tandis que l'organisation temporelle reste immuable. Au début de l'année, lors du premier temps de la

séance, Ahmed et la psychomotricienne pratiquaient le tennis, ils étaient donc séparés l'un de l'autre par un module. Tandis que lorsqu'il a construit les cabanes, ils se sont mis à partager le même espace. Cette évolution d'un espace séparé à un espace partagé peut traduire l'évolution de la communication entre Ahmed et la psychomotricienne. Le mur qui les sépare serait alors une représentation d'une difficulté d'être en relation avec l'autre. (Latour, 2007). Ainsi, de la même manière qu'ils arrivaient à communiquer lors des relaxations à travers le dialogue tonico-émotionnel, la nouvelle organisation spatiale rend plus facile la communication entre eux.

La stabilité du cadre spatio-temporel est très importante puisqu'elle permet de contenir et soutenir la relation et le travail thérapeutique. J'ai également éprouvé la malléabilité du cadre lorsque je l'ai modifié avec Mhoussine car j'avais la sensation qu'au lieu de soutenir le travail psychomoteur, il l'entravait. J'ai ainsi modifié l'organisation du temps à l'intérieur de la séance tout en conservant une régularité de temps et de lieux. L'ajustement de ce cadre lui a ainsi permis d'exprimer de nouvelles choses et de pouvoir pleinement se saisir des expériences que je lui propose. Le cadre spatio-temporel doit donc s'adapter au travail thérapeutique et non l'inverse.

L'espace « canapé » est constitué d'une assise de briques en mousse et un dossier en briques contre un mur. Cette construction permet de lui offrir un appui-dos solide. L'intérêt de la construction d'un appui-dos permet de lui offrir un arrière-fond. Cette notion a été développée par André Bullinger et Geneviève Haag comme nous l'avons vu précédemment.

Je vais à présent mettre en lien cette notion d'arrière-fond avec la défaillance de l'enveloppe de Mhoussine. Geneviève Haag souligne l'importance de donner un appui-dos à l'enfant qui lui donne un sentiment de sécurité et facilite, en association avec le regard, l'entrée en relation avec l'autre. Mhoussine a également besoin d'arrière-fond lorsque nous sommes face à face et qu'il doit rester à sa place lors des temps d'échauffement. Cette difficulté à regarder l'autre et ce besoin de protection peut être liée à « une enveloppe insuffisamment construite et fiable » (Latour, 2007, p. 83). Ainsi, lorsque Mhoussine est à l'arrêt, il a du mal à me regarder, en lien avec son enveloppe déficiente, et quand il est en mouvement il parvient à le faire car la mise en mouvement perpétuel lui permet de faire face à la défaillance de son enveloppe. (Robert-Ouvray, 2011).

Ce besoin perpétuel de mouvement et la difficulté de regarder l'autre se retrouve également chez Ahmed. Il peut ainsi être face à l'autre lors des temps de tennis durant lesquels il est en mouvement mais lors des temps de relaxation, il fait souvent en sorte de se cacher les yeux avec une couverture ou de les fermer. Ces observations me font prendre conscience de la difficulté pour ces enfants à construire une enveloppe efficiente et de faire face à cette défaillance. Ils ne se sentent alors pas construits.

Ce besoin de construction est mis en jeu dans la construction par Ahmed et Mhoussine de cabanes. Selon I. Diard, la cabane représente le corps de l'enfant qu'il va ainsi pouvoir construire et qui va également l'aider à se construire lui-même. (Diard, 2008)

La construction du Moi est empêchée par un environnement qui n'est pas suffisamment bon (Winnicott). Cette construction fragile du Moi ne permet pas l'enfant d'avoir le sentiment continu d'exister qui est « La conviction qu'à tout instant la continuité de la vie sera réelle et se prolongera dans l'instant suivant même en cas de "menace". C'est une sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours "le même". "Je" serais toujours là et "je" serai toujours le même ». (Pireyre, 2021, p. 173).

Cette définition me renvoie à cette scène où Ahmed se met à chouiner face à la chute de son mur de briques et du toit comme s'il ne pouvait plus être face à cet effondrement.

En construisant, Ahmed comme Mhoussine, sont vigilants à la solidité de leur cabane qui doit assurer cette fonction de protection. Ils vont ainsi construire un toit pour se protéger et faire des murs les plus épais possibles pour qu'ils ne tombent pas.

À travers cette recherche de construction de rempart autour d'eux et autour d'objets pour se protéger, les enfants réinventent l'enveloppe pare-excitation. Le système pare-excitation a été conceptualisé par Freud. Il désigne le fait de protéger le psychisme du nouveau-né face aux nombreuses sollicitations de son environnement. (Golse, 2001). Cette protection est « assurée en partie par la fonction maternante, en partie par lui-même et en partie par l'interaction entre ces deux composantes » (Golse, 2001, p. 50). Cette fonction de pare-excitation est une des fonctions du moi-peau. Or dans le cas d'enfants victimes de maltraitance et ayant vécu des interactions précoces défaillantes, cette fonction n'a pas été assurée

correctement, l'enfant n'a pas pu être protégé. Les enfants ont donc besoin de reconstruire physiquement cette protection pour faire face aux stimulations de l'extérieur.

Lorsqu'Ahmed demande à faire la relaxation dans la cabane, j'é mets l'hypothèse qu'à travers cette demande il recherche la protection physique de la cabane. En lien avec les vécus archaïques qu'il éprouve au cours de cette dernière. Suzanne Robert-Ouvray fait également le lien entre la construction physique de limites protectrices et la matérialisation d'une enveloppe corporelle souvent déficiente chez les enfants victimes de maltraitance du fait d'une mauvaise intégration sensorielle et du vécu douloureux auxquels ils ont été soumis. (Robert-Ouvray, 2011).

b) L'appropriation du cadre grâce à sa composante matérielle

Ahmed et Mhoussine se sont tous les deux appropriés à leur manière le cadre matériel. Mhoussine s'est en effet approprié une balle à picot orange pour notre temps de prise de conscience corporelle. Il prend chaque fois la même, malgré le fait qu'il y'en ait plusieurs autres. Ahmed s'est quant à lui approprié le coussin et la couverture qu'il a utilisés lors de la première séance. Il les nomme comme « mon coussin préféré », « ma couverture » et les réclament avant chaque relaxation. Il a même essayé de les emmener chez lui en les cachant sous son pull comme s'il avait un bébé dans le ventre.

Cet attachement peut être mis en lien avec la notion d'objets transitionnels développés par Winnicott. Ce dernier le définit comme la première possession du non-moi. Il apparaît normalement dans la première année de l'enfant mais dans le cas d'enfant carencé, il est possible qu'ils apparaissent plus tardivement. L'objet transitionnel donne à l'enfant une aire d'expérience neutre et incontestée. (Winnicott, 1969).

Le matériel permet ainsi de médiatiser la relation comme lors des temps de conscience corporelle avec Mhoussine ou de relaxation avec Ahmed. Il permet ainsi de tiercéiser ce toucher qui peut être vécu comme intrusif en particulier dans le cas de vécu maltraitance physique et d'une enveloppe corporelle fragile. Avec Ahmed, ce toucher médiatisé a évolué en toucher enveloppant direct qu'il accepte. Avec Mhoussine, le toucher est médiatisé à travers cette balle à picot qu'il s'approprie de plus en plus et qui nous permet de construire un dialogue

tonico-émotionnel entre nous. La constance de la balle à picot le sécurise et lui apporte de la détente qu'il traduit par des positions de détente.

Cette constance de matériel est primordiale afin de sécuriser le cadre et d'apporter de la continuité à l'enfant. Les enfants questionnent l'absence ou le changement de place d'un objet même s'il n'est pas utilisé pendant la séance. J'ai ainsi pu l'observer avec Mhoussine lors de la séance où la psychomotricienne était absente. De la même manière qu'il a verbalisé son absence, il a verbalisé le changement de place de la chaise et du bureau que j'ai dû lui expliquer.

c) Le cadre humain comme tiers de la relation

Le cadre humain permet également de contenir la défaillance de l'enveloppe à travers la triade : la psychomotricienne, l'enfant et moi. Mhoussine a ainsi pu verbaliser l'importance de cette triade. Lorsque la psychomotricienne était absente, qu'il a pu verbaliser cette absence et exprimer le fait qu'il préférerait que nous soyons trois.

La notion de tiercéisation de la relation est reprise par Catherine Potel pour qui c'est le cadre thérapeutique qui fait tiers (2013). Chez les enfants victimes de maltraitance, « l'accès au tiers est déficient. Dans une famille maltraitante, le deuxième parent est un complice actif ou passif » (Robert-Ouvray, 2011, p. 96). La place du tiers est donc aussi importante que celle du thérapeute actif lors des séances. Ils peuvent ainsi éprouver l'efficacité d'un tiers qui module l'angoisse dû au face à face.

Cette notion de tiers est également présente chez Ahmed qui est pris dans cette relation dyade avec sa mère et dont le père ne peut faire tiers puisque les parents sont divorcés et qu'il est confié à sa mère. Par ailleurs, Ahmed depuis le mois de mars m'interpelle de plus en plus lors des séances et me cherche du regard : « la maison de Mathilde, toi et moi », « Mathilde, A l'aide », « Mathilde, tu es indestructible ». Afin de garantir la structure du cadre et la place de chacun, nous avons décidé qu'il ne fallait pas que j'intervienne physiquement lors des séances et que je garde ma place d'observatrice.

Je me questionne sur ce que cela veut dire des préoccupations d'Ahmed : est-ce mon regard qui est trop intrusif sur lui ? Est-il angoissé de me voir statique alors que lui est en

perpétuel mouvement ? Exprime-t-il le besoin d'une relation active à trois ? Ces sollicitations questionnent également ma place et la limite entre le dedans et le dehors, je suis à la fois dans la salle de psychomotricité et en-dehors de la séance. Ainsi, certaines composantes doivent être immuable et d'autres peuvent « être malléable et apporter une structure et une cohérence aux expériences de l'enfant, en écho avec les besoins antagonistes qui colorent son comportement (calme/stimulation, autorité/liberté, attachement/solitude etc.) qui confèrent sécurité et rythmicité » (De Monval, 2019, p. 128).

d) Un cadre thérapeutique sécuritaire face à la défaillance du cadre familial

Face à la défaillance du cadre familial, il paraît important de construire un cadre de séance sécuritaire. Ce cadre permet ainsi de contenir ce que le cadre familial ne parvient pas à faire. Il est également primordial de prendre en compte ce cadre dans sa dimension matériel, thérapeutique et spatio-temporel. La bonne construction d'un cadre de séance permet ainsi de marquer une limite entre le dedans et le dehors qui est souvent défaillante dans la construction des enfants victimes de maltraitance.

Au début de sa prise en charge, Mhoussine évoque le fait que sa maman peut le voir comme il peut voir les personnes qui sonnent chez lui grâce à l'interphone. Il évoque à plusieurs reprises cette peur d'une intrusion qui peut être mise en lien avec le cambriolage dont sa famille a été victime peu de temps après leur emménagement. Ces réflexions m'interpellent et me font réfléchir à sa compréhension de la limite entre dedans/dehors.

Cette limite entre l'intérieur et l'extérieur de la salle de psychomotricité paraît être intégrée lorsqu'il construit la salle de psychomotricité en kapla et qu'il parvient à passer d'un espace à l'autre. Ahmed a également eu besoin qu'on soutienne le fait que la salle de psychomotricité était un espace pour lui et que sa mère n'y avait pas accès. Ainsi, même si nous avons pris le temps de la rencontrer, ce n'est pas un espace pour sa maman, c'est un espace seulement pour lui. Cette limite s'est d'ailleurs accentuée avec le fait que sa maman, qui jusqu'en décembre l'accompagnait à ses séances, s'est mise à ne plus l'accompagner.

Ce sentiment d'intrusion qu'Ahmed et Mhoussine présentent tous les deux, peut être mis en lien avec la porosité de leur enveloppe psychocorporelle.

Le cadre, dans toutes ses dimensions, est ainsi un soutien à la construction d'enveloppes psychocorporelles efficaces. Cette contenance du cadre passe également par la capacité de contenance du psychomotricien qui par son engagement psychocorporel peut prendre soin de ce corps qui parle la souffrance.

2. La fonction contenante du psychomotricien : Soutien de la construction des enveloppes chez l'enfant victime de maltraitance

Ainsi le psychomotricien par sa disponibilité psychocorporelle et sa fonction contenante permet de soutenir la construction et la reconstruction des enveloppes psychocorporelles chez l'enfant victime de maltraitance.

J'ai ainsi pu éprouver ma capacité à contenir et recevoir les éprouvés de l'enfants et à les transformer lors d'une séance avec Mhoussine. Lors de cette séance, je lui propose pour la première fois de faire un point sur sa main droite afin de l'aider dans sa latéralité. Il se met alors à bouger d'un pied et sur l'autre et me dit « Elle va me taper ma maman car j'ai une trace sur la main » « Elle demande à Anayelle de me taper » « Maman m'a dit de ne pas parler ». Il évoque également la colère de sa maman et le fait qu'elle est plus en colère en vacances. Lorsque je lui demande où est ce qu'elle le tape, il ne répond pas.

Par ailleurs durant tout le moment où il nous confie ces choses-là il est en mouvement dans la salle, et lorsqu'il s'arrête il ne parle plus. Je m'approche alors de lui et me mets à sa hauteur pour essayer de le rassurer. Je remarque par ailleurs qu'il me répond plus facilement, moi qui suis à côté de lui, que la psychomotricienne qui est derrière son bureau. Lorsqu'elle lui explique qu'elle veut en parler à la psychologue qui le suit, il refuse et ne veut plus répondre à ses questions. Il change alors de sujet et nous parle de son frère qui est amoureux et qui fait des bisous à sa petite sœur. Puis d'un coup il arrête de parler et demande à jouer au ballon, ce que nous faisons.

Lors de cette séance, j'ai senti que Mhoussine avait confiance en moi et qu'il est important d'accueillir sa parole et de lui apporter une écoute et une contenance corporelle. C'est d'ailleurs mon investissement corporel qui me permet d'être disponible psychiquement. Catherine Potel théorise d'ailleurs le fait que « cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique » (Potel, 2013, p. 324).

Je me suis toutefois sentie indignée de cette confiance et impuissante lorsque quelques mois plus tard, lors de la cellule protection de l'enfance, nous nous sommes rendu compte que rien n'avait été mis en place à l'école pour lui venir en aide. Je me rends compte alors des limites des rôles de chaque professionnel et encore plus en tant que stagiaire.

Quelques mois plus tard, j'ai pu en parler avec l'assistante sociale du CAPP qui a alors pu m'expliquer les raisons du choix fait par le CAPP de passer par l'école. Cela m'a permis de mieux comprendre ces choix. Cela me fait prendre conscience de l'importance de connaître les rôles et les places de chacun, dans le dispositif de protection de l'enfance afin de travailler de la manière la plus harmonieuse possible avec l'ensemble des intervenants.

Par cette disponibilité corporelle et psychique, le psychomotricien construit un dialogue tonico-émotionnel avec le patient dans le processus thérapeutique. Ce dialogue permet en donnant sens aux états tonico-émotionnels de l'enfant d'assurer la face externe de l'enveloppe corporelle. (Bullinger, 2004). Il assure également un rôle de miroir entre le patient et le thérapeute ce qui permet de construire une bonne contenance psychique. (Veesser, 2015).

J'ai ainsi observé la mise en place de ce dialogue tonico-émotionnel entre Ahmed et la psychomotricienne au cours des temps de relaxation ou de massage comme il le nomme. Au cours de la relaxation, la psychomotricienne verbalise la partie du corps qu'elle touche et invite Ahmed à la détendre en s'appuyant également sur sa respiration. Elle lui propose également à chaque fois un temps de verbalisation afin qu'il puisse partager ses ressentis et ce qu'il a préféré ou au contraire ce qu'il n'a pas aimé.

Elle essaie également de mettre du sens sur ce qu'elle ressent de sa tonicité et de ce qu'elle comprend de son corps. Tout ce travail autour de la respiration, de la verbalisation et du toucher donne donc à Ahmed une base de construction de son enveloppe corporelle et de contenance psychique.

Conclusion

À travers ce mémoire, je voulais questionner le rôle de la psychomotricité auprès des enfants victimes de maltraitance. Ma réflexion s'est alors appuyée sur les observations d'Ahmed et Mhoussine mises en lien avec des notions théoriques et mes propres réflexions cliniques.

Ahmed et Mhoussine à travers leurs manifestations toniques ont chacun à leur manière exprimé la défaillance de leurs représentations corporelles et de leur enveloppe psychocorporelle. Ces manifestations sont alors une porte d'entrée à la thérapie psychomotrice. Ce travail de reconstruction est un travail qui se fait en équipe et sur le long terme. Il est d'ailleurs toujours en cours aujourd'hui.

La maltraitance quel que soit sa forme, par omission ou non, entraîne ainsi de nombreuses conséquences sur le développement psychomoteur de l'enfant. Cette maltraitance entrave ainsi le développement d'une enveloppe tonique efficiente permettant à l'enfant d'être en relation avec son environnement sans crainte.

Ce développement tonique défaillant entraîne également une mauvaise intégration du schéma corporel et de l'image composite du corps de l'enfant. Le psychomotricien est alors à même de prendre soin de ces représentations corporelles à travers la construction d'un dialogue tonico-émotionnel avec l'enfant et à travers un travail de relaxation adapté en fonction de l'enfant.

Le travail avec l'enfant prend ainsi forme au sein d'un cadre thérapeutique. Sa construction en psychomotricité passe par la prise en compte de modalités temporo-spatiales, matérielles et relationnelles. La construction de ce cadre associé à la fonction contenante du psychomotricien permet de soutenir la construction de limites psychocorporelles efficaces chez l'enfant victime de maltraitance. Cette contenance permet l'élaboration d'un travail psychomoteur à travers la construction de cabanes comme des limites physiques protectrices, l'appropriation du matériel comme médiateur de la relation et la tiercésation de la relation entre l'enfant et le thérapeute.

Ainsi, la fonction contenante du psychomotricien et son engagement psychocorporel sont particulièrement mis en jeu face à ces enfants en perte de limites, il est ainsi capable de les accueillir et de les soutenir dans leur globalité et dans tout ce qu'ils ont à partager.

L'écriture de ce mémoire a ainsi mis en évidence les premières ébauches de cette reconstruction et les propositions dont chaque enfant se saisissait. J'ai aussi eu l'impression de mieux comprendre ce qu'Ahmed et Mhoussine pouvaient manifester lors des séances. Aujourd'hui en finissant ce mémoire, je prends conscience de l'importance des notions de rencontre, de contenance, d'enveloppes et de cadre dans ma future pratique. Je ne veux pas oublier cette qualité dont on nous parle depuis notre première année : l'adaptation.

Le psychomotricien a donc les outils pour être attentif aux manifestations psychomotrices de la maltraitance et « pour répondre aux besoins de détente tonique et émotionnelles des enfants, pour relancer le mouvement intégratif moteur de l'organisation du corps dans l'espace, pour proposer à l'enfant une réorganisation des interactions adultes-enfants dans la sécurité et pour participer à la prévention de la violence » (Robert-Ouvray, 2011, p. 96). Le travail du psychomotricien nécessite une collaboration avec d'autres professionnels du soin et avec les différentes institutions sociales et judiciaires.

La réalité de cette collaboration m'interroge particulièrement dans le cas d'Ahmed où elle a été difficile à mettre en place que ce soit entre les professionnels du CAPP eux-mêmes ou entre les professionnels du CAPP et les institutions judiciaires. Je m'interroge donc sur les liens entre les différentes institutions dans le travail auprès de la famille et de l'enfant ? La psychomotricité aurait-elle sa place au sein de ces services socio-judiciaires ?

Références

Bibliographie

Anzieu, D. (1995). *Le Moi-Peau*. Paris: Dunod.

Bullinger, A. (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. *constraste*, 25, pp. 125-139. doi:<https://doi.org/10.3917/cont.025.0125>

Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*. Erès.

Damasio, A. (2017). *L'ordre étrange des choses*. Odile Jacob.

De Ajuriaguerra, J. (2008). Le corps comme relation. Dans F. Joly, & G. Labes, *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité* (pp. 163-183). Papyrus.

De Ajuriaguerra, J., & Angelergues, R. (2008). De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui A propose de l'oeuvre de Henri Wallon. Dans F. Joly, & G. Labes, *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité* (pp. 185-196). Papyrus.

De Lièvre, B., & Staes, L. (2006, Octobre). *La psychomotricité au service de l'enfant*. De Boeck et Belin.

De Monval, A. (2019). La thérapie psychomotrice comme soutien de construction identitaire chez l'enfant carencé. Dans A. Vachez-Gatecel, & A. Valentin-Lefranc, *Le Grand Livre des Pratiques Psychomotrices* (pp. 123-130). Dunod.

Diard, I. (2008). Contenances et liens multiples, médiations auprès d'enfants présentant des troubles de la conduite et du comportement. *Thérapies Psychomotrices et Recherches*, 155, pp. 206-221.

- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Seuil.
- Duquesne, J.-L. (2015). Une possible lecture winnicottienne du travail groupal. *Empan*(99), pp. 64-70. doi:<https://doi.org/10.3917/empa.099.0064>
- Galliano, A.-C., Pavot, C., & Potel, C. (2015). L'espace et le temps. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Concepts Fondamentaux* (pp. 247-285). Paris: De Boeck-Solal.
- Golse, B. (2001). L'enfant excitable : Système pare-excitation, système pare-incitation. *Enfances et Psy*, 14. doi:<https://doi.org/10.3917/ep.014.0049>
- Haag, G. (2012). *Le dos, le regard et "la peau"*. Consulté le Mai 06, 2021, sur ASM 13: <http://www.asm13.org/IMG/pdf/dos-regard-peau-3.pdf>
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. In Press.
- Jover, M. (2000). Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture. Dans J. Rivière, *Le développement psychomoteur du jeune enfant : Idées neuves et approches actuelles* (pp. 17-52). Marseille: Solal.
- Latour, A.-M. (2007). Travail des analogies corps-espace en psychomotricité. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 150, pp. 78-86.
- Lehmann, J.-P. (2007). *La clinique analytique de Winnicott : De la position dépressive aux états-limites*. Erès.
- Lesage, B. (2021). *Un corps à construire*. Erès.
- Lucenet, M., & Dr Matrand, A.-C. (2021). *CAPP Cavé- Projet de Centre 2021-2024*. Paris.

- Mellier, D. (2005). La fonction à contenir: Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. *La Psychiatrie de l'enfant*, 48, pp. 425-499. doi:<https://doi.org/10.3917/psye.482.0425>
- Pireyre, E. W. (2021). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Paris: Dunod.
- Potel, C. (2013). *Être psychomotricien un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse: érès.
- Robert-Ouvray, S. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. (2008). *Enfant abusé, enfant médusé*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. (2011). Les abîmes de la maltraitance. *Thérapies Psychomotrices et Recherches*(166), pp. 88-97.
- Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2015). Le tonus et la tonicité. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Concepts Fondamentaux* (pp. 161-199). Paris: De Boeck-Solal.
- Veeser, A. (2015). Contenance en Psychomotricité. Dans E. Pireyre, *Cas pratiques en psychomotricité* (pp. 136-153). Paris: Dunod.
- Winnicott, D. (1969). La théorie de la relation parent-nourrisson (1960). Dans D. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 358-378). Payot.
- Winnicott, D. (1975). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 11, pp. 35-44.
- Winnicott, D. (2010). *Les objets transitionnels*. Paris: Payot et Rivages.

Articles et Lois

Article 375-2 - Code civil. (2022, Février 9). Consulté le Avril 06, 2022, sur
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027573158/

Article 434-3 du Code Pénal. (2018, Aout 06). Consulté le Avril 06, 2022, sur
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289453/

Article L226-2-1 - Code de l'action sociale et des familles. (2015, Mars 22). Consulté le Avril 06, 2022, sur
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027572899

Article R226-2-2 - Code de l'action sociale et des familles. (2015, Mars 22). Consulté le Avril 06, 2022, sur
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028251430

Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. (2016, Mars 14). *JORF* n°0063 du 15 mars 2016. Consulté le Avril 06, 2022, sur
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032205234/>

Sitographie

Alerter et Protéger : circuit de l'alerte. (2011, octobre). Consulté le mai 07, 2022, sur Puy de Dome : https://www.puy-de-dome.fr/fileadmin/user_upload/CD63_2011_10_Alerter_proteger.pdf

Cadre Larousse. (s.d.). Consulté le Mai 06, 2022, sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cadre/12054>

L'équipe de Suivi de la Scolarisation des élèves en situation de handicap . (2021, Juin 28). Consulté le Avril 8, 2022, sur Onisep: <https://www.onisep.fr/Formation-et-handicap/Se-faire-accompagner/Instances-d-orientation/L-equipe-de-suivi-de-la-scolarisation-des-eleves-en-situation-de-handicap>

Maltraitance des enfants. (2020, Juin 08). Consulté le Avril 06, 2022, sur Organisation Mondiale de la Santé: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

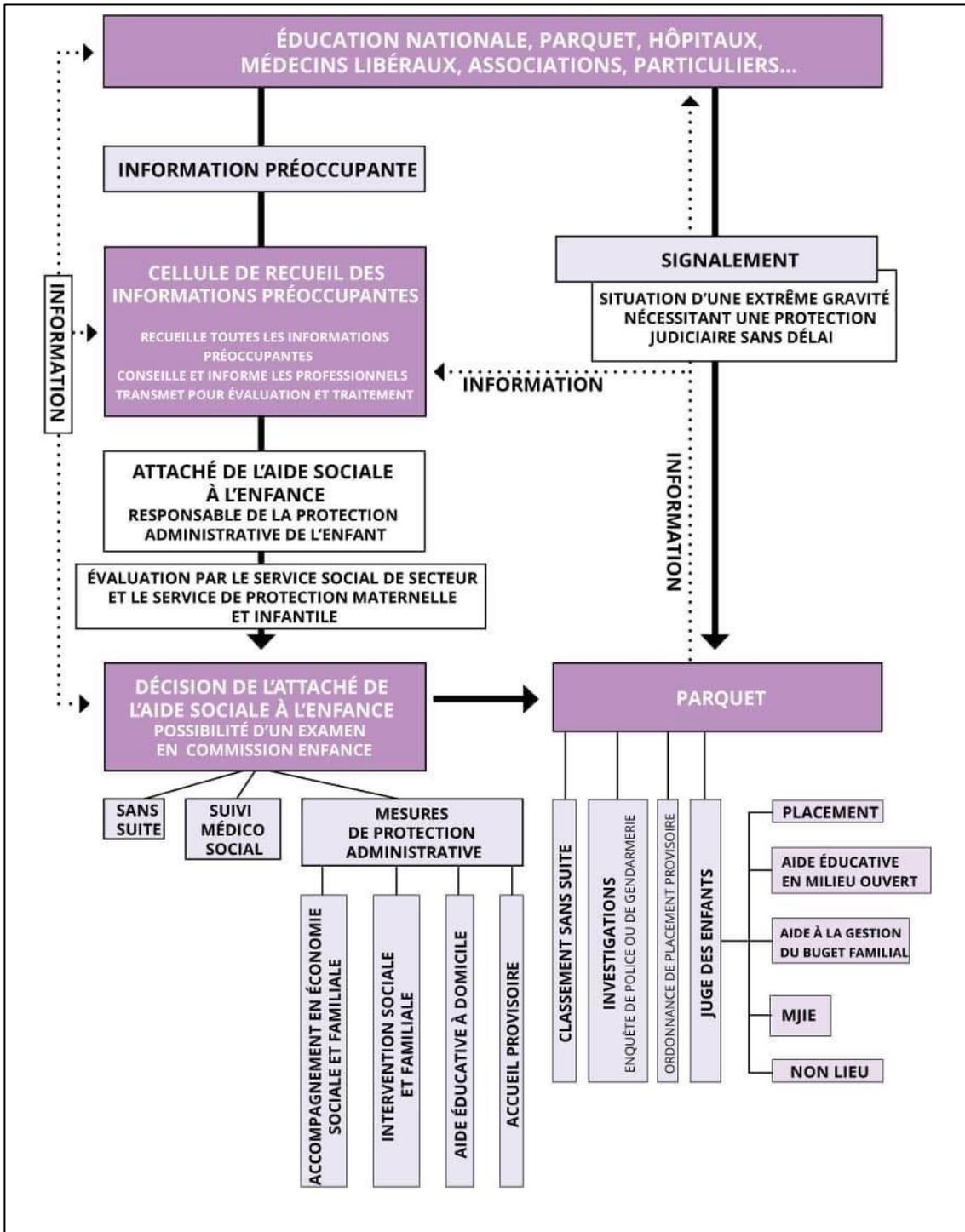
Prévention HAS. (2006, Août 31). Consulté le Avril 06, 2022, sur Haute Autorité de Santé: https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention

Prévention Larousse. (s.d.). Consulté le Avril 06, 2022, sur Dictionnaire Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9vention/63869>

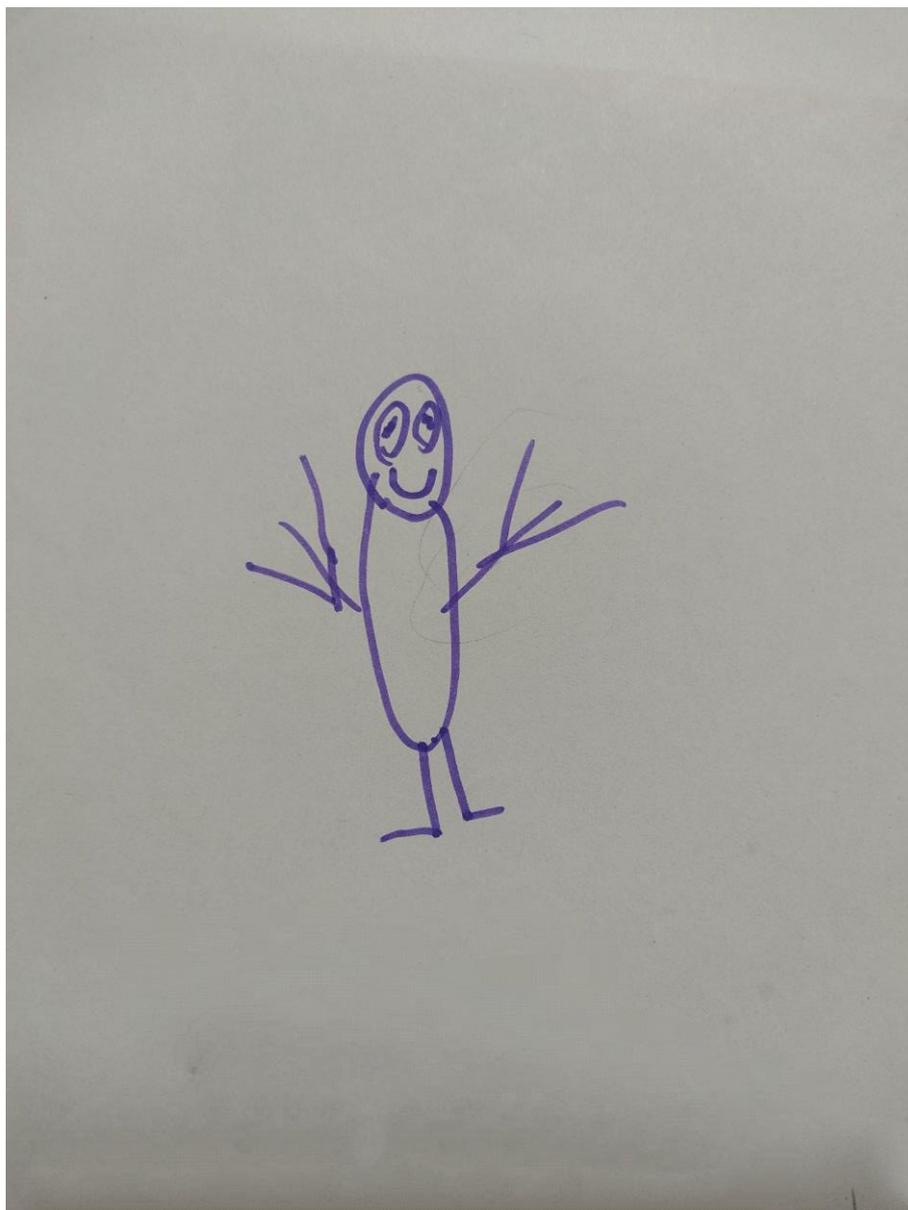
Qu'est-ce que la maltraitance faite aux enfants ? (2018, Novembre 06). Consulté le Février 10, 2022, sur Ministère des solidarités et de la santé: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/proteger-les-enfants-face-aux-differentes-formes-de-maltraitances/article/qu-est-ce-que-la-maltraitance-faite-aux-enfants>

Annexes

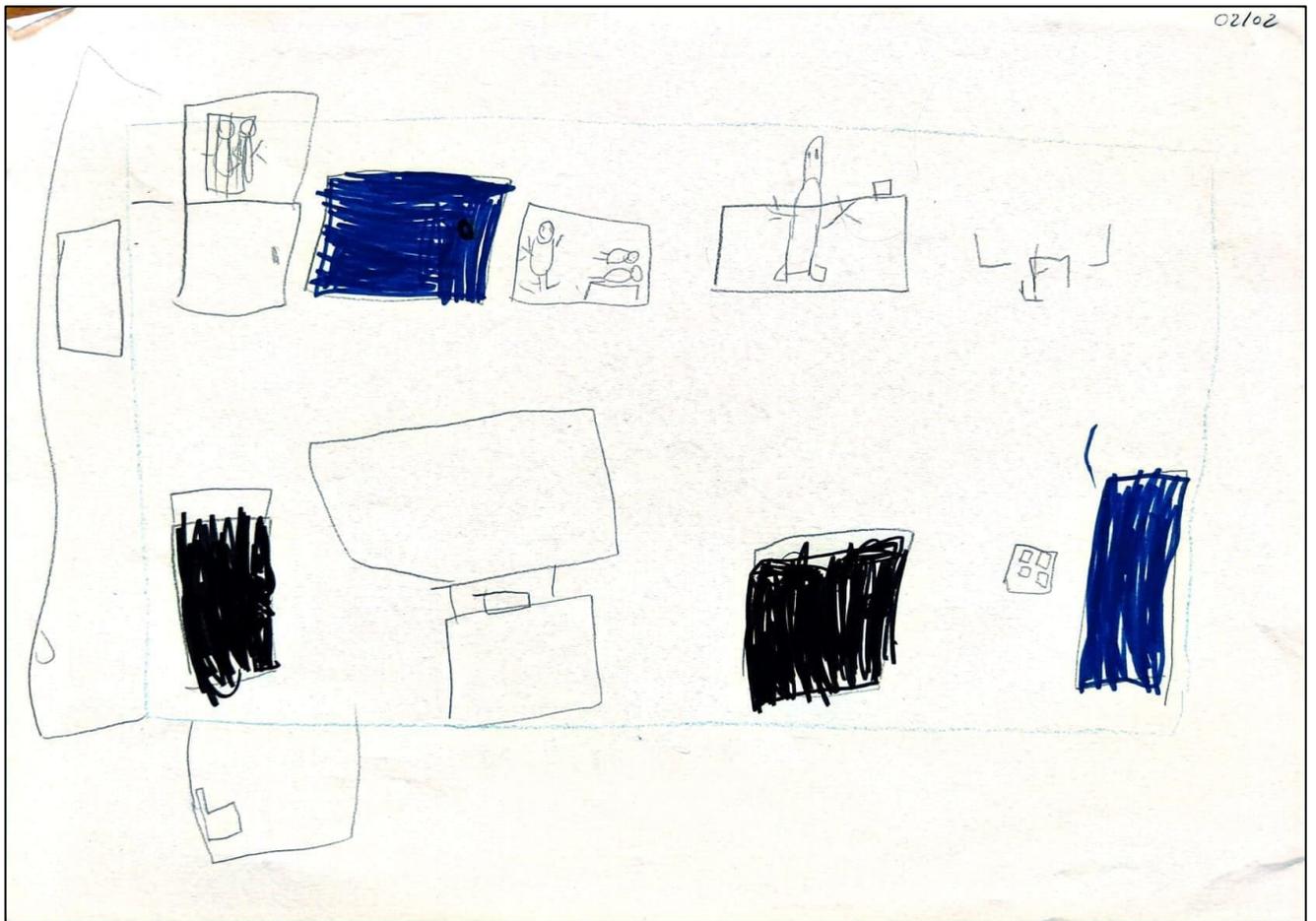
Annexe n°1 : Le circuit de l'alerte pour les mineurs, d'après le guide du Conseil départemental du Puy-de-Dôme intitulé "Alerter et Protéger", 2011



Annexe n°2 : Dessin du Bonhomme réalisé par Mhoussine le 13 octobre 2021 :



Annexe n°3 : Dessin de l'appartement de Mhousseine réalisé le 2 février 2022



Résumé

La protection de l'enfance est aujourd'hui un des enjeux de notre société. Cette protection est mise en place grâce à différentes instances sociales et judiciaires. Une prise en soin est également nécessaire afin d'aider l'enfant à faire face à ses souffrances. C'est d'ailleurs la collaboration entre les différentes institutions qui permet d'aider ces enfants en danger. Quel est alors le rôle du psychomotricien auprès de ces enfants ?

Le développement psychomoteur de l'enfant se fait en lien avec son environnement. Néanmoins, lorsqu'il est défaillant, il peut entraver son développement. Certaines fonctions psychomotrices qui constituent la base de la construction de l'individu comme le tonus ou les représentations seront alors défaillantes. Ces défaillances entravent la construction d'une enveloppe psychocorporelle contenant. L'élaboration de limites à travers un cadre sécurisant permettra de contenir ces défaillances. L'engagement psychocorporel du psychomotricien est indispensable à l'élaboration d'un travail thérapeutique.

Mots clés : Protection de l'enfance - Contenance - Représentations corporelles - Limites psychocorporelles – Cadre Thérapeutique

Abstract

Child protection is one of the challenges facing our society today. This protection is implemented through various social and judicial bodies. Care is also necessary to help children cope with their suffering. It is the collaboration between the different institutions that allows us to help these children in danger. What is the role of the psychomotrician with these children?

The psychomotor development of the child is linked to his environment. Nevertheless, when it is deficient, it can hinder their development. Certain psychomotor functions that constitute the basis of the construction of the individual, such as tone or representations, will then fail. These failures hinder the construction of a containing psychocorporeal envelope. The elaboration of limits through a reassuring framework will make it possible to contain these failures. The psycho-corporal commitment of the psychomotrician is essential to the development of therapeutic work.

Child protection - Countenance- Body representation - Psychocorporeal limits - Therapeutic framework