



HAL
open science

”Je bouge donc je suis” L’importance d’un cadre contenant en psychomotricité avec des enfants ayant des troubles des limites psychocorporelles

Caroline Larroudé

► **To cite this version:**

Caroline Larroudé. ”Je bouge donc je suis” L’importance d’un cadre contenant en psychomotricité avec des enfants ayant des troubles des limites psychocorporelles. Psychologie. 2023. dumas-04318086

HAL Id: dumas-04318086

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04318086>

Submitted on 1 Dec 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'Etat
de Psychomotricien

“Je bouge donc je suis”

L'importance d'un cadre contenant en
psychomotricité avec des enfants ayant des
troubles des limites psychocorporelles

LARROUDÉ Caroline

Née le 31 Mars 2001 à Pau (64)

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde reconnaissance envers ma maîtresse de stage et directrice de mémoire, Geneviève LAMARQUE, pour sa bienveillance, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de l'année. Son expérience ainsi que la justesse de ses remarques m'ont été d'une aide précieuse.

Je tiens également à remercier Monsieur DE BARROS, directeur, Madame GUILLEMINAULT, directrice adjointe, ainsi que Madame LAHITTE, cheffe de service, pour leur accueil et la place qu'ils m'ont accordée au sein de l'institution.

Je souhaite exprimer ma sincère gratitude envers l'équipe thérapeutique, éducative, pédagogique et administrative de l'IME ainsi que l'équipe du SESSAD précoce pour leur soutien et leur collaboration tout au long de l'année.

Je souhaite également exprimer mes remerciements à l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux, et à toute l'équipe pédagogique pour ces trois années de formation enrichissante qui a joué un rôle important dans la construction de ma future profession.

Je remercie mes proches qui ont été présents et engagés à mes côtés tout au long de ces années. Leur soutien, leur encouragement et leur affection ont été une grande source de motivation et de réconfort pour moi.

Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement Flavie, Léa, Elsa et Clémentine dont la présence et le soutien mutuel ont été indispensables pour la réussite de mes études. Je leur suis infiniment reconnaissante pour leur amitié et leur solidarité sans faille durant ces trois années.

AVANT PROPOS

"Le cadre thérapeutique, c'est comme le moule pour le gâteau. Si le moule est trop grand, le gâteau ne tient pas, s'il est trop petit, le gâteau déborde et se perd. Le cadre est donc une nécessité pour que la thérapie puisse avoir lieu"

Donald WINNICOTT

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
AVANT PROPOS	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	5
I- Le cadre thérapeutique et la contenance du professionnel dans la pratique psychomotrice	7
1. Le cadre thérapeutique	7
2. Le psychomotricien garant du cadre thérapeutique	16
3. Les médiations thérapeutiques lors des séances de psychomotricité	22
II- La construction des limites psychocorporelles	27
1. La construction des limites psychocorporelles dans la relation mère-bébé: la contenance et les interactions précoces	27
2. La construction des limites psychocorporelles dans développement psychomoteur de l'enfant	32
3. La défaillance des enveloppes chez les enfants ayant des troubles des limites psychocorporelles	45
4. Les différents symptômes observés lorsqu'il y a des troubles des limites psychocorporelles	49
III- Partie clinique	56
1. L'Institut médico-éducatif (IME)	56
2. Le Service d'Education et de Soins à Domicile Précoce (SESSAD Précoce)	67
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE	81
ANNEXES	86
GLOSSAIRE	90
TABLE DES MATIÈRES	92

INTRODUCTION

La rédaction de ce mémoire s'appuie sur des interrogations qui ont émergé lors de mes stages en Institut Médico-Educatif (IME) et au Service d'Education Spéciale de Soins à Domicile Précoce (SESSAD Précoce). Ces questionnements ont été particulièrement présents lors de ma rencontre avec Louis et Marie, deux enfants présentant des troubles des limites psychocorporelles, qui les désorganisent massivement.

Les limites psychocorporelles correspondent à une frontière symbolique qui délimite l'espace physique et l'espace psychique d'un individu. Elles sont formées par les interactions entre le corps et la psyché. Elles représentent la perception et la reconnaissance des limites physiques, émotionnelles et mentales d'une personne. Elles définissent l'espace personnel et la capacité d'une personne à distinguer son propre être des autres et ainsi à établir des frontières appropriées dans ses interactions avec les autres. Elles jouent un rôle essentiel dans la construction de l'identité, de l'autonomie et dans les relations sociales.

Au cours de mon stage, deux enfants m'ont particulièrement interpellée de par leur agitation et leur agressivité avec les autres enfants. Ils ont tous les deux besoin de contenance et, pour eux, les séances de psychomotricité ainsi que la relation avec l'adulte sont essentielles. Ils semblent "éclatés", "dispersés", "dissociés". La pathologie présentée par chacun d'eux est bruyante, désordonnante et sidérante. En séance, il est apparu nécessaire d'établir un cadre suffisamment sécurisant et contenant pour qu'ils se sentent en confiance mais ils ont également besoin d'être en mouvement pour s'apaiser et se poser. En effet, ne plus bouger leur est impossible. Ce sont des enfants ayant une perception de leur corps totalement morcelée ce qui imprègne sur leur image du corps et leur schéma corporel.

L'objectif des séances de psychomotricité est alors de développer une conscience de soi et de favoriser la construction d'une image du corps, se l'approprier avec la notion d'enveloppe. Ils semblent chercher une place, un espace, un "tout

autour” qui délimite leur être, leur identité et leur unité. L’objectif est de les aider à trouver des repères spatio-temporels qui tiennent, qui font limites et leur permettent de trouver de l’apaisement. En effet, ce sont des enfants qui sont en permanence en train de chercher les limites psychocorporelles, avec une motricité explosive, des déplacements, un investissement de l’espace qui percute les murs, les objets ou les autres. Ils présentent des troubles de l’attention et du comportement qui trouvent leur source dans une symptomatologie bruyante.

Tout au long de l’année, j’ai constaté à quel point le cadre occupe une place particulièrement importante dans la prise en charge psychomotrice. En effet, il est étroitement lié au concept de contenance. Il est important avec Louis et Marie d’avoir un cadre thérapeutique identique car le contenu de la séance peut s’avérer compliqué, la relation étant difficile à maintenir stable. Le toucher pour eux n’est pas possible car il est trop intrusif. De plus, ils ne répondent pas aux consignes demandées et il est impossible de co-construire une séance avec eux.

Ainsi, je me questionne : **comment créer un cadre contenant et sécurisant et par quels moyens peut-on, en psychomotricité, aider ces enfants à la construction ou la consolidation de limites psychocorporelles ?**

Afin de répondre à ma problématique, j’aborderai dans un premier temps la question du cadre thérapeutique ainsi que la contenance du psychomotricien garant de ce cadre. Ensuite, j’évoquerai la construction des limites psychocorporelles au cours de la vie ainsi que les défaillances qu’ils puissent avoir de celles-ci. Enfin, je décrirai deux cas cliniques issus de mon stage, pour illustrer les prises en charge de ces enfants. Les prénoms Louis et Marie, ont été volontairement changés afin de préserver anonymat et confidentialité.

I- Le cadre thérapeutique et la contenance du professionnel dans la pratique psychomotrice

1. Le cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique est l'élément fondamental qu'il convient de mettre en place avant toute séance de psychomotricité. En effet, la qualité de celui-ci et la façon dont il sera respecté influencera de manière déterminante l'intervention du psychomotricien. La notion de cadre dans la thérapie psychomotrice prend une valeur toute particulière au regard d'autres spécialités thérapeutiques : elle s'appuie sur une relation avec le patient, sur un cadre spatial mais elle accorde également de l'importance à l'aspect corporel.

1.1. Le cadre thérapeutique selon Catherine POTEL

Le cadre thérapeutique est une question primordiale en psychomotricité. Il s'instaure autour d'une rencontre avec un sujet dans un espace et un temps défini.

D'après C. POTEL, le cadre thérapeutique est ce qui “*contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée*” (Potel, 2019, p. 357). En effet, le cadre se fonde sur la notion de lieu avec des murs bien réels qui sont un premier contenant pour le patient. Le temps est défini de manière régulière afin que la prise en charge soit la plus rythmée possible. Enfin, la pensée correspond à la partie théorique dans laquelle le psychomotricien s'inscrit.

C. POTEL a évoqué le cadre psychomoteur à deux niveaux : le cadre physique et le cadre psychique. Elle décline le cadre physique en plusieurs conditions.

1.1.1. Le cadre physique

❖ Des conditions d'espace

L'espace doit être conçu comme “*un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps*” (Potel, 2019, p. 358). Les séances de psychomotricité se déroulent autant que possible au même endroit, dans la même pièce. C'est un premier repère pour le patient. Ce lieu doit être suffisamment sécurisant et contenant pour accueillir les excitations, les débordements du patient et ainsi être propice à l'expérience. L'espace de la salle est généralement modulable, en plusieurs îlots de travail. Elle peut comprendre un espace avec des tapis pour les activités en lien avec la gestuelle et les déplacements, une table pour la motricité fine, un tableau blanc pour le graphisme.

En pensant l'espace, le psychomotricien s'assure aussi de la sécurité physique et psychique du patient.

Au cours de mon stage, il y a des limites avec des espaces auxquels les enfants ont accès et où ils n'ont pas le droit d'aller (le bureau avec l'ordinateur, le téléphone...). De plus, les enfants ne sont pas autorisés à venir sur le tapis avec leurs chaussures. Il s'agit d'un “possible aménagé”, c'est-à-dire que les enfants peuvent aller sur le tapis mais sans les chaussures. Les limites sont posées dans le cadre, qui, en amont, a été posé.

❖ Des conditions de temps

C. POTELE définit le temps comme une “*séance où il va s'agir de jouer, d'organiser l'espace, de bouger son corps, demande une durée suffisante (entre 45 minutes et 1 heure, selon les indications et le cadre) et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères*” (Potel, 2019, p. 358). L'horaire et la durée des séances sont fixés par le psychomotricien en fonction du cadre institutionnel. Il est important de garder une régularité des séances, fixées toujours au même jour et à la même heure

pour que l'enfant s'approprie ses repères. Le bon fonctionnement de la thérapie repose en majeure partie sur cette continuité qui va offrir au patient un repère temporel dans sa journée. De plus, le temps d'une séance est structuré avec un temps d'accueil, un temps de développement et un temps de fin. Chaque séquence a sa propre rythmicité. En effet, le rythme du développement de la séance ne va pas être le même que celui de la fin.

En stage, je retrouve le temps d'accueil au moment où l'enfant rentre dans la salle de psychomotricité, qu'il enlève ses chaussures et durant les quelques échanges sur son début de semaine. Le temps de développement s'effectue sur le contenu de la séance. Enfin, le temps de fin apparaît au moment où la séance se termine quand l'enfant remet ses chaussures, son manteau et qu'il fait le choix d'un objet de transition afin de quitter la séance plus sereinement.

Très souvent, des rituels se mettent en place afin de créer une structuration temporelle avec l'enfant.

Un rituel sonore (fond musical) est mis en place à chaque début de séance avec Louis afin d'avoir d'une part une contenance et d'autre part, une sécurité pour qu'il soit disponible pour effectuer la séance.

❖ *Des conditions de matériel*

Le psychomotricien "*implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets*" (Potel, 2019, p. 358). En effet, le psychomotricien s'engage corporellement dans l'espace et dans le temps avec son patient. Il va pouvoir lire ce que ressent le patient sur son corps. H. WALLON parle de dialogue tonico-émotionnel. De plus, il dispose d'un large panel de matériel qui feront office de médiateur. Ils seront choisis en fonction des patients et du type de prise en charge que

nous allons faire. Ce cadre matériel se veut rassurant par sa constance et constitue ainsi un repère physique pour l'enfant. Certains objets sont cachés dans un placard et d'autres en libre service.

❖ *Des conditions d'encadrement*

Le psychomotricien “*peut travailler seul, en équipe, à deux, en coanimation*” (Potel, 2019, p. 358). Il est toujours intéressant d'avoir plusieurs regards selon les personnes et corps de métiers afin d'avoir différents éclairages sur certaines situations. En effet, cela nous permet d'avoir une vision globale sur les diverses situations.

En stage, j'assiste à un groupe “opposition” avec la psychomotricienne et un éducateur spécialisé. Il est pertinent de mettre en place un travail pluridisciplinaire. Cela permet une grande richesse pour les professionnels de partager ensemble ces observations afin d'être au plus près de la réalité du besoin du patient.

❖ *Des conditions de fonctionnement institutionnel*

“*Un cadre thérapeutique s'intègre dans une institution qui a un projet global pour les patients*” (Potel, 2019, p. 359). Le cadre thérapeutique repose sur le fonctionnement institutionnel mettant en place des projets thérapeutiques pour les patients.

1.1.2. Le cadre psychique

Le cadre psychique concerne la façon dont le psychomotricien va penser la prise en charge mais aussi de sa disponibilité psychocorporelle. Au cours de notre formation, nous acquérons un certain nombre de concepts théoriques qui s'appuient et valident notre intervention thérapeutique. Nous apprenons à instaurer une relation

spécifique, authentique et thérapeutique avec le patient. La relation psychomotrice se rapproche de celle mère-enfant avec l'engagement corporel, le dialogue tonico-émotionnel... bien qu'elle ne puisse pas la remplacer.

