



**HAL**  
open science

# Psychomotricité et enfants : le toucher-enfant. L'intérêt du toucher dans la prise en charge psychomotrice chez l'enfant

Éloïse Brossard

► **To cite this version:**

Éloïse Brossard. Psychomotricité et enfants : le toucher-enfant. L'intérêt du toucher dans la prise en charge psychomotrice chez l'enfant. Psychologie. 2023. dumas-04313427

**HAL Id: dumas-04313427**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04313427>**

Submitted on 29 Nov 2023

**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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut Universitaire des Sciences de la Réadaptation

**INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITÉ**

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

**Psychomotricité et enfants : le toucher-enfant**

*L'intérêt du toucher dans la prise en charge psychomotrice chez l'enfant*

**BROSSARD Eloïse**

Née le 21 juin 2000 à Talence (33)

Juin 2023

Directrice de mémoire: Delphine MASCLEF

## REMERCIEMENTS

---

À tous ces patients, petits et grands, que j'ai pu rencontrer et accompagner durant mes différents stages et qui m'ont souligné l'importance de la psychomotricité dans leur histoire.

À toutes les psychomotriciennes dont j'ai pu croiser le chemin et qui m'ont fait découvrir ce qu'est la psychomotricité, au cœur du métier, dans un partage si bienveillant.

À tous les professionnels qui m'ont accueillie et qui ont pu partager leurs expériences ainsi que leurs façons de travailler.

À l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux et à leurs professeurs pour leurs apprentissages riches et variés qui ont pu me permettre de comprendre la beauté et la complexité de la psychomotricité et plus encore d'affirmer mon identité.

À mes camarades de promo qui ont animé ces trois années, à mes copines de promo qui sont devenues des amies et qui n'ont eu de cesse de m'épauler.

À mes amis, mes proches, pour leur présence et leur soutien dans les bons comme les mauvais moments, qui sont si importants à mes yeux.

À Delphine, ma maître de mémoire pour ses conseils si avisés, ses heures passées au téléphone, mais aussi pour son soutien, sa compréhension et sa bienveillance qui m'ont été indispensables durant l'écriture de ce mémoire.

À ma mère et à mon père, pour qui je me suis battue jusqu'au bout et dont j'espère que ce mémoire les rendra fiers...

Et à Baptiste, mon pilier de tous les instants.

# SOMMAIRE

---

INTRODUCTION .....	1
I- Le toucher dans la peau.....	3
1. Le toucher : un sens essentiel.....	3
2. Définition du toucher .....	4
3. La peau : l'organe du toucher.....	5
4. Physiologie du toucher .....	13
5. Les effets du toucher .....	14
II- Le toucher dans la construction identitaire de l'enfant.....	17
1. Le toucher selon les cultures.....	18
2. Ontogenèse du toucher .....	19
3. L'importance du toucher dans le développement affectif : installation précoce de la relation mère-enfant.....	23
4. Le toucher dans la structuration du schéma corporel et de l'image du corps.....	40
III- Le toucher en psychomotricité : la thérapie par le toucher auprès de l'enfant ...	41
1. La place du toucher dans le monde de l'enfant : la recherche d'un toucher adapté .....	42
2. Le toucher-massage, une médiation en psychomotricité pour accompagner une prise en soin chez l'enfant.....	50
3. D'un point de vue pratique : le toucher-massage et son application psychomotrice au travers d'études de cas.....	61
CONCLUSION.....	76

## AVANT-PROPOS

---

*“Les semaines qui suivent la naissance  
sont comme la traversée d’un désert.  
Désert peuplé de monstres:  
les sensations nouvelles qui  
du dedans  
montent à l’assaut du corps de l’enfant.*

*Après la chaleur du sein maternel,  
après la folle étreinte qu’est la naissance,  
la solitude glacée du berceau.  
Et puis surgit un fauve,  
la faim,  
qui mord le bébé aux entrailles.*

*Ce qui affole le malheureux enfant  
ce n’est pas la cruauté de la blessure.  
C’est sa nouveauté.  
Et cette mort du monde à l’entour  
qui donne à l’ogre  
des proportions immenses.  
Comment calmer une telle angoisse?*

*Nourrir l’enfant?  
Oui.  
Mais pas seulement de lait.  
Il faut le prendre dans les bras.  
Il faut le caresser, le bercer.  
Et le masser.*

*Ce petit, il faut parler à sa peau  
il faut parler à son dos  
qui a soif et faim  
autant que son ventre.*

*Dans les pays qui ont conservé  
le sens profond des choses,  
les femmes savent encore tout cela.  
Elles ont appris de leur mère,  
elles enseigneront à leurs filles  
cet art profond, simple  
et très ancien  
qui aide l’enfant à accepter le monde  
et le fait sourire à la vie.”*

*Leboyer, F.*

## INTRODUCTION

---

Dans son traité de l'âme (ch.11 Livre II), Aristote écrivait déjà que *“le sens du toucher est le sens dont la privation entraîne la mort des êtres vivants”*. Tout lui est relié. Depuis, ce sens ne cesse de susciter l'intérêt des professionnels de santé, des scientifiques qui cherchent à mieux comprendre les principes fondamentaux qui en déterminent le fonctionnement ainsi que son impact sur notre être.

Pendant longtemps, le toucher a été peu étudié en raison de sa nature “tabou” dans de nombreuses sociétés. Il ne nous viendrait pas à l'esprit de toucher un inconnu. Si nous frôlons ou touchons quelqu'un par inadvertance, instinctivement, nous avons un mouvement de recul. Le toucher est sans doute le plus réprimé de tous les sens. En tant que professionnels de santé, nous sommes confrontés à des interactions corporelles dans une société où le toucher dérange et où la distanciation est de mise. Pourtant, il apparaît indéniable que notre bien-être émotionnel, psychique et physique nécessite un minimum de contacts tactiles, gage des relations humaines.

Au cours de ces trois années de formation en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat en Psychomotricité et des différents stages réalisés, cette expérience tactile n'a eu de cesse de me questionner. Plus largement, quelle distance physique adopter en tant que thérapeute utilisant une médiation corporelle? Être présent, contenant psychiquement et corporellement, de façon ajustée.

C'est au cours de mes stages (crèche hospitalière en période pandémique, cabinet libéral, hôpital de jour avec enfants présentant des troubles autistiques) que j'ai pu me rendre compte de l'importance et de la place du “toucher-enfant” dans une prise en charge psychomotrice. J'ai pu observer les effets de cette médiation notamment auprès d'enfants qui étaient potentiellement susceptibles d'en recevoir des bénéfices (agressivité, trouble de l'attachement, agitation motrice, grande fatigabilité etc.). Certains, bien que réticents au contact tactile, ont pu l'appivoiser dans un contexte où, heureusement, le toucher reprend peu à peu sa place dans la relation de soins.

J'ai donc souhaité approfondir les questions suivantes : *Quel est l'apport de la médiation par le toucher dans la prise en charge psychomotrice du jeune enfant en difficultés ? De quelles manières, le toucher, dans ses différentes modalités et avec ses limites, permet-il aux enfants de mieux investir leur corps et de s'ouvrir au monde extérieur ?*

Il me semble important de souligner que, comme d'ailleurs dans toute médiation corporelle, la question de la distance se pose. Distance pour raison d'hygiène ou préventive liée à la pandémie, distance en raison des abus sexuels, distance sociale liée à la virtualisation de notre société. La question du toucher s'est complexifiée.

Dans un premier temps, je définirai et démontrerai la place du toucher d'un point de vue général et physiologique. J'examinerai ensuite la place du toucher dans la construction identitaire de l'enfant. Pour enfin, au travers de différents cas cliniques, analyser l'apport de ce toucher-massage dans la prise en soin psychomotrice de l'enfant en difficultés.

## **I- Le toucher dans la peau**

### *1) Le toucher: un sens essentiel*

Selon D. Anzieu, *“de tous les organes des sens, (le toucher) est le plus vital: on peut vivre aveugle, sourd, privé de goût et d’odorat. Sans l’intégrité de la majeure partie de la peau, on ne survit pas”*.

Le toucher est l’un des cinq sens fondamentaux de l’être humain, permettant la perception des sensations tactiles. Son rôle, ainsi que celui de la peau, est essentiel dans le bon développement de l’être humain, que ce soit pour notre bien-être physique que psychique et émotionnel. En outre, il revêt un rôle crucial dans notre capacité à interagir avec le monde qui nous entoure. A noter également que le toucher est le premier sens à se développer chez l’être humain et le dernier à se détériorer. Ainsi, même en cas de surdité, de mutisme ou de cécité, la perception de contact sur la peau reste possible.

A. Montagu, anthropologue et auteur américain, a mis en relief l’importance du toucher dans le développement humain et dans notre bien-être physique et émotionnel. Il a souligné que le toucher était essentiel pour notre survie et notre épanouissement en tant qu’espèce. Ainsi, *“le toucher n’est pas seulement fondamental pour notre espèce, mais il en est le fondement même”*.

Toutefois, la perception du toucher peut varier en fonction des cultures, des individus et des contextes sociaux. Certaines personnes peuvent, en effet, être plus sensibles ou du moins plus réceptives au toucher, tandis que d’autres peuvent préférer des formes de communication non tactiles.

Le toucher a cette particularité qu’il ne laisse personne indifférent : il peut déranger, être évité, ou bien au contraire être recherché et grandement apprécié. Nous avons tous un rapport au toucher différent qui est propre à chacun. Il dépend par exemple de nos expériences de vie vécues. Ainsi, nous pouvons dire qu’il est subjectif, comme le souligne notamment E.T. Hall, *“de tous nos sens, le toucher est le plus personnel”*.



Pour un professionnel qui utilise ce sens au quotidien dans sa pratique, il est très important de ne pas perdre de vue que le toucher est propre à chacun.

Le toucher induit un sentiment différent selon la personne qui nous le prodigue, selon ses intentions, sa qualité d'écoute ainsi que sa capacité à entrer en relation, sans oublier notre état émotionnel, physique et psychique au moment de l'échange tactile. *“Les mains sur la peau touchent l'âme à vif.”*, nous rappelle C. Bobin.

Au-delà de ce lien, le toucher est l'unique sens à être réflexif, mettant en jeu la réciprocité. En effet, comme nous le dit J. Savatofski, *“on ne peut toucher autrui sans être touché soi-même. La rencontre tactile a donc cette particularité de concerner aussi intimement l'approchant que l'approché”*. Nous ne pouvons être à distance dans l'expérience tactile.

## 2) Définition du toucher

Du latin populaire “toccare” (heurter, frapper), le toucher peut être défini comme le fait de pouvoir *“entrer en contact avec quelqu'un ou quelque chose par l'intermédiaire d'un objet, d'un instrument”*, selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Montagu & Leboyer nous diront qu'il peut se traduire par *“la faculté de sentir un objet matériel, cela peut être l'action ou l'acte de sentir quelque chose avec la main”*. Le dictionnaire “Le petit Robert” évoque également le fait de “procurer une émotion à quelqu'un, (de) faire réagir en suscitant l'intérêt affectif”.

Dès lors, ces diverses définitions attestent de la notion de relation, de lien qui se crée au travers du toucher. Ainsi, le toucher ne se résume pas simplement au fait de prendre contact avec quelqu'un ou quelque chose. Il est également porteur de nombreuses significations et détient une valeur émotionnelle.

D'ailleurs, A. Montagu souligne *“bien que le toucher ne soit pas en soi une émotion, ses éléments sensoriels induisent des changements d'ordre nerveux, glandulaire, musculaire, mental qui l'apparentent à une émotion. Pour cette raison, le toucher n'est pas ressenti comme une simple modalité physique, une sensation, mais effectivement comme une émotion”*.

Le toucher passant par la peau, il nous faut examiner cet organe si particulier.

### 3) La peau : l'organe du toucher

Étant donné que la peau est l'organe du toucher, il convient de rappeler ses origines, sa composition, ses diverses fonctions physiologiques et son implication dans les sensations et les perceptions que nous en avons.

#### a. Quelques notions générales

L'importance des fonctions tactiles de la peau dans le comportement humain n'est pas passée complètement inaperçue. Elle transparait de façon évidente dans de nombreuses expressions du langage courant. D. Le Breton, sociologue et anthropologue, parle de "*métonymie de la personne*". Par exemple, on retrouve souvent des expressions comme: *on sauve sa peau, on se met dans la peau de l'autre, on fait peau neuve, on lui fait la peau, on est bien ou mal dans sa peau* etc.

La peau, appelée aussi tégument, du latin *Tegumentum*, qui signifie "couverture", est un tissu, une membrane souple et résistante qui enveloppe tout le corps de façon continue. C'est un organe à multiples facettes, qui ne se limite pas à une enveloppe superficielle. Élément frontière essentiel à la protection du corps face aux agressions de l'environnement, c'est un organe de contact sensoriel et d'échanges thermiques, hydriques, essentiel au maintien de l'homéostasie. Par l'intermédiaire de la peau qui enveloppe tout le corps, c'est tout le corps qui peut toucher.

A. Montagu souligne que "*la peau est un organe de la survie aussi nécessaire que le cœur ou le poumon, et le besoin de toucher est aussi important que celui de manger et de boire*".

C'est une enveloppe protectrice des milieux internes du corps, mais aussi un organe sensoriel complexe et riche, constituant une interface particulière entre l'individu et son environnement. C'est à travers elle que nous prenons contact tant avec notre corps qu'avec celui des autres. En effet, il s'agit de la partie visible, palpable de notre être tout entier.

La peau est l'interface entre l'enfant et son environnement, et c'est à travers elle que l'enfant perçoit le monde qui l'entoure.

Elle est une enveloppe extrêmement sensible qui met le corps en contact avec l'extérieur. Elle incarne la personne en la distinguant des autres, elle dessine les limites de soi.

En outre, elle joue un rôle essentiel dans la communication sociale. Elle peut être considérée comme un organe miroir qui reflète non seulement la plupart des maladies internes, mais aussi les réactions aux changements environnementaux et, en particulier, les émotions. Lorsque nous nous regardons dans un miroir, nous ne regardons pas un organe à proprement parler, nous nous regardons nous-même.

Ainsi, la peau est à la fois un organe de séparation et de communication.

Au quotidien, la peau et les muqueuses sont en contact avec diverses sensations, plaisirs et inconforts, soins et irritations. De plus, ses propriétés telles que sa couleur, son apparence, sa texture etc., participent à la conformité et aux normes dominantes d'une société. Tout écart normatif peut entraîner une distinction positive (originalité, style, prestance, etc.) ou négative (rejet, stigmatisation, persécution) envers la personne arborant des marques corporelles. Ainsi, la peau permet de reconnaître une personne faisant partie d'un groupe grâce à ces marques personnelles et uniques à chacun. C'est pourquoi, la peau a souvent été considérée comme l'interface par excellence de l'expression d'une identité propre.

Les soins apportés à la peau témoignent également de l'importance que nous lui accordons. Depuis toujours, la peau a été l'objet de soins spécifiques tels que les différents onguents et cosmétiques. En outre, elle peut être considérée comme une interface à travers laquelle c'est tout le corps dont nous cherchons à prendre soin. Cette approche est notamment visible dans certaines pratiques, telles que l'acupuncture ou le massage.

Effectivement, la peau est un indicateur important de la santé du corps. Elle peut exprimer de nombreux symptômes et signes sémiologiques. Les anomalies de la peau, telles que son aspect, peuvent renseigner sur l'état de santé physique et même psychique d'un individu, comme l'hygiène ou les ecchymoses.

Sa souplesse lui permet de s'adapter à notre corps, en constante évolution, d'autant plus que nous grandissons. En tant qu'enveloppe corporelle, la peau constitue le garant de notre intégrité physique depuis sa formation, au début de notre vie intra-utérine, et ce, jusqu'à notre mort.

En définitive, *“Le sens tactile englobe le corps en son entier en épaisseur et en surface, il émane de la totalité de la peau, contrairement aux autres sens plus étroitement localisés.”*, souligne D. Le Breton.

### *b. Embryologie de la peau*

*“La peau nous enveloppe complètement, comme une cape. C’est le premier-né de nos organes, et le plus sensible. C’est notre premier mode de communication, et la plus efficace de nos protections”*, A. Montagu.

La peau est le premier organe des sens à se mettre en place durant la période embryonnaire. A. Montagu souligne d’ailleurs qu’il *“existe une loi générale en embryologie, qui veut que plus une fonction se développe tôt, plus il est probable qu’elle sera fondamentale”*.

Au stade de la deuxième semaine de vie, l’embryon est constitué de trois feuillets embryonnaires : l’endoblaste, le mésoblaste et l’ectoblaste, dont tout l’organisme va dériver. Le derme est issu du mésoblaste alors que l’épiderme et le système nerveux sont issus du même tissu embryonnaire : l’ectoblaste. La peau est un cerveau étalé « Spread brain » car elle a la même origine embryologique que le système nerveux.

Dès le développement embryonnaire, une relation se met en place, entre les fibres nerveuses et les cellules cutanées, qui persistera tout au long de la vie de l’individu. Cette relation est essentielle pour la transmission des informations sensorielles, qui permettent de percevoir les différents stimuli externes à travers la peau. Cette interaction entre les fibres nerveuses et les cellules cutanées est également importante pour le maintien de l’homéostasie de la peau, c’est-à-dire son équilibre naturel et sa capacité à répondre aux agressions extérieures. Ainsi, la relation entre les fibres nerveuses et les cellules cutanées est une composante clé de la physiologie de la peau.

La peau se développe à partir de l’ectoderme, qui est l’une des trois couches germinales de l’embryon. Au cours de la troisième semaine de développement embryonnaire, une fine plaque d’ectoderme se forme à la surface de l’embryon, appelée plaque neurale. Cette plaque se plie pour former le tube neural, qui donnera ultérieurement le système

nerveux central. Les cellules ectodermiques qui se trouvent de part et d'autre de la plaque neurale se différencient alors pour former l'épiderme, la couche la plus externe de la peau.

Au cours de la vie intra-utérine, le système de perception tactile se développe assez tôt. Ainsi, dès la septième semaine de vie intra-utérine, les premiers récepteurs tactiles apparaissent au niveau de la bouche. Les récepteurs se développent et se propagent sur toute la surface de la peau pour en recouvrir l'intégralité aux alentours de la vingtième semaine de gestation. Ainsi, la sensibilité aux pressions, aux variations de température et à la douleur existe dès la vie fœtale.

C'est un peu tard que nous avons pris conscience que cette sensibilité concerne également le nouveau-né. En effet, il fut un temps où il y avait une méconnaissance et où on pensait que le bébé n'était pas sujet aux sensations et du fait à la douleur.

Pour appréhender les diverses fonctions de la peau, il me paraît important de connaître ses composants physiques et de comprendre comment les signaux des stimulations sont envoyés de la peau au cerveau.

L'innervation cutanée est particulièrement complexe. Elle reflète la diversité et la complexité des sensations cutanées qui jouent un rôle important dans la protection de l'individu et les modes d'apprentissage de son environnement immédiat.

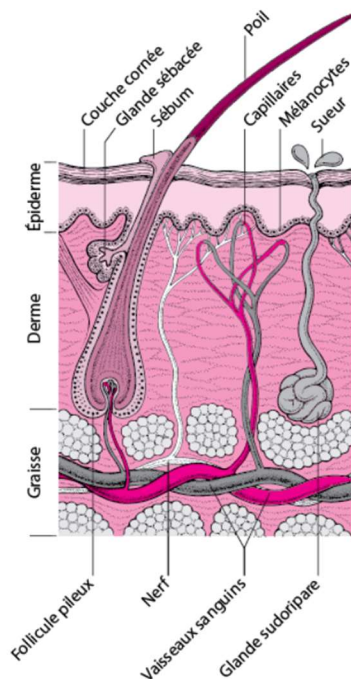
*(PEAU, Embryologie - Encyclopædia Universalis, s. d.)*

### c. Structure de la peau

La peau est l'enveloppe du corps. Elle est en continuité avec les muqueuses recouvrant les cavités naturelles de l'organisme. C'est le plus gros et lourd organe de l'être humain, représentant un tiers du poids de l'organisme et une surface de l'ordre de deux mètres carré chez un adulte. Elle est formée de trois couches (l'épiderme, le derme et l'hypoderme), elles-mêmes divisées en plusieurs couches.

Elles comportent des annexes : les glandes sudoripares, les glandes sébacées, les phanères (poils et ongles) et les nerfs. Comme décrit précédemment, la peau est vascularisée et innervée. Chaque couche a des rôles bien spécifiques. Son origine

embryologique est double : l'épiderme provient de l'ectoderme tandis que le derme et l'hypoderme sont issus du mésoderme.



Sous la surface cutanée se trouvent des fibres et des terminaisons nerveuses, des glandes, des follicules pileux et des vaisseaux sanguins.

→ L'épiderme est la couche superficielle de la peau, relativement fine et solide. Il constitue un épithélium malpighien kératinisé. La plupart des cellules de l'épiderme sont des kératinocytes. Elles proviennent des cellules de la couche la plus profonde de l'épiderme appelée "couche basale". Lorsqu'elles atteignent la surface cutanée, elles muent progressivement et sont remplacées par des cellules plus récentes, poussées vers la surface.

La partie la plus externe de l'épiderme, appelée « couche cornée », est relativement imperméable et, lorsqu'elle est intacte, empêche la plupart des bactéries, virus et autres substances étrangères de pénétrer dans l'organisme. L'épiderme (ainsi que les autres couches cutanées) protège également les organes internes, les muscles, les nerfs et les vaisseaux sanguins des lésions.

La deuxième grande population cellulaire de l'épiderme est dispersée sur toute la couche basale de l'épiderme. Ce sont les mélanocytes, qui produisent le pigment appelé « mélanine », l'un des principaux facteurs à l'origine de la couleur de la peau.

L'épiderme contient également les cellules de Langerhans qui font partie du système immunitaire de la peau. Même si ces cellules permettent de détecter les substances étrangères et de défendre l'organisme contre l'infection, elles jouent également un rôle dans le développement des allergies cutanées.

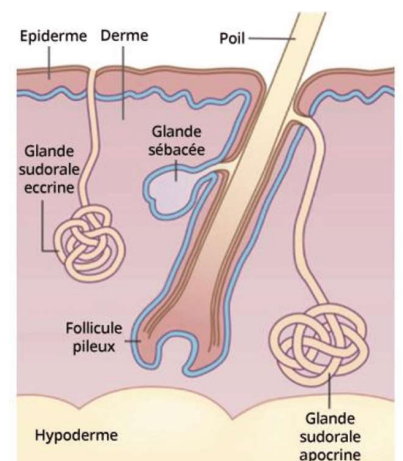
L'épiderme ne contient aucun vaisseau et reçoit ses nutriments par diffusion passive du derme situé juste en dessous. Ainsi, il n'est pas vascularisé directement mais est néanmoins très innervé et essentiel dans la sensibilité.

→ La jonction dermo-épidermique sépare l'épiderme du derme selon une ligne ondulée. Elle se prolonge le long des annexes. Elle est synthétisée par l'épiderme (kératinocytes) et le derme (fibroblastes). Cette jonction possède trois fonctions telles que l'adhésion de l'épiderme au derme, un support de la cicatrisation et une barrière sélective entre l'épiderme et le derme.

→ Le derme, constitué de tissu conjonctif richement vascularisé et innervé, est la seconde couche cutanée. C'est une couche épaisse de tissu élastique et fibreux qui donne à la peau sa résistance et son élasticité. Le derme contient les annexes avec des glandes sudoripares et sébacées, des follicules pileux, des vaisseaux sanguins et des terminaisons nerveuses. Les différentes parties du corps contiennent un nombre variable d'annexes. Par exemple, la tête est recouverte de très nombreux follicules pileux tandis que la plante des pieds en est totalement dépourvue.

→ Les annexes :

- ◆ Les glandes sudoripares synthétisent la sueur en réponse à la chaleur et au stress. Elles permettent la respiration cutanée, la régulation thermique et l'élimination des toxines.
- ◆ Les glandes sébacées, situées à la base des poils, sont microbicides et sécrètent du sébum. Le sébum est un liquide gras qui permet à la peau de rester hydratée et douce, et qui sert également de barrière contre les substances étrangères.



- ◆ Les follicules pileux produisent les divers types de poils présents sur tout le corps. Les poils et cheveux, en plus de contribuer à l'apparence des personnes, jouent également un certain nombre de rôles physiologiques, notamment en régulant la température corporelle, en offrant une protection contre les blessures, et en renforçant la sensibilité.
  - ◆ Les vaisseaux sanguins du derme apportent à la peau les nutriments et participent à la régulation de la température corporelle. La chaleur augmente le diamètre des vaisseaux sanguins (dilatation), où la chaleur peut être libérée. Le froid rétrécit le diamètre des vaisseaux sanguins (constriction), permettant à l'organisme de retenir la chaleur.
  - ◆ Les terminaisons nerveuses permettent la perception de la douleur, du toucher, de la pression et de la température. Certaines parties de la peau sont plus riches en terminaisons nerveuses que d'autres comme les extrémités des doigts et des orteils, qui contiennent de nombreuses terminaisons nerveuses et sont extrêmement sensibles au toucher.
- L'hypoderme est le feuillet le plus profond de la peau. Il est traversé par des fibres nerveuses et est largement irrigué par la circulation sanguine. Il est constitué avant tout par une cellule spécialisée, dérivée des fibroblastes, l'adipocyte. Le tissu graisseux est divisé en lobules adipeux séparés par des cloisons conjonctives qui permettent le passage des nerfs et des vaisseaux. L'hypoderme sert à isoler l'organisme du chaud et du froid et forme une couche protectrice qui permet de stocker les réserves énergétiques.

#### *d. Ses diverses fonctions physiologiques*

La peau recouvre diverses fonctions nécessaires à la survie de l'individu. Tout d'abord, elle nous revêt, limite notre corps et nous donne notre apparence si singulière et propre à chacun. En outre, elle constitue un organe de renseignement sur le monde extérieur. Grâce à ses récepteurs qui perçoivent les différents stimuli, la peau nous permet d'éviter toute exposition potentiellement dangereuse. Elle constitue à la fois une barrière de protection et un filtre, grâce à sa structure multicouche, sa production de kératine, sa réponse immunitaire et son manteau acide.



En effet, barrière mécanique efficace, elle joue un rôle particulier contre les attaques microbiennes. Une flore cutanée vit naturellement à la surface de la peau et protège celle-ci des microorganismes pathogènes. La flore est différente en fonction des zones du corps (aisselle, main, cuir chevelu).

Selon L. Vaivre-Douret, *“son élasticité amortit les chocs. Son imperméabilité retarde l'action des substances corrosives. Sa mauvaise conductibilité retarde le refroidissement. Sa sensibilité entraîne des reflux de lutte contre les excès de température (frisson, sudation). C'est une barrière efficace contre la pénétration des microbes”*.

Elle assure ainsi des fonctions physiologiques essentielles au bon fonctionnement de notre organisme. La peau est un organe sensoriel très intriqué au système nerveux central et immunitaire. Elle synthétise de nombreux neuromédiateurs et cytokines, en sorte de pouvoir assurer la communication avec ces deux systèmes.

De plus, elle permet une partie de la thermorégulation et nous informe de la température extérieure. Elle régule la température corporelle, grâce au phénomène de sudation qui permet d'évacuer la chaleur. A l'inverse, les poils, implantés dans la peau, assurent la conservation de la chaleur.

La peau agit également comme une limite protectrice contre les rayons nocifs du soleil. Ceux-ci activent les mélanocytes qui sont responsables du bronzage. La vitamine D est produite par la peau grâce aux rayons du soleil. Cette dernière possède donc une fonction métabolique.

La peau est dotée de la capacité à se régénérer, en conditions normales (entretien physiologique) mais aussi après agression (cicatrisation) et de réguler sa propre teneur en eau. Elle possède un rôle primordial dans la perception des sensibilités et permet de ressentir les sensations tactiles, thermiques et douloureuses grâce à différents récepteurs.

Outre ses fonctions biologiques, F. Vinit, psychologue et sociologue canadienne, s'intéresse quant à elle à la dimension relationnelle de la peau. Selon elle, *“la peau est une fenêtre qui permet la rencontre de l'autre, dans le respect de sa différence. Cet affinement de la sensibilité du toucher porte la promesse d'un lien vivant avec le monde”*.

En somme, la peau et ses composantes sont essentielles pour notre santé physique, psychique, émotionnelle et sociale, elle est “*ce qu’il y a de plus profond en nous*”, conclut P. Valéry, écrivain et philosophe français.

#### 4) Physiologie du toucher

Le toucher est l’ensemble des sensations produites par une déformation mécanique de la peau. Chaque type de récepteurs

a sa spécialité et, ensemble, ils contribuent souvent à une sensation unique. Nous pouvons classer le sens du toucher par rapport aux types de récepteurs impliqués et qui forment l’ensemble du système sensoriel. Le plus souvent, ces “sens du toucher” sont tous sollicités à la fois. C’est l’intégration de ces informations, au niveau du système nerveux central, qui nous renseigne vraiment sur la nature du toucher.

Nous différencions trois types de sensibilités qui forment l’ensemble du système sensoriel. Il s’agit de :

- La sensibilité extéroceptive : C’est la sensibilité des téguments, de tout ce qui est originaire de l’ectoderme. Nous pouvons distinguer :
  - la sensibilité extéroceptive épicrotique, qui concerne le tact fin, très différencié ;
  - la sensibilité extéroceptive protopathique, qui concerne le tact grossier non discriminatif ;
  - la sensibilité extéroceptive thermoalgique qui concerne les sensations thermiques ou douloureuses.
  
- La sensibilité proprioceptive : Elle est originaire du mésoderme. Nous distinguons :
  - la sensibilité proprioceptive consciente, qui informe de la position d’un membre dans l’espace
  - la sensibilité proprioceptive inconsciente, qui est destinée à transmettre des informations pour le tonus axial en particulier, du tronc, des membres, etc.

Ces informations sont issues de récepteurs situés dans les aponévroses, dans les ligaments, dans les tendons, tels que par exemple les récepteurs spécialisés les organes tendineux de Golgi.

- La sensibilité intéroceptive : Elle transmet toutes les informations issues des viscères et de l'endoderme.

### 5) Les effets du toucher

Le toucher se définit comme la stimulation de la peau par des stimuli thermiques, mécaniques, chimiques ou électriques. Nous pouvons dès lors, imaginer que le toucher possède de puissants effets sur notre corps puisque toute stimulation atteignant la peau est rapidement transmise au cerveau, qui à son tour régule l'ensemble de notre corps. Selon le type de toucher que nous recevons, nous pouvons être plus ou moins calme ou à l'inverse plus ou moins excité.

Lorsque les récepteurs présents sous la peau sont stimulés, ils envoient un message au cerveau qui produit des hormones, notamment l'ocytocine, connue comme étant l'hormone du bien-être. L'action du toucher permet également au corps de réduire le taux de cortisol, l'hormone du stress.

Il peut aussi avoir une action antalgique face aux douleurs aiguës lorsque nous massons la zone douloureuse. Ses effets sur la santé, notamment à travers le massage, très répandu dans le monde, sont bien connus.

Il me paraît important de noter que le toucher peut avoir des effets physiologiques bénéfiques pour notre santé et notre bien-être. Il existe de nombreuses études scientifiques qui ont exploré ces effets, dont parmi elles:

<u>Etudes scientifiques</u>	<u>Publiée dans la revue:</u>	<u>Effets physiologiques et psychologiques du toucher sur la santé et le bien-être</u>
2010	<i>Psychological Science</i>	A montré que le simple fait de tenir la main de son partenaire réduisait les niveaux de stress et de douleur chez les participants.

2011	<i>Emotion</i>	A révélé que les caresses affectueuses étaient associées à une augmentation de la production d'ocytocine, une hormone qui favorise la confiance et l'attachement, ainsi qu'à une diminution de la production de cortisol, une hormone liée au stress.
2013	<i>Social Cognitive and Affective Neuroscience</i>	A montré que le simple fait de toucher la peau d'une autre personne avec une plume légère était associé à une augmentation de l'activité cérébrale dans les régions du cerveau liées au toucher et à l'émotion.
2015	<i>Biological Psychology</i>	A révélé que les massages réduisaient les niveaux de cortisol, d'adrénaline et de noradrénaline, des hormones liées au stress, tout en augmentant la production d'ocytocine.
2018	<i>Proceedings of the National Academy of Sciences</i>	A montré que les souris qui étaient plus souvent caressées par leur mère avaient des niveaux plus élevés de récepteurs d'ocytocine dans leur cerveau, ce qui était associé à une meilleure capacité à gérer le stress plus tard dans la vie.
2023	<i>Psychoneuroendocrinology</i>	A montré que le toucher affectueux pouvait réduire l'inflammation cutanée. Les chercheurs ont utilisé des stimuli de toucher affectueux ou neutre sur la peau, et ont mesuré les niveaux d'interleukine-6, un marqueur de l'inflammation, dans la peau. Ils ont constaté que le toucher réduisait les niveaux d'interleukine-6, suggérant un effet anti-inflammatoire.

Ces études ont montré que le toucher peut réduire le stress, stimuler le système immunitaire et augmenter la production d'ocytocine, une hormone liée à l'attachement et à la confiance. Par ses mouvements, le toucher augmente et améliore l'étendue de la circulation sanguine en ouvrant les capillaires dormants.

La psychologue américaine T. Field ajoute que lorsque les récepteurs tactiles et de pression sont activés par le toucher, cela peut induire un état de relaxation dans le système nerveux central. Cela peut entraîner une diminution des niveaux d'anxiété et de stress, tant sur le plan comportemental que biochimique, et conduire à un état de relaxation plus éveillé.

Des chercheurs de l'Université de Washington ont analysé des images de l'activité cérébrale de bébés touchant eux-mêmes des objets puis observant des personnes touchant ces mêmes objets.

Un article scientifique publié en 2018 en énonce les résultats:

- La zone cérébrale est stimulée de façon différente selon la partie du corps touchée et la pression exercée. Par exemple, un contact avec la main envoie un signal plus fort qu'un contact avec le pied.
- La même zone cérébrale est activée que le bébé ait touché l'objet ou qu'il ait observé une personne le toucher. En d'autres termes, le toucher observé produit également des effets comme le toucher ressenti.

Le Professeur A. Meltzoff en déduit que le toucher observé participe également au développement intellectuel des enfants.

La peau enveloppe la totalité de notre corps, par la même, le toucher nous permet d'appréhender notre corps dans sa totalité. En effet, le fait de toucher une partie de notre corps aura pour conséquence des répercussions sur l'ensemble de celui-ci. Le toucher favorise un sentiment d'unité de soi, du corps tout entier. Il va faire prendre conscience, de façon plus précise, de notre schéma corporel.

En outre, le sens du toucher a des effets à la fois physiques et émotionnels. Au niveau de notre organisme, il peut influencer les fonctions régies par le système nerveux autonome, telles que la tension artérielle et la fréquence cardiaque, ainsi que la sécrétion hormonale. Sur le plan émotionnel, le toucher bienveillant entre les

individus joue un rôle important dans le développement, l'attachement, la gratification sociale et les processus d'attention. Il peut également favoriser la maturation cognitive, la régulation émotionnelle et la communication.

*“Outre son importance pour la croissance et le développement, la communication et l'apprentissage, le toucher sert aussi à reconforter, à rassurer et à restaurer l'estime de soi. Les premiers liens émotionnels d'un enfant se construisent à partir du contact physique, posant les fondements de son futur développement émotionnel et intellectuel”*, cite T. Field.

Cela nous permet ainsi, de constater les répercussions très profondes du toucher physique sur notre santé, notre corps et notre bien-être.

Jusqu'ici nous avons vu à quel point le sens du toucher revêt une importance capitale dans notre rapport au monde, d'un point de vue physiologique et sensoriel. Cependant, comme nous l'avons mentionné précédemment, il est également étroitement lié à la sphère émotionnelle du sujet et joue donc un rôle indispensable dans sa construction psychique.

## ***II- Le toucher dans la construction identitaire de l'enfant***

Dans cette partie, j'évoque la relation entre le nourrisson et son entourage maternant. Afin d'en simplifier la lecture, j'ai pris le parti d'utiliser le terme de “mère” comme synonyme de fonction maternante et des adultes, dont le père, qui s'occupe de l'enfant. Je tiens à préciser qu'il ne s'agit nullement, bien entendu, de minimiser l'importance des autres personnes impliquées dans les soins de l'enfant.

Comme nous dit F. Leboyer *“Chaque sens nous dit le monde. Son monde. Et le mélange se fait. Chaque sens repousse les frontières un peu plus loin, faisant l'univers plus vaste, plus varié et plus riche. Mais toucher, c'est par là que, très simplement, tout a commencé”*.

Afin de pouvoir affirmer que le toucher est essentiel au développement psychique et physique de l'enfant, nous nous pencherons dans un premier temps sur quelques observations de différences culturelles du toucher. Puis nous introduirons

l'importance du toucher au travers notamment de son ontogenèse. Nous développerons par la suite son apport sur le développement affectif de l'enfant et sur la mise en place du schéma corporel et de l'image du corps.

### 1) Le toucher selon les cultures

A. Montagu, anthropologue du XX<sup>e</sup> siècle, souligne que les attitudes et les pratiques en matière de toucher, malgré son aspect universel varient considérablement d'une culture à l'autre.

Certaines cultures peuvent valoriser le toucher, d'autres le restreindre, le réglementer en raison de normes sociales, religieuses, voire de tabous culturels. Il est important de noter que les normes et les attitudes culturelles à l'égard du toucher peuvent évoluer au fil du temps et peuvent varier au sein d'une même culture.

A. Montagu résume dans son ouvrage "*La Peau et le Toucher*", différentes études que nous allons à présent aborder, alliant la culture et le toucher.

R. James de Boer a étudié avec grande précision les Esquimaux netsilik, habitant dans l'Arctique canadien. Dans ce peuple, dès la naissance, l'enfant est porté sur le dos de sa mère dans une parka de fourrure jusqu'à ce qu'il puisse marcher. La mère ressent les besoins de son enfant par le toucher et y répond immédiatement et de manière appropriée. Selon l'auteur ceci favoriserait les bonnes relations adultes futures.

Le docteur Mary Ainsworth, psychologue américaine, a effectué une étude détaillée des soins donnés aux nourrissons chez les Ougandais de l'Est africain. La plupart des mères portent encore leur bébé sur le dos et les nourrissent au sein pendant un an parfois plus. Le bébé ougandais passe la plus grande partie de son temps dans les bras de quelqu'un. Lorsque la mère tient le bébé dans ses bras, elle le tapote doucement ou le caresse. M. Ainsworth constate de nombreux "*contacts physiques, un lien très étroit entre la mère et l'enfant, des stimulations sociales très fortes, une satisfaction rapide des besoins de confort, l'absence d'entraves et la liberté d'explorer le monde*". Il résulte de ses écrits et de l'analyse faite par A. Montagu que le développement sensorimoteur et psychomoteur des bébés ougandais est en général plus rapide que celui des bébés des sociétés occidentales.

En 1969, une étude réalisée par W. Caudill et H. Weinstein (Maternal care and infant behavior in Japan and America), portant sur 30 bébés américains et 30 bébés japonais, a démontré que les normes culturelles d'interaction entre la mère et l'enfant (relations tactiles plus ou moins relations verbales) entraînaient des différences dans le développement des comportements.

Dans son article "*Le toucher, premier mode de communication parents-enfants*" (2022), C. Bresson puéricultrice, nous indique que l'industrie de la puériculture en Occident et l'utilisation de multiples matériels (poussettes, table à langer, en passant par le berceau) tendent à diminuer les relations tactiles directes et à privilégier comme mode de communication le regard et la parole. Le bébé occidental peut passer des heures seul, que ce soit dans son transat ou autre alors que les enfants des pays en voie de développement sont très souvent portés en corps à corps avec la mère.

## 2) Ontogenèse du toucher

L'éminence du toucher dans l'existence, le fait qu'il soit le premier dans l'ontogenèse, nous interroge sur son développement. "*C'est par le contact physique avec sa mère que l'enfant établit son premier contact avec le monde*", rappelle A. Montagu.

Ce sens du toucher est formé et stimulé très tôt: avant même la naissance, dans le berceau utérin, au moment de la naissance et dans la période de la petite enfance avec notamment le désir tactile de l'enfant.

### a. Le berceau utérin

A. Bouchart-Godard nous rappelle que "*la venue au monde extérieur constitue un bouleversement radical, certes, mais non le moment originnaire de la vie sensorielle*".

Pendant la grossesse, la mère et le bébé ne font qu'un, liés par le cordon ombilical. Ainsi, dès la vie intra-utérine, le fœtus baigne dans un univers de sensations tactiles, chaque instant bercé dans le ventre de sa mère, "*balancé dans le berceau des profondeurs*".

Les représentations de l'environnement foetal ont beaucoup évolué. En effet, au début du vingtième siècle, certains affirmaient que le fœtus humain vivait dans un monde pratiquement sans stimuli. Depuis lors, de nombreuses recherches et études ont été



menées et ont ainsi révélé que le fœtus est en réalité exposé à une variété de stimuli sensoriels qui sont transmis à travers la paroi de l'utérus et la peau de la mère. Ainsi, contrairement à ce qui était autrefois supposé, le fœtus n'est pas privé de stimuli sensoriels et est en interaction constante avec son environnement.

Dans l'utérus, le fœtus peut ressentir des pressions, des vibrations et peut y répondre ou du moins y réagir. Ces informations perçues par le fœtus contribuent à son développement. De la sorte, l'histoire du bébé commence bien avant sa naissance, dans le ventre de sa mère. B. Cyrulnik nous rappelle d'ailleurs que *“les bébés sont compétents bien avant de naître. Ils sont équipés d'une organisation neuropsychologique qui les rend aptes, avant toute expérience, avant tout apprentissage, à percevoir, traiter et structurer les informations venues de leur environnement”*.

C'est au cours du cinquième mois de grossesse que la mère commence à percevoir les premiers mouvements fœtaux. Le bébé peut être appelé à travers la paroi abdominale et utérine, par un simple contact de la main sur le ventre maternel. F. Veldman parle d'un « toucher affectif » en fondant la méthode de l'haptonomie. Le bébé qu'elle a imaginé, rêvé, s'incarne de plus en plus. La relation entre la mère et le nourrisson se construit au travers de sensations tactiles, premier canal de communication sensorielle. Un premier dialogue “corporel” mère-bébé apparaît donc in-utéro.

I. Porton-Deterne souligne que *“malgré le fait que le fœtus soit protégé par le liquide amniotique, il a de très nombreuses occasions de contact avec les parois de l'utérus, entre les différentes parties de son corps, à l'occasion de mouvements propres, de déplacements de sa mère et des contractions utérines.”*

Lorsque le processus de naissance commence, les sources de sollicitation de la surface cutanée se multiplient et s'intensifient considérablement. Lors des mouvements et du frottement contre la paroi du placenta et lors des contractions qui précèdent la naissance, le nouveau-né reçoit un massage complet de son corps. J. Savatofski écrit que *“la naissance peut être vue comme le premier massage, une sorte de pétrissage intense donné par la mère expulsante, épreuve tangible du passage vers l'existence individuelle.”*

En outre, la peau du fœtus est caressée par ce liquide, ce fluide dans lequel il est immergé tout au long de la grossesse. Cette stimulation régulière rend la peau du nouveau-né sensible dès la naissance. Ce liquide amniotique est essentiel dans la mise en place de la sensorialité fœtale. Nous comprenons donc que la peau soit un organe médiateur majeur pour la communication sensorielle du bébé avec son environnement. Le nouveau-né gardera en mémoire ces sensations de contact avec l'utérus dans le ventre maternel. Elles pourront l'aider à s'apaiser, après la naissance, en lui rappelant sa vie in-utéro.

### b. La « tempête de la naissance »

*“La naissance est tempête, elle est ouragan. Et l'enfant fait naufrage, anéanti qu'il est, englouti, submergé par un raz de marée de sensations qu'il ne sait intégrer.”*, F. Leboyer.

L'accouchement est une expérience intense pour le bébé. Pendant le travail, les contractions de l'utérus stimulent la peau du bébé, lui permettant de percevoir dans tout son être et sur toute sa surface corporelle, qu'une distinction de son corps propre et du corps de sa mère s'opère.

A la naissance, le passage du milieu utérin au milieu aérien, de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine, est une véritable rupture pour le nouveau-né. Il quitte la chaleur réconfortante du ventre maternel pour un monde inconnu et froid, rempli de stimuli. Ce monde peut lui apparaître terrifiant et générer du stress. *“C'est la richesse, l'immensité suffocante de l'expérience qui affole le petit voyageur”*, nous rappelle F. Leboyer.

La naissance est un changement radical de milieu dans lequel l'attachement change de forme. Le bébé est obligé de s'adapter pour tisser du lien avec sa mère.

*“Cette peau, à vif, qui n'a connu que la tendresse, la caresse des muqueuses, que va-t-elle rencontrer ?”*, nous questionne F. Leboyer.

Le nourrisson devient alors particulièrement sensible au toucher, au contact corporel avec sa mère, lui rappelant ainsi les sensations vécues dans l'enveloppe utérine et qui le réconfortent. Il n'est d'ailleurs pas rare d'observer un apaisement du nouveau-né lorsqu'il est en contact peau à peau avec sa mère, juste après la naissance. Ce qui

explique que, dès la naissance, le nourrisson est placé dans les bras de la mère ou, à défaut - lorsque cela n'est pas possible - dans les bras du père ou d'un tiers.

La mère a, donc, un rôle essentiel à jouer. Même si, parfois, dans certaines situations et en fonction de l'histoire personnelle de cette dernière, ce contact n'est pas toujours évident.

A. Montagu émet une interprétation de la gestation, *“la gestation humaine fait partie des gestations longues ; néanmoins, la deuxième moitié de son développement se poursuit hors de la matrice.”* Pour lui, la gestation n'est pas terminée à la naissance mais se poursuit. L'utérogestation (c'est-à-dire la gestation à l'intérieur de la matrice) se prolonge en extérogestation (gestation à l'extérieur de la matrice).

### c. Après la naissance

A. Bullinger, psychologue et professeur, estime que les mouvements généraux, c'est-à-dire la motricité spontanée qui reflète l'état fonctionnel du système nerveux, participent au système sensori-moteur, c'est l'ajustement tonico-posturo-moteur.

Durant les premiers mois de la vie, le bain, la tétée et le réconfort sont des “prétextes” à la manipulation et peuvent satisfaire le désir de toucher du bébé. Sa survie dépend en outre, dans un premier temps, des soins maternels. Il a besoin de la présence sécurisante de sa mère pour découvrir ce nouveau monde de façon sereine. Les massages comme le bain constituent également des premiers gestes, symboliques, par lesquels le nouveau-né est accueilli et introduit dans l'environnement humain.

Pendant la petite enfance, l'entourage du bébé et sa mère communiquent principalement avec lui par l'intermédiaire du corps mais aussi à travers des regards, des mimiques, des mots. En effet, A. Bouchart-Godard souligne que *“l'embrassement maternel du nourrisson, si riche et complet soit-il, ne peut couvrir l'ensemble de la surface corporelle ni se maintenir jour et nuit sans interruption; mais elle offre, à la place, des paroles; l'enfant, grâce à ses possibilités psychiques, comble, autant qu'il le peut, ces vides d'espace et de temps.”*

Le toucher est l'une des formes de communication non verbale les plus importantes pour les nourrissons et les jeunes enfants, qui utilisent leur sens du toucher pour explorer le monde inconnu qui les entoure. *“Le toucher et le contact sont nécessairement les éléments les plus décisifs que nous utilisons pour définir la*

*structure de notre monde*” nous rappelle A. Montagu en citant H. Harlow. Mais aussi pour se rassurer et établir des liens affectifs avec les autres.

Cela commence donc par un contact physique. Ainsi, comme pour toutes nouvelles expériences dans le monde extérieur, l'enfant a besoin de retrouver la sécurité maternelle par des rapports corporels, notamment au moment de l'apprentissage de la marche.

Le jeune enfant explore son environnement en portant tout à sa bouche dans un premier temps (sphère orale), puis en touchant tout ce qui l'entoure dans un second temps, avec les mains notamment pour avoir des sensations. *“Si la forme d'exploration privilégiée du nourrisson se confine à la modalité orale dans les premiers mois de sa vie, ce mode est transitoire et sera progressivement remplacé par l'exploration manuelle.”*, nous énonce E. Gentaz. La main est un outil de la connaissance du corps propre et de l'exploration active du monde des objets, grâce à la préhension. La main participe à élaborer c'est ce que D. Stern, pédopsychiatre, nomme “l'espace proche”. C'est grâce à ces contacts tactiles que le jeune enfant découvre, apprend et s'instruit. Au début de sa vie, il accorde davantage d'importance à l'expérience tactile qu'à l'expérience visuelle.

Au fur et à mesure que l'enfant grandit, il va pouvoir par exemple s'asseoir puis marcher, s'habiller et se déshabiller tout seul. À mesure qu'il devient plus autonome, il a moins besoin de sa mère. Ainsi, il est moins porté et touché par cette dernière. Il perd par le contact ce qu'il gagne par l'autonomie. Bien qu'il perde en contact corporel, il peut toujours exprimer son affection avec des bisous et des câlins pour se dire “bonjour” et “bonne nuit”. De plus, grâce à son autonomie notamment en termes de mouvements et de locomotion, l'enfant peut désormais choisir de provoquer ou de refuser le contact.

### 3) L'importance du toucher dans le développement affectif : installation précoce de la relation mère-enfant

P. Prayez, psychologue, et J. Savatofski, kinésithérapeute, nous disent : *“C'est tout d'abord dans la manière dont il est porté, et par les messages perçus par ces récepteurs sensitifs, musculaires et articulaires, que le bébé sait ce que ressent pour lui la personne qui le manipule.”* C'est par exemple, *“la qualité de stimulation cutanée*

qui fait passer le message de tendresse” dont l’enfant a tant besoin, nous rappelle D. Winnicott. Chaque geste de l’adulte transmet au bébé des informations précises sur sa façon d’être, sa fiabilité.

a. L’attachement : une théorie fondatrice

L’attachement est un lien affectif et social développé par une personne envers une autre. “Un bébé seul n’existe pas, il fait essentiellement partie d’une relation”, disait D. Winnicott. Les connaissances dans ce domaine ont évolué au fil des dernières années et continuent de progresser.

i. L’instinct d’attachement

Selon B. Cyrulnik, neurologue et psychiatre, le processus d’acculturation et l’histoire affective du bébé commencent bien avant sa naissance. In utero, le développement neuropsychologique de l’enfant lui permet de percevoir et de réagir aux stimuli sensoriels à travers ses cinq sens.

Le concept d’attachement a été avancé à partir des recherches éthologiques du psychologue américain H. Harlow. Au travers d’une expérience menée avec des macaques rhésus, ce dernier a pu conclure que le contact tactile était préféré au contact nourricier.

La théorie s’est ensuite enrichie et développée avec les travaux d’observations de J. Bowlby. Il concède que “la propension à établir des liens forts avec des personnes particulières existe dès la naissance et se maintient tout au long de la vie”.

Selon lui, le besoin d’attachement est un besoin primaire, inné chez l’homme. “Au départ, l’attachement est un besoin vital : le bébé peut dépérir et même mourir s’il ne bénéficie non seulement de nourriture et de soins mais aussi de contacts et d’attention”, souligne Y. Wiart s’inspirant de la théorie de Bowlby.

Cet attachement se développe à partir des comportements innés du nouveau-né, tels que les pleurs, le sourire, l’agrippement, le babil, qui ont pour but d’induire la proximité et le contact avec la figure d’attachement privilégiée qui est le plus souvent représentée par la mère.

## ii. Figure d'attachement et système d'attachement

Autour de la période de la naissance, le nouveau-né immature et vulnérable est en état de dépendance extrême face à l'environnement.

C'est là qu'apparaît toute l'importance de la figure d'attachement, généralement la mère mais aussi comme l'indique C. Perrault, sage-femme, *“toute personne engagée dans des interactions durables avec le bébé, et répondant à ses signaux, peut être susceptible de devenir une figure d'attachement”*. (2022).

La qualité du lien d'attachement entre un enfant et sa figure d'attachement dépend de la capacité de cette dernière à reconnaître les besoins exprimés par l'enfant et à y répondre de manière cohérente et appropriée. C'est ce que démontre notamment les travaux de M. Ainsworth avec une expérience standardisée appelée *“the strange situation”*, qui a mis en évidence différents styles d'attachement.

Elle distingue l'attachement sécure (réponse appropriée et cohérente aux demandes et aux besoins de l'enfant) et l'attachement insécure qui peut être soit ambivalent ou résistant, soit anxieux-évitant, soit désorganisé (décrit par Mary Main, réalisant que certains enfants n'appartiennent pas aux catégories précédentes).

Il est essentiel *“de bien s'attacher”* pour devenir capable de *“bien se détacher”*, ce qui est essentiel pour la voie vers l'individuation. *“L'attachement, par le lien continu et fiable qui en découle, sert l'autonomie de l'individu car il permet l'exploration libre de l'environnement et plus tard de son psychisme”*, nous confirme la psychologue V. Pillet.

## iii. L'attachement et le toucher

P. Prayez et J. Savatofski relatent de récentes études qui ont révélé l'existence de récepteurs sensitifs spécialisés dans le toucher relationnel, appelés communément *“neurones du câlin”*. Ces neurones réagissent aux contacts doux et lents (environ 5 cm/seconde) d'un corps chaud ayant une température d'au moins 32°. Bien que moins rapides que d'autres récepteurs sensitifs conçus pour réagir très vite aux agressions extérieures, ces fibres dites CT ou fibres du toucher émotionnel sont, en revanche, efficaces dès la naissance. Elles favorisent la recherche des caresses prodiguées par l'entourage du nourrisson. La nature a ainsi donné un support physiologique à

l'expérience de la tendresse, en raison de l'avantage évolutif de se rapprocher des personnes protectrices pour assurer notre survie.

Les comportements d'attachement impliquent constamment le corps de la mère et de l'enfant, et le sens du toucher est particulièrement contenant pour l'enfant. Il lui procure un sentiment de sécurité, lui permettant de tendre vers les découvertes qui sont à sa disposition dans son environnement.

### *b. Des interactions corporelles structurantes*

Malgré le fait que le nourrisson soit immature autour de la naissance, cela ne l'empêche pas pour autant d'être un être compétent. La relation entre le bébé et sa mère est considérée comme bidirectionnelle, c'est-à-dire que chacun influence l'autre. Le bébé joue un rôle actif dans cette relation en influençant le comportement de sa mère, tout autant que celle-ci influence le sien.

Les interactions précoces du nourrisson avec son entourage sont de trois niveaux: affectives (climat émotionnel des interactions), imaginaires ou fantasmiques (influence réciproque de la vie psychique du nouveau-né et de sa mère) et comportementales.

Ces interactions comportementales peuvent être visuelles (réciprocité du regard, renvoie à la notion de "miroir" et permet la constitution de l'image de soi), vocales (les cris, les pleurs, la prosodie de la mère joue un rôle important dans l'attachement) ou corporelles et cutanées. Ce sont sur ces deux dernières interactions que nous allons nous arrêter. Il s'agit de la façon dont une mère et son nouveau-né interagissent physiquement pour s'ajuster l'un à l'autre. La question du toucher est ici centrale puisqu'elle joue un rôle clé dans la structuration psycho-corporelle du bébé.

### *i. Les premières interactions corporelles du nouveau-né*

#### *1. Le peau à peau*

La pratique du peau à peau, dérivée de la méthode Kangourou, consiste en un contact capital pour le nouveau-né. Le peau à peau en salle de naissance est préconisé par de nombreux organismes de santé. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) la

recommande dans les guides de prise en charge des nouveau-nés comme moyen pour “ *lutter contre l'hypothermie, promouvoir l'allaitement maternel et favoriser les interactions précoces de la mère avec son enfant* ”.

Il a été constaté chez ses enfants que les soins peau à peau réduisaient la mortalité infantile d'au moins 40%, l'hypothermie de plus 70% et les infections graves de 65%, nous révèle l'OMS. Une étude publiée dans la revue *The Lancet Eclinical Medicine* montre qu'il est d'une importance cruciale que les nouveau-nés aient des contacts étroits avec leurs parents après la naissance, en particulier les enfants de faible poids de naissance ou prématurés. D'ailleurs, tous les organismes sanitaires français dont la Haute Autorité de Santé et internationaux vont dans ce sens.

L'article “*Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né*”, rédigé par J. Pignol, V. Lochelongue, O. Fléchelles, tous trois faisant partie d'une unité de réanimation en néonatalogie, nous énoncent des faits observés dans leur pratique sur la méthode du peau à peau.

En salle de naissance, le nouveau-né en peau à peau s'adapte plus facilement à la vie extra-utérine. Il est idéalement positionné nu, dos couvert après séchage, sur le ventre de sa mère dans un contact précoce (dès les premières minutes de vie) et prolongé (entre 90 à 120 minutes) entre la mère et son enfant.

Des études réalisées par Anderson et Moore en 2007 démontrent que “*le peau à peau précoce favorise les comportements d'affection, de lien et d'attachement de la mère*”. De plus, il est exposé que les mères ayant réalisé le peau à peau avec leur enfant, développent par la suite un comportement plus maternant. Elles pourront ainsi les accompagner plus facilement vers leur première tétée.

En outre, ce contact précoce favorise notamment l'allaitement maternel. Ce processus décrit par Matthiesen est “ *la base d'un schéma d'interaction de la mère avec son enfant qui aboutit, notamment, à une tétée efficace dans les deux heures qui suivent la naissance* ”. Cela se joue en partie par la production augmentée de l'ocytocine, provoquée par la pratique du peau à peau et qui augmente notamment la température du sein. C'est par cette différence de température que le nouveau-né peut repérer plus facilement le sein de sa mère et se réchauffer. L'ocytocine est également l'hormone de la fabrication du lait maternel.



De plus, les premières caresses au moment du peau à peau juste après la naissance, vont favoriser les coordinations sensori-motrices : *“le bébé s’ajuste à la main qui caresse”*.

En somme, cette qualité de contact et de portage, cette capacité à nouer des liens solides et à prendre soin de l’enfant, lui permettra par la suite de faire face à la séparation, voire aux inévitables mais douloureuses ruptures que la vie lui réserve. *“Car ces “nourritures affectives”, pour reprendre le titre d’un livre de B. Cyrulnik, cet attachement solide n’ont pas pour but de ligoter l’enfant dans une dépendance aliénante, mais bien au contraire de le préparer à vivre au mieux les déplacements qui le feront grandir.”*, écrivent P. Prayez et J. Savatofski.

## 2. Le portage

*“La naissance marque le passage d’un portage amniotique à un portage dyadique”*, souligne B. Basuyau-Rouquette, psychomotricienne.

Les réflexes archaïques d’agrippement, de fousissement et les comportements innés d’attachement tels que les pleurs, les cris ou l’étreinte, observés chez le nouveau-né, tendent à garantir la proximité et le contact. Le besoin d’être porté est donc physiologiquement ancré dans le corps du bébé. A. Vigouroux, psychologue, ajoute *“comme si porter un bébé faisait écho à un besoin primaire resté vivace chez le tout-petit”*. Elle désigne le terme de “portage” comme *“tout moyen de porter son enfant d’une façon dite “physiologique”, c’est-à-dire tout mode de portage qui s’adapte à la morphologie de l’enfant et de la personne qui le porte”*.

Le fait d’être en proximité étroite avec le corps de la personne qui le porte donne au bébé une sensation de continuité lui rappelant sa vie intra-utérine, dans le ventre maternel. Les paroles et les caresses de la mère qui accompagnent le bercement et les mouvements rythmés, induits par le portage, rappellent au bébé les rythmes qu’il connaissait dans le ventre de sa mère. Cela le rassure et l’apaise tout en le stimulant. T. Field, citera L. Salk pour démontrer que les mères ont tendance à porter leur enfant sur leur côté gauche, puisque le bébé continue à avoir besoin d’entendre les battements de cœur de sa mère, un son qui lui est familier depuis sa vie intra-utérine et qui le rassure. Les résultats de l’étude révèlent que les bébés portés de cette manière crient

moins, ont une respiration plus régulière, prennent davantage de poids et ont moins de problèmes gastro-intestinaux et respiratoires.

A.Vigouroux souligne notamment que le portage, lorsqu'il est intégré à la vie quotidienne, constitue *“une des réponses aux besoins de proximité, de sécurité, de contact physique et psychique du bébé”*. Pour H. Harlow, le portage rassemble tous les éléments essentiels pour favoriser l'attachement, tel que le contact, l'allaitement et le mouvement. De plus, cette proximité étroite soutient *“un enveloppement physique et psychique, contribue à créer une relation d'attachement qui rendra possible une séparation ultérieure”*.

Le portage sollicite presque tous les sens du bébé et génère des stimulations diverses et variées, qui contribuent à stimuler son développement sensori-moteur. Ce contact étroit soutient la maturation de l'enfant et s'avère favoriser progressivement une sorte de *“seconde naissance”*, comme un éveil au sens, à la relation et au monde qui l'entoure. J.A. Krauth ajoutera *“le portage favorise cette proximité étroite, cette base de confiance à partir de laquelle l'enfant pourra, à son rythme, se détacher de sa mère dans un désir exploratoire qui l'amènera vers une indépendance progressive”*.

### 3. Le massage bébé

F. Leboyer, gynécologue-obstétricien illustre à merveille le massage des bébés : *“Être portés, bercés, caressés, être tenus, être massés, autant de nourritures pour les petits enfants, aussi indispensables, sinon plus, que vitamines, sels minéraux et protéines.”*

Parce qu'il constitue un temps relationnel intense par une communication corporelle entre le bébé et sa mère et participe si activement aux liens d'attachement, le massage bébé se retrouve dans la plupart des pratiques de maternage du monde. Il est aussi l'occasion d'observer son bébé et de déchiffrer sa communication corporelle. La mère prend le temps de rencontrer le tout-petit autrement. En France, cette pratique se développe et de nombreux ateliers massage bébé existent.

Au cours de cette dernière année, j'ai pu assister à un de ces ateliers massage bébé, animé par une sociologue anciennement puéricultrice. Pour elle, son atelier permet à la mère de rencontrer son enfant. Elle lui apprend à observer son nourrisson. Le

massage peut présenter en outre, la particularité d'être souvent associé à une crainte de surstimulation essentiellement par un manque d'information.

C'est le cas de Ludivine qui est une jeune maman de 22 ans. Elle révèle avoir peur de faire du mal à son bébé de 5 mois en le touchant. La praticienne réalise un massage intégral de son bébé devant la maman. Cette dernière se rend compte qu'il est possible de masser son bébé sans le blesser et au contraire que cela semble le détendre. Avec l'aide et les conseils de la praticienne, elle masse son bébé au cours de l'atelier suivant. C'est un réel moment de partage et de détente sans appréhension. Ludivine avoue y avoir pris du plaisir.

Le massage plaisir du nouveau-né vise à détendre et rassurer le bébé, mais aussi à lui apporter du bien-être. Grâce au contact tactile des mains de sa mère sur son corps, ses sens seront en éveil. Ce massage peut procurer du plaisir tant pour le nouveau-né massé que pour sa mère masseuse. Plus le bébé va grandir, plus il participera à ce massage. Le bébé est en pleine acquisition motrice et cognitive, et pendant cette période, le massage et le toucher permettront de le rassurer et de lui donner confiance en lui et en ses capacités. Il éveille le corps dans une relation sécurisante, où tous les sens du bébé participent, médiatisée par les mots de la mère.

De plus, les mères que j'ai pu rencontrer au cours de l'atelier massage bébé ont révélé se sentir heureuses du rapprochement avec leur bébé, comme si le massage, rapportaient-elles, avait ouvert une voie de communication avec lui.

Aurélie, maman d'un bébé de 3 mois, témoigne que masser son enfant n'est pas forcément une chose à laquelle elle avait réfléchi en amont. Il lui a été offert sa première séance de massage bébé. Puis après y avoir pris goût, elle a ensuite instauré un rituel de petit massage après le bain. Elle révèle que pouvoir le toucher, le regarder, est la continuité naturelle de leurs neuf mois passés ensemble. Elle retrouve certaines sensations, tout en le regardant et en touchant sa peau. Son enfant apprécie ce massage relaxant avant d'aller dormir et c'est devenu leur moment à tous les deux.

Le massage de soin est souvent le point de départ. Les premières semaines de vie, les mères sont souvent confrontées aux douleurs abdominales de leur enfant. C'est donc,

la plupart du temps, sur les conseils de leur pédiatre qu'elles se mettent à masser le ventre de leur nourrisson dans le but de le soulager. C'est le cas de certaines mères de l'atelier qui sont venues pour soulager les maux de leur bébé (gaz douloureux, coliques, bronchiolite etc.).

La pratique du massage bébé se retrouve également de plus en plus en service de néonatalogie. Selon *the Canadian Paediatric Health Centres*, les bienfaits du contact humain pour les bébés sont indéniables. Les bébés malades ou prématurés bénéficiant de massages courts et enveloppants améliorent ainsi la perception globale de leurs corps. L'effet positif et agréable du massage vient contrebalancer les effets d'un corps intrusé par les techniques de soins invasives.

Pour que ces moments de massage soient effectués convenablement, il faut toutefois respecter les différentes phases de croissance du bébé ainsi que ses capacités réceptives. Le massage nous a ainsi permis de mieux comprendre le rôle essentiel du contact physique et de la stimulation sensorielle dans le développement de l'enfant.

## ii. Favoriser la construction d'une enveloppe corporelle contenantante

### 1. Le holding et le handling

La pensée du pédiatre et psychanalyste britannique D. Winnicott est largement reconnue et plébiscitée dans le domaine de la petite enfance. Issue des théories kleinienne, elle s'en écarte pour trouver son propre chemin.

Dans son œuvre, D. Winnicott étudie les liens précoces entre la mère et son bébé, en décrivant un état particulier d'attention, d'accordage et de fusion mère-enfant lors des premiers mois de vie. Il s'agit de ce qu'il nomme "la préoccupation paternelle primaire".

Selon lui, le concept de "*good enough mother*" se définit notamment par trois dimensions de soins nécessaires :

- Le holding, qui a une valeur affective. Il désigne la façon de porter l'enfant et permet une introduction du corps dans le milieu environnant.

D. Winnicott avait alors décrit certains aspects du holding dans les soins maternels. J-P. Lehmann, psychiatre et relaxateur, nous les rappelle. *“Il en avait dit que celui-ci tenait compte de la sensibilité de la peau de l’enfant (toucher, température) mais également de sa sensibilité auditive, visuelle, ainsi que de sa sensibilité à la chute.”*

D. Winnicott insiste dans le fait que dans holding, nous tenons physiquement l’enfant, et il ajoute que c’est peut-être *“la seule façon par laquelle une mère peut montrer à son enfant qu’elle l’aime”*.

- Le handling renvoie à une dimension plus pratique et plus active que le holding. D. Winnicott en parle comme d’un prolongement du holding. Le handling serait la manipulation de l’enfant, la manière d’agir sur lui dans le cadre du soin.

J-P. Lehmann écrit que le *“handling 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”*. Ces soins sont investis de différentes façons par la mère ou ses substituts, et impliquent de nombreuses sensations tactiles et auditives pour le bébé. Il est notamment encouragé auprès des parents de masser leur enfant dans un but d’apaisement.

C’est par le handling que l’enfant peut dissocier son corps de l’environnement. Il permet au bébé de se constituer une enveloppe, une “peau” dira plus tard D. Anzieu, sur laquelle va s’étayer la constitution de son moi, son identité.

- L’objet presenting désigne la façon dont la mère présente le monde à l’enfant. Il l’aide à découvrir le monde progressivement. Il pourrait se traduire par “le fait de présenter l’objet”, tel que le biberon ou le sein.

En définitive, cela permet au bébé d’acquérir une sécurité interne dont il a besoin pour explorer par lui-même ses capacités motrices et son environnement par la suite.

## 2. Le dialogue tonico-émotionnel

Pour introduire cette notion, il nous est indispensable de revenir à la pensée originelle de H. Wallon, puisque c'est cet auteur qui a posé les bases en abordant le dialogue tonique. Il nous énonce : *“L'émotion quelle que soit sa nuance, a toujours pour condition fondamentale des variations dans le tonus des membres et de la vie organique”*. L'émotion, le tonus et la posture sont étroitement liés, avec l'émotion qui déclenche l'activité posturale et la relation. En d'autres termes, l'émotion est le facteur déterminant de la manière dont nous ajustons notre posture et interagissons avec les autres.

E. W. Pireyre, psychomotricien et psychologue cite: *“L'émotion est le seul moyen d'expression à disposition du bébé pour communiquer avec son environnement humain”*. Les émotions ont une fonctionnalité importante puisqu'elles sont transmises entre une mère et son nouveau-né de manière instantanée et involontaire. Elles sont communiquées de manière directe et corporelle, entraînant des changements toniques plus ou moins subtils et répandus de manière automatique. *“Gauberti, comme Bullinger, parle du dialogue tonique comme vecteur de sens pour les états toniques. Les rythmes des échanges, les décalages temporels, les défauts de synchronisation impliquent et modifient le tonus.”*, souligne E. W. Pireyre.

Ces bases ont pu être enrichies par la pensée de J. De Ajuriaguerra, père de la psychomotricité. Il suggère une expansion de la notion, en approfondissant le terme de “dialogue tonique”. Selon lui, au cours des échanges tactiles entre la mère et le nourrisson, il s'établit un “dialogue tonico-émotionnel”, comme une communication non verbale qui découle du comportement tonique et postural de la mère ou de l'enfant. Il serait *“le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge”* écrit-il. La naissance d'un bébé dans une famille suscite toujours une multitude d'émotions. Par conséquent, s'intéresser au dialogue tonico-émotionnel conduit tout naturellement à s'intéresser à la façon dont les émotions sont communiquées entre deux partenaires.

*“Lorsque le bébé est dans les bras de sa mère, il est particulièrement sensible aux variations toniques et rythmiques des bras qui le portent et l’entourent.”* Les relations corps à corps et peau à peau s’animent : c’est la pleine mesure du dialogue tonico-émotionnel. Plusieurs facteurs doivent être pris en compte dans cette situation, tels que le tonus des bras, le rythme du portage, les mimiques du visage, la modulation de la voix, qui, ensemble, constituent ce que nous pourrions appeler de façon plus précise le dialogue tonico-prosodico-mimo-émotionnel. Lorsque tous ces éléments sont cohérents et vont dans la même direction, comme une voix douce, un rythme calme, une tension relâchée, une mimique souriante, une signification claire peut en émerger. En revanche, si ces éléments apparaissent discordants et se produisent de manière plutôt chaotique, le sens pris par ce moment interactif risque d’être confus, émergeant difficilement. (M-S. Bachollet, D. Marcelli, 2010).

Lors d’un corps à corps avec sa mère, l’enfant devient actif en adaptant ses mouvements, en variant les distances corporelles et en établissant des contacts visuels. Le nourrisson n’est pas aussi dépendant que nous voulons l’affirmer. Grâce à sa peau, qui est un organe extérocepteur, le bébé est capable de ressentir les émotions de sa mère, indépendamment de son comportement externe. Par conséquent, c’est ainsi qu’il va réagir aux messages que lui transmettent les articulations musculaires de sa mère.

Ensuite, l’enfant va évoluer d’un dialogue tonique vers un dialogue postural distancié. Il va pouvoir manifester son désir de contact en ajustant sa posture. Cette évolution témoigne de la prise de conscience de son corps propre et du corps de l’autre. Ainsi, il y a là un prémice au processus d’individuation.

### *c. Un toucher qui a ses limites*

*“Autant dire que le toucher est consubstantiel de la vie du bébé, et à ce titre, il peut être considéré comme un sens organisateur de la vie psychique et interactive.”*, écrit P. Delion.

Pendant les interactions entre le bébé et l’adulte, le toucher joue un rôle important dans la *fonction phorique*, c’est-à-dire tout ce qui relève explicitement de l’action de portage nous révèle P. Delion. Cependant, avec chaque enfant, nous apprenons que ses

limites en matière d'interactions ne sont pas illimitées, et qu'il est nécessaire de savoir arrêter les désirs d'être en relation avec ce dernier, y compris dans le toucher, afin de lui permettre de revenir de lui-même vers l'adulte et réinitier le jeu interactif. Si le toucher est ressenti comme intrusif par le bébé, cela peut rapidement entraîner une réaction de défense chez ce dernier, prenant diverses formes, telles qu'une excitation excessive ou un retrait de la relation.

Le psychiatre et psychanalyste A. Carel a défini le syndrome de l'évitement relationnel pour décrire le mécanisme de défense utilisé par certains bébés pour se retirer de la relation interactive. Toutefois, il souligne que l'évitement relationnel est un phénomène normal du développement, au cours duquel le bébé a besoin de se retirer de la relation après avoir partagé une expérience relationnelle. Cela lui permet de se construire une représentation de l'interaction qu'il gardera dans sa mémoire, et de développer un répertoire des interactions avec sa mère. Il est donc essentiel que la mère puisse intuitivement comprendre jusqu'où son bébé peut accepter d'être en interaction, et lui laisser par la suite, un peu de temps pour "souffler".

Il n'est pas question de renoncer totalement au plaisir des contacts avec son bébé, y compris par le toucher, mais plutôt de prendre conscience que cette satisfaction maternelle peut avoir à long terme un effet préjudiciable sur la capacité du bébé à se séparer et à être autonome.

Il est évident que dans certaines situations, ces réflexions ne sont pas appropriées, telles que dans le cas d'une maladie physique nécessitant la présence rapprochée du parent auprès de son enfant malade, une expérience de guerre ou de migration qui envahit leur vie, ou encore une trop grande précarité qui oblige le parent à réchauffer son enfant pour qu'il ne souffre pas du froid. (P. Delion, 2021).

Nous allons voir maintenant que l'enveloppe corporelle de l'enfant ouvre également un espace psychique, animé par les émotions, la pensée, l'identité...

#### *d. De l'enveloppe physique à l'enveloppe psychique*

##### *i. La peau comme contenant*

Nous devons à W. Bion, psychiatre britannique, la notion d'*objet contenant*, de *fonction contenante de l'objet* dans la modélisation des processus de croissance



psychique, Cette notion a été reprise par ses successeurs, notamment E. Bick, médecin et psychanalyste.

W. Bion théorise le modèle du “contenant-contenu” selon lequel “*l’expérience chaotique et confuse du bébé nécessite la présence d’un contenant qui puisse accueillir et transformer cette expérience, la détoxifier*”, nous explique A. Ciccone. La présence d’un objet contenant (en la personne de la mère) va accueillir cette expérience émotionnelle, cette partie de la personnalité du bébé expulsée par des éléments bruts projetés, ce sont les éléments □. Ce contenu projeté est détoxifié par l’objet contenant et transformé en éléments □ disponibles pour la pensée. A. Ciccone résume que le contenant-contenu ainsi formé est “*réintrojecté par le bébé et se développe jusqu’à devenir le propre appareil à penser du bébé*”. Cette *peau mentale* a un rôle dynamique selon W. Bion et une fonction d’organisation des éléments du psychisme.

E. Bick dans son ouvrage *Le vécu de la peau dans les premières relations d’objet*, développe la thèse que chez le nourrisson, qui présente un état de non-intégration primaire, c’est la peau qui permet de renvoyer un premier sentiment de cohésion aux parties de la personnalité. La peau, en tant qu’entité physique mais aussi psychique, agit comme une frontière, un contenant. L’observation montre que dans les états les plus primitifs du bébé, les parties du psychisme ne sont pas encore différenciées des parties du corps et doivent être maintenues ensemble sur un mode passif, grâce à la peau qui fonctionne comme une limitation périphérique.

“*Les pièces du puzzle ne sont pas encore réunies, et il lui faut, pour rassembler son attention et construire son monde, trouver un objet contenant qui tienne ensemble les parties de sa personnalité*”, soulignent P. Prayez et J. Savatofski. Ce sont les soins attentifs de la mère, tels que le portage et l’enveloppement dans les bras, qui créent une membrane protectrice autour de l’enfant. Ce n’est que lorsque celui-ci aura introjecté une *enveloppe-peau*, capable de remplir les fonctions de protection et de contenance, que l’espace psychique interne va exister réellement, animé par les émotions et les fantasmes. L’objet contenant est éprouvé comme une peau, E. Bick parle de *peau psychique* qui va être à l’origine de la pensée et de l’identité de l’enfant.

Si la fonction contenante n’est pas remplie de façon adéquate, pour des raisons internes ou externes, l’enfant peut alors tenter de se constituer une *peau-armure* à travers la rigidité musculaire, comme pour tenir ensemble les différentes parties de son corps. C’est ce qu’E. Bick nomme la *seconde peau musculaire* permettant une

défense contre des angoisses catastrophiques comme une “prothèse substitutive”, qui remplace la dépendance normale vis-à-vis de l’objet contenant par une pseudo-indépendance. Cette seconde peau musculaire peut être anormalement surdéveloppée pour colmater failles, fissures, trous de la première peau contenant, c’est-à-dire quand il existe une grave insuffisance du Moi-peau. C’est D. Anzieu, psychanalyste du XX<sup>e</sup> siècle, qui a développé cette notion de Moi-peau et de signifiants formels, permettant ainsi une meilleure compréhension des vécus corporels primitifs.

### ii. Le Moi-peau

*“Par Moi-peau, je désigne 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.”*, D. Anzieu.

Alors que la peau enveloppe la totalité du corps, le Moi-peau tend à envelopper tout l’appareil psychique. Il se construit à la fois sur un étayage biologique, sur la surface du corps, mais aussi sur un étayage social, en la présence d’un entourage attentif à l’expérience que l’enfant est en train de vivre, lui permettant ainsi d’éprouver cette enveloppe contenant. C’est une enveloppe vivante, animée, qui émet et reçoit des signaux en interaction avec l’environnement.

*“De même que la peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles, le Moi-peau remplit une fonction de maintenance du psychisme.”*, écrit D. Anzieu. Le corps maternel apporte un appui externe qui va permettre à l’enfant d’acquérir son propre appui interne, son axe. Cela amène à un sentiment de verticalité et lui permet de faire sa propre expérience de sa vie psychique. Mais pour que cet appui, ce support, soit sûr, il faut que l’enfant soit certain que son corps soit en contact étroit et stable avec la peau, les muscles et les paumes de la mère. De même, il doit être certain d’avoir, à la périphérie de son psychisme, un encerclement réciproque par le psychisme de la mère.

Lorsque cette fonction contenante du Moi-peau ne peut s'exercer convenablement, deux formes d'angoisse apparaissent:

- Celle d'une excitation pulsionnelle envahissante, difficile à apaiser et pas localisable corporellement. L'enfant peut alors chercher une enveloppe de substitution dans la douleur physique.
- Celle d'une enveloppe discontinue, trouée, c'est le "Moi-peau passoire", qui laisserait le psychisme se vider des pensées par exemple.

D. Anzieu a décrit les diverses fonctions du Moi-peau:

- ❖ Fonction de maintenance : Le Moi-peau enregistre la façon dont la mère porte le bébé (cf notion de holding D.Winnicott). La maintenance psychique est intriquée au portage corps à corps.
- ❖ Fonction de contenance : Comme la peau permet aux organes d'être contenus, le Moi-peau a une fonction de contenance du psychisme, qui dépend de la façon dont la mère procure les soins à l'enfant (cf notion de handling). Le Moi-peau est le contenant des pulsions corporelles. Il procure l'impression d'une continuité de Soi (instance antérieure aux trois autres de S. Freud selon D. Anzieu).
- ❖ Fonction de pare-excitation : *"la couche superficielle de l'épiderme protège la couche sensible de celui-ci (celle où se trouvent les terminaisons libres des nerfs et les corpuscules du toucher) et l'organisme en général contre les agressions physiques, les radiations, l'excès de stimulations"*. Tant que l'enfant ne trouve pas dans sa propre peau, un étayage suffisant pour assumer cette fonction. C'est la mère qui sert de pare-excitation auxiliaire.  
Pour se protéger en cas de déficit de cette fonction, l'enfant peut développer des enveloppes pathologiques, "de secours", sous forme de cuirasse tonique ou au contraire d'hypotonie majeure avec isolement psychique.
- ❖ Fonction d'individuation du Soi : elle apporte le sentiment d'être un être unique et différencié. De même qu'à l'intérieur du corps, les cellules possèdent des membranes qui empêchent les corps étrangers de pénétrer mais permettent l'association avec des substances semblables. La peau possède chez les humains des différences individuelles considérables qui permettent de se distinguer de l'autre mais aussi de s'affirmer par rapport à l'autre.

- ❖ Fonction d'intersensorialité du Moi-peau : *“La peau est une surface porteuse de poches, de cavités où sont logés les organes des sens et autres que ceux du toucher. Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui le fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile. C'est 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”*. Elle permet un sentiment d'unité, de rassembler tous les organes sensoriels et de les relier entre-eux.  
Les dysfonctionnements entraînent des angoisses de morcellement, de démantèlement, c'est-à-dire l'éprouvé d'organes des sens qui fonctionnent indépendamment les uns des autres, sans possibilité de lien.
- ❖ Fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle : Sur la peau, des zones érogènes qui procurent un plaisir à être touché lorsqu'elles sont stimulées, sont localisées et limitées. Les sexes sont reconnus et différenciés. Le Moi-peau capte sur toute sa surface l'investissement libidinal.
- ❖ Fonction de recharge libidinale : La peau est constamment stimulée par des stimuli externes, donnant lieu à la sensori-motricité. De manière similaire, le Moi-peau, permet la recharge libidinale du fonctionnement psychique. Une mauvaise gestion de cette fonction peut conduire à une angoisse d'explosion psychique par surexcitation ou à une angoisse de revenir à un état de tension nulle.
- ❖ Fonction d'inscription des traces mnésiques : La peau, grâce aux sensations tactiles (toucher, température, pression etc.), permet d'obtenir des informations sur l'environnement extérieur. Le Moi-peau va également recevoir ces informations et va les mémoriser, par inscription des traces mnésiques sensorielles tactiles.
- ❖ Fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles : La peau, au travers du sens tactile, fournit des informations sur le monde extérieur. *“Cette fonction est renforcée par l'environnement maternel dans la mesure où il remplit son rôle de “présentation de l'objet” auprès du tout-petit”*. Un appui biologique et social est nécessaire au développement de cette fonction permettant de maintenir et d'organiser l'énergie libidinale. *“Biologique : un premier dessin de la réalité s'imprime sur la peau. Social : l'appartenance d'un individu à un groupe social se marque par des incisions, scarifications, peintures, tatouages, maquillages, coiffures et leurs doublets que sont les vêtements”*.

D. Anzieu évoque enfin la possibilité d'une fonction négative du Moi-peau, qui pourrait être une anti-fonction, visant à l'autodestruction de la peau et du Moi.

#### 4) Le toucher dans la structuration du schéma corporel et de l'image du corps

D'après le neurologue anglais H. Head, le schéma corporel est une construction mentale qui permet à l'individu de se représenter son corps propre de manière cohérente. Plus précisément, *“un système de représentation des mouvements, des sensations et des relations spatiales du corps dans l'espace environnant”*.

Selon le médecin psychologue H. Wallon, le schéma corporel se développe dès le plus jeune âge. Il est une façon d'être au monde, et le moyen de la rencontre avec l'autre. Il se construit, se nourrit et s'entretient en relation. La pédiatre F. Dolto ajoute *“le schéma corporel est l'abstraction d'un vécu dans les trois dimensions de la réalité, il se structure par l'apprentissage et l'expérience.”*

L'image du corps fait référence à une représentation mentale subjective du corps, en constante évolution, telle qu'elle est perçue et vécue par l'individu. *“L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes.”*, nous dit la neurologue C. Morin en citant Schilder.

A la naissance, le nouveau-né vit en symbiose avec l'environnement. *“Le corps est d'abord traité par l'enfant comme s'il était fait de parties distinctes, animées chacune d'une vie personnelle”*, écrit C. Morin en s'inspirant de Wallon.

De par son immaturité psychique et nerveuse, la perception du corps du bébé est une perception de morcellement. Le nourrisson perçoit ses membres comme des objets étrangers, ne lui appartenant pas et qu'il explore à travers divers canaux sensoriels : tactile, odorat, goût, audition, vue et ses expériences motrices. C'est par l'accumulation de ces expériences développant les sensations, que le nouveau-né va associer, réunifier et organiser ses perceptions.

Ainsi, le toucher et les expériences corporelles vécues par le bébé dans l'interaction avec sa mère ont un rôle dans la formation de son schéma corporel et de son image du corps. La prise de conscience du corps dans sa globalité par le nouveau-né est possible grâce au toucher enveloppant et contenant.

En particulier, ce toucher sécurisant qui est essentiel pour que l'enfant puisse ressentir son corps comme un repère stable et solide. C'est important pour sa perception de son environnement corporel mais également pour sa construction identitaire.

De plus, les stimulations agréables et structurantes vécues par le nouveau-né, ont toute leur importance dans la construction d'une image du corps positive chez l'enfant. En effet, ces expériences permettent de découvrir de nouveaux ressentis corporels positifs, ce qui permet à l'enfant de prendre conscience de ses potentialités et de se sentir bien dans son corps. Cela favorise un investissement corporel positif qui est en lien avec une image du corps valorisée, ce qui peut contribuer à l'affirmation de la personnalité et de l'identité du sujet.

En conclusion, nous pouvons affirmer qu'aujourd'hui, il ne peut être réfuté qu'un enfant a besoin d'être touché afin qu'il puisse tendre à s'ouvrir aux communications avec son environnement, qu'il entre dans les apprentissages mais aussi qu'il se différencie de sa mère et devienne un être à part entière.

*“Ainsi, il apparaît que le toucher connaît une prépondérance pendant la toute petite enfance”*, conclut P. Delion, pédopsychiatre.

Nous avons mis en évidence, la très grande importance de l'expérience tactile dans le développement de l'enfant et sa construction en tant que toucher dans la relation intersubjective.

### **III - Le toucher en psychomotricité : la thérapie par le toucher auprès de l'enfant**

Nous allons voir maintenant comment la prise en charge psychomotrice s'appuie sur cet outil pour un effet thérapeutique.

*“Il y a une « histoire du toucher » dans la vie de chacun, et un déroulement auquel il convient d'être attentif. L'expérience sensorielle est une histoire quantitative et qualitative, dans un espace-temps donné.”*, énonce I. Porton-Deterne, psychologue.

## 1) La place du toucher dans le monde de l'enfant: la recherche d'un toucher adapté

Nous verrons que le toucher doit être particulièrement adapté d'autant plus dans le monde de l'enfant.

### a. Une multitude de touchers

*“Il y a toute une gamme de variations possibles dans les sensations tactiles, selon leur qualité, leur fréquence, leur durée et selon qu'elles sont reçues par un nouveau-né, un bébé, un adolescent ou un adulte, et enfin selon les différentes cultures.”*, nous dit A. Montagu.

Le toucher est un domaine qui offre une grande diversité de pratiques et de techniques. En effet, le répertoire du toucher est riche, large et complexe. Il existe une variété de gestes et de mouvements, ainsi que différentes manières d'aborder le toucher. Par exemple, nous pouvons utiliser des effleurements, des caresses ou des frôlements en variant l'intensité de nos mouvements. A l'inverse, nous pouvons effectuer des pressions plus fermes, induire un toucher plus net, ou des palpations pour des sensations plus nettes et précises. Dans certains cas, le toucher peut être enveloppant et compenser une enveloppe défaillante voire inexistante auprès de personnes présentant des carences.

J. Savatofski écrit ainsi *“Un toucher peut être sécurisant ou menaçant, érotique ou tendre, caressant, enveloppant, piquant, collant, repoussant, il peut être ressenti comme brusque, maladroit, agréable et excitant, ou agréable et apaisant, invitant, séducteur ou bien superficiel, absent, ou encore chargé de présence et de respect...”*. Autant de touchers qui montrent l'importance de la recherche d'un toucher acceptable et adapté en fonction de chaque enfant, avec une intention juste et une juste distance.

En tant que thérapeute, il est important de s'adapter aux besoins de l'autre et d'ajuster notre approche en fonction de leur réponse. Cependant, au-delà de la technique, l'intention que nous mettons derrière notre toucher est primordiale. C'est cette intention qui va déterminer la qualité de notre communication avec l'autre. *“Quand l'intention est juste, le geste est clair”*, rappelle J. Savatofski.

Nous devons donc réfléchir au toucher donné, à celui reçu mais également interroger ses formes et envisager ses risques. Nous ne pouvons en ignorer sa signification pour le jeune enfant. Comme le souligne la psychologue et psychanalyste C. Nisak, *“les messages reçus par la peau sont donc d’une grande importance et lorsqu’ils sont, comme dans la plupart des cas, porteurs d’un contenu sécurisant et agréable, ils aident l’enfant à se structurer harmonieusement en tant que sujet, et à rechercher le contact avec l’autre”*.

### *b. Le toucher au cœur de la relation de soins*

Le toucher est dans sa fonction première un sens de la relation et de la relation au monde. Il permet d’entrer en communication, à la fois avec l’autre et avec soi-même. Il est d’ailleurs considéré comme le premier sens de la communication. C’est cette caractéristique qui a intéressé les philosophes, dont M. Merleau-Ponty. Ce dernier a décrit le toucher comme une expérience qui fonctionne dans les deux sens : lorsque nous touchons l’autre, nous sommes également touchés. Les informations que nous recevons par le toucher peuvent nous permettre de mieux comprendre nos propres ressentis. Une sorte de dialogue non verbal se crée à travers les deux personnes impliquées.

C’est pourquoi pour aborder le toucher, et en particulier le massage, il est essentiel de créer une réelle relation soignant-soigné. Pour y parvenir, il est important de développer ses qualités humaines, telles que la disponibilité et la chaleur.

Il est crucial que le soignant cultive sa capacité d'empathie pour pouvoir se détacher de ses propres préoccupations et expériences similaires, faire preuve de souplesse et mettre de côté son cadre de référence habituel afin d’adopter celui de l’autre et trouver la distance appropriée. Il est aussi indispensable que le thérapeute puisse également écouter et prendre compte de son propre référentiel et ressenti au moment du toucher. Un patient peut avoir besoin de contact et le thérapeute indisponible pour cela.

Pour initier le toucher, il est important d’établir un premier contact en touchant une partie du corps et de maintenir cette connexion tout au long du massage. Il est essentiel de rester attentif à ce qui se passe en nous tout en étant à l’écoute de la personne massée. Il convient également de s’adapter en évitant des gestes systématiques qui pourraient être désagréables, car chaque individu est unique et son ressenti sera donc également unique.



Le toucher rend compte du besoin de contact, propre à l'être humain mais il est aussi une pratique soignante qui inclut un toucher thérapeutique. *“Le toucher est un art de la relation”*, souligne F. Vinit.

C. Blanchon, infirmière, nous explique que le toucher relationnel est un élément essentiel de la relation de soin, contribuant à soulager la douleur physique et morale tout en créant un climat propice à l'expression des ressentis et des vécus de la personne prise en charge. Par le toucher relationnel, le patient peut se sentir reconnu et considéré dans son intégralité, en tant qu'être humain à part entière.

En l'absence de toucher, la relation de soin ne pourrait tout simplement pas exister. C'est pourquoi il est intéressant que chaque soignant puisse se questionner sur sa façon de toucher l'autre et être présent pour permettre au patient de s'exprimer plutôt que de subir, et ainsi être dans une relation. Le corps peut devenir un objet médiateur pour la communication et le toucher un moyen d'expression important.

Elle ajoute notamment que *“la communication par le toucher est totalement intemporelle”*. Le toucher peut exprimer des émotions, des intentions et des connexions de manière directe et immédiate, sans être restreint par des limites temporelles ou linguistiques.

*“Toucher, c'est s'engager, s'impliquer dans la relation avec l'autre, car votre main qui touche reflète vos sentiments profonds et ne peut tromper comme la parole. En outre, le toucher permet aussi un contact unique, personnel et intime, dans lequel à travers une forme de “corps à corps”, vous pouvez entrer dans la zone si subtile, si intime, si infime et infinie du “coeur à coeur”*, concluent F. Bonneton-Tabariés, professeur de philosophie, et A. Lambert-Libert, masseur-kinésithérapeute.

### c. L'interdit du toucher

J. Savatofski nous écrit : *“Dans notre société, faut-il le rappeler, le toucher est sans doute le plus réprimé de tous les sens.*

*Il ne viendrait à l'esprit de personne de se priver de la vue en se bandant les yeux, de l'audition en se bouchant les oreilles, et pourtant tout est fait pour que les hommes prennent constamment leurs distances, les uns par rapport aux autres. On peut sans arrêt se couper la parole, mais on doit immanquablement s'excuser à table d'avoir frôlé son voisin en attrapant la carafe d'eau. Ni totalement ni constamment interdit,*

*le toucher est accepté dans certaines circonstances et à des conditions bien établies, mais il est alors profondément codifié.”*

Notre éducation peut avoir une incidence sur notre relation au toucher. Chez un enfant, c'est le premier sens que l'on brime parce qu'il ne faut pas qu'il se fasse mal, qu'il se brûle... Des interdits au départ liés au danger mais aussi au sacré ou aux tabous. Si, dès notre plus jeune âge, l'injonction parentale nous enjoint à limiter les contacts physiques, comment va se développer l'enfant en intégrant ces messages dans ses fondamentaux ?

### *i. Le toucher sexualisé*

Notre culture occidentale, européenne et française a une forte empreinte de l'influence judéo-chrétienne. Les croyances des religions, notamment catholique et protestante, ont joué un rôle clé dans les restrictions et condamnations des domaines sexuels et corporels.

Le toucher, en raison de ses nombreuses cellules sensorielles, est un récepteur immense de sensations agréables et source de plaisir. Cependant, dans la culture occidentale, le plaisir, le toucher et le corps sont souvent associés à la sexualité, ce qui a conduit à l'interdiction du toucher dans certains contextes.

D. Anzieu évoque également l'interdit christique. Les cultures chrétiennes où la psychanalyse a largement prospéré, partagent la conviction de la supériorité spirituelle de la communication par la parole sur les communications corporelles. Dès les débuts de sa pratique, S. Freud, neurologue autrichien et fondateur de la psychanalyse, a instauré des règles strictes concernant l'interdit du toucher. Cet interdit crée une distance. Il préfère utiliser la parole comme enveloppe sonore qui double l'enveloppe tactile, et montre à ses patients que l'on peut "toucher" avec des mots.

L'interdit du toucher prépare et rend possible la mise en place de l'interdit Œdipien en fournissant son fondement présexuel. Contrairement à l'interdit Œdipien qui exige un renoncement définitif à un objet d'amour, l'interdit du toucher nécessite simplement un renoncement à la communication écho-tactile comme moyen principal de communication avec les autres.

Selon S. Freud, les enfants ont une vie sexuelle avant la puberté, et la peau est considérée comme une zone érogène, ce qui inclut la tactilité dans la sexualité infantile. La mère peut involontairement stimuler l'épiderme de l'enfant lors des bains, du portage, des étreintes, etc. Mais, elle peut aussi provoquer délibérément des plaisirs cutanés chez le bébé par des caresses et des jeux.

De plus, la mère ne toucherait pas son bébé de manière appropriée si elle n'éprouvait pas de plaisir à le faire. Bien que la peau soit "érotisée" au cours du développement de l'enfant, il est important de distinguer l'érotisme de la tendresse.

Selon A. Lauras-Petit, psychomotricienne, si l'adulte ne prend pas en compte l'excitation que procure le toucher de la peau chez le bébé, il ne respecte pas le corps comme outil de relation et nie le fait que l'enfant est une personne qui ressent, qui vit et qui pense. *"Il n'est pas possible, je crois, de garder une attitude de dénégation face à l'érotisation potentielle introduite par le toucher: il est préférable d'en être conscient"*, nous disent J. Savatofski et P. Prayez.

Il est important de respecter la peau de l'enfant dans ses limites et de la considérer comme une fonction structurante pour donner l'occasion à l'enfant de construire son identité. De plus, lorsque *"l'intention du thérapeute est juste, le toucher abaisse l'excitation"*, annonce J. Savatofski. Autrement dit, si l'érotisme se substitue à la tendresse, l'enfant risque de rencontrer des difficultés pour devenir autonome.

## ii. Le toucher malmené par la pandémie

Dans les années 1990, on parlait beaucoup d'haptophobie, c'est-à-dire la peur de toucher, en lien à l'époque avec des croyances sur la transmission du Sida. Trente ans plus tard, c'est la Covid-19 qui a fait son apparition avec la prohibition du toucher.

La crise sanitaire liée à la Covid-19 a profondément altéré la vie quotidienne au cœur des familles et les relations au sein des institutions et la société en général. Cette pandémie a également eu un impact à tous les niveaux de notre existence, affectant notre rapport à nous-mêmes, aux autres ou au monde.

Dès le début de la pandémie de Covid-19, l'une des toutes premières recommandations pour prévenir la transmission du virus, était d'éviter tout contact avec les autres, notre environnement et toutes les choses qui nous entourent. Des mesures telles que le port de gants, la désinfection régulière des mains avec du gel hydroalcoolique, l'abstention du toucher, le port d'un masque etc., deviennent monnaie courante. Cette situation a marqué l'avènement de la distanciation physique dans tous les domaines, tant

professionnels que personnels, mettant fin aux embrassades, aux poignées de mains et aux gestes d'affection.

Nous pouvons nous demander si le jeune enfant comprend-il ce qu'il se passe ? Pourquoi lui est-il soudainement interdit de faire des câlins à son entourage ?

Certes, il est possible de communiquer des intentions par des regards intenses ou une écoute attentive afin de faire comprendre aux autres que notre relation reste intacte malgré la distanciation physique. Cependant, cela nécessite un effort et une adaptation, et ne peut pas toujours remplacer un simple contact affectueux, surtout lorsque la conscience de la personne concernée est altérée. (*Elsevier Masson, 2021, Le toucher, un acte de tendresse à retrouver*).

L'OMS nous a relaté une étude de 2021 sur la séparation des nouveau-nés avec leur mère pendant la pandémie de COVID-19. Cela peut présenter des risques importants. "Les perturbations des services de santé essentiels durant la pandémie de COVID-19 ont nuit gravement à la qualité des soins prodigués à certains des nouveau-nés les plus fragiles, et notamment au droit de ces enfants d'avoir les contacts vitaux dont ils ont besoin avec leurs parents", a déclaré le Dr A. Banerjee, Directeur du Département de l'OMS Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et vieillissement. L'OMS préconise que l'enfant soit gardé dans la même chambre que sa mère dès la naissance afin que celle-ci puisse l'allaiter et pratiquer le contact peau-à-peau, même dans les cas où une infection par le virus de la COVID-19 est suspectée ou confirmée. La mère doit être accompagnée et bénéficier de l'aide appropriée pour mettre en œuvre les mesures de prévention de l'infection.

Dans une étude mondiale publiée en 2021, réalisée auprès de milliers de soignants dispensant des soins néonataux et publiée dans un article apparenté de la revue *British Medical Journal (BMJ) Global Health*, les deux tiers des agents de santé de 62 pays ont indiqué qu'ils ne permettaient pas aux mères chez qui la COVID-19 est confirmée ou suspectée de pratiquer le peau-à-peau, tandis que près d'un quart n'autorisaient pas l'allaitement maternel.

La COVID-19, au-delà de toucher les voies respiratoires, a malheureusement causé des dommages collatéraux sur les familles et les enfants.

La privation de contacts physiques due à la pandémie de Covid-19 a permis paradoxalement de renouer avec la centralité du toucher. Souvent déprécié, effacé, le toucher relie notre intimité à celle de l'autre et au monde extérieur. Nous sommes des êtres de peau, ne l'oublions pas.

### iii. Le toucher et ses abus

*“Attouchement, viol, maltraitance physique, bébés secoués, enfants de mères non affectives, sont autant d’alternatives du “mal toucher”. Des cicatrices psychiques qui révèlent bien plus tard que le passé est bien réel et qu’il va falloir avancer dans le manque et le trop malgré tout.”*, souligne I. Porton-Deterne.

Le droit commence à faire son œuvre en ce qui concerne la protection des enfants contre les violences. Mais, pendant longtemps, la violence à l'égard des enfants était tolérée sous le couvert de la figure du *“pater familias”* qui avait tous les pouvoirs sur sa famille, y compris sur ses enfants. Il n'est que très récemment dans l'histoire de l'humanité que la société a commencé à reconnaître que cette violence parentale envers les enfants et les abus commis par des adultes envers des mineurs étaient des actes de violence interdits, et ceux même dans le cadre familial.

Ces deux formes de violences envers les enfants, à savoir la maltraitance physique et les abus sexuels, impliquent de façon évidente le toucher. La maltraitance psychologique et les négligences, quant à elles, sont d'une nature différente. Nous pouvons évoquer ici tout le débat sur la fessée et la gifle. La relation qui se veut initialement éducative traduit une maltraitance et est bien perçue comme telle par l'enfant.

Notre société est de plus en plus sensible à la sécurité des enfants. Certains parents notamment peuvent être plus hésitants à toucher ou à porter leur bébé par crainte de leur faire du mal, en raison de tous ces touchers abusifs maintenant dénoncés.

L'interdit du toucher permet également de mettre en place certaines règles qui permettent à chacun de bien se développer. La période de l'enfance peut être propice à des abus et violences étant donné que le jeune enfant est dans une situation de dépendance vis-à-vis de ses pairs. *“Le toucher tendre et caressant peut venir allumer les fantasmes de l'adulte de façon inappropriée vis-à-vis de l'enfant, et le mettre dans une position de partenaire sexuel qui est interdite par la loi de prohibition de l'inceste*

*et donner lieu à tous les débordements sexuels qui peuvent résulter de son non-respect*”, cite P. Delion.

Les capacités d'intégration d'un jeune enfant par rapport au “non représentable” et au “non intégrable” des violences sexuelles, de leur effraction corporelle et psychique, ne sont encore qu'à leur prémisse et l'enfant reçoit ces caresses pour ce qu'elles sont pour lui, un témoignage de tendresse entre parent et enfant. Cette situation traduit un dérapage et peut constituer un traumatisme pour l'enfant. L'interdit de l'inceste et des abus sexuels infantiles font partie prenante de notre société, à une heure où la parole se libère à ce sujet.

Autant d'interdits qui font que le toucher est un sens, dans notre société actuelle, qui peut être mis de côté, déprécié au profit d'autres sens, passant à côté de ses bienfaits. D'autant plus, “ *que les chagrins d'enfants sont sans limites et que c'est le triste et merveilleux privilège des jeunes de tout ressentir avec mille fois plus d'intensité que nous*”, F. Leboyer.

Par conséquent, recevoir un toucher “quand il le faut et comme il le faut”, c'est-à-dire un toucher approprié au bon moment et de la bonne manière, peut être une source importante sur laquelle nous pouvons nous appuyer pour nous construire.

De plus, nos sociétés modernes doivent faire face à un individualisme croissant, renforcé par l'émergence des réseaux sociaux, qui ont tendance à cantonner le toucher à un acte de plus en plus souvent virtuel. Ces comportements ont pour conséquence d'accentuer notre isolement, de nous éloigner un peu plus de nos semblables, voire de nous-mêmes quelquefois, de nous couper de nos ressentis, de nos émotions.

“Nul doute que les bébés qui n'ont pas été suffisamment touchés dans leur enfance développent des pathologies carencielles de différentes formes qui contribuent à l'apparition de problèmes psychopathologiques souvent préoccupants”, ajoute P. Delion. “*Le toucher est vital et il faut qu'il reprenne sa place dans notre vie*”, complète T. Field.

## 2) Le toucher-massage, une médiation en psychomotricité pour accompagner une prise en soin chez l'enfant

La prise en charge psychomotrice a cette particularité de s'adapter à l'enfant. La première étape consiste à aider l'enfant à s'approprier l'espace et à se familiariser avec l'environnement dont la psychomotricienne. Une relation peut commencer à s'établir en échangeant des regards, des jouets, en utilisant la parole, le chant ou des instruments de musique, tout en offrant la sécurité et le confort. A mon sens, le meilleur moyen de respecter la singularité de chaque enfant est de le laisser venir. Quand un enfant s'approche de nous, c'est une première étape; quand un enfant nous touche, c'est peut-être le signe que nous pouvons à notre tour être en relation avec lui sur ce mode. Pour que le toucher soit acceptable et bénéfique, il est essentiel de prévenir et d'expliquer nos gestes afin d'éviter de surprendre l'enfant et d'obtenir son consentement.

Pour permettre le toucher-massage et accompagner un toucher acceptable, plusieurs notions peuvent être mises en place en thérapie psychomotrice. Nous les aborderons dans cette partie.

### a. Le psychomotricien et sa spécificité

*“Dans l'entre-deux qu'est la séance de psychomotricité, un passeur accompagne l'enfant dans cette traversée”*, introduit J. Sarda, psychomotricienne.

Le psychomotricien prend soin de planifier l'aménagement de la salle de psychomotricité afin de répondre au mieux aux besoins de l'enfant. La salle est divisée en différents espaces correspondant aux différentes activités proposées. Elle constitue un outil essentiel, car elle permet à l'enfant de vivre diverses expériences sensorielles, relationnelles et motrices qui sont nécessaires à sa structuration psycho-corporelle, tout en évoluant dans un environnement sécurisé.

L'enfant exprime ce qui se passe en lui en nous le faisant vivre à travers ses mouvements. Le psychomotricien doit *“faire un travail de repérage de ses propres éprouvés et mouvements intérieurs pour mieux recevoir ceux de [l'] enfant”*, rappelle J. Sarda. Pour mieux comprendre le message que l'enfant essaie de transmettre, il est

essentiel d'être conscient des sensations et des émotions qu'il peut susciter en nous. Cette prise de conscience de soi nourrit la capacité d'empathie, qui est essentielle en psychomotricité. Le psychomotricien doit avoir conscience de son propre vécu afin de ne pas être submergé par celui de l'enfant.

D. Calin a mentionné une fonction contenant qui est essentielle avant même la mise en place du cadre. Cette fonction est assurée par le psychomotricien lui-même et se compose en deux sous-fonctions:

- ❖ La fonction d'apaisement : c'est la capacité du psychomotricien à accueillir les angoisses, tensions, excitations, à les absorber, les réduire.
- ❖ La fonction d'adossement : c'est la capacité à favoriser chez les autres, la liaison, l'unification, de leurs mouvements émotionnels, pulsionnels et de leurs représentations psychiques.

Afin d'être le plus contenant possible, le psychomotricien s'inspire des différents modèles théoriques mentionnés dans la partie précédente décrivant le rôle du toucher dans la construction psychique du sujet et dans la relation. La relation psychomotrice évoque alors les premières trames d'une enveloppe relationnelle primaire.

Le psychomotricien est une composante essentielle du cadre thérapeutique qu'il instaure en raison de sa présence et de sa capacité à écouter les éprouvés du jeune enfant. Cette qualité de présence *“tient compte autant de son positionnement dans l'espace, de ses propres appuis, de sa tonicité, des inflexions de sa voix, sa mélodie, son rythme”*, cite C. Potel, psychomotricienne.

La qualité de présence est également cruciale pour le psychomotricien, qui doit être honnête envers lui-même et envers les enfants pour établir un lien de confiance mutuelle et mettre en place une alliance thérapeutique. Cette qualité de présence favorise le contact et l'attachement entre le psychomotricien et le jeune enfant.

Le psychomotricien s'appuie sur un cadre thérapeutique spécifique pour accompagner l'enfant dans sa prise en soin.



### b. Le cadre thérapeutique

*“ Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre”, révèle C. Potel.*

Le cadre est ce qui borne l'action de quelqu'un ou de quelque chose. Il délimite la séparation entre le dedans et le dehors, mais il peut également être considéré comme un lieu ou un espace qui maintient les deux parties ensemble, à savoir le patient et le thérapeute, puisqu'il s'agit de l'endroit où se déroulent les scènes psychiques de ces deux partenaires.

C. Potel nous dit que le cadre thérapeutique est une question essentielle qui revêt une importance particulière et unique en psychomotricité, comparativement à d'autres approches thérapeutiques. Pour permettre le travail psychomoteur, des conditions spécifiques doivent être réunies. Elle différencie un cadre physique qui soutient un cadre psychique.

Le cadre physique remplit des :

- ❖ Conditions d'espace : *“pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs [...], il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps”.*
- ❖ Conditions de matériel : *“le psychomotricien implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets”.*
- ❖ Conditions de temps : *“organiser l'espace, de bouger son corps, demande une durée suffisante [...] et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères”.*
- ❖ Conditions d'encadrement : *“le psychomotricien peut travailler seul, en équipe, à deux, en coanimation [s'appuyant] sur un certain nombre de règles” structurantes et sécurisantes.*
- ❖ Conditions de fonctionnement institutionnel : *“un cadre thérapeutique s'intègre dans une institution qui a un projet global pour les patients [et] s'appuie sur le travail d'une équipe”.*

Le cadre psychique dépend de postulats théoriques nécessaires pour pouvoir symboliser, pour pouvoir mettre en pensée des manifestations corporelles. Il se traduit également par l'engagement corporel du psychomotricien et sa disponibilité psycho-corporelle.

Bien qu'il soit un espace partagé, le cadre représente également un tiers rappelant que toute relation duelle est illusoire. Après une première phase régressive de fusion, le cadre permet l'individuation du patient.

D. Anzieu compare le cadre à un *contenant maternel*, une enveloppe protectrice qui a le rôle d'une seconde peau psychique, où les pensées du sujet peuvent se déployer. Les éléments pulsionnels du sujet vont être limités dans le temps et l'espace et n'auront pas le même sens dans un autre endroit. Ainsi, le cadre thérapeutique fournit un espace commun, un lieu de rencontre où le patient peut se sentir en sécurité pour réaliser des associations et exprimer ses pensées sans danger.

D. Winnicott préfère au terme de cadre, la notion de *setting*, qui est un ensemble de règles variables qu'il faut définir et limiter. Le setting représente un aménagement du dispositif thérapeutique, qui permet de fournir au patient des conditions favorables et adaptées pour créer une situation donnée. En psychomotricité, il n'y a pas de règles dictées, mais il y a un cadre délimité et défini. Le setting sera aussi fait de notre sensibilité et de notre façon de travailler, sans mettre en cause l'identité du cadre.

Ce cadre thérapeutique a diverses fonctions que rappelle C. Potel, permettant de soutenir et sécuriser le toucher-massage en thérapie psychomotrice, telles que :

- Fonction de pare-excitation : Fait référence à la capacité du cadre à réguler les excitations et les stimulations sensorielles pour l'enfant.
- Fonction contenante : Le cadre tente de reprendre l'idée de holding et de contenance, permettant d'intégrer des repères simples et stables.
- Fonction de miroir : Qui renvoie une image positive de l'enfant. Par exemple, quand nous encourageons l'enfant, cela permet de le restaurer psychiquement et de le re-narcissiser.
- Fonction d'étanchéité : Il convient de bien signifier à l'enfant que c'est un endroit suffisamment sécurisé et confidentiel, où tout ce qui est dit et fait sera tenu secret.

- Fonction d'intégrations corporelles internes : Les repérages temporels sont des indicateurs de rythmes, de rythmicité, de la perception des durées, qui sont avant tout des intégrations corporelles internes. Le cadre est ce qui va permettre de délimiter la séparation entre un dedans et un dehors, un avant et un après. Et donc, par extension, la distinction Moi et Non Moi. Le cadre assure cette distinction permettant la constitution d'une intériorité et d'une extériorité corporelle et psychique. Il permet de consolider les limites et d'en vérifier sa solidité afin de s'appuyer dessus.
- Fonction de sécurité : Les règles énoncées sont là pour garantir la sécurité du patient mais également du psychomotricien.
- Fonction de limite : Les règles constituent un principe de réalité. Elles sont un frein au sentiment de toute puissance de l'enfant. Le *Moi* s'organise en se confrontant aux interdits.
- Fonction séparante : Puisque le cadre permet une frontière entre le lieu thérapeutique et le lieu de vie.
- Fonction de symbolisation : C'est la fonction de liaison pour G. Bleanon, psychiatre. Le cadre doit permettre de trouver d'autres moyens pour s'exprimer que le passage à l'acte et/ou l'agir. C'est en outre la sublimation des pulsions qui permet l'acte de création.

La stabilité et la confidentialité de l'espace de la salle de psychomotricité offrent un sentiment de sécurité à l'enfant. De plus, l'investissement de l'espace par l'enfant constitue une source précieuse d'informations sur son fonctionnement psychomoteur. *“Il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps.”*, nous rappelle C. Potel. La salle de psychomotricité peut être envisagée comme un contenant qui permet de vivre différentes expériences sensori-motrices, favorisant ainsi une meilleure connaissance de son corps. Cet espace est alors investi comme un lieu accueillant où l'enfant peut s'exprimer librement et être écouté attentivement. En somme, la salle de psychomotricité est un outil clé pour le travail thérapeutique en psychomotricité.

C. Ballouard, psychomotricien et psychologue, résume *“un cadre contenant est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître”*.

Le cadre est important aussi bien pour le psychomotricien que pour l'enfant. Il est garant qu'il n'y aura pas d'abus, de manipulation de l'un ou de l'autre. Le cadre est co-construit par le psychomotricien et l'enfant et il est sous-tendu par les objectifs de prise en charge.

Dans cette perspective, la mise en place du cadre thérapeutique favorise l'établissement de l'alliance thérapeutique. Cette dernière fait référence à la relation de confiance et de collaboration qui se développe entre, ici le psychomotricien et l'enfant. Le cadre thérapeutique et l'alliance thérapeutique sont donc interdépendants, dans la mesure où l'alliance thérapeutique constitue un socle pour le cadre thérapeutique. Ces deux notions sont en constante évolution au fil de la prise en charge.

### c. Notion de distance et d'instant

Le toucher doit être progressif, discuté et adapté à l'enfant. Il est important que la mise en place du toucher puisse être progressive, discutée et consentie par l'enfant. Dans le cas contraire, il peut être vécu comme agressif, intrusif et donc générer un ressenti négatif pour l'enfant. Se pose alors la question de l'écart, de la juste distance avec l'enfant ainsi que du bon instant, dans cette recherche de toucher adapté.

#### i. Notion de distance

P. Prayez et J. Savatofski relatent les recherches de E. T. Hall, anthropologue américain, qui a développé le concept de proxémie. Il propose la notion de distance en évoquant l'espace nécessaire à l'équilibre de l'être humain. Cette bulle imaginaire que possède l'homme autour de soi, dépend également de la situation socio-culturelle de chacun. Il distingue donc quatre distances relationnelles. La distance publique (entre 3,60 et 7 mètres ou plus) est celle des cérémonies officielles ou des discours, dans lesquels nous avons une "*vision globale mais lointaine du corps*". Nous percevons l'essentiel de la communication non verbale de l'orateur, par ses gestes et sa posture. La distance sociale (entre 1,20 et 3,60 m) est observée par exemple lors des réunions ou des rencontres informelles, où la perception de la présence corporelle de l'autre est plus nette avec la nécessité de maintenir le regard pour ne pas perdre la communication. La distance personnelle (entre 0,45 et 1,25 m) correspond à celle des

contacts proches ou amicaux dans lesquels nous voyons avec précision le visage de l'autre sans pour autant avoir une vision globale du corps, avec la possibilité d'avoir une emprise physique sur lui. Enfin, la distance intime (moins de 0,45 m) désigne l'espace de réconfort, de tendresse, de la lutte ou de l'acte sexuel. La perception de l'odeur, de la chaleur de la peau, du rythme respiratoire etc., nous est possible. La communication non verbale l'emporte sur la parole.

Le sens du toucher ainsi que la rencontre thérapeutique interviennent dans cette dernière. *“Les sensations tactiles sont souvent intimes et [...] appartiennent à la sphère privée et comme elles engagent la sensibilité, la sensualité, l'expérience de chacun, elles sont entourées d'une certaine pudeur, voire de tabous et secrets.”*, rappellent F. Bonneton-Tabariés et A. Lambert-Libert. *“Même codée par l'institution médicale, cette rencontre entraîne mille réactions parfois contradictoires”*, ajoutent notamment P. Prayez et J. Savatofski.

De plus, le toucher est le sens de la plus grande proximité dans lequel la distance physique s'annule. Le sens du toucher a un impact plus prononcé que tout autre sens sur les phénomènes d'échanges émotionnels tels que les variations de la respiration, la pâleur ou la rougeur du visage, la transpiration, la tension ou la détente musculaire. Le toucher implique non seulement le contact physique, mais également la confrontation de nos réactions intérieures. *“De tous nos sens, le toucher est le plus personnel”*, cite E. T. Hall.

La proximité nécessite ainsi une juste distance relationnelle mais aussi une distance affective que F. Veldman appelle la “prox-intimité” pour désigner *“l'engagement affectif dans une approche d'autrui circonspecte et respectueuse des secrets de son intimité, c'est-à-dire sans prétention de maîtrise et de contrôle sur lui. L'autre est soutenu et accompagné physiquement et psychiquement mais il reste libre.”* En thérapie psychomotrice, le toucher engendre une réciprocité où nous sommes présents à la fois à soi-même et à l'autre, puisque le toucher nous affecte tous les deux.

C. Nisak nous relate d'ailleurs que c'est *“ sur la base solide du toucher, [que] le bébé apprend donc ce que signifie l'intimité, la proximité, la distance et l'éloignement”*.

Le toucher thérapeutique du psychomotricien révèle sa propre personne, et lui permet également de percevoir l'attention, la sensibilité et les émotions de son patient. La sensibilité des professionnels de santé est influencée à la fois par leurs traits de

personnalité et leur formation spécifique. Si la question du consentement est primordiale pour toutes les modalités de prise en charge, elle l'est d'autant plus lorsqu'il s'agit pour l'enfant d'accepter d'être touché par un adulte.

### ii. Notion d'instant

Il me paraît important d'évoquer la notion d'instant, plus particulièrement, l'instant propice pour toucher. De plus, le toucher renvoie à la notion d'immédiateté et aura un effet plus ou moins prolongé selon l'enfant. Il est fondamental de savoir quand toucher une personne, en restant respectueux et en lui apportant notre présence. Cet instant peut être explicitement déterminé, mais la plupart du temps, il nécessite une observation attentive de l'autre et une certaine part d'intuition.

Il convient de considérer la disponibilité, l'état de santé ou encore l'environnement et le contexte de présence de l'enfant dans cette adaptation. En effet, la disponibilité de l'enfant déterminera la façon dont le toucher sera utilisé: un enfant peut refuser d'être touché et ne pas être réceptif à cette approche.

### d. Une relation corporelle plus directe à travers le massage psychomoteur

Le toucher-massage est principalement une extension, une suite naturelle du toucher, et il ne poursuit pas le même objectif que le massage kinésithérapeutique. C'est le cadre thérapeutique développé précédemment et dans lequel s'inscrit le travail du psychomotricien, qui confère au massage psychomoteur sa spécificité. Il le distingue ainsi de celui proposé par d'autres praticiens de santé ou du bien-être.

Les objectifs de cette médiation diffèrent de ceux du massage par sa dimension d'exploration, du vécu et du ressenti, par sa volonté d'apporter un soulagement aux troubles mentaux et aux difficultés d'attachement et son approche unique et adaptée à chaque enfant, en prenant en compte leurs besoins spécifiques.

Le toucher-massage psychomoteur est lui aussi cadré. Afin de garantir au toucher sa valeur de médiation symboligène, des règles précises ont été établies par C. Potel.

Par exemple, le toucher doit se limiter à certaines parties du corps, en évitant les zones intimes et sexuelles. C'est un toucher de soin, et pas un toucher qui pourrait susciter

confusion, ambiguïté et excitation. De plus, il ne doit pas être utilisé dans le but de “donner de la satisfaction”, ni devenir source de pouvoir sur l’autre.

En première intention, le psychomotricien va utiliser des instruments de massage, des objets médiateurs (balle à picots, balles sensorielles, main de massage vibrante, etc...) par-dessus les vêtements, vécus comme la seconde peau de l’enfant. En effet, comme vu précédemment, le toucher direct peut être vécu comme intrusif et être une source d’anxiété. Il peut par la suite, lorsque la relation thérapeutique est établie, utiliser ses mains.

Bien qu’il puisse être thérapeutique en procurant un soulagement et en suscitant des réactions physiologiques bénéfiques à l’enfant, il vise également à induire une détente et un réconfort.

Cependant, l’objectif du psychomotricien ne se cantonne pas uniquement à la procuration d’un moment de bien-être. Son objectif premier est d’établir ou de rétablir un lien fort avec la personne en lui témoignant sa présence. Par ailleurs, avant d’effectuer tout massage, il est primordial d’établir initialement un lien de confiance avec l’enfant. Lors du toucher-massage, *“ce n’est pas « un corps » que nous touchons, mais bien le soi de cette personne, qui entre en contact avec notre propre soi. De la sorte, le toucher cesse d’être un simple événement mécanique et devient un processus d’interaction et de communication.”*, écrit J. Kepner, psychothérapeute.

À travers cette médiation, le psychomotricien offre à l’enfant un espace relationnel privilégié et contenant en réduisant la distance, et en investissant un canal de communication autre que le langage verbal. Ce toucher-massage est avant tout un dialogue tonique entre deux personnes dans un contexte interactionnel. *“Dans toute médiation corporelle, mais surtout dans le toucher, il y a une vibration, une contagion relationnelle qui va permettre au psychomotricien d’ajuster son propre tonus aux mouvements tonico-corporels et émotionnels de l’enfant.”*, rappelle J. Sarda.

De plus, il exige de notre part une certaine humilité, celle de reconnaître notre ignorance. Nous ne connaissons pas précisément les sensations et les expériences vécues par les enfants, et c’est précisément à partir de cette incapacité à les comprendre pleinement que le toucher-massage nous conduit à de véritables rencontres, nous permettant de “ressentir” de manière plus intime ce qu’ils éprouvent.

*“L’un des bénéfices majeurs du massage se trouve dans la relation qui s’établit entre celui qui masse et celui qui est massé.”*, rappellent F. Bonneton-Tabariés et A. Lambert-Libert Dans ce contexte, le toucher revêt une importance essentielle en tant que moyen privilégié de rencontre, et c’est la relation établie qui lui confère cette signification.

En rapprochant le masseur du massé, le toucher-massage favorise une meilleure perception et connaissance de l’autre. Il s’agit notamment de favoriser les contacts et l’attachement en créant des sensations et des émotions génératrices d’échanges, de regards, de sourires, de mots. Un enfant apaisé, plus détendu, est susceptible d’adopter moins de comportements stéréotypés et d’être moins sujet à des crises. De plus, en établissant un contact avec nos mains lorsque cela est possible et grâce à nos approches thérapeutiques spécifiques, nous offrons à ces enfants un bain de stimulations cutanées positives qui pourra générer et favoriser une perception globale de leur enveloppe corporelle. Le toucher-massage permet à l’enfant de “respirer”, à la fois au sens propre et figuré. Il agit sur son souffle, sa respiration, son rythme cardiaque, sa relaxation. En l’aidant à se détendre, il permet à l’enfant d’être en confiance.

F. Bonneton-Tabariés & A. Lambert-Libert nous disent que la puissance et la réussite de ce toucher-massage résident dans l’énergie qui circule entre deux personnes par le biais du contact des mains de l’une sur le corps de l’autre, ainsi que par le contact privilégié de leur peau. Il existe véritablement un mouvement double : celui du masseur (ici le psychomotricien), qui s’engage et se mobilise, et celui du corps massé (ici de l’enfant) qui réagit, répond, participe et se détend, se relâche plus ou moins.

*“Les mains “touchantes” soutiennent le corps de l’enfant dans sa totalité.”*, introduit J. Sarda. Le toucher-massage psychomoteur considère l’intégralité du corps de l’enfant et favorise la prise de conscience corporelle, des limites du corps, l’intégration des sensations et renforce la cohésion. Il encourage l’harmonie entre le corps et l’esprit, l’unité psychocorporelle en offrant un contact contenant, enveloppant, sécurisant et structurant. La verbalisation des différentes parties du corps touchées permet une reconnaissance des différents segments corporels et participe à la reconstruction du schéma corporel unifié. De plus, la stimulation de la peau ainsi que la focalisation sur ses propres sensations, aident l’enfant à se différencier de l’autre et à renforcer son identité propre.



*“En touchant au corps, nous touchons à ce qu’il produit psychiquement: émotions, retour ou naissance des éprouvés sensoriels, sentiments, pensées. [...] Grâce à l’abaissement des tensions psychiques et corporelles, [cela] libère l’accès au monde intérieur de l’enfant.”*, conclut J. Sarda.

Le toucher-massage psychomoteur implique donc l’utilisation de la représentation mentale que l’enfant a de son corps et de son image personnelle.

#### *e. Le tiers dans la médiation : l’objet*

La relation médiatisée est une bonne technique d’approche face à un enfant qui refuse les contacts corporels, ou au contraire qui se perd dedans, en ne sachant pas ce qui lui appartient et ce qui est de l’autre. Elle consiste à utiliser des objets médiateurs qui créent une certaine distance entre le corps de l’enfant et celui du psychomotricien. Des fois, il y a besoin d’un tiers dans une médiation et c’est le cas ici de cet objet médiateur. Cela permet de ne pas toucher l’enfant directement et d’établir une relation progressive sans susciter de réactions défensives. L’objet médiateur permet de marquer et de réduire la distance entre les deux corps, tout en ménageant des liens privilégiés d’expression et d’échanges. De cette manière, nous créons un espace vacant entre les corps tout en facilitant une communication non-verbale qui peut être bénéfique pour l’enfant.

*Amir, 3 ans, TSA, est un jeune garçon qui cherche beaucoup à se coller à chaque adulte qu’il croise. Ainsi, en séance de psychomotricité il me repère vite et vient se coller, s’accrocher, se fondre en moi, comme s’il cherchait à fusionner avec mon corps. Il est très difficile de le faire se détacher de moi, s’agrippant davantage. Nous lui proposons alors un tissu à mettre entre nous deux, lui signifiant que mon corps est le mien et que le corps de Amir est le corps de Amir.*

Les expériences sensori-motrices et toniques permettent à l’enfant de se différencier de la psychomotricienne. Ces expériences sont fondamentales pour la structuration des espaces corporels de chaque partenaire, ainsi que de l’espace relationnel entre eux. Dans une relation médiatisée, l’enfant et la psychomotricienne interagissent activement et de manière réciproque avec les objets, ce qui favorise le développement de la communication non verbale et de la relation entre eux.

Avant de recourir aux objets médiateurs, il est important de laisser l'enfant les explorer par lui-même. Une fois qu'il a eu l'occasion de se familiariser avec l'objet et d'éprouver des sensations, notamment au niveau de ses mains, il est possible d'interagir avec lui en utilisant ces objets de différentes manières, comme utiliser le coussin vibrant sur différentes parties du corps, se faire des passes avec la balle, etc. Au cours de mes stages, différents objets médiateurs ont pu être utilisés tels que la balle à picot, des balles de massage, un tissu, le coussin vibrant, la couverture lestée ou non, la crème de massage ou encore la main de massage vibrante. Ces objets permettent de susciter des sensations tactiles sur des parties spécifiques du corps, tandis que l'utilisation de la couverture par exemple, peut procurer des sensations plus globales à l'enfant.

### 3) D'un point de vue pratique: le toucher-massage et son application psychomotrice au travers d'études de cas

Dans cette partie, je me limiterais au récit de trois expériences, trois histoires du "toucher-enfant", qui abordent toutes, de différentes manières, le toucher-massage psychomoteur. Nous verrons ici, ses divers bénéfices, au travers de trois études de cas présentant des situations cliniques différentes. J'ai choisi de cette manière d'aborder de façon plus large l'apport du toucher en thérapie psychomotrice.

#### a. Lenny

##### i. Présentation

Lenny est un petit garçon de 2 ans et 6 mois lorsque je le rencontre, à l'Hôpital de jour en Unité de Soins Spécialisés. Cheveux châtain et joues rebondies, Lenny est un jeune enfant dans la maîtrise et une certaine rigidité avec des crises débordantes lorsqu'il semble surchargé. Lorsque je le rencontre, il ne me regarde pas, comme si je n'étais pas là. Ma présence ne semble pas le questionner ni même le faire réagir. Par la suite, il a pu me regarder dans les yeux, mais je ne suis pas sûre qu'il ait pu marquer ma présence.

Il semble envahi du dedans, ce qui le pousse à projeter sur le monde extérieur, ses hallucinations et ses peurs. Il est constamment en état d'urgence et en prise de risque corporel.

Le jeu est possible en appui sur la relation, il faut lui donner envie et attiser sa curiosité. Le cadre ferme et bienveillant l'aide. La cohérence des réponses des adultes le rassure et il peut s'en saisir. Il est dans la répétition et teste la solidité du cadre. Lenny est un enfant non verbal, il arrive toutefois à se faire aisément comprendre grâce à une communication non verbale efficace. Lenny est dans une grande rivalité avec les autres enfants, il peut les taper et prend plaisir à la réaction de l'autre. Il recherche les enveloppements et apprécie la musique.

## ii. Anamnèse

### Contexte familial:

Lenny est le second d'une fratrie de deux enfants dans une famille de la communauté des gens du voyage. La maman a eu son aîné à 15 ans. Il est à noter la présence des grands parents. Sa grande sœur a aussi eu un retard de langage important. Dans les antécédents familiaux, il y a une cousine présentant un Trouble du Spectre Autistique.

### Histoire des troubles et parcours de soins:

Les premières inquiétudes ont été en lien avec son entrée en crèche. Cette dernière a alerté ses parents devant le retard de langage et l'absence d'interactions avec les autres enfants. Il présenterait des difficultés face à la vie en collectivité, il grimpe sur les tables, les bureaux en pouvant se mettre en danger, et n'entre pas en relation avec les autres enfants. Lenny est orienté vers le CSMI par son pédiatre avec réalisation d'un bilan (psychologique, psychomoteur et orthophonique). Le médecin conclut sur retard de développement avec un TSA, une quasi absence de langage, des difficultés de communication et d'attention conjointe. Il les a orientés vers l'Hôpital de jour.

### Histoire développementale:

Grossesse sans particularité selon le père, Lenny est né à terme, par césarienne. Le père décrit un bébé calme, l'allaitement s'est bien passé, Lenny a bu le biberon vers 18 mois sans difficulté. Son alimentation est sélective. Il acquiert la tenue assise à 7 mois et marche à 13 mois avec une agitation et des mises en danger "il a toujours beaucoup bougé, il ne fait que ce qu'il veut".

L'endormissement se fait rapidement, Lenny dort seul dans sa propre chambre, une sieste est encore possible. L'acquisition de la propreté n'est pas acquise.

Les premiers mots « papa » et « maman » apparaissent vers 12 mois, puis il y a une régression. Lenny est un jeune enfant non verbal, qui prend la main de l'adulte, pointe du doigt ou fait tout seul. Son père est angoissé par une grande labilité émotionnelle "il passe du rire aux larmes sans qu'on comprenne pourquoi". Il a une couverture qu'il garde en permanence, comme objet transitionnel.

Plusieurs fois il se bouche les oreilles avec deux objets avant de les lancer avec une grande violence, témoignant d'une certaine impulsivité. Il n'a pas de problème d'audition.

Lenny présente des moments de repli, un comportement explosif, des stéréotypies, et une absence d'activités élaborées. Pour autant, c'est un enfant très câlin avec ses parents, ses grands-parents. Il est en recherche de contact physique et tactile.

Il est scolarisé le matin le lundi et vendredi. Compte tenu des éléments rapportés ci-dessus, une saisine de la MDPH est en cours afin de solliciter entre autre, la présence d'une AESH pour le soutenir dans sa scolarité.

### iii. Examen psychomoteur

Sur le plan du langage des babilllements et des redoublements de syllabes ont été entendus. Il vocalise et interpelle sa mère. Il peut dire "mamanmaman" quand il pleure. Il n'y a pas d'autre mot. Il existe des stimulations sonores avec des sons gutturaux.

Il est en recherche active de contenance chez l'adulte, très avide de relation. Il ne peut se saisir de simples paroles et a besoin du corps à corps pour s'apaiser. Il est dans une grande agitation motrice et peut se mettre en danger. Il est en retard sur le plan instrumental, sur le plan de la motricité fine mais aussi de la motricité générale avec des troubles de l'équilibre et des difficultés de coordination. Il existe toutefois des compétences d'imitation et des gestes conventionnels observés: faire coucou, envoyer des bisous. Il n'y a pas d'attention conjointe, il peut utiliser la main de l'autre comme un outil. Il existe un évitement du contact visuel volontaire. Il ne tourne jamais son visage vers autrui pour montrer ce qu'il ressent.

Au niveau sensoriel, une première observation clinique a été proposée en situation directe à Lenny en présence de sa mère (quelques items du bilan sensorimoteur d'A. Bullinger non filmés). Cette mise en situation face aux différentes sensations auditives, vestibulaires, tactiles, visuelles a montré une fluctuation entre hyposensibilité auditive, avec une difficulté à situer la source dans l'espace et hypersensibilité auditive

où Lenny va au contraire rechercher des sons, les créer en faisant du bruit. Une vision focale est privilégiée qui ne laisse pas la place à la vision périphérique et un suivi visuel indépendant du buste. Le tactile est un domaine assez apprécié par Lenny qui a besoin de toucher puisque l'information visuelle ne lui suffit pas.

#### *iv. Projet thérapeutique*

Un premier axe de travail est donc de soutenir la prise de conscience du corps, de soutenir la régulation tonique et de diversifier sa gestuelle. Le deuxième axe est de lui permettre, en ayant une posture stabilisée et de meilleurs appuis, de repérer les sources sensorielles et de mieux les maîtriser, afin d'être moins envahi et moins soumis à son environnement. Pour cela, Lenny est suivi à raison d'une séance de trente minutes par semaine depuis le 27/09/2022.

#### *v. Prise en charge*

Lenny s'est très bien saisi de la prise en charge individuelle, qui lui offre un cadre épuré au niveau sensoriel, ajusté à son rythme et de ce fait, étayant pour développer de nouveaux intérêts et élargir sa palette d'expériences corporelles.

Les premières séances sont marquées par des temps de transitions entre le groupe et la salle de psychomotricité compliquées. Il présente dans ces moments, une régulation tonico-émotionnelle difficile, avec des agrippements toniques forts: hyperextension, cris, puis perte d'appuis et passage au sol. Au tout début, il ne comprend pas la situation et croit qu'il rentre chez lui et reprend le taxi. Pendant de nombreuses séances, la transition doit être aménagée, de façon à ce que Lenny puisse traiter la situation sans se désorganiser: il faut le laisser arrêter ce qu'il fait, puis lui laisser le temps de se tourner vers le support visuel.

Lenny présente une difficulté pour filtrer toutes les informations de son environnement et la situation de surcharge arrive très rapidement. Tout est vite "trop", quel que soit le flux sensoriel. Il s'agit surtout d'une question d'addition de sources sensorielles. Même si le filtrage et la modulation sont de meilleure qualité aujourd'hui, il y a encore des difficultés de comodalisation liées à la surcharge: il s'agrippe à un objet par exemple, pour se fermer aux stimuli trop envahissants, et ne perçoit rien

d'autre. Il est alors plus tendu, fatigué, et cela nécessite là encore un ajustement immédiat de la part de la psychomotricienne. Au niveau corporel, cela entraîne de gros agrippements toniques, avec un bas du corps hypertendu, des genoux verrouillés. Il y a un tonus pneumatique au niveau axial.

Je constate qu'il se tient la plupart du temps en hyperextension, avec des appuis peu opérants: pieds vers l'intérieur, non posés complètement au sol. Les bras sont souvent positionnés en chandelier.

J'ai pu observer que Lenny s'appuie très vite sur la relation et semble avoir une petite sécurité de base sur laquelle s'étayer. Il réagit assez fort à la frustration, en criant, voire en poussant l'adulte avec ses pieds. La régulation tonico-émotionnelle est donc compliquée. Il peut aussi mettre en scène ses angoisses autour d'un corps non fermé, en "jouant" autour des chutes et en manipulant portes et interrupteurs.

En début de prise en charge, l'ajustement postural est fragile, avec un clivage entre le haut et le bas du corps. De plus, Lenny utilise très peu ses mains, dans une confusion au niveau des parties du corps (il peut attraper des objets avec ses pieds). Il accepte cependant de venir s'asseoir en appui-dos. Il est alors beaucoup plus participant et sa gestuelle est mieux organisée. Lenny est très intéressé par tous les médiateurs proposés, dans la mesure où il peut d'abord les expérimenter seul. Petit à petit, il est possible d'interagir de plus en plus souvent et de s'immiscer dans ses jeux.

- Allongé sur le ventre sur le gros ballon, il se laisse faire des pressions sur le dos, ou des tapotements sous les pieds.
- La main de massage vibrante est posée sur différentes parties de son corps, lui-même les pose en particulier sur le menton et la bouche. Actuellement, il peut montrer les endroits où la poser. Les entraves proprioceptives sont nombreuses: ce n'est au départ que lorsque la main de massage est placée dans le dos qu'il s'allonge. Le feed-back visuel du miroir l'aide vraiment à faire du lien avec ce qui se passe en lui. Souvent Lenny éclate de rire de plaisir.

Lors de ses dernières séances, j'ai pu observer que la perception de son corps est de meilleure qualité, mais demeure fragile. Il commence à pouvoir se coucher au sol sur le dos, jambes rassemblées, mais a encore besoin de sentir son dos, par exemple en mettant le coussin vibreur sous lui. De même, les limites de son corps restent floues: il peut tirer l'avant de son tee-shirt pour que nous mettions le vibreur sur le ventre,

comme si le t-shirt faisait partie intégrante de son corps. Néanmoins actuellement, il n'a plus besoin d'alimenter en permanence l'image de son corps dans le mouvement ou les agrippements toniques. Il peut s'allonger sur le trampoline, surface contenant et vibratoire et passer de longues minutes autour d'un jeu de toucher-massage avec les objets médiateurs vibrants: chacun en a un, ou bien Lenny le tient et j'exerce des pressions, fermes mais plus douces, sur le bas du corps en particulier. Il accepte que je lui rassemble les jambes et que je lui fasse éprouver des petits mouvements de bascule du bassin. Il est très détendu, souriant, avec un registre sonore proche de gazouillis. Il a d'ailleurs souvent un objet en bouche quand il est très rassemblé. Cela témoigne d'une certaine régression narcissique. Un ajustement au niveau du regard est nécessaire pour ne pas le surcharger et l'aider à se centrer sur les perceptions corporelles. Souvent après ces moments, Lenny a besoin de s'éloigner pour réguler. Il fait des sons durs, de grands gestes devant le miroir, comme pour vérifier son intégrité, sûrement bousculée par la montée émotionnelle.

A travers des jeux de poussée avec les jambes quand il est allongé sur le trampoline, il peut maintenant impulser un mouvement plus doux, avec une meilleure régulation tonique. Il éprouve son axe au travers de diverses explorations, il se recouvre de balles de massages le long de l'axe, jusqu'au visage.

#### *vi. Conclusion*

Actuellement, Lenny peut être dans une exploration différente de son corps par l'apport du toucher-massage psychomoteur. Sa régulation tonique est bien meilleure, les angoisses liées à son corps sont moins prégnantes. Il est plus détendu, baille en fin de séance, ou soupire. Son environnement s'organise, ses repères sont plus solides, ce qui lui permet plus d'explorations. Malgré tout, il faut rester prudentes et arrêter dès que l'envahissement est proche. Les transitions sont plus sereines, avec un petit jeu de poursuite qu'il annonce sur le retour sur le groupe. Il s'appuie de plus en plus sur le lien à l'autre.

## b. Johan

### i. Présentation

Johan est un jeune garçon de 3 ans et 9 mois lorsque je le rencontre à l'Hôpital de jour. Cheveux noir de jais et regard évitant dès que je le croise, il est discret tout en étant curieux et attentif à ce qui l'entoure.

Lors de notre première rencontre, Johan m'examine discrètement lorsque je détourne le visage. Il chuchote à l'oreille de la psychomotricienne et demande qui je suis mais également si on peut tout de même faire « le massage ».

### ii. Anamnèse

#### Contexte familial:

Johan est le dernier d'une fratrie de trois. Il a deux sœurs aînées âgées de 10 et 8 ans. Ses parents sont originaires de Mayotte et sont des réfugiés politiques. Le père est auto-entrepreneur et a créé une société de transport/logistique. La mère reste à la maison. Johan est resté bloqué à Mayotte avec sa maman lors du confinement en 2020, il est revenu en France en novembre 2020. La mère sort d'une dépression avec deux enfants décédés (un à la naissance et un in-utéro).

Elle présente une tristesse apparente majeure et fait part du sentiment de rejet qu'elle ressent devant la nécessité du pass sanitaire pour entrer "on nous rejette de partout, même pour naître ils ont dû avoir un test PCR..."

#### Histoire des troubles et parcours de soin:

Les premières inquiétudes apparaissent vers 2 ans devant le retard de langage de Johan, puis vers 2 ans et demi et la perspective de la rentrée à l'école avec une majoration des inquiétudes. Leur médecin traitant les oriente alors vers la Plateforme de Coordination et d'Orientation. Un bilan psychomoteur et sensoriel, psychologique et un PEP-3R en orthophonie est réalisé.

Le médecin de la PCO évoque aux parents la possibilité d'un diagnostic d'autisme avec un retard global de développement. Son père peut dire qu'il ne savait pas du tout ce que c'était et encore maintenant il rapporte l'étrangeté que peut lui renvoyer son fils ("les gestes qu'il fait on dirait qu'il est fou, qu'il n'a pas d'esprit"). Maintenant, le diagnostic penche davantage vers des traits autistiques avec un retard global de développement. Un dossier MDPH avec demande AESH est réalisé.



### Histoire développementale:

Il s'agit de la cinquième grossesse de la mère. La naissance s'est déroulée à terme avec un diabète gestationnel insulino-dépendant. Johan est décrit par son père comme un bébé qui pleurait tout le temps. Il a été allaité jusqu'à un an. La diversification a été difficile avec actuellement une alimentation sélective. Son père le décrit comme un enfant avec lequel il fallait être tout le temps mais que ce n'était pas toujours possible. Il a été gardé par sa mère à la maison lorsque celle-ci était en dépression. Il est scolarisé en moyenne section maternelle le matin "il va à l'école pour y aller".

Il décrit un petit garçon très sensible aux changements. A la maison il est plutôt calme, introverti, mais très angoissé quand ils vont à l'extérieur, il pleure et présente un retrait relationnel. Johan montre peu d'intérêt pour les autres enfants. Son père le décrit "seul, dans son coin".

Johan acquiert la position assise à 6 mois et la marche à 12 mois. La propreté n'est pas tout à fait acquise, c'est un garçon plutôt dans la rétention.

Au niveau de la communication, Johan présente un retard de langage avec les premiers mots vers 2 ans "tita, papa, maman, eau, poulet". Puis le père décrit une régression. Pour se faire comprendre il prend la main d'adulte, sinon il fait seul. Du point de vue des interactions, le regard est parfois fuyant, Johan se montre assez isolé sans montrer d'intérêt pour les autres enfants. Il est très attiré par les écrans (seul sur l'ordinateur, télé, téléphone), il fait souvent des crises quand il faut arrêter. Au niveau du sommeil, il n'a pas de rythme, il peut s'endormir à tout moment de la journée et est souvent fatigué.

### iii. Examen psychomoteur

La psychomotricienne a fait une évaluation alors que Johan avait 20 mois et 10 jours. Peu d'échanges de regard sont notés au moment des séances. Au niveau des coordinations générales, il obtient un âge de développement de 18 mois et 15 jours pour les items posturaux. Il a marché tôt et parfois sur la pointe des pieds. Il pousse du pied le ballon. Il court avec des mouvements coordonnés. Au niveau des coordinations manuelles les items correspondent à un âge développemental de 12 mois et 24 jours.

Au niveau sensoriel, il n'aime pas porter des chaussettes. A la maison, la lumière doit rester allumée pour l'apaiser. Il peut donner sa main.

Il présente un accrochage au niveau des comptines et un intérêt pour la musique avec également possibilité d'échanges intéressants avec la flûte ou les bulles. Il a un intérêt

pour la motricité fine avec vissage et débouchage et les jeux de transvasement. Les items de langage correspondent à un âge de développement de 11 mois et ceux de sociabilité à un âge de 9 mois et 15 jours.

Finalement, il obtient un score global correspondant à un âge développemental de 13 mois et 6 jours. Son développement est hétérogène et ce sont surtout les compétences en lien avec le langage et la sociabilité qui sont le plus échouées. Maintenant, et au vu de son évolution, il peut se faire comprendre en chuchotant des mots en pointant du doigt et davantage utiliser le canal du verbal quand il est dans une relation sécurisée.

#### *iv. Projet thérapeutique*

L'examen psychomoteur met en avant l'intérêt d'un suivi en psychomotricité à raison d'une séance par semaine de trente minutes à l'Hôpital de jour, depuis le 09/09/2020. Un des objectifs du projet thérapeutique de la thérapie psychomotrice pour Johan sera de l'amener à s'ouvrir vers l'extérieur et de favoriser la détente grâce au toucher-massage psychomoteur en lui accordant un moment privilégié dans la relation duelle. Un autre axe sera de travailler sur la différenciation des corps et favoriser un espace de partage grâce à des expériences sensori-motrices et au dialogue tonique. Enfin de stimuler son développement psychomoteur de manière globale (préhension, posture, langage et sociabilité).

#### *v. Prise en charge*

Ces séances de psychomotricité sont toujours pour Johan un espace à la fois d'éprouvé de ses émotions, essentiellement la tristesse et l'agressivité, mais aussi de la solidité de l'adulte face à cela (ni tristesse ni agressivité en retour). Il questionne la distance à l'autre, avec un fond d'anxiété toujours présent, même s'il est moins important depuis peu. De façon générale, le regard doit être à la fois étayant au niveau narcissique, et respectueux d'un périmètre de sécurité qui lui est nécessaire.

C'est un enfant plus joyeux cette année, l'aspect dépressif étant de moins en moins présent en séance de psychomotricité. Actuellement, le niveau d'anxiété est moins élevé, et moins de moments d'étrangeté ou de sidération sont observés.

La mise en jeu globale du corps doit encore être très contenue, et lors de quelques séances, une agitation importante, une fuite dans les idées, voire des mises en danger

sont observées. Dans les périodes où l'agitation est compliquée à gérer, il cherche divers objets médiateurs pour le contenir tels que les objets vibrants ou une simple couverture.

Plus les séances avancent, plus Johan s'autorise à jouer autour de son agressivité, avec beaucoup moins de crainte par rapport aux réactions de la psychomotricienne. En effet, il a pu auparavant se mouiller et se figer comme si elle allait le fâcher. Johan est très sensible aux félicitations, qui lui apportent un regard narcissique primaire porteur pour lui. Il a besoin d'être rassuré et d'être sûr qu'autour de lui tout va bien.

Le contact corporel est encore délicat pour Johan jusqu'à la rentrée de décembre. Mais au détour de la séparation de fin de séance, il peut parfois venir se faire câliner, dans un portage très accordé. Depuis février, la tonalité des séances a évolué. La première étape consiste à établir une distance préalable au toucher, dans une dynamique de motricité de communication où l'objet sert de médiateur.

Johan s'installe donc avec coussinets à billes, coussins et couvertures sur un matelas. Il demande des massages, d'abord avec la balle, puis avec la main de massage vibrante, probablement que le contact direct est trop fort émotionnellement et donc anxiogène pour lui. Johan garde les yeux ouverts, d'ailleurs il ne peut regarder la psychomotricienne. Ce sera possible dans un second temps. Quand c'est trop pour lui et qu'il a besoin de réguler, Johan revient au dessin plus de l'ordre de l'affect.

Après plusieurs séances durant lesquelles la relation de confiance et la distance sécurisante ont été établies, il est possible de passer au toucher-massage psychomoteur avec les mains, en remontant les vêtements. "Avec mains !" décide Johan en montrant ses pieds, aimant et réclamant dorénavant le temps du massage à chaque séance. Le lait corporel est utilisé comme produit de contact en séance avec Johan. Il le réclame souvent et le montre du doigt ou verbalise "crème" quand il en revaut au cours du toucher-massage. Il permet un bon contact avec la peau et une sensation de glissement des mains. Il est rapidement absorbé par la peau. Ce toucher avec les mains permet un contact privilégié avec la peau. Ainsi, ces dernières reçoivent en direct les points de tension du corps de Johan, qui au début présente beaucoup d'angoisses, de tensions dans son corps car il ne sait pas ce qui va se passer. Johan doit régulièrement être rassuré sur le fait que c'est lui qui maîtrise ce qui se passe. Dans son cas, le toucher se veut relaxant, enveloppant, contenant, avec valeur de lien, lui

permettant d'intérioriser une relation qui permet par la suite de se construire, de se développer en tant qu'être humain unique.

A la fin du toucher-massage, il vient se blottir dans les bras de la psychomotricienne, détendu, baillant, dans un portage très accordé. De plus, il a besoin de manipuler le bonhomme en bois, comme pour vérifier sa propre intégrité dans ce moment chargé émotionnellement.

Johan a commencé à jouer à faire semblant de plus en plus souvent. Ce qui entraîne moins de massage, plus de silence, rien que pour jouer à l'absence et la présence de l'un à l'autre. Lors des dernières séances, Johan initie un jeu où il tousse et la psychomotricienne doit appeler le docteur et le soigner. Mais aussi le consoler quand il fait semblant de pleurer. Il cherche le portage, avec un regard désormais appuyé. Le regard revêt une importance toute particulière pour Johan, qui se construit dans le regard de l'autre.

Depuis ces séances de toucher-massage, Johan semble moins inquiet. Il commence à évoquer des choses de son quotidien: "papa raser cheveux", "école mathématiques". Il s'appuie de plus en plus sur le langage. Il paraît davantage serein et dans un meilleur lien de confiance. Il me montre les photos des enfants de son groupe dans le couloir, me dit "j'ai mangé un repas avec lui". Il est aussi très vigilant par rapport à moi (et à la psychomotricienne), "tu es fatiguée ?" si je bâille, "tu as mal?" si je me gratte le nez. Le vécu agréable de ces expériences, en lien avec le toucher-massage, permet par ailleurs de soutenir un investissement corporel positif. Ceci contribue au sentiment d'habiter son corps, d'être au monde. Le toucher contribue à la constitution d'une image du corps positive pour Johan.

### vi. Conclusion

Au fil du temps et des séances, et grâce à la médiation du toucher-massage psychomoteur, nous avons pu travailler avec Johan sur les ressentis de réassurance, de contenance corporelle ainsi que sur *"la constance affective qui permet l'émotionnel et le plaisir réciproque d'être avec l'autre de créer du lien"* écrit J. Sarda. Johan aborde maintenant toutes ses préoccupations au travers du symbolique et du ludique. Il semble plus serein et moins sur ses gardes, dans un vrai partage émotionnel. Les séances sont très calmes, sans agitation, avec une possible immobilité lors du massage qui n'est pas angoissante. L'immobilité, l'obscurité, le silence ne sont plus perçus comme des signes d'abandon.

## c. Eliott

### i. Présentation

Eliott est un garçon à Haut Potentiel Intellectuel de 7 ans et 9 mois lorsque je le rencontre au cabinet libéral. Il a les cheveux châtain avec des boucles qui lui tombent sur le front. Il porte des lunettes rondes bleues. Il arrive grand sourire, en passant la porte, toujours content d'avoir une séance de psychomotricité. Ses parents le décrivent comme un enfant serviable, gentil mais qui peut se montrer « têtue ».

### ii. Anamnèse

#### Contexte:

Eliott est fils unique et a déménagé l'année dernière de la région parisienne. Il fut gardé à mi-temps par une assistante maternelle et par sa mère à leur domicile à Paris. Il est scolarisé en classe de CE1. Il a une grande passion pour la lecture et peut se lever très tôt ou se coucher très tard pour lire. Son sommeil en est perturbé. Il s'ennuie globalement rapidement et peut se mettre en échec s'il ne souhaite plus faire. Une inquiétude est décrite lorsqu'il faut se lancer dans de nouvelles choses, le sortant de sa zone de confort et entraînant ainsi des difficultés de réalisation.

#### Histoire des troubles et parcours de soin:

Avant son déménagement, Eliott était suivi en psychomotricité à Paris depuis octobre 2018 à raison d'une fois par semaine pour des difficultés motrices, globales et fines. Les parents ont souhaité, à leur arrivée à Bordeaux, poursuivre cet accompagnement. Ainsi, sur prescription médicale, Eliott est venu effectuer un nouveau bilan psychomoteur. En outre, deux tests neuropsychologiques ont été réalisés en 2019 et en 2022 qui confirment le haut potentiel. Cela se définit comme une avance intellectuelle, illustrée par un Q supérieur à 130. Alors que l'observation clinique confirme l'existence de particularités qui donnent à Eliott un profil si particulier. Un profil "cognitif" qui peut poser des problèmes dans les apprentissages, mais aussi un profil "affectif" qui colore les rapports de Eliott avec sa famille, les autres et le monde en général. Il est scolarisé en classe de CP.

### Histoire développementale:

La grossesse a été marquée par une anémie ainsi que des vomissements quotidiens. L'échographie et le contenu utérin ont révélé une hydrocéphalie mineure. L'accouchement s'est déroulé par césarienne. Eliott est né atteint d'hydrocéphalie qui a pu être prise en charge à sa naissance.

Concernant son développement psychomoteur, plus particulièrement du point de vue de la motricité, Eliott a acquis la marche à 21 mois. Eliott faisait des phrases complètes et était compris à l'entrée en maternelle. Les apprentissages sont difficiles pour Eliott, il présente un Projet Personnalisé de Scolarisation. Il verbalise de ne pas aimer écrire, que "ça ne sert à rien". Eliott est très fatigable, il lui arrive notamment de faire des siestes pendant les récréations pour compenser. Au niveau de sa relation avec les autres, Eliott est décrit avec une tendance à être directif mais qui a des copains et des copines.

Sur le plan sensoriel, Eliott a une légère myopie et porte des lunettes. Son audition fut affectée au départ par l'hydrocéphalie mais la récupération auditive a été bonne. Eliott ne présente pas de particularités sensorielles particulières. Une anxiété d'anticipation pour les bruits forts est observée.

### iii. Examen psychomoteur

Les résultats du bilan psychomoteur d'Eliott mettent en évidence les résultats suivants :

- sur le plan tonique, un ballant difficilement observable avec des conservations d'attitudes, des réactions de prestance importantes (blocages nombreux mais non constants) et d'importantes paratonies,
- une latéralité qui semble positionnée à droite mais qui n'est pas encore suffisamment affirmée,
- au MABC-2, Eliott obtient un résultat qui dénote d'une difficulté motrice significative,
- des coordinations dynamiques générales, fines et oculo-manuelles fragiles,
- des équilibres complexes à renforcer,
- une dysgraphie à la fois qualitative et quantitative,
- une anxiété de performance très présente dans les exercices graphiques,
- une perception d'orientation de formes pas encore opérante,

- l'évaluation des praxies visuo-constructives met en évidence des fragilités, qui sont à mettre en lien avec la description des compétences graphomotrices,
- une bonne capacité de mémorisation,
- les axes corporels sont intégrés et la spatialisation est possible.

Eliott s'est montré coopérant et a pris plaisir à bouger et à montrer ce qu'il sait faire même si une certaine fatigabilité est notée dès que le corps est mis en jeu.

#### v. Projet thérapeutique

Suite à ces résultats, un projet thérapeutique est mis en place. Il consiste en un suivi hebdomadaire en psychomotricité afin d'accompagner Eliott dans le développement et l'exploration plus profonde de ses compétences motrices, générales et fines. Dans cette étude de cas, les objectifs thérapeutiques retenus sont d'offrir un espace de parole et d'échange à Eliott en soutenant la gestion des émotions et la confiance en soi par le biais de médiations. Un des axes à travailler sera également de soutenir la régulation tonique au travers d'une approche autour de la conscience corporelle et d'étayer la motricité globale, avec une approche autour de la construction de l'axe.

#### vi. Prise en charge

Après les premières séances avec Eliott, les diverses activités réalisées en relation triangulaire avec la psychomotricienne ont permis de créer une relation de confiance. M'ayant investie dans la relation, j'ai pu lui proposer par la suite un temps de toucher-massage psychomoteur, en fin de séance. En effet, présentant une grande fatigabilité du fait de sa longue journée et de la séance proposée, qui met tout son corps en mouvement, ce temps est vécu comme un retour au calme pour Eliott. Il le réclame à chaque séance, c'est un moment privilégié qu'il apprécie.

La demande de la séance de toucher-massage en relaxation psychomotrice émane d'Eliott. Un espace Snoezelen est aménagé dans un espace de la salle de psychomotricité que nous pouvons cloisonner à l'aide d'un rideau. Ainsi, j'observe qu'il apprécie beaucoup le matériel Snoezelen qui semble l'absorber et le captiver. Il demande à s'installer sur le "fauteuil du chef", fauteuil de massage. Eliott paraît conscient de son besoin d'apaisement et présente un attrait particulier vis à vis des objets de massage mis à disposition dans l'espace Snoezelen. Cette activité est vécue dans un espace sensoriel spécialement aménagé, éclairé d'une lumière tamisée à l'aide

d'une colonne à bulles, bercé d'une musique douce. La psychomotricienne se met assise dans un coin de la pièce, en tant qu'observatrice. Cette atmosphère aide Eliott à se relaxer et à s'apaiser grâce à des stimulations sensorielles douces.

Ainsi je lui propose, dans ce cadre spécifique et avec son consentement, l'expérience du toucher-massage en relaxation psychomotrice à l'aide d'une balle de massage. Assise à côté de lui, j'utilise ma voix pour murmurer, chanter des mots et offrir des invitations pour guider l'attention de Eliott vers la partie de son corps massée ou sur sa respiration. Ces invitations favorisent son relâchement musculaire et tonique, et l'encouragent à l'expression de ses ressentis et de ses images mentales. Il verbalise « oh, j'aime bien » particulièrement au niveau du ventre, des épaules et des pieds. Il se retourne de lui-même pour que je passe dans son dos et verbalise « adorer ».

C'est un moment de confiance propice à l'expression émotionnelle. Eliott me confie les choses qui l'attristent, comment s'est passée sa journée.

De plus, la balle de massage permet de ressentir une contention, une pression du corps contre le fauteuil permettant l'apaisement des tensions internes et l'accès à l'expérience vivante de la pesanteur.

Eliott finit la séance en étant calme, détendu, libre de toutes tensions corporelles, après l'excitation ressentie et déchargée durant la séance qui reste encore coûteuse pour lui. Il se frotte les yeux, baille et a besoin de quelques secondes, seul, afin d'explorer la balle qui l'a massée.

#### vi. Conclusion

Le toucher-massage en relaxation psychomotrice favorise chez Eliott une décontraction, un relâchement musculaire, un lâcher-prise de la maîtrise et favorise une certaine régression évoquant la situation mère-bébé. Il enveloppe tout son champ affectif. C'est un temps de détente pour lui après toute l'agitation de sa journée, favorisant son bien-être général.

Cette médiation lui fournit une stimulation sensorielle qui peut aider à calmer et à réguler son système nerveux, ce qui peut souvent être hyperactif et hypersensible, en raison de son haut potentiel. Ce toucher-massage peut l'aider à mieux comprendre et à réguler son corps et ses émotions.

Au fil des séances, tout comme le « câlin » et le « bisou » à chacun de ses parents avant chaque séance pour lui donner de la force, Eliott tient à ce moment privilégié de toucher-massage vécu comme une pause et l'instaure comme un rituel de séance.



## CONCLUSION

---

Quand le réel du corps de l'enfant est mis en jeu, parce qu'il s'adresse au corps total, le toucher-massage en psychomotricité a une place primordiale. J'ai réalisé que l'élément essentiel est d'établir avant tout une relation qui, en elle-même, a une dimension thérapeutique et qui peut ensuite servir de base pour aborder les difficultés de l'enfant.

Nous avons pu remarquer au travers de cet écrit les nombreux effets physiologiques du toucher sur notre santé physique et psychique et notre bien-être émotionnel. Nous avons par la suite, constaté son importance dans la construction identitaire de l'enfant et dans la mise en place de la relation intersubjective. La dernière partie a pu traiter plus spécifiquement du toucher-massage en thérapie psychomotrice auprès de l'enfant. Nous avons pu démontrer l'apport de cette médiation corporelle au travers de sa dynamique de sa revalorisation du corps, de son travail de contenance, de détente et plus encore de dialogue tonico-émotionnel. Un retour au toucher peut être réorganisateur et contribuer à son équilibre de façon harmonieuse. De cette manière, le toucher-massage dans ses différentes modalités, permet à l'enfant de mieux investir son corps et de s'ouvrir au monde extérieur.

Le toucher-enfant concerne et touche l'archaïque. La peau, en tant que surface et recouvrement sensoriel du corps, joue un rôle primordial dans l'histoire du moi de l'enfant, dans la construction de son identité corporelle. Le corps et la peau nous racontent l'histoire de l'enfant, aussi bien que les visages, les regards, les mots... Toucher la peau, toucher le corps, confère une consistance et un contenant qui contribuent à l'épanouissement personnel de l'enfant.

Toutefois le toucher du corps à corps, ne peut pas prendre toute la place. Il est un passage de transition vers penser, inventer, rêver... tout ce qui nous constitue en tant qu'être à part entière.

La médiation du toucher est à la fois riche et complexe. Il existe une variété infinie de façons de toucher et d'être touché, dépendant de la personne à qui nous accordons notre contact. Le toucher reste un sens empreint de notre subjectivité, nous ne pouvons prédire comment notre contact résonnera chez l'autre.

En rédigeant ce mémoire et en explorant le thème du toucher, j'ai pu remarquer un paradoxe total à mes yeux. Nous n'avons jamais autant eu besoin d'être touché, de contacts humains, d'expériences tactiles affectives à une heure où le monde souffre et pour autant il n'y a jamais eu autant de ressortissants sur le toucher.

Si nous adoptons un raisonnement par l'absurde en imaginant une société sans toucher, où le développement de la robotisation, des écrans et du virtuel prendrait le dessus, il est possible d'envisager une absence de toucher corporel entre les individus. Dans une telle société, les robots/avatars pourraient remplacer les interactions humaines traditionnelles, ce qui pourrait conduire à une diminution drastique. Les individus pourraient se sentir de plus en plus isolés, déconnectés et privés de l'intimité physique qui est une composante essentielle de notre identité. Cependant, il est important de noter que ce raisonnement par l'absurde met en avant une situation hypothétique et extrême. Malgré les avancées technologiques, il est peu probable que le toucher soit entièrement remplacé, car il est profondément enraciné dans notre nature humaine.

Il est essentiel de reconnaître l'importance du toucher dans nos relations et de chercher un équilibre entre les interactions virtuelles et réelles, afin de préserver une dimension corporelle épanouissante et une connexion authentique avec l'autre.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BACHOLLET, M-S., & MARCELLI, D. (2010). *Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements*. Dans *Enfances & Psy* n° 49, Érès, pages 14 à 19.
- BARANES-POTEL, C. (2010). *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès.
- BASUYAU-ROUQUETTE, B. (2012). *Le "portage" thérapeutique de la dyade mère-bébé en psychomotricité*. Des bébés bien portés, Érès, pages 69 à 78.
- BLANCHON, C. (2006). *Le toucher relationnel au cœur des soins*. Elsevier.
- BONNETON-TABARIÉS, F., & LAMBERT-LIBERT, A. (2013). *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. Soins Infirmiers, Med-Line.
- BOUCHART-GODARD, A. (1980). *Une peau sensible*. Les cahiers du nouveau-né n°5.
- CICCONI, A. (2012). *Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante*. Journal de la psychanalyse de l'enfant, volume 2, pages 397 à 433.
- CYRULNIK, B. (1989). *La vie avant la naissance*. Sous le signe du lien, Hachette, 1992, Paris,
- DELION, P. (2021). *Peut-on encore toucher les enfants aujourd'hui ?* Yapaka.
- DREANO, A. (2018). *Le toucher pour lutter contre les douleurs induites par les soins au jeune enfant*. Soins Pédiatrie/Puériculture, Elsevier Masson.
- ETCHART, E. (2022). *Psychomotricité et adolescents "à fleur de peau"*.
- FIELD, T. (2017). *Les bienfaits du toucher*. Petite Biblio, Payot Santé.
- FLECHELLES, O., & LOCHELONGUE, V., & PIGNOL, J. (2008). *Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né*. Spirale n°46, Érès, pages 59 à 69.
- FREUD, S. (1968). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Gallimard.
- GAUTIER, L. (2021). *Massages pour son bébé : les bons gestes pour partager des moments de détente et de complicité*. First.
- JOANNES, E. (2021). *Le toucher, un acte de tendresse à retrouver - Les bienfaits du toucher*. Elsevier Masson.
- KEPNER, J. (1999). *Le corps retrouvé en psychothérapie*. Retz, pages 92.

- KRAUTH, J-A. (2005). *Le portage, une naissance à la psychomotricité*. Entretiens de Bichat, Expansion scientifique française, pages 137 à 144.
- LAURAS-PETIT, A. (2001). *L'enfant excité*. *Enfances & psy* n°14, Érès, pages 100 à 107.
- LE BRETON, D. (2006). *L'existence comme une histoire de peau : le toucher ou le sens du contact*. *La saveur du monde*, Métailié, page 175.
- LEHMANN, J-P. (2007).  *Holding et Handling*. *Transition*, Érès, pages 170 à 206.
- MAUVAIS, P. (2022). *Comment se développe un bébé ?*. *Penser les soins aux tout-petits avec Emmi Pikler et Donald Winnicott*, pages 39 à 50.
- MAILHARRIN, A. (2015). *Psychomotricité et polyhandicap*. Mémoire de Psychomotricité, Université de Bordeaux.
- MATHELY, M-G. (2017). *Toucher et se toucher : une caresse à risque ?* *Le Sociographe* n°60, pages 21 à 28.
- MONTAGU, A. (1979). *La peau et le toucher*. Points Essais.
- MORIN, C. (2013). *L'image du corps*. *Psychanalyse*, Érès, pages 39 à 67.
- NISAK, C. (1985). *Je me sens moi parce que tu me touches*. in *Enfant d'Abord*, n° 97, pages 30 à 34.
- PERRAULT, C. (2022). *L'attachement une théorie fondatrice*. *Sages-Femmes*, Science Direct, pages 12 à 17.
- PILLET, V. (2007). *La théorie de l'attachement: pour le meilleur et pour le pire*. *Dialogue* n°175, Érès, pages 7 à 14.
- PIREYRE, E. W. (2011). *Clinique de l'image du corps*. Dunod.
- PRAYEZ, P., & SAVATOFSKI, J. (2017). *Le toucher apprivoisé*. 4<sup>e</sup> édition, Lamarre.
- RUPIED, A. (2006). *Il était une fois le toucher*. Mémoire Psychomotricité, Université de Paris.
- SARDA, J. (2003). *Le toucher en thérapie psychomotrice*.
- VIGOUROUX, A. (2011). *Le portage de l'enfant : Une réponse à ses besoins*. *Le Journal des psychologues*, pages 58 à 62.
- VINIT, F. (2007). *Le toucher qui guérit : du soin à la communication*. Belin.
- WIART, Y. (2014). *John Bowlby : l'attachement et ses tourments*. *Sciences humaines*, page 27.

WINNICOTT, D. W. (1975). *Le principe vital chez le bébé*. L'enfant et sa famille, Payot.

Sites internet :

Brut France TV. (2020). *Le sens du toucher, un sens particulièrement important pour l'être humain*.

OMS, Nouvelle étude : séparer les nouveau-nés de leur mère pendant la pandémie de COVID-19 présente des risques importants. 16 mars 2021 : communiqué de presse à Genève.

PEAU, Embryologie - Encyclopædia Universalis.

## TABLE DES MATIÈRES

---

INTRODUCTION .....	1
I- Le toucher dans la peau.....	3
1) Le toucher : un sens essentiel .....	3
2) Définition du toucher .....	4
3) La peau : l'organe du toucher.....	5
a. Quelques notions générales .....	5
b. Embryologie de la peau .....	7
c. Structure de la peau.....	8
d. Ses diverses fonctions physiologiques .....	11
4). Physiologie du toucher .....	13
5). Les effets du toucher .....	14
II- Le toucher dans la construction identitaire de l'enfant.....	17
1) Le toucher selon les cultures.....	18
2) Ontogenèse du toucher .....	19
a. Le berceau utérin.....	19
b. La "tempête de la naissance" .....	21
c. Après la naissance .....	22
3) L'importance du toucher dans le développement affectif : installation précoce de la relation mère-enfant .....	23
a. L'attachement : une théorie fondatrice .....	24
i. L'instinct d'attachement .....	24
ii. Figure d'attachement et système d'attachement .....	25
iii. L'attachement et le toucher .....	25
b. Des interactions corporelles structurantes .....	26
i. Les premières interactions corporelles du nouveau-né .....	26
1. Le peau à peau.....	26
2. Le portage.....	28
3. Le massage bébé.....	29
ii. Favoriser la construction d'une enveloppe corporelle contenante .....	31

1. Le holding et le handling .....	31
2. Le dialogue tonico-émotionnel.....	33
c. Un toucher qui a ses limites .....	34
d. De l'enveloppe physique à l'enveloppe psychique .....	35
i. La peau comme contenant.....	35
ii. Le Moi-peau .....	37
4) Le toucher dans la structuration du schéma corporel et de l'image du corps	40
III- Le toucher en psychomotricité : la thérapie par le toucher auprès de l'enfant .	41
1) La place du toucher dans le monde de l'enfant : la recherche d'un toucher adapté .....	42
a. Une multitude de touchers.....	42
b. Le toucher au cœur de la relation de soins .....	43
c. L'interdit du toucher .....	44
i. Le toucher sexualisé.....	45
ii. Le toucher malmené par la pandémie.....	46
iii. Le toucher et ses abus .....	48
2) Le toucher-massage, une médiation en psychomotricité pour accompagner une prise en soin chez l'enfant.....	50
a. Le psychomotricien et sa spécificité.....	50
b. Le cadre thérapeutique.....	52
c. Notion de distance et d'instant .....	55
i. Notion de distance .....	55
ii. Notion d'instant .....	57
d. Une relation corporelle plus directe à travers le massage psychomoteur .....	57
e. Le tiers dans la médiation : l'objet.....	60
3) D'un point de vue pratique : le toucher-massage et son application psychomotrice au travers d'études de cas.....	61
a. Lenny .....	61
i. Présentation .....	61
ii. Anamnèse.....	62
1. Contexte familial .....	62
2. Histoire des troubles et parcours de soins .....	62
3. Histoire développementale.....	62

iii. Examen psychomoteur .....	63
iv. Projet thérapeutique .....	64
v. Prise en charge .....	64
vi. Conclusion.....	66
b. Johan.....	67
i.Présentation .....	67
ii.Anamnèse.....	67
1. Contexte familial .....	67
2. Histoire des troubles et parcours de soins .....	67
3. Histoire développementale.....	68
iii.Examen psychomoteur .....	68
iv.Projet thérapeutique .....	69
v.Prise en charge .....	69
vi.Conclusion.....	71
c. Eliott .....	72
i.Présentation .....	72
ii.Anamnèse .....	72
1. Contexte familial .....	72
2. Histoire des troubles et parcours de soins .....	72
3. Histoire développementale.....	72
iii.Examen psychomoteur .....	73
iv.Projet thérapeutique.....	73
v.Prise en charge.....	74
vi.Conclusion .....	75
CONCLUSION.....	76