Le cadre psychique proposé par C. POTEL implique que le psychomotricien ait la capacité de contenir l'activité psychomotrice du patient. Le thérapeute doit être capable d'accueillir les manifestations explosives du patient et lui offrir un espace sécurisé pour les contenir. Cela correspond à la fonction contenante du thérapeute, qui est étroitement liée à la fonction de pare-excitation. Cette dernière permet de protéger l'organisme des excitations intenses provenant du monde extérieur, qui pourraient nuire à la santé mentale du patient. Grâce au cadre physique qu'il détermine, le psychomotricien peut ainsi offrir un cadre psychique contenant à l'enfant en le protégeant des surstimulations internes et externes.

1.2. Le cadre thérapeutique selon Pierre DELION

Pierre DELION a abordé la notion de cadre psychique avec la fonction phorique, sémaphorique et métaphorique. La fonction phorique se réfère à tout ce qui, chez l'homme, le rend dépendant de l'autre de manière impérieuse. D'une part sur le plan physique, c'est le cas chez le nourrisson qui est néoténique. D'autre part, sur le plan psychique comme chez des personnes souffrant de troubles psychotiques qui ont besoin d'être accompagnées pour réaliser leur projet.

Ainsi, il est nécessaire de proposer en institution, des espaces où les personnes peuvent être telles qu'elles sont avec leurs compétences et leurs difficultés (fonction phorique qui est accueillie dans l'institution). L'institution va pouvoir entendre, puis analyser (fonction sémaphorique) pour ensuite proposer des dispositifs qui sont réparateurs et soutenant pour les personnes souffrantes (fonction métaphorique). La qualité de l'accueil des fonctions phoriques par l'institution ou le soignant permettra le bon ajustement des fonctions sémaphoriques et métaphoriques.

Ce registre phorique renvoie principalement à une fonction d'accueil et de soutien de ce qui est difficile pour l'enfant. Ce concept rejoint celui de WINNICOTT avec l'idée du *holding*.

La fonction sémaphorique se réfère aux processus d'échange et de partage de tous les signes émis par la fonction maternelle et son bébé. Cette fonction implique de l'empathie et du transfert (Delion, 2018).

La fonction métaphorique définit les modalités de mise en sens et en symboles de ces signes. Elle instaure ainsi une fonction d'expression, notamment verbale. (Delion, 2018).

En séance, Marie a besoin de partir avec quelque chose de la séance. Comment sommes-nous arrivés à comprendre qu'un objet était nécessaire pour que Marie puisse quitter la séance plus sereinement ? Nous sommes arrivés à cette conclusion après avoir observé que Marie était en souffrance lorsqu'elle sentait que les fins de séances se rapprochaient. Elle hurlait, s'agrippait partout où elle pouvait (fonction phorique). On s'est donc dit que peut-être la fin de séance était difficile pour elle. Elle se retrouve dans une impasse ce qui provoque chez elle un immense désarroi (fonction sémaphorique). Peut-être qu'elle n'a pas suffisamment de sécurité interne pour vivre la séparation de manière paisible. On a également constaté qu'elle venait toujours s'accrocher à des objets présents dans la salle. On lui a donc proposé qu'elle choisisse un objet à chaque fin de séance afin qu'elle la quitte plus calmement (fonction métaphorique). Dorénavant, il y a le temps de fin avec le choix de l'objet avec lequel elle veut partir. On a intégré cela au cadre.

1.3. Les fonctions du cadre thérapeutique

❖ Fonction de contenance

Le cadre peut se définir comme une seconde peau. *“La peau, première fonction, c’est le sac qui contient et retient à l’intérieur le bon et le plein d’allaitement, les soins, le bain de parole y ont accumulés”* (Anzieu, 1995, p. 61).

De plus, la fonction contenante est une fonction maternelle précoce nécessaire au bon développement de l’enfant. En effet, elle implique un support et un soutien permettant au bébé de faire l’expérience de lui-même en tant qu’être unifié et cohérent. E. BICK parle de “peau psychique”.

En psychomotricité, les enfants ayant des troubles des limites psychocorporelles ont une enveloppe corporelle et psychique défaillante. En effet, la fragilité de cette enveloppe corporelle peut s’exprimer par le manque de contenance psychique et corporelle dans les soins de maternage dans la petite enfance du patient.

Marie, quatre ans, vient en séance tous les vendredis à la même heure. La séance se déroule toujours au même endroit, dans la salle de psychomotricité qu’elle connaît bien. Elle vient chercher dans la salle de psychomotricité un rassemblement, comme un “ refuge ”. Marie se montre très angoissée notamment lorsqu’il y a du changement. Réaliser une exploration nouvelle semble insurmontable pour elle. Elle se met à hurler, taper et jette tous les objets qu’elle a à sa disposition. Dans ces moments-là, Marie a besoin d’être contenue pour pouvoir être rassurée et en sécurité. Le but étant d’apaiser ses angoisses en renforçant cette enveloppe psychocorporelle fragile. Le fait qu’elle se mette dans la goutte (annexe 4) lui permet un apaisement et un retour à elle avec le contact du tissu tout autour d’elle y compris sur son dos.

❖ Fonction limitante

“Le cadre doit représenter pour le patient, un espace dans lequel l’échange va s’inscrire et se limiter, qui va résister aussi bien à ses désirs de transgression, qu’aux nôtres, dans lequel nous ne donnerons pas tout, mais où le patient saura ce qu’il peut attendre, ce qu’il est en droit d’exiger” (Pous, 1995, p. 51). En effet, le cadre permet d’établir des limites pour le patient, à travers des règles et des limites de temps et d’espace. Ainsi, au cours des séances, il est possible de distinguer un avant et un après, un soi et un non-soi ainsi qu’un dedans et un dehors.

Les personnes souffrant de troubles de limites psychocorporelles peuvent faire face à des angoisses corporelles intenses telles que l’angoisse de morcellement ainsi qu’à une défaillance des enveloppes psychiques et corporelles entraînant un manque de contenance.

Durant mon stage, je me suis rendu compte de l’importance d’avoir un cadre contenant, sécurisant et non intrusif afin de permettre aux patients de décharger leurs angoisses en toute confiance. En effet, il n’y aura pas de conséquences ni de représailles. Nous allons accueillir les débordements, les traiter en cherchant à comprendre les causes profondes de ces comportements et en essayant d’y répondre en apportant des solutions ainsi qu’en adoptant une posture adéquate pour les contenir. Cela permet aux patients de pouvoir se concentrer sur le travail thérapeutique sans avoir à se soucier de ce qui peut arriver à l’extérieur du cadre.

❖ Fonction de continuité

Le cadre thérapeutique, avec ses éléments immuables, permet au patient de se sentir soutenu et en sécurité. En effet, la fixité de celui-ci garantit au patient une stabilité dans le temps, l’espace et la présence des thérapeutes. De plus, il offre une sensation de continuité pour les patients qui ont du mal à ressentir cet équilibre en

eux-mêmes. Ainsi, cela permet de progressivement intégrer ce sentiment de continuité interne.

1.4. L'alliance thérapeutique

La relation entre le patient et le psychomotricien se doit d'être la plus bienveillante possible. On parlera d'empathie. C. ROGERS définit l'empathie comme *“être capable de ressentir les éprouvés du patient ; ressentir la situation émotionnelle de l'autre, sans être contaminé par l'émotion”*. Il est nécessaire d'avoir une observation fine afin de repérer les indices verbaux et non verbaux suggérant des états émotionnels.

L'alliance thérapeutique se met en place lors des premières séances de psychomotricité. Elle *“correspond aux liens de confiance et de collaboration qui se mettent en place entre le thérapeute et son patient”* (Hervé & Maury, 2004). L'alliance thérapeutique est un atout non négligeable de la qualité de la relation. Afin d'avoir une bonne alliance thérapeutique, il est important que le patient ait confiance en son thérapeute. De plus, il est essentiel d'avoir une certaine distance professionnelle.

D'après E. ZETZEL, *“ l'alliance thérapeutique est essentielle à l'efficacité de n'importe quelle intervention thérapeutique ”* (Bioy & Bachelart, 2010). En effet, l'efficacité de la thérapie dépendra de manière significative de l'alliance établie entre le thérapeute et son patient, peu importe les médiations thérapeutiques utilisées. De plus, elle soutient que la capacité à établir cette relation de confiance stable est un prérequis essentiel à la création de l'alliance thérapeutique. Cette capacité est enracinée dans les relations précoces entre le bébé et sa mère ainsi qu'entre le bébé et son père.

Selon D. HOUZEL, l'alliance thérapeutique *“ est un élément du cadre thérapeutique dans la mesure où elle constitue un point d'ancrage à partir duquel celui-ci va pouvoir se construire ”* (Houzel, 2009). Il souligne la nécessité d'avoir une alliance thérapeutique solide pour élaborer un cadre contenant et rassurant pour le patient.

Réciproquement, l'alliance thérapeutique dépend de la qualité du cadre thérapeutique établi par le psychomotricien. Si le cadre est suffisamment sécurisant, il va alors favoriser la création de cette alliance.

Cependant, il existe des limites à cette alliance. Le psychomotricien doit prendre en compte son propre vécu corporel ainsi que ses limites personnelles, notamment en termes de capacité à contenir les émotions et les comportements du patient. En effet, si le psychomotricien est dépassé par la situation, il ne pourra pas offrir une relation thérapeutique stable et sécurisée pour le patient. Il est donc primordial pour le psychomotricien de travailler sur son propre développement personnel afin de pouvoir être en mesure de maintenir une alliance thérapeutique efficace avec le patient.

2. Le psychomotricien garant du cadre thérapeutique

“ C’est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n’est pas organisé, ce qui est en menace d’inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques. Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu’à notre appareil psychique ” (Potel, 2019, p. 360).

2.1. La contenance selon KLEIN et BION

“ La contenance est la capacité d’un objet à recevoir les identifications projectives d’une autre personne, à en faire l’expérience et à s’en servir en tant que communication, à les transformer et à les renvoyer au sujet sous une forme modifiée ” (Bronstein, 2012). En effet, le psychomotricien doit être capable d'offrir une forme de contenance, c'est-à-dire un cadre stable pour permettre au patient de se sentir en sécurité. Cette capacité de contenance implique également l'utilisation de notre propre corps et de

nos propres ressources psychiques. Ainsi, la notion d'identification projective est étroitement liée au concept de contenance.

M. KLEIN a défini “ l'identification projective ” comme l'une des principales stratégies de défense utilisées dans la position schizoparanoïde. Cette identification est à la fois un mécanisme de défense et un fantasme inconscient. Selon M. KLEIN, il s'agit d'un fantasme où les aspects du *soi* sont dissociés et projetés sur la mère ou le sein maternel. Le but étant de s'en libérer tout en cherchant à contrôler l'objet maternel.

W. R. BION s'est inspiré du concept d' “ identification projective ” de M. KLEIN pour développer la fonction de “ rêverie maternelle ”. Selon W. R. BION, l'identification projective est formatrice dans le développement de la capacité à penser des pensées.

En considérant que l'enfant utilise ce mécanisme de défense pour évacuer des informations sensorielles non inventées appelées “ éléments bêta ”, il est essentiel de transformer ces impressions brutes en “ éléments alpha ” pour qu'elles puissent être utilisées dans la création de pensées de rêve. Si ces impressions ne sont pas élaborées, elles seront évacuées.

De plus, il a développé le concept de “ contenant-contenu ” afin d'expliquer comment les nourrissons ont besoin d'un “ contenant ” pour transformer leur expérience chaotique en quelque chose de compréhensible. Le “ contenu ” est projeté sur le contenant, qui transforme les éléments bruts en éléments disponibles pour la pensée. Cette fonction de l'objet est appelée “ fonction alpha ” et constitue le premier pas dans l'activité de la pensée. Si le bébé ne rencontre pas un objet capable de réaliser ce travail, il peut ré-introjecter une “ terreur sans nom ”. La fonction contenante est un processus de symbolisation qui nécessite l'identification projective.

2.2. WINNICOTT et les trois fonctions maternelles : *Holding, Handling, Object-presenting*

Pour D. WINNICOTT c'est aux alentours des six premiers mois de la vie que le bébé est dans un état de dépendance totale à l'égard de sa mère. En effet, il dépend entièrement du monde que lui offre sa mère ; il dépend des soins maternels pour sa survie physique mais également pour la qualité de son développement psychique. La mère va s'adapter aux besoins de son bébé en mettant en place trois fonctions : *holding, handling, object presenting*.

❖ Le holding

Le *holding* permet d'assurer le maintien physique et psychique du bébé et favorise également son intégration. La mère assure la protection de son bébé en évitant les dangers physiques. De plus, elle tient compte de sa sensibilité cutanée, auditive, visuelle, de sa sensibilité à la chute et de son ignorance à l'égard de la réalité extérieure à travers les soins quotidiens. Selon D. WINNICOTT le portage physique est tout aussi important que le portage psychique. Ainsi, l'enfant définit son sentiment de continuité, c'est-à-dire sa propre identité, en se basant sur la continuité et la sécurité que la mère lui procure. Il est important qu'il y ait "*une personne unique pour relier les morceaux les uns aux autres*" (Winnicott, 1975).

❖ Le handling

Le *handling*, quant à lui, permet la personnalisation du bébé. Il correspond à la manipulation du bébé lors des soins, ce qui lui permet progressivement de prendre conscience de son corps et d'établir une union entre sa vie psychique et corporelle.

❖ L'object-presenting

L'*object-presenting* fait référence à la manière dont la mère offre les objets au moment où l'enfant commence à en éprouver le besoin. Il aide l'enfant à découvrir le monde progressivement. Ainsi, il le "crée" et vit une brève expérience de toute-puissance : ce qui développe en lui la confiance et le sentiment que le monde et lui-même sont réels. Cependant, si la présentation de l'objet est défaillante, cela peut entraver le développement de la capacité du nourrisson à se sentir réel quand il se relie au monde ainsi que les phénomènes qui s'y produisent.

2.3. AJURIAGUERRA et le dialogue tonique

En 1977, J. DE AJURIAGUERRA a décrit la notion de dialogue tonico-émotionnel. Initialement, les contacts physiques directs : tels que le contact peau à peau, sont la principale forme d'interaction. *"La préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude au dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé le dialogue tonique"* (Pireyre, 2015). En effet, le premier mode de communication entre la mère et son bébé est le dialogue tonique. Cette interaction se produit à travers un échange continu où chacun agit et réagit. Le bébé est actif et participe à ces échanges. Le portage permet également au bébé, en étant tenu dans les bras de sa mère, de commencer à construire sa propre conscience corporelle et ses limites.

J. DE AJURIAGUERRA reprenant la démonstration de H. WALLON, met en évidence la fonction du tonus dans la communication inter humaine : *"l'enfant, dès sa naissance s'exprime par le cri, par les réactions toniques axiales, par des grimaces ou gesticulations où parle tout le corps. Il réagit aux stimulations ou interventions extérieures par l'hypertonie, ou se laisse aller à une paisible relaxation"* (Baste, 2016). En effet, le

bébé utilise principalement son corps pour communiquer en variant ses états toniques.

Selon J. DE AJURIAGUERRA, le dialogue tonico-émotionnel reflète les états émotionnels des deux partenaires et peut entraîner une transmission de ces états, en particulier chez le bébé. Il s'agit d'un ajustement corporel interactif entre la mère et l'enfant. Il existe une réelle interaction entre le tonus musculaire de la mère et celui de l'enfant. Il parle d'accordage tonico-émotionnel entre la mère et son enfant.

J. DE AJURIAGUERRA considère que cette interaction est un véritable outil de communication, un dialogue. La relation entre la mère et son bébé se caractérise par une fusion affective primitive car le bébé est entièrement dépendant de sa mère. Ainsi, il a une motricité archaïque et réflexe, où le ressenti d'une douleur va provoquer chez lui une hypertonie. En revanche, le vécu de la détente est un état de bien être qui va se traduire par une hypotonie. Ces modifications de tonus vont provoquer des réactions chez la mère, qui interprètera ces différents états toniques, qui leur donnera du sens et y répondra. Progressivement, l'enfant va associer ses postures et son état tonique aux réactions que cela provoque chez sa mère. Il commence donc à les utiliser comme moyen de communication.

2.4. MARCELLI et son concept des microrhythmes et des macrorhythmes

Le rythme est ce qui connecte et unit la continuité et la discontinuité à travers le temps. Il implique des répétitions ainsi que des moments inattendus de cadence et de rupture de cadence. Le rythme suscite une attente de rupture et crée une tension destinée à rompre l'habitude (Marcelli, 2007).

Comme tous les êtres humains, les bébés sont très sensibles aux rythmes. Cependant, il ne faut pas confondre le rythme avec une simple répétition monotone. Pour répondre à leur besoin paradoxal de répétition et de nouveauté, D. MARCELLI a

développé la notion et la fonction des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'organisation de la vie du bébé. La surprise et la répétition sont toutes deux indispensables pour son fonctionnement psychique mais elles appartiennent à des domaines de réflexion différents. En effet, la répétition favorise la mémorisation et la surprise stimule l'attention. Cependant, toutes deux sont rarement abordées conjointement.

Les macrorhythmes correspondent aux différents soins apportés au bébé qui organisent sa journée en répondant à ses besoins. Le rythme des repas, des changements de couche, du bain, du lever, du coucher répond à cette catégorie dont la principale caractéristique se manifeste par ce que D. MARCELLI (2007) appelle les "anticipations confirmées". Elles donnent au bébé un sentiment de toute-puissance et une illusion de créer le monde. Cette temporalité est organisée par un temps répétitif et circulaire.

En revanche, les microrhythmes impliquent des interactions brèves entre le parent et son bébé qui créent des moments de surprises ou de tromperies. Par exemple, le parent peut jouer à la "petite bête qui monte" ou au jeu de "coucou" qui sont basés sur la surprise. Ces jeux impliquent toujours un message contradictoire entre le ton de la voix et l'expression faciale : quand la voix est grave, le visage sourit et inversement, quand le visage est sévère, la voix est douce. Mais, il peut également y avoir des moments de surprises et d'imprévus. C'est dans les changements de rythmes et dans les imprévus, dans l'idée que ça ne se répète pas à l'identique, qu'il y a la surprise.

C'est en s'inscrivant dans un macrorhythme régulier et stable que l'enfant va construire une continuité de son narcissisme où il sait ce qui est attendu et où l'attente confirmée le calme et l'apaise. En effet, les microrhythmes aléatoires et incertains vont permettre à l'enfant d'investir l'incertitude au cours de son développement et de le vivre de manière sécurisée.

Au cours de mon stage, avec un enfant, on avait pour habitude de jouer à un jeu d'échanges en faisant du football. Or, on lui a proposé de jouer au basket afin de ne pas l'enfermer dans une routine répétitive. Au début, il n'était pas très enthousiaste car cela différait du jeu habituel pratiqué lors des séances. Ainsi, il a dû s'adapter à un nouveau microrythme, celui du basket, ajouté à celui du football auquel il avait l'habitude de jouer. En effet, il s'agit surtout du même ballon et du même espace mais avec une possibilité nouvelle et surprenante afin de sortir du rigide et du figé lors des séances. Cela favorise ainsi l'exploration et l'imagination. L'idée est d'apporter de la nouveauté et de l'imprévu à une activité habituelle pour lui permettre d'explorer d'autres possibilités. Ces changements de rythmes et d'imprévus lui permettent de sortir de sa zone de confort et de s'engager dans des explorations plus spontanées.

3. Les médiations thérapeutiques lors des séances de psychomotricité

3.1. Définition d'une médiation thérapeutique

D'après le Larousse, une médiation est *“une entremise, intervention destinée à amener un accord”*. Cette définition introduit une notion très pertinente pour comprendre notre rôle de psychomotricien lorsque *“nous proposons un espace, un temps ou une activité particulière : la médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre”* (Potel, 2019, p. 401). En effet, la médiation thérapeutique établit un accord harmonieux entre le patient et le thérapeute.

“La médiation thérapeutique en psychomotricité désigne essentiellement l'idée d'utiliser dans la relation un médiateur spécifique qui souligne son étymologie (du latin médiare) vient s'interposer entre le thérapeute et le (ou les) patients pour en favoriser le travail thérapeutique” (Rodriguez, 2019, p. 27). En effet, le terme “médiateur” fait

référence à un objet ou une activité qui est mis en place lors des séances afin de faciliter la communication entre le patient et le psychomotricien. Ce médiateur peut être un objet comme un ballon. Il peut également être une activité comme de la danse ou de la musique. Le choix du médiateur dépendra de l'objectif thérapeutique mais aussi des besoins et des capacités du patient.

Au cours des séances avec Louis, on utilise la musique mais également le ballon de football comme médiation thérapeutique. Il s'agit d'une métaphore de notre relation intersubjective.

3.2. Intérêts des médiations thérapeutiques

Dans la thérapie psychomotrice, la médiation vise à recréer un espace potentiel et de transitionnalité similaire à celui qui existe durant les premières phases du développement de l'individu. Ce concept est issu de la théorie de D. WINNICOTT qui a approfondi le développement du bébé et les conditions nécessaires pour que l'enfant puisse développer une personnalité saine et un sentiment de sécurité intérieure. Selon lui, l'espace potentiel est un espace psychique dans lequel l'enfant peut explorer le monde de manière sécurisée. Le concept d'espace de transitionnalité renvoie à la notion d'objets transitionnels tel qu'un doudou. Ce dernier aide l'enfant à gérer la transition entre le monde extérieur et le monde intérieur.

En psychomotricité, ce n'est pas la médiation en tant que telle qui est importante mais l'engagement personnel du psychomotricien dans la relation avec l'enfant. En effet, il va avoir une implication émotionnelle, corporelle mais aussi psychique. En ajustant sa pratique pour répondre aux expériences et aux ressentiments de l'enfant, le psychomotricien soutient l'enfant dans le processus de symbolisation en réalisant des activités à deux adaptées. Cette approche contribue à renforcer le sentiment d'existence de l'enfant.

La médiation thérapeutique va permettre de favoriser l'expression et la structuration psychocorporelle du patient. En effet, cette dernière va offrir au patient un espace où il va pouvoir utiliser son corps comme moyen d'expression. La structuration psychocorporelle renvoie au lien étroit entre le corps et le psychisme.

Au cours des séances avec Louis, on utilise le fond musical pour l'aider à le réguler corporellement. En effet, cette enveloppe sonore lui permet de se recentrer sur lui-même et de pouvoir être disponible lors des séances. De plus, elle peut ainsi créer une ambiance sécurisante qui facilite l'expression des émotions et la communication.

3.3. Le jeu comme médiation psychomotrice

En utilisant le jeu comme médiation, le psychomotricien crée un espace de partage qui soutient le processus de développement grâce aux interactions avec l'enfant.

D'après D. WINNICOTT, le jeu est une activité spontanée, libre, créative et une quête de soi. En effet, c'est en jouant que l'individu est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière. Le jeu est un moyen pour l'enfant de se connecter à son environnement. Pour lui, le jeu est également un *espace transitionnel* qui se situe entre le monde interne et le monde extérieur, et qui permet à l'enfant de faire la liaison entre ses fantasmes et la réalité.

Au cours des séances, le psychomotricien "joue avec" l'enfant mais il a également un regard d'observateur extérieur. Il est important de laisser un libre choix à l'enfant car comme le dit D. WINNICOTT " *c'est en jouant, et peut-être seulement quand il joue, que l'enfant ou l'adulte est libre de se montrer créatif*" (Winnicott, 1975, p. 108). En effet, lorsqu'un enfant joue il va avoir accès à l'imaginaire et pouvoir être créatif dans le jeu qu'il va proposer. Ainsi, notre rôle va être d'adapter le jeu en

fonction de ce que l'on veut travailler. Le jeu a donc de véritables bénéfices thérapeutiques.

Le fait de jouer implique l'utilisation du corps, la manipulation d'objets et certaines formes d'intérêt intense sont liées à des sensations corporelles spécifiques. D. WINNICOTT ajoute que le jeu est essentiellement satisfaisant mais il y a un degré d'angoisse insupportable qui, lui, détruit le jeu. L'élément agréable que comporte le jeu implique que l'éveil pulsionnel ne soit pas excessif. “ *On peut dire que le jeu atteint son propre point de saturation qui dépend de la capacité de contenir l'expérience* ” (Winnicott, 1975, p. 73).

De plus, le jeu est une forme de pensée : pour que l'enfant puisse jouer, il faut qu'il soit en mesure de maintenir ses pulsions à distance, c'est-à-dire que l'objet transitionnel (ou phénomène) ait pris une part active dans l'activité symbolique. Le jeu va permettre à l'enfant de se confronter à la réalité extérieure ainsi qu'à sa réalité intérieure sans trop d'angoisse. Il va permettre une symbolisation des conflits et par là même, va canaliser l'angoisse qui peut agir.

Plus la vie fantasmatique de l'enfant est envahissante, plus le jeu est saturé de projections, c'est ce que l'on observe chez les enfants ayant des troubles de la personnalité. En effet, un jeu calme demande que l'enfant puisse maintenir ses pulsions à distance. Or, on observe bien des perturbations formelles où le jeu est envahi par la pulsion agressive.

Les séances avec Louis se déroulent sous la forme du “jeu libre”. En effet, il choisit le jeu qu'il souhaite faire (jouer au football très souvent). Notre rôle est de réaliser l'activité qu'il veut faire et de l'adapter en fonction des objectifs thérapeutiques. En l'occurrence, nous travaillons avec Louis le développement de la perception et la conscience de son corps ainsi que la régulation de son tonus. Nous l'aidons donc à expérimenter son corps en mouvement et à le mettre en relation avec l'autre, de manière appropriée en ajustant ses gestes.

3.4. Le rythme musical comme médiation thérapeutique

La musique est constituée d'une succession et d'une superposition de deux éléments transitoires : le son et le silence. Selon E. WILLEMS, les éléments fondamentaux de la musique sont le rythme, la mélodie et l'harmonie.

D'après D. ANZIEU, dès les premières interactions entre la mère et le bébé, celui-ci est plongé dans un environnement sonore. Ce premier miroir sonore l'amène progressivement à émettre ses premiers cris et gazouillis. Le son introduit les notions d'intérieur et d'extérieur.

Pour D. WINNICOTT, les comportements sonores jouent un rôle de *phénomène transitionnel* (Winnicott, 1975). Le nourrisson distingue les sons agréables et désagréables et la mère interprète les messages vocaux de son enfant.

Ainsi, la thérapie musicale s'adresse aux personnes ayant des troubles de la communication qui sont en souffrance. De plus, elle peut être contenante et avoir être le support d'une enveloppe sonore.

Nous avons vu l'importance du cadre thérapeutique dans la pratique psychomotrice, nous allons maintenant aborder comment se construisent les limites psychocorporelles chez les enfants ainsi que les éventuelles défaillances.

II- La construction des limites psychocorporelles

1. La construction des limites psychocorporelles dans la relation mère-bébé: la contenance et les interactions précoces

1.1. La vie foetale

Durant les 9 mois de grossesse, le fœtus est confortablement enveloppé, maintenu et protégé à l'intérieur de l'utérus. Il est en sécurité et maintenu dans un espace restreint, fusionnant avec le corps de sa mère. Cette enveloppe utérine lui procure une sensation de confort. En effet, celle-ci lui donne une perception claire de ses limites corporelles.

Le fœtus baigne dans le liquide amniotique avec une posture d'enroulement lui permettant de ne pas ressentir la pesanteur comme un environnement aérien. Pour autant, selon A. BULLINGER le flux gravitaire est présent et il est perçu par le système vestibulaire du fœtus, témoignant des mouvements et des positions de son propre corps ainsi que celui de sa mère.

1.2. La naissance et le développement psychomoteur des premiers mois

Lors de sa naissance, le bébé est confronté à de nombreux changements tels qu'un environnement inconnu et aérien. Il ne dispose donc plus d'une contenance physique permanente et de limites pour le contenir. Il devient dépendant des autres pour subvenir à ses besoins physiologiques (notamment la nutrition). De plus, de nombreuses stimulations sensorielles sont présentes pour lui telles que la respiration, la gustation, la succion et le toucher.

Le premier sens qui se développe chez le fœtus est le toucher. D. WINNICOTT évoque l'importance du toucher chez le nourrisson, en relation avec la fonction maternante fournie par l'environnement et particulièrement par la mère. Elle doit être attentive aux besoins de son bébé et être en mesure de s'identifier à lui pour comprendre et interpréter ces besoins fondamentaux.

Durant les premiers mois suivant la naissance, le bébé ne fait pas la distinction entre son propre corps et celui de sa mère. En effet, il ne perçoit pas encore clairement ses limites corporelles. Comme le disait H. WINTREBERT, “ *à la naissance, l'enfant n'est pas conscient ni du monde qui l'entoure ni de son propre corps* ” (Wintrebert, 2003, p. 14).

1.3. La fonction contenante de la mère

Selon la théorie de l'attachement de J. BOWLBY, dès la naissance, l'enfant crée des liens forts avec sa figure d'attachement. Cela lui permet de développer des compétences relationnelles harmonieuses. Pour obtenir l'attention de sa mère ou de toute autre figure d'attachement, l'enfant va adopter des comportements tels que des sourires ou des pleurs. Ces relations précoces ont un rôle important dans le développement émotionnel de l'enfant. S'il reçoit des retours de sa figure d'attachement, le bébé va alors se sentir exister et peu à peu commencer à s'individualiser.

De plus, D. WINNICOTT souligne l'importance de la fonction contenante de la mère. Elle doit être “*suffisamment bonne*” pour permettre à l'enfant de se sentir en sécurité et être en mesure d'explorer son environnement en confiance par la suite. Il introduit les notions de *holding* et de *handling* permettant à l'enfant de développer une distinction entre lui et sa mère et ainsi de construire une enveloppe corporelle unifiée.

Ainsi, J. BOWLBY et D. WINNICOTT ont démontré que la mère ou la figure d'attachement avaient une fonction contenante et importante pour son bébé. Elle joue un rôle fondamental dans le processus d'individuation de l'enfant. De plus, s'ajoute l'idée de la “trace”. En effet, c'est dans la répétition des actes maternant et bienveillant

du *holding* et du *handling* et dans les séparations successives qu'il reste une trace dans la tête et dans le corps de l'enfant. C'est dans la répétition de ces soins qu'il y a la notion de permanence dans l'attachement et dans les limites psychocorporelles que l'on perçoit de notre corps. C'est parce que la mère a été "suffisamment bonne" et bien accordée aux besoins du bébé que ce dernier sera bien structuré.

De plus, la fonction maternelle précoce de contenance est essentielle pour le bon développement de l'enfant. Cette fonction implique un soutien et une présence pour l'enfant. Elle permet au bébé de se percevoir comme un tout unifié et cohérent. E. BICK parle de "peau psychique" pour décrire cette fonction de contenance. En effet, les parties les plus primitives de la personnalité de l'enfant sont maintenues ensemble et elles seraient perçues comme n'ayant aucune force liante entre elles.

1.4. Les interactions précoces mère-bébé

Les interactions entre la mère et son bébé sont vitales pour que le bébé se développe de la meilleure façon. Elles sont également importantes pour que la mère puisse s'investir de manière optimale auprès de son enfant. Ces interactions se déclinent en trois niveaux d'interactions : les interactions comportementales, les interactions affectives et les interactions fantasmatisques.

❖ Les interactions comportementales

Ces interactions concernent la manière dont les comportements de la mère et de son enfant s'harmonisent. Elles sont observables entre la mère ou la figure d'attachement et le bébé, suivant trois registres : corporel, visuel et vocal.

● *Les interactions corporelles*

Elles concernent la façon dont est porté et tenu l'enfant. D. WINNICOTT parle de *holding* et de *handling*.

J. DE AJURIAGUERRA, quant à lui, parle de dialogue tonico-émotionnel permettant des ajustements corporels interactifs entre l'enfant et sa mère. Pour lui, cette interaction permet un réel outil de communication. On peut ainsi observer comment interagissent la posture du bébé et celle de la mère.

Lors des premières relations entre la mère et son enfant, il se crée un accordage psycho-affectif et tonico-émotionnel, une sorte de synchronisation entre eux, qui permet de réguler le tonus corporel de l'enfant. Cet accordage se manifeste par une empathie qui s'établit entre le corps de la mère et celui de son enfant, où chacun s'ajuste à l'autre sans que l'on sache qui initie cet accordage. Ils se réunissent symboliquement sur les temps où ils sont ensemble. En effet, le bébé nécessite de la rythmicité de l'interaction avec sa mère pour soutenir le processus d'intégration qui le construit. On peut retrouver cette harmonisation entre la mère et son bébé dans les moments tels que l'endormissement dans les bras de la mère ou lorsqu'il est mis au sein. C'est parce qu'il y a un accordage efficient que l'enfant est apaisé et le tonus est régulé.

- ***Les interactions visuelles***

Ces interactions visuelles renvoient à la communication et le dialogue qui s'établit oeil à oeil. La communication entre la mère et son enfant passe notamment par la rencontre de leurs regards. D. WINNICOTT a introduit la notion de "miroir" : "*La mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit*" (Winnicott, 1975, p. 205). En effet, les émotions et les expressions du visage de la mère sont en relation directe avec celles de son bébé. Ces interactions sont importantes dans le sens où elles permettent au nourrisson de comprendre que les émotions qu'il émet sont reçues et comprises par sa mère.

- ***Les interactions vocales***

Ces interactions concernent la communication privilégiée pour permettre au bébé d'exprimer ses besoins et ses émotions. Les signaux vocaux tels que les pleurs et les cris sont les premiers moyens de communication pour le nourrisson. Ainsi, la voix

de la mère est essentielle pour harmoniser la relation mère-bébé et permettre une bonne communication entre les deux. J. BOWLBY considère que les interactions vocales entre la mère et son enfant sont un élément clé de l'attachement. Elles sont souvent comparées à un " cordon ombilical acoustique " (Sander & Julia, 1966). Les bébés utilisent les vocalisations et les cris pour attirer l'attention de leur *caregiver*¹ et exprimer leurs besoins, leurs douleurs, leurs inconforts ou leurs plaisirs. En retour, la mère adapte son langage en utilisant un discours spécifique appelé "parler-bébé". Ce type de discours se caractérise par une prononciation exagérée et une intonation aiguë progressivement ascendante afin de favoriser et de maintenir l'intérêt du bébé.

❖ Les interactions affectives

Pendant les six premiers mois de leur histoire commune, la mère et son bébé vivent dans un " bain d'affects ".

• *La préoccupation maternelle primaire*

A la fin de la grossesse et pendant les premières semaines après l'accouchement, la mère développe une organisation psychique appelée "préoccupation maternelle primaire" par D. WINNICOTT. En effet, cette dernière se caractérise par une hypersensibilité aux besoins de l'enfant ainsi qu'une interaction intense auprès de son enfant. Lorsque la mère regarde son bébé, elle perçoit l'affect qu'il ressent grâce à sa capacité d'empathie. Elle est capable de s'adapter finement aux besoins de son enfant grâce à un "phénomène d'identification"². Cet état dure quelques semaines après la naissance de l'enfant et très souvent les mères ne s'en souviennent pas, à partir du moment où elles sont sorties de cet état.

• *L'accordage affectif*

Selon D. STERN, l'accordage affectif se traduit par une harmonisation affective entre la mère et son bébé. L'accord affectif implique une imitation de l'autre pour établir une connexion. En effet, la mère manifeste les mêmes expressions affectives

que son enfant mais le fait de manière transmodale. Par exemple, si l'enfant pleure, la mère peut manifester de la tristesse en regardant l'enfant avec une expression faciale empathique et en adoptant une voix douce et réconfortante.

❖ Les interactions fantasmatiques

Les travaux de L. KREISLER, B. CRAMER et S. LEBOVICI ont porté sur la notion d'interaction fantasmatique. Elle prend en compte l'influence réciproque de la vie psychique de la mère et de son bébé, tant au niveau imaginaires, conscients que fantasmatiques, inconscients.

Les relations entre la mère et son enfant sont imprégnées par la vie fantasmatique de la mère qui se manifeste dans la façon dont elle interagit avec lui en le portant, le regardant et lui parlant, parlant de lui et répondant à ses demandes.

A la naissance, l'enfant réel est confronté à l'enfant fantasmatique. Il est parfois très éloigné de la réalité.

2. La construction des limites psychocorporelles dans développement psychomoteur de l'enfant

2.1. Les 3 schèmes fondamentaux de S.ROBERT-OUVRAY

S. ROBERT-OUVRAY a décrit trois schèmes fondamentaux pour comprendre les mouvements et les postures de l'enfant.

Le mouvement d'enroulement fondamental

A la naissance, le nourrisson présente une hypotonicité axiale et une hypertonicité périphérique. Dès les premiers jours de sa vie, l'enfant est principalement concerné par les mouvements centripètes de ses schèmes de base. Bien

qu'il instaure rapidement des comportements relationnels avec son environnement, il ne manifeste peu d'intérêt pour le monde extérieur.

“ Le terrain réflexe de sa motricité et l'hypertonie périphérique le contraignent à effectuer tous ses mouvements dans le sens centripète d'enroulements partiels ” (Robert-Ouvray, 2020, p. 60). En effet, sa motricité l'entraîne constamment à un retour sur soi. L'enfant commence à intégrer son schéma corporel à travers l'intégration des schémas de base.

“ C'est une étape fondamentale que l'enfant doit vivre selon son propre rythme dans un environnement affectif suffisamment stable afin que soit assurée la base du narcissisme primaire. C'est sur cette base de sécurité corporelle et psychique que l'ouverture du corps vers l'extension et l'ouverture de la psyché vers le dehors relationnel s'étayeront ” (Robert-Ouvray, 2020, p. 61).

La coordination motrice

La maturation du système nerveux central entraîne une égalisation et une harmonisation du tonus musculaire. Les muscles agonistes et antagonistes se synchronisent, ce qui permet une coordination motrice efficace.

Au cours du sixième mois, les schémas de base motrices se coordonnent et se combinent en une unité motrice alors que les parties fragmentées du Moi se regroupent pour former une unité psychique. En effet, *“ L'unification du corps et sa coordination va permettre au moi du bébé de passer d'un état d'objet partiel et fragmenté à un objet entier et unitaire qui soutient le rassemblement psychique ”* (Robert-Ouvray, 2020, p. 63).

Le mouvement d'axialité

L'axe vertébral représente l'axe de symétrie du corps. L'enfant utilise son axe vertébral : le rachis, pour se situer dans l'espace et le temps par rapport aux personnes et aux objets qui l'entourent. Le rachis lui permet d'organiser son corps en rassemblant les différentes parties et en fixant une orientation spatiale.

Au cours de son développement, l'enfant commence par saisir ses mains et les rapprochent de ses yeux. Ensuite, il s'enroule en symétrie et réussit à attraper son pied avec ses mains. Ces mouvements symétriques et axiaux procurent du plaisir à l'enfant.

Selon G. HAAG (1985), il prend conscience de son axe dans la relation à l'autre et en particulier en observant le regard de sa mère porté sur lui. De plus, elle dit que *“ ce qui joue un rôle entre le côté droit et le côté gauche d'un bébé pendant le nourrissage et d'autres moments de forte relation, peut donner quelques idées sur cet axe des intégrations, qui aurait sans doute à voir ensuite avec les phénomènes de symétrie et d'asymétrie de la relation spéculaire ”* (Robert-Ouvray, 2020, p. 66).

2.2. La théorie de G. HAAG

G. HAAG explique que l'enfant effectue plusieurs clivages au cours de son développement psychomoteur. En effet, ces clivages sont rendus possibles grâce aux expériences sensitivo-motrices. De plus, la relation qu'il entretient avec sa mère, va amener l'enfant à ressentir son corps comme une globalité.

❖ Le clivage vertical, gauche-droite

Au tout début de sa vie, le nourrisson se concentre principalement sur la zone orale et l'investit beaucoup. Lorsqu'il tète, il perçoit les deux côtés (droit et gauche) de son corps de manière distincte car chaque partie reçoit une stimulation différente. Il ressent alors un côté chaud et un côté froid. Cette expérience peut lui donner l'impression qu'un côté de son corps est associé aux fonctions maternelles, ce qui peut créer une sensation précoce de division dans son corps.

Lorsque le bébé rassemble ses mains, il effectue un geste qui symbolise son lien avec sa mère. En réunissant ses deux mains, il unit symboliquement son “ côté bébé ” avec son “ côté maman ”. Ce geste lui permet de construire un lien corporel entre ses deux hémicorps et en particulier autour de l'axe vertébral. Cependant, cette sensation d'unité corporelle peut être mise en question par le fait qu'il puisse ressentir une impression de coupure entre ses deux parties du corps. Cette impression peut être

dépassée grâce aux soins maternels qui permettent au bébé de se sentir contenu et en sécurité dans les bras de sa mère. Le bébé apprend ainsi progressivement qu'il ne laisse pas une partie de son corps dans sa mère lorsqu'il se sépare d'elle. Cette expérience permet au bébé de se sentir unifié même quand il est séparé de sa mère.

❖ Le clivage vertical, devant-derrrière

Lorsque le bébé est pris dans les bras de sa mère, il fait l'expérience d'une richesse d'interactions sensorielles provenant de sa mère, telles que les regards, les voix ou les échanges à travers le dialogue tonico-émotionnel. Cette expérience crée un clivage entre le devant de son corps (où les interactions ont lieu) et l'arrière (où il est maintenu par les bras de sa mère avec ce qu'il voit et ce qu'il ne voit pas). En effet, cette différence est importante car le bébé ne ressent pas la même chose dans ces deux parties de son corps. Au fil du temps, le bébé apprend à intégrer ces deux expériences sensorielles et à les relier pour construire une expérience unifiée de son propre corps.

❖ Le clivage horizontal, haut-bas

Au cours des étapes de maturation neurophysiologique, le bébé va acquérir la capacité de ressentir et d'expérimenter son bas du corps. A travers les expériences des mouvements et des appuis sur le corps maternel, il commencera à prendre conscience que son corps forme une unité. Cependant, cette nouvelle intégration est un processus complexe et continu qui nécessite plusieurs étapes de développement.

L'acquisition de la verticalisation commence dès la station assise, se poursuit avec la marche ainsi que la sphinctérisation qui sont des étapes de développement. En effet, la verticalisation permet au bébé de découvrir de nouvelles sensations dans son corps et de comprendre comment il peut interagir avec l'environnement en utilisant ses jambes et ses pieds. La marche offre une expérience sensori-motrice plus complexe qui implique la coordination et l'équilibre. La sphinctérisation permet au bébé de prendre conscience de ses fonctions corporelles telles que l'élimination.

Au fur et à mesure que le bébé progresse dans ces étapes de développement, il commence à intégrer ces nouvelles expériences sensorielles et à former une image du

corps globale et sphinctérisée. Cette image du corps est importante pour le développement de la conscience de soi et la capacité à interagir avec l'environnement.

2.3. La notion d'enveloppe

2.3.1. Définition

D'après Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), l'étymologie du mot enveloppe provient du verbe envelopper et désigne une “ *matière ou un objet souple s'adaptant à la forme de l'objet* ”. C'est une action qui a pour fonction de couvrir ou d'entourer quelque chose.

L'enveloppe a pour fonction de délimiter entièrement un espace en contenant tout ce qui se trouve à l'intérieur de cet espace. Elle constitue une limite entre un espace interne clos et un espace externe, un dehors.

L'enveloppe psychocorporelle est constituée de l'association de deux enveloppes : l'enveloppe corporelle et l'enveloppe psychique.

2.3.2. L'enveloppe corporelle : une peau physique

L'enveloppe corporelle se constitue à travers la relation au corps de la mère selon C. POTEL. En effet, cette enveloppe va contenir, limiter et protéger le bébé. “*La peau en est la composante concrète - ressentie, éprouvée, sécurisante - qui va constituer le premier maillon et la première surface d'inscription d'une représentation d'un corps unifié, rassemblé*” (Potel, 2019, p. 145).

La peau est composée de trois couches : l'**épiderme**, le **derme** et l'**hypoderme**. Chaque couche présente sa structure et ses fonctions propres (Pireyre, 2011).

- L'**épiderme** est la couche la plus visible et la plus superficielle de la peau.
- Le **derme** est principalement composé de collagène de type I et d'élastique. Cette composition est responsable de la tonicité et de l'élasticité de la peau.
- L'**hypoderme**, couramment appelé tissu adipeux ou graisse, est composé d'adipocytes dont la quantité est déterminée dès l'enfance.

La peau présente de nombreuses fonctions : (Pireyre, 2011, p. 77)

- Une **fonction de délimitation** de notre corps et contribue à notre apparence physique
- Elle agit comme une **barrière mécanique efficace** pour protéger contre les agressions externes
- Une **fonction de protection** contre les attaques microbiennes
- Une **fonction de thermorégulation** : elle nous informe des changements de température environnante
- Une **fonction de synthétisation** de nombreux neuromédiateurs et cytokines afin d'assurer la communication entre ces deux systèmes
- Une **fonction régénératrice** en conditions normales (entretien physiologique) mais également après une agression (cicatrisation)

L'enveloppe corporelle ne peut se suffire à elle-même. Pour se dynamiser, elle nécessite une contenance qui est à puiser dans l'environnement. La fonction contenante est déléguée à la personne qui va s'occuper de l'enfant.

“ Les limites du corps se construisent : dans le portage dont le nourrisson a eu besoin pour se construire une peau à lui ; dans les expériences de frustration et de conflits ”
(Potel, 2019, p. 143).

2.3.3. L'enveloppe psychique : une peau psychique

L'enveloppe psychique correspond à la fonction contenant de l'appareil psychique. Cette enveloppe est constituée de frontières de limites permettant de différencier le dedans et le dehors d'un individu. Elle a été développée par plusieurs auteurs dont S. FREUD, W. R. BION, E. BICK et D. HOUZEL que je détaillerai.

- **S. FREUD**, fondateur de la psychanalyse est un des premiers à parler d'enveloppe psychique. Dans son ouvrage *l'Esquisse d'une psychologie scientifique*, il a introduit la notion de limites du *Moi*, d'un dedans et d'un dehors du *Moi*. Il attribue au *Moi* les fonctions d'une enveloppe psychique : contenant l'excitation (pare-excitation) et servant de zone de frontière entre le monde extérieur et le monde intérieur.
- **W. R. BION** a élaboré la notion de *contenant / contenu* qui décrit la fonction de l'enveloppe psychique comme contenant les expériences émotionnelles de l'individu. A la naissance, le bébé n'a pas la capacité de synthétiser, recevoir et gérer ses impressions : il est néoténique. Le bébé va ressentir des impressions (faim, sommeil...) qui précède la sensation et qui n'ont pas de sens pour lui au départ. Elles vont être contenues dans ce que l'on appelle le *giron maternel*³. Cela se fera sous forme de portage, de dialogue tonico-émotionnel.
- **E. BICK** a repris les travaux de W. R. BION de *contenant / contenu* et a décrit la fonction contenant comme étant associée à la peau. Elle a introduit la notion de " peau psychique " en expliquant la fonction psychique de la peau dans le développement du bébé. Elle montre l'importance d'un objet contenant, auquel le nourrisson peut s'identifier pour se sentir suffisamment contenu dans sa propre peau. L'idée d'une fonction psychique de contenance et de

transformation joue un rôle important dans la création de la métaphore de l' "enveloppe psychique".

- **D. HOUZEL**, médecin pédopsychiatre et psychanalyste français, dit que l'enveloppe psychique et la fonction contenante sont similaires. L'enveloppe a une fonction de contenance qui consiste à contenir. Cette enveloppe a également une deuxième fonction qui transforme. Elle peut donc à la fois avoir un aspect statique mais aussi dynamique. Il décrit l'enveloppe psychique comme étant constituée en trois feuillets : la *pellicule*, la *membrane* et l'*habitat*. Lorsque le nourrisson interagit avec les objets externes, la *pellicule* se transforme en *membrane* enveloppante. Ainsi, si cette transformation a eu lieu, l'enveloppe psychique en est le résultat. L'*habitat* renvoie à la construction des limites du Soi et du sentiment d'identité.

2.3.4. L'enveloppe psychocorporelle

L'enveloppe psychocorporelle se constitue à partir de l'enveloppe corporelle qui va étayer toutes les fonctions psychiques. Cette enveloppe et cette contenance est à la base de l'identité du bébé, de son narcissisme qui intervient dans la construction de son développement.

Selon D. HOUZEL, toutes les enveloppes partagent une caractéristique commune : la notion de limite qui sépare l'intérieur et l'extérieur d'un espace donné. En effet, l'enveloppe joue un rôle de délimitation mais elle permet également les échanges entre les espaces intérieurs et extérieurs (Houzel, 2010).

L'enveloppe psychocorporelle est étroitement liée à deux notions : le schéma corporel et l'image du corps. F. DOLTO distingue le schéma corporel et l'image du corps (voir annexe 1).

Selon F. DOLTO, " *le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espace, quels que soient le lieu, l'époque ou les conditions dans lesquelles il vit* "

(Pireyre, 2011, p. 36), et d'après elle “ *l'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. Elle est spécifique d'une libido en situation, d'un type de relation libidinale* ” (Pireyre, 2011, p. 38). En effet, le schéma corporel et l'image du corps sont deux concepts différents mais étroitement liés. Le schéma corporel renvoie à une représentation objective alors que l'image du corps est une perception plus subjective.

D. ANZIEU a décrit une notion complexe qu'il a nommé le Moi-peau, où il considère que la peau est d'une importance fondamentale pour la construction de l'identité. De plus, il soutient que la peau a une fonction d'enveloppe physiologique, mais également une fonction psychologique qui englobe la capacité de contenir, de délimiter, de mettre en contact et d'inscrire. De par ses propriétés sensorielles, la peau joue un rôle déterminant dans la relation à l'autre. Il illustre cette idée en citant l'importance des contacts physiques entre la mère et son bébé, qui sont essentiels pour le développement psychique. En effet, ils engendrent le fantasme d'une peau commune, une enveloppe partagée entre la mère et son enfant.

D. ANZIEU démontre que la sensation est à la base de toute organisation et que le Moi-peau est représentatif de huit fonctions de la peau (par analogie biologique).

❖ **La fonction de *maintenance***

Il s'agit de la première fonction décrite par D. ANZIEU. Il explique que cette fonction est liée au concept de *holding* évoqué par D. WINNICOTT. La mère assure le maintien physique et psychique de l'enfant, notamment dans l'axe de la colonne vertébrale lors du portage. Cela permet à l'enfant de prendre conscience de son axe qu'il maintiendra tout seul par la suite. D. ANZIEU met en avant l'importance de l'appui-dos, qui représente une fonction essentielle du Moi-peau. Lorsque l'enfant est porté dos contre le ventre de “l'objet support” (par exemple, la mère), cette position assure un soutien physique à une partie du corps qui n'est pas visible (la colonne vertébrale). En effet, celle-ci est une structure interne qui ne peut pas être vue

directement mais qui est essentielle au maintien de la posture et à la mobilité. L'appui-dos permet donc à l'enfant de se sentir maintenu et en sécurité.

De plus, cette fonction joue un rôle d'un maintien " homéostatique ", c'est-à-dire de continuité des paramètres de vie identiques et indispensables à la survie.

En séance, lorsqu'on réalise un parcours et qu'il faut monter à l'espalier, Marie a besoin d'un contact sur son dos afin d'être en confiance pour monter. De plus, lorsqu'on fait des jeux de "faire semblant" et que nous sommes au sol, elle s'appuie souvent à plat ventre sur moi. On sent qu'elle recherche du contact. D'après la théorie de D. ANZIEU, Marie est donc en recherche d'un contact physique afin de se sentir en sécurité. Elle essaye peut-être de retrouver une sensation qu'elle a connue lorsqu'elle était dans le ventre de sa mère.

❖ La fonction de contenance

Cette fonction est proche de celle du *handling* de maternel de D. WINNICOTT. La contenance de la mère permet des interactions ludiques entre la mère et son enfant. Ainsi, cela favorise une prise de conscience de leurs sensations corporelles respectives. Cette expérience contribue à une limite entre le dedans et le dehors.

D. ANZIEU fait référence à R. KAËS (psychologue, psychanalyste et universitaire français) qui présente deux dimensions de la fonction de contenance. D'une part, elle joue un rôle de "contenant", elle "*s'offre en réceptacle passif au dépôt des sensations-images-affects du bébé*" (Anzieu, 1995, p. 124). D'autre part, elle a un rôle de "conteneur" qui convient "*à l'exercice de la fonction alpha qui élabore, transforme et restitue à l'intéressé ses sensations-images-affects rendues représentables*" (Anzieu, 1995, p. 124).

Selon D. ANZIEU, la fonction de contenance permet également de contenir les pulsions. En effet, elles ne peuvent être ressenties comme telles seulement si elles sont limitées, notamment par la peau.

Si cette fonction est défaillante, cela peut entraîner l'apparition d'angoisses. D'après D. ANZIEU, la première angoisse est liée à une "*excitation pulsionnelle diffuse*" (Anzieu, 1995, p. 125) qui résulte de l'absence d'enveloppe. Dans ce cas, l'enfant cherche à créer cette enveloppe en ressentant de la douleur et en s'enveloppant dans la souffrance. La seconde angoisse, appelée "Moi-Peau passoire", est caractérisée par une enveloppe présente mais discontinue, percée. Dans ce cas, l'enfant peut manifester de l'agressivité pour compenser cette discontinuité.

Lorsque Marie est angoissée, elle l'exprime par l'agressivité et semble être en quête de sensations fortes. Elle crie, jette, frappe tout ce qui se trouve à sa portée. Dans ces moments-là, elle se montre dans une grande détresse. Il est possible de supposer que Marie éprouve une angoisse semblable à celle du "Moi-Peau passoire". Ainsi, elle chercherait à compenser cette discontinuité en transmettant sa colère, ses cris et en cherchant des sensations fortes pour éprouver un sentiment d'existence.

❖ La fonction de *constance*

Cette fonction agit comme une protection des agressions de l'autre et des stimuli du monde externe que S. FREUD qualifie de *pare-excitation*. D. ANZIEU précise que le Moi est "une structure en double feuillet" (Anzieu, 1995, p. 125). La mère assure le rôle de pare-excitation pour le nourrisson. Une fois que le Moi est suffisamment mature, il peut assumer cette fonction par lui-même en établissant l'équilibre nécessaire. Cependant, si cette fonction est défaillante, cela peut engendrer l'apparition d'angoisses. Par exemple, "l'angoisse paranoïde psychique" peut se manifester sous la forme de sentiments de persécution d'influence. Si cette fonction est altérée, on peut retrouver une angoisse de perte. L'individu peut alors ressentir une peur intense de perdre une partie de lui-même, de perdre son intégrité ou de se dissoudre. Cette angoisse peut se manifester à différents niveaux: au niveau du corps, de l'identité, des relations ou du sentiment de sécurité.

Prenons l'exemple de Louis qui, dans certaines situations, ne parvient pas à s'auto-réguler. Il arrive très souvent en séance avec un tonus très élevé. Nous observons une surcharge d'excitation qui ne peut être régulée de manière adéquate. Par ailleurs, nous pouvons constater, notamment lorsqu'il est aux toilettes, une angoisse de perte qui est symptomatique des difficultés à s'auto-réguler.

❖ La fonction d'individuation

Cette fonction est également remplie par le Moi-peau, permettant ainsi d'expérimenter le sentiment "*d'être un être unique*" (Anzieu, 1995, p. 126). En effet, chaque peau est unique en raison de ses caractéristiques propres. Cette fonction permet à chaque individu de s'affirmer en tant qu'être à part entière, possédant sa propre peau personnelle.

❖ La fonction d'intersensorialité

D. ANZIEU décrit cette fonction comme une surface psychique qui repose sur différentes sensations perçues par l'individu. C'est une sorte de toile de fond qui permet à ces différentes sensations de s'organiser et de se relier entre elles. Selon lui, cette surface psychique est constituée par un "sens commun" qui englobe différentes expériences (renvoi en miroir, convergence...). La construction de cette surface psychique est donc fondamentale pour le développement de l'individu. En effet, le Moi-peau lui permet de différencier les sensations provenant de son propre corps de celles provenant de l'environnement extérieur. Cela permet de développer un sentiment d'identité et de continuité de soi. Lorsqu'il y a un dysfonctionnement dans cette fonction, cela peut conduire à des angoisses de morcellement.

❖ La fonction de sexualisation

Les interactions physiques entre la mère et l'enfant ainsi que les soins maternels favorisent le développement de l'auto-érotisme et du plaisir. Le concept de "Moi-peau" est utilisé pour décrire la capacité de la peau à fournir un soutien à l'excitation sexuelle permettant une connexion entre les plaisirs auto-érotiques, les plaisirs narcissiques du Moi et les plaisirs intellectuels de la pensée.

❖ La fonction d'énergisation

Le Moi-peau est utilisé comme *recharge libidinale* du fonctionnement psychique. Il maintient le tonus sensori-moteur par les excitations externes.

❖ La fonction de signifiance

Le Moi-peau est "le parchemin originaire". En effet, il garde les traces des expériences précoces, notamment des contacts physiques avec la mère. Ainsi, cette expression signifie que le Moi-peau est la première surface sur laquelle les expériences sont enregistrées et que l'enfant conserve ces traces pour le reste de sa vie.

Ainsi, la théorie du Moi-peau met l'accent sur l'importance des limites psychocorporelles dans le développement psychique de l'individu. Les enfants ayant des troubles des limites psychocorporelles ont souvent des difficultés à établir une frontière claire entre l'intérieur et l'extérieur de leur corps.

De plus, dans les troubles des limites psychocorporelles plusieurs fonctions du Moi-peau peuvent être défaillantes en raison d'une enveloppe corporelle fragilisée.

Ces trois notions sont en lien avec l'enveloppe psychocorporelle car elles contribuent à la perception globale que l'individu a de son propre corps et de son identité.

3. La défaillance des enveloppes chez les enfants ayant des troubles des limites psychocorporelles

D'après A.M. LATOUR, “ *il ne suffit pas d'avoir une peau “ tout autour ” pour se sentir enveloppé, un squelette pour s'imaginer solide, des organes sensoriels pour communiquer et des orifices corporels pour se vivre capable de maîtriser et apprécier les échanges avec son environnement. Le “ sentiment d'être ” est cette part imaginaire qui doit s'intriquer avec le somatique à chaque individu, quelles que soient les capacités ou incapacités fonctionnelles, les déficits ou les hyper fonctionnements qui le constituent* ”. Elle fait référence à l'idée que le sentiment d'être un individu à part entière ne dépend pas uniquement de la présence physique des différentes parties du corps.

Lorsqu'il y a une défaillance relationnelle, cela peut entraîner un défaut de structuration des enveloppes psychiques et psychocorporelles chez le bébé. En effet, dans de telles situations, les fonctions du Moi-peau ne peuvent pas s'intégrer correctement.

3.1. La fonction de pare-excitation défaillante

Le concept de pare-excitation utilisé au départ par S. FREUD fait référence à une fonction de protection de l'organisme contre les excitations provenant du monde extérieur. D'un point de vue relationnel, cette fonction est assurée par la mère, comme l'a décrit S. FREUD. Toutefois, en tant qu'être psychomoteur, le bébé dispose également d'un outil équivalent à son propre corps : son hypertonicité. Celle-ci vient renforcer l'action de pare-excitation de la mère.

La fonction de pare-excitation s'appuie sur les deux fonctions antérieures du Moi-peau de D. ANZIEU, à savoir la *fonction de maintenance* et de *contenance*. Ces deux fonctions renvoient respectivement à la notion de *holding* et de *handling* de D. WINNICOTT. La mère est généralement responsable de cette fonction agissant en

tant que “ Moi-auxiliaire ”⁴ pour le bébé en le protégeant des stimulations du monde extérieur.

“ *Quand la mère répond à la tension de son bébé, il y a relation. Si elle n’y répond pas ou mal, de graves perturbations relationnelles en vont découler. L’enfant est alors en danger dans la mesure où la mère est celle qui convoque l’enfant vers le dehors, et l’introduit dans la réalité ; c’est elle qui fait le lien entre le corps de son bébé et l’espace familial et social, entre le dedans et le dehors* ” (Robert-Ouvray, 2007, p. 168-169). En effet, S. ROBERT-OUVRAY souligne l’importance de la relation entre la mère et son bébé dans le développement psychocorporel de l’enfant.

De plus, la fonction de pare-excitation joue un rôle de “filtre” qui peut s’ajuster avec toutes les subtilités qui tiennent compte des réactualisations au moment présent. En effet, il s’adapte à l’instant présent, à l’environnement afin de protéger l’organisme contre les stimulations excessives provenant du monde extérieur.

Si la mère présente une défaillance de la fonction de pare-excitation, cela peut engendrer des conséquences sur l’aspect psychocorporel de l’enfant et notamment sur sa tonicité musculaire. Il peut ainsi développer une hypotonicité ou une hypertonicité excessive.

La maman de Marie a fait une dépression pendant sa grossesse et cela a duré plusieurs mois après sa naissance. Elle était donc peu disponible pour une relation sereine avec Marie. Elle était distante et ne répondait peut-être pas assez aux besoins de Marie. Cette situation a entraîné un déficit de pare-excitation de Marie, on peut donc s’interroger sur le fait que Marie n’a pas été suffisamment protégée contre les stimulations externes. Marie présente à ce jour une hypertonicité excessive.

3.2. L'impact de l'enveloppe tonique

Le tonus est un élément essentiel pour créer un sentiment de cohésion et de consistance dans le corps. Il joue également un rôle dans la construction et l'intégration d'un sentiment de contenance. Les muscles soutenant la peau, tonus agit comme un liant pour unifier le corps. La notion d'enveloppe tonique représente la première enveloppe corporelle du bébé sur laquelle les enveloppes psychiques vont se construire. Selon A. BULLINGER (2015), l'enveloppe corporelle a deux aspects : une face interne (les variations toniques) et une face externe (qui reçoit les signaux sensoriels).

S. ROBERT-OUVRAY dit que l'enveloppe tonique résulte de la coordination des schèmes de base “ *s'identifie comme le prototype moteur d'une première enveloppe psychique, d'un contenant tel que l'a théorisé Bion et du soutien moteur du Moi-peau tel qu'Anzieu le définit* ” (Robert-Ouvray, 2020, p. 232). En effet, l'enveloppe se construit par des variations entre l'hypertonie et l'hypotonie. Elle contribue à la différenciation entre le dedans et le dehors ainsi que du soi et de l'autre.

Lorsque l'enveloppe psychocorporelle est défaillante, le tonus peut être utilisé pour y pallier. E. BICK (2002) utilise le terme de “ seconde peau ” pour décrire le fait que le tonus peut être fortement sollicité pour pallier le manque d'enveloppe. Elle peut se manifester par une hypertonie musculaire ou une hyperactivité motrice chez des enfants instables.

Louis présente des troubles du tonus et du contrôle tonico-postural qui imprègnent toute sa motricité. Il est très souvent en hypertonie. Lorsqu'il arrive en séance, le tonus est très haut, il est très instable et agité, parle fort et module mal la relation à l'autre. Au fur et à mesure de la séance, le tonus s'abaisse mais il présente quand même des raideurs corporelles. En effet, dans ces observations, on constate qu'il présente une enveloppe poreuse, non contenante et instable.

3.3. La conséquence sur l'individuation de l'enfant

Selon D. WINNICOTT, les soins maternels primaires permettent au bébé de se sentir en sécurité et d'établir une base stable pour son développement émotionnel et psychologique. Le processus de *séparation / individuation*, qui commence généralement à l'âge de six mois, est un élément essentiel de la construction de l'identité de l'enfant. Ce processus se poursuit jusqu'à l'âge de trois ans et permet à l'enfant de se construire en tant qu'individu distinct et autonome. En établissant des limites entre soi et l'environnement extérieur, l'enfant acquiert peu à peu sa propre identité. “ *Ce processus peut se comprendre en termes de stabilité structurelle permettant à l'enfant de construire un monde intérieur et d'acquérir une identité* ” (Houzel, 2016, p. 128).

S' il y a eu une défaillance dans le *holding* maternel, D. HOUZEL évoque qu' “ *Il ne peut alors y avoir une intériorisation d'un sentiment d'unité dans un noyau central que procure normalement l'expérience du couple nourrisson / soins maternels. L'individuation reste imparfaite. La dépendance vis-à-vis de l'entourage demeure excessive, le sentiment d'exister est appauvri* ” (Houzel, 2016, p. 116). En effet, il insiste sur l'importance des premières expériences relationnelles entre un nourrisson et sa figure maternante pour le développement de l'individuation.

Ainsi, si les interactions précoces entre un enfant et son environnement sont non ajustées, l'enfant peut percevoir un sentiment d'insécurité sur son environnement. Le manque de sécurité affective reçue ne lui permet pas de développer la stabilité nécessaire pour se différencier de son entourage. Par conséquent, si le bébé n'a pas suffisamment établi de lien avec sa mère, il aura des difficultés à se détacher et à s'individualiser. Il restera accroché : en grasping⁵, dans une forme de dépendance à l'autre.

4. Les différents symptômes observés lorsqu'il y a des troubles des limites psychocorporelles

4.1. Instabilité

L'enfant peut se trouver dans un état d'hypertonie quasi-permanente, caractérisé par une tension musculaire, des blocages respiratoires et une contraction physique. L'instabilité peut lui servir de mécanisme de libération de cette tension en lui permettant de se sentir plus détendu. Il peut également se raidir pour mieux percevoir son corps. En effet, lorsqu'il se trouve dans un état instable, il doit mobiliser toutes ses ressources corporelles et mentales pour s'adapter aux mouvements et aux changements de son environnement. Cela lui permet de mieux percevoir son corps et de développer sa proprioception, c'est-à-dire sa capacité à ressentir les mouvements de son corps. Cette prise de conscience de son corps peut aider l'enfant à ajuster ses mouvements et à mieux interagir avec son environnement, en développant notamment sa capacité à se mouvoir en relation avec l'autre.

L'enfant peut présenter une hypotonie qui se caractérise par une dystonie ⁶ et une instabilité du tonus musculaire. Il peut alors être en mouvement de manière quasi-permanente et cherche à explorer les limites physiques avec les objets. Il peut également montrer des difficultés à contrôler ses émotions, ce qui peut se traduire par un manque de stabilité. Cette instabilité peut révéler un problème au niveau de l'enveloppe corporelle de l'enfant. En effet, celle-ci peut s'avérer fragile.

Louis est l'exemple parfait pour illustrer cette instabilité. En effet, il a besoin d'être en mouvement pour sentir son corps exister. Cela lui permet de se recentrer sur lui-même. Il a l'impression que son corps ne lui appartient pas, ce qui provoque chez lui un sentiment d'angoisse. Pour compenser cela, il cherche à se sécuriser en étant en mouvement.

4.2. Cuirasse musculaire

W. REICH (1970), dans sa théorie des cuirasses musculaires et caractérielles, propose que le corps et l'esprit interagissent à différents niveaux : entre la somatisation motrice et le psychisme. Il dit “ *Toute rigidité musculaire contient l'histoire et la signification de son origine. Il n'est donc pas nécessaire de retrouver, grâce aux rêves et aux associations, la manière dont la cuirasse se développe. La cuirasse elle-même est la forme sous laquelle l'expérience infantile continue d'exister comme agent nocif* ” (Robert-Ouvray, 2020, p. 96). Selon lui, ce sont les émotions réprimées dans l'enfance qui sont à l'origine de la cuirasse musculaire et se manifestent dans les tensions et dans les blocages musculaires. Ces tensions musculaires peuvent être en lien avec une expérience traumatique passée qui a été refoulée et réprimée, et qui continue à exercer une influence négative sur le corps.

L'hypertonie musculaire peut affecter la communication et la relation d'un individu avec lui-même et avec le monde extérieur. Elle fait référence à une tension musculaire excessive et chronique qui peut être causée par une répression émotionnelle et une résistance aux stimuli externes.

Face à une défaillance des fonctions d'enveloppe, peuvent apparaître des angoisses archaïques.

4.3. Angoisses archaïques

Les angoisses sont appelées archaïques car elles se manifestent avant le développement du langage et elles sont généralement présentes dans la prime enfance. Ces angoisses disparaissent normalement lorsque l'enfant intègre un Moi unifié, ce qui lui donne un sentiment continu d'exister.

Si ces angoisses persistent, elles font souvent référence à une pathologie psychique. Néanmoins, même chez les adultes névrotiques, ces angoisses peuvent réapparaître lors d'un événement de vie. Cependant, une personne en bonne santé et

unifiée sera capable de les affronter et de trouver les ressources internes nécessaires pour les surmonter. (Pireyre, 2011).

Louis éprouve des angoisses intenses lorsqu'il est confronté à des changements dans son environnement quotidien. Par exemple, quand un éducateur n'est pas là et qu'il est remplacé par une autre personne. Ces angoisses peuvent être liées à des angoisses archaïques de séparation ou de perte.

❖ Angoisse d'effondrement et de chutes

Les angoisses d'effondrement et de chute font référence à la peur de chuter sans fin ou de se faire aspirer par le sol.

E. W. PIREYRE nomme “ l'annihilation du tonus d'attitude (ou postural ” (Pireyre, 2011, p. 174). Il émet l'hypothèse que les noyaux gris interviennent dans ce processus. Ces structures contribuent à la régulation tonico-posturale et au traitement des émotions.

L'effondrement peut se produire dans des moments d'émotions intenses ou de rupture relationnelle. Selon E. W. PIREYRE, cela peut se manifester par un “ vécu de séparation ” lors de transitions telles que le début ou la fin d'une séance.

Lorsqu'on réalise des parcours de motricité avec Marie et qu'elle doit monter à l'espalier, elle ne se sent pas tenue par l'espalier qui est troué par les barreaux. Elle est très angoissée à l'idée de tomber et de s'effondrer au sol. On l'aide alors en lui mettant une main sur son dos pour lui faire sentir qu'elle est en sécurité et que son corps tient. On place notre main au carrefour de sa ceinture scapulaire et de son axe.

❖ Angoisse de vidage et d'intrusion

Les angoisses de vidage résultent d'une défaillance de l'enveloppe psychocorporelle. Bien que cette enveloppe existe, elle peut être altérée et ne pas être continue, ce qui crée des perforations. Ces discontinuités peuvent conduire à des angoisses telles que la peur de perdre une partie de soi (angoisse de vidage) ou la peur d'être envahie par une présence étrange (angoisse d'intrusion).

Selon D. ANZIEU, l'angoisse de vidage serait liée à un défaut de la fonction de contenance du Moi-peau. Cela signifie que chez un enfant qui se développe avec une carence de cette fonction, son enveloppe psychocorporelle est existante mais elle sera poreuse. En effet, les frontières entre l'intérieur et l'extérieur du Moi-peau, entre la réalité intérieure et la réalité extérieure peuvent être altérées. Pour D. ANZIEU, l'affaiblissement des frontières du Moi-peau a un impact sur la fonction d'individuation du Soi et fragilise le sentiment de soi d'unité.

Les personnes souffrant de limites psychocorporelles sont très souvent victimes de ces angoisses.

Louis, présente une encoprésie de rétention. La question des toilettes et de l'exonération de l'urine ou des selles semble très problématique. Ces moments-là sont très angoissants pour lui. Il a du mal à y aller sereinement. Ainsi, il faut l'accompagner et rester derrière la porte pour le rassurer et lui parler.

❖ Angoisse de dévoration

Les angoisses de dévoration renvoient à la peur de se faire mordre, manger ou dévorer. L'enfant peut manifester ces angoisses lorsqu'il se sent menacé par un contact physique, comme par exemple lorsqu'un adulte s'approche pour l'embrasser ou pour lui faire un câlin. Dans ces moments-là, il peut ressentir une peur intense et irrationnelle de se faire avaler, engloutir ou digérer, ce qui peut le conduire à des réactions de panique.

Ces angoisses sont souvent liées au développement psychoaffectif de l'enfant et peuvent entraîner des préoccupations internes. Par exemple, un enfant qui se sent désavantagé ou rejeté peut craindre d'être "avalé" par une figure d'autorité qui représente la menace de la fusion ou de l'absorption de son identité. De même, un enfant qui a été confronté à des images violentes ou à des situations de danger peut ressentir une peur intense d'être "dévorer" par des forces hostiles et incontrôlables.

Face à ces angoisses, il est important de rassurer l'enfant en lui expliquant que personne ne veut le manger et que l'amour et la tendresse ne sont pas des formes de dévoration. Il est également conseillé de respecter les limites de l'enfant en matière de contact physique et de lui donner la possibilité d'exprimer ses émotions de manière appropriée, par exemple en dessinant ou en racontant des histoires.

En séance, Marie demande à jouer au " jeu du dodo ". Il s'agit d'un signe de quelque chose qui la perturbe la nuit. En effet, elle a des peurs intenses liées à des angoisses de dévoration qui la perturbent et l'empêchent de dormir sereinement. Elle fait des cauchemars sur les loups qui viennent la manger. Le travail thérapeutique consiste à l'aider à exprimer ses émotions et à mieux comprendre l'origine de ses angoisses afin de trouver des moyens pour les gérer.

❖ Angoisse de morcellement

Selon D. ANZIEU, le manque de fonctionnement de l'intersensorialité du Moi-peau conduit à des angoisses de morcellement du corps. Cette angoisse est en lien avec un manque de la *fonction de maintenance* de D. ANZIEU.

Les angoisses de morcellement apparaissent " *lorsque le patient rapporte, plus ou moins verbalement, des vécus de détachement, de séparation, de décrochement, d'arrachage ou d'inexistence de certaines parties du corps* " (Pireyre, 2011, p. 152). L'enfant ayant des troubles des limites psychocorporelles peut avoir un sentiment de morcellement et d'explosion de l'enveloppe corporelle qui impactent leur image du corps. De plus, cela peut s'accompagner d'une angoisse massive et invalidante.

Pour Louis, le fait d'aller aux toilettes le ramène à des angoisses de morcellement et de perte d'une partie de son corps. Cela peut être dû à une défaillance de pare-excitation. Cette anxiété doit être prise en compte et accompagnée avec délicatesse. De plus, il est important de l'aider à exprimer ses peurs pour pouvoir travailler avec lui sur ces problèmes.

❖ Angoisse de liquéfaction

Les angoisses de liquéfaction peuvent provenir d'une dérivée des angoisses de morcellement, des angoisses de chute ou encore d'une peur de la disparition de la frontière corporelle.

Ces différentes formes d'angoisses peuvent se manifester de différentes manières chez les individus, selon leur âge, leur histoire personnelle et leur environnement. Par exemple, un enfant qui a été confronté à des situations traumatisantes ou à des ruptures dans ses relations affectives peut développer des angoisses de liquéfaction qui se manifestent sous forme de cauchemars, de peurs nocturnes ou de comportements d'isolement.

Les angoisses archaïques, le schéma corporel et l'image du corps sont étroitement liés et peuvent s'influencer mutuellement. En effet, les angoisses de morcellement, de liquéfaction, d'intrusion, de vidage et de dévoration peuvent altérer la perception du corps et causer des troubles de l'image du corps. De plus, les angoisses archaïques peuvent également affecter la construction du schéma corporel de la personne.

4.4.Schéma corporel et image du corps altérés

Le schéma corporel est une connaissance consciente et objective que nous avons de notre corps. Il se construit tout au long de notre vie en fonction de nos interactions avec notre environnement. Il est lié à la notion d'espace corporel et

permet de localiser précisément les différentes parties de notre corps tout en le percevant comme une unité globale. Il est également lié à l'espace et à l'environnement. Ces informations organisent notre perception de nous-mêmes dans un environnement donné.

Les enfants souffrant de troubles des limites psychocorporelles peuvent présenter des troubles du schéma corporel. En effet, cela se manifeste par une méconnaissance, une non perception ou une intégration partielle ou totale de certaines parties de leur corps. De plus, ces troubles peuvent se traduire par des difficultés à maintenir leur équilibre et à coordonner leurs mouvements.

L'image du corps est de nature subjective. En effet, elle est libinalisée et inconsciente même si elle peut parfois devenir préconsciente. F. DOLTO résume l'image du corps en trois modalités : *image de base*, *image fonctionnelle* et *image érogène*.

Chez les enfants atteints de troubles des limites psychocorporelles , il peut y avoir une dissociation de l'image du corps qui les empêche de ressentir leur corps comme une unité. Cette dissociation peut entraîner des angoisses de fragmentation, des dépersonnalisations et se traduire par des difficultés à se reconnaître.

Nous avons vu comment se construisaient les limites psychocorporelles depuis la vie foetale de l'enfant et les différentes défaillances présentes chez les enfants ayant des troubles. Le chapitre suivant aborde le travail concret réalisé avec Louis et Marie.

III- Partie clinique

1. L'Institut médico-éducatif (IME)

1.1. Le cadre institutionnel

L'Institut Médico-Educatif (IME) dans lequel j'ai réalisé mon stage cette année comprend aussi un Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) ainsi qu'un Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile Précoce (SESSAD Précoce).

L'IME a une capacité d'accueil de 41 enfants et adolescents, âgés de 4 à 14 ans, ayant une déficience intellectuelle légère à moyenne, avec ou sans troubles associés. Il peut accueillir les jeunes en internat complet ou partiel et en demi-pension. Les enfants sont accueillis sur quatre groupes éducatifs. Ils peuvent être répartis en fonction de leur âge mais principalement en fonction de leurs besoins. Le pôle éducatif et pédagogique se compose également de quatre classes : deux classes internes sur site ainsi que deux classes externalisées.

A la rentrée, un emploi du temps individuel est réalisé en fonction des besoins et des attentes des enfants. Il découle du Projet Individuel d'Accompagnement (PIA) co-construit par l'équipe pluridisciplinaire (thérapeutique, éducative et pédagogique) et la famille, une fois par an.

Les missions de la structure visent à mettre en œuvre un accompagnement, à la fois global et individualisé, élaboré en concertation avec les familles. Cet établissement intègre les soins, l'acquisition de connaissances, le développement de la socialisation et l'autonomie du jeune. De plus, il a pour objectif de favoriser son intégration dans le milieu ordinaire, notamment grâce à la présence d'une Unité d'Enseignement Externalisée (UEE). Ces unités permettent aux enfants de re-découvrir le milieu scolaire ordinaire sur les temps de récréation ainsi que sur les temps de repas.

1.2. La place de la psychomotricité

La psychomotricité occupe une place importante au sein de l'Institut Médico-Educatif. En effet, elle permet d'aider les enfants ayant des déficiences intellectuelles ou des maladies génétiques, de favoriser leur développement psychomoteur, cognitif et émotionnel en leur permettant d'explorer et de s'exprimer à travers leur corps. Les séances de psychomotricité sont adaptées aux besoins de chaque enfant. La psychomotricité aide les enfants à mieux percevoir leur propre corps à travers des activités ludiques.

Les objectifs thérapeutiques sont multiples mais ils convergent tous dans un même but : favoriser chez l'enfant l'acquisition d'une autonomie et de compétences psychomotrices, sociales et relationnelles.

Dans cette institution, elles sont deux psychomotriciennes à recevoir les enfants. Les séances sont individuelles et durent trente minutes, à raison d'une fois par semaine. Ma maîtresse de stage participe à deux prises en charge groupales impliquant des médiations. La première étant un "atelier histoire" en co-animation avec la psychologue. Cette prise en charge consiste à raconter des histoires pour faciliter l'expression et la communication des enfants. La seconde prise en charge groupale est un "groupe opposition" réalisé en collaboration avec un éducateur spécialisé et moi-même. Avec ces enfants, l'objectif est de travailler sur la gestion de l'opposition et du conflit au sein d'un groupe avec un cadre clair établi en amont.

Les psychomotriciennes présentes sur l'IME travaillent en collaboration avec les autres professionnels de l'institut (orthophoniste, psychologue, éducateur, infirmière, instituteur...) pour offrir aux enfants une prise en charge globale et individualisée.

1.3. Ma place de stagiaire au sein de l'équipe

J'ai été très bien accueillie au sein de l'équipe en tant que stagiaire. Ce stage est très intéressant et très formateur. Les échanges cliniques avec ma maîtresse de stage sont très enrichissants pour moi. J'ai pu développer mes compétences pratiques ainsi que consolider les apports théoriques appris au cours de mes trois années.

J'ai pu assister toutes les semaines aux réunions des projets individuels d'accompagnement (PIA) des enfants que je suivais. De plus, j'ai également pu assister aux réunions pluridisciplinaires institutionnelles.

1.4. Le cas de Louis

1.4.1. Anamnèse

Louis est un enfant âgé de 11 ans. Il est suivi à l'IME depuis Septembre 2019. Son développement staturo-pondéral se situe dans la norme attendue pour son âge même si sa stature est plutôt fine. Il a les cheveux courts, de couleur brune et les yeux marrons. Il est très souvent habillé en tenue de sport (survêtements avec des maillots de football).

Contexte familial

Louis est né le 29 Juillet 2011, c'est le premier enfant né de l'union de ses parents. Sa mère a déjà eu une fille, âgée aujourd'hui de 32 ans, née d'une précédente union. Sa demi-sœur a eu une fille d'environ 10 ans à ce jour. Ses parents sont actuellement séparés et il vit avec sa mère. Il va chez son père un week-end sur deux. La relation entre les parents de Louis est compliquée avec des moments de conflits et d'autres moments plus proches. Son père est technicien dans l'aéronautique et sa mère employée commerciale.

Antécédents médicaux

Aucun souci particulier pendant la grossesse n'est à noter. Il est né à 36 semaines avec un accouchement normal et pesait 2 kg 940 pour 45 centimètres. Il a marché à 18 mois. Il a pu faire auparavant une crise convulsive hyperthermique à 18 mois et une seconde crise en 2016 liée à une ruade de cheval. Il a subi une intervention chirurgicale (une paracentèse) qui consiste à pratiquer une incision de la membrane tympanique. Il a également eu une pose de diabolos en Décembre 2014. De plus, il a eu une intervention pour l'ablation des amygdales et des végétations en 2015.

Diagnostic

Le diagnostic posé par la psychiatre de l'IME en 2021 est celui d'un trouble de la personnalité avec des troubles du comportement (manifestations psychotiques). De plus, elle révèle des perturbations dans la perception entre la réalité et l'imaginaire avec des comportements « d'ange » et de « démon ». Il parle de lui à la troisième personne et il est soliloque. Il a une vie psychique morcelée avec une ambivalence affective (tantôt il aime, tantôt il déteste). Il présente également un trouble du langage. De plus, il a une encoprésie de rétention. Il s'agit d'une encoprésie primaire car c'est un enfant qui n'a jamais été propre (défaut d'enveloppe).

Traitements médicamenteux

A ce jour, Louis prend un traitement de psychostimulant avec de la Ritaline le matin ainsi qu'après le repas du midi. Il prend également du Risperdal (1,5 ml le matin et le soir). Il s'agit d'un traitement antipsychotique afin de réduire les pensées délirantes et la désorganisation des pensées. Son problème d'encoprésie est traité par du Forlax (10 mg : 1 sachet par jour). Il doit effectuer en plus un lavement (Normacol) une fois par semaine (c'est sa mère qui le lui fait). Son traitement vient d'être changé il y a quelques semaines à la demande de la mère. En effet, l'équipe constate qu'elle

demande à réévaluer régulièrement le traitement de Louis en fonction de son niveau de fatigue et de saturation. Ainsi, il est difficile de garder une constance dans la prescription médicale.

Scolarisation et accompagnements médico-social antérieurs

Auparavant, Louis était scolarisé à temps partiel (17h30 avec une AVSI) à l'école jusqu'au CP. Il a été suivi par une psychomotricienne en cabinet libéral et en parallèle au CAMSP (seulement pour des bilans d'évolutions). En 2018/2019, il était scolarisé en classe de CE1 avec la présence à 100 % d'une AVSI (15h par semaine). Il bénéficiait également d'une prise en charge en hôpital de jour en pédopsychiatrie, deux heures, trois jours par semaine depuis 2016. Il était accompagné par une pédopsychiatre, une psychomotricienne au sein de l'hôpital de jour. De plus, il suivait des séances d'orthophonie en libéral, une fois par semaine.

Admission à l'IME

Louis est à l'IME depuis Septembre 2019. Il était sur le groupe 1 de Septembre 2019 jusqu'à Septembre 2022. Dans ce groupe, ce sont des enfants qui n'ont pas accès à l'individuation et à l'autonomie. Il est arrivé sur le groupe 2 en Septembre 2022 car il était plus autonome dans les gestes du quotidien et dans sa capacité à pouvoir se prendre en charge. A partir de Juin 2022, sa mère a demandé la mise en place d'une nuit à l'internat suite à son épuisement. Avant Juin, il était inenvisageable pour elle de laisser Louis dormir ailleurs qu'à son domicile. Au domicile, elle dort avec Louis et impose également au père de dormir avec lui.

1.4.2. Bilan psychomoteur

Depuis son admission à l'IME, aucun bilan n'a pu être réalisé avec Louis car il n'est pas disponible aux consignes orales et la symptomatologie était trop bruyante.

Les conclusions du bilan auraient été en deçà de ses capacités réelles. Il est donc seulement basé sur des observations cliniques.

Au niveau de ses représentations dynamiques du corps, Louis connaît certaines parties de son corps mais peut les confondre. La perception du corps est morcelée. On peut l'observer dans les temps d'habillage avec l'arrière du corps qui n'existe pas pour lui. Le contact corporel est très angoissant pour Louis, il vit cela comme une intrusion.

Lors du jeu, il parle de lui à la troisième personne, il répète beaucoup les phrases qu'il entend. Ces difficultés ont un impact sur sa sphère psychomotrice, on observe chez Louis des troubles de l'attention et du comportement. En effet, lors des séances il est dynamique mais très dispersé.

De plus, il présente des troubles du tonus et du contrôle tonico-postural qui imprègnent toute sa motricité. Il est souvent en hypertonie.

Au niveau des repères spatio-temporels, on observe des difficultés bien qu'il commence à les intégrer. En effet, il cherche à connaître son emploi du temps demande régulièrement avec qui il est après la séance. Ce ne sont pas les repères temporels qui le tiennent mais l'enchaînement des personnes qu'il rencontre dans la journée qui le rassure.

Au niveau du graphisme, il est très compliqué pour Louis de laisser une trace, cela ne prend pas sens pour lui. Il sait dire les lettres de son prénom mais ne sait pas l'écrire.

Il présente de bonnes coordinations dynamiques générales de manière spontanée mais quand il s'agit de répondre à des consignes, il est incapable de les réaliser correctement.

Ainsi, la prise en charge en psychomotricité est largement préconisée. L'objectif prioritaire cette année avec lui sera de développer la conscience de son corps (enveloppe corporelle) et de favoriser son apaisement.

1.4.3. Première rencontre avec Louis

Je rencontre Louis pour la première fois le 13 Octobre 2022, dans le cadre de mon stage de troisième année de psychomotricité se déroulant dans un Institut Médico-Educatif. Il est alors âgé de 11 ans. Cette année, sa séance de psychomotricité est programmée à 9h tous les jeudis.

Je le rencontre dès mon arrivée dans le hall du pôle thérapeutique, à 8h30. Il attire tout de suite mon attention de par son excitation démesurée, la façon dont il se jette sur les murs avec une extrême violence. Cela m'impressionne énormément et, je ne sais comment réagir face à cette situation. On entend que lui avec ses cris, son vocabulaire excessivement vulgaire. Il pousse ses camarades mais aussi les adultes de manière brutale sans aucune raison, comme s'il avait besoin de sentir son corps exister à travers cela.

Ma maîtresse de stage me présente en tant que stagiaire pour cette année auprès de l'équipe présente. Il surgit alors d'un coup en disant " Oh fermes ta gueule " avec une grande agressivité.

Je me sens un peu démunie face à l'attitude de cet enfant. Pourquoi est-il dans cet état-là ? Qu'est-ce qu'il ressent pour dire des paroles comme cela pour avoir un comportement aussi explosif ? Je ressens alors une détresse immense chez cet enfant qui a un comportement explosif.

Mais comment aider cet enfant alors que personne n'arrive réellement à savoir comment gérer ses crises ? Que ressent-il lorsqu'il hurle et frappe tout ce qui lui passe devant ? Comment peut-on faire pour qu'il se sente apaisé ? Je me pose donc toutes questions à ce moment-là en voyant Louis dans ce grand désarroi.

A 9h, l'heure de sa séance, Louis entre dans la salle de psychomotricité sans frapper, avec un tonus très haut, un langage très vulgaire et une excitation débordante. Je me présente alors mais il ne porte pas vraiment d'attention à ma présence. J'adopte alors un statut plutôt d'observatrice en m'installant un peu en retrait.

Il parle fort et est très envahi par autre chose (des voix ? des pensées ?) qui le débordent. En effet, il semble être à ce moment-là "plusieurs personnes". Le Louis fragile et démuni et le Louis qui se fait gronder, qui tape. Il se montre en difficulté, dans une très grande souffrance.

De plus, je remarque qu'il a le regard fuyant, souvent tourné de trois quart et regarde peu l'interlocuteur. Notre première séance ensemble se compose d'un jeu d'échange entre la psychomotricienne et lui, avec un ballon de foot. Une délimitation d'un espace de jeu est mise en place, avec des camps, puis des cages de foot. Il est nécessaire de bien différencier le sien avec celui de l'adversaire. Un cadre contenant est nécessaire en instaurant un cadre spatial notamment, pour que la séance se déroule convenablement. D. WINNICOTT parle de fonction contenant ou maternante qui établit un étroit parallèle entre le rôle de la mère et celui du thérapeute. Ce dernier peut se reconnaître d'une part dans la préoccupation maternelle primaire, une sorte d'empathie spécifique, dans la fonction de reflet (notion développée par KOHUT) mais également dans les trois fonctions du *holding*, *handling* et *objet presenting*. En effet, ces fonctions favorisent le "*sentiment continu d'exister*" dans le développement de l'enfant. Le psychomotricien est alors assimilé à un parent bienveillant.

De plus, j'observe qu'il frappe dans n'importe quel sens peu importe que ce soit son camp ou celui de l'adversaire (de la psychomotricienne). Il n'engage pas le regard et semble désorganisé corporellement avec des mouvements dans l'espace qui génèrent des chutes. En effet, il ne s'agit pas de fonctions qui ont disparu, mais d'un corps qui ne s'est pas mis en place.

Il semble avoir besoin d'être rassemblé corporellement car il a un comportement explosif. Pour cela, une enveloppe sonore est mise en place afin qu'il puisse avoir une contenance avec la rythmicité de la musique. Il choisit en premier la chanson puis à tour de rôle nous choisissons une autre chanson avec ma maîtresse de stage. Il choisit alors la chanson " S'il suffisait d'aimer " des Enfoirés. Il connaît les paroles par cœur et prend les différentes intonations en fonction des chanteurs. Peut-être choisit-il cette musique parce qu'il y a plusieurs voix dans cette chanson ? Et dans sa tête ?

Au fur et à mesure de la séance, son tonus s'abaisse et Louis devient de plus en plus apaisé avec des regards plus adressés qu'en début de séance. En effet, le choix des musiques ralentit la rythmicité des échanges et favorise son apaisement, cela l'aide à se recentrer.

1.4.4. Déroulement des séances

Sa séance est prévue tous les jeudis de 9h à 9h30. Or, il ne cesse d'entrer dans la salle sans frapper, à d'autres moments que le créneau prévu. La psychomotricienne lui a donc installé une chaise devant la porte avec son prénom écrit afin qu'il puisse s'asseoir en attendant le moment de sa prise en charge ou différer le moment de sa venue. De plus, un panneau sens interdit (voir annexe 2) est mis sur la porte pour lui dire que la salle de psychomotricité est occupée par une autre prise en charge. Il vit mal le fait que la psychomotricienne soit occupée, en séance avec d'autres enfants que lui.

Depuis le début de la rencontre, chaque séance avec Louis débute par un rituel, celui de la musique, chacun choisit une chanson à tour de rôle. Les débuts de séances se traduisent par peu de parole entre Louis, la psychomotricienne et moi-même. La mise en place d'une enveloppe sonore permet alors chez Louis, un apaisement. En effet, la musique offre un espace de « repos » par son côté contenant, mais aussi de plaisir et de jeu. La structure musicale est fondée sur l'intervalle entre deux sons, dans

le temps, comme dans l'espace. Pour Louis, la musique est un "tout autour", elle sert de fond mais aussi de forme. Les choix des chansons expriment son état d'esprit. Quand il chante c'est une manière de dire quelque chose de lui. Dans les chansons qu'il choisit, il y a l'idée de la relation à l'autre. En effet, la voix chantée est une forme d'exploration sonore permettant l'expression d'une identité, d'émotions, d'un vécu.

Au cours des séances, Louis peut tester les limites du cadre. Il est donc nécessaire d'avoir un cadre solide. Par sa capacité contenant, le psychomotricien contient " *ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques. Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique* " (Potel, 2019, p. 360). Par cette fonction, le psychomotricien doit être vigilant à la distance physique et psychique instaurée avec le patient et au maintien de son cadre thérapeutique.

De plus, la relation à l'autre, c'est ce que recherche Louis au cours des séances. En effet, la relation en psychomotricité se construit dans un lien de confiance entre le psychomotricien et son patient. Nous sommes dans un métier de soin qui est avant tout relationnel. Il est important avec Louis de respecter une distance supportable afin d'éviter que notre présence soit trop intrusive. En effet, il existe une confusion entre lui et l'autre. Ainsi, il peut se sentir persécuté et avoir des angoisses de dissociation, de morcellement ou d'intrusion dans la relation à l'autre.

Les séances se déroulent pratiquement toujours de la même manière comme s'il venait chercher une permanence dans son « impermanence » à lui. Il vient chercher dans la salle de psychomotricité un rassemblement, comme un « refuge ». C'est un enfant très perméable aussi bien corporellement que psychiquement. En effet, pour lui " *Tout est ouvert, y compris son corps dont il a du mal à s'en faire maître : impulsivité, manque de contrôle, débordement, envahissement émotionnel, excitation, autant de comportements qui témoignent de la difficulté pour ces enfants à vivre à l'intérieur d'eux-mêmes* " (Potel Baranes, 2008). On peut ici faire le lien avec un défaut

d'enveloppe corporelle observable chez cet enfant avec un dedans et un dehors qui restent indifférenciés.

Les séances sont basées sur du jeu libre, avec la psychomotricienne et moi-même, nous partons d'une attente et nous adoptons une attitude non directive afin de permettre à Louis de "*faire l'expérience de son corps en instaurant une gratuité, une liberté au cours du jeu*" (Lièvre & Staes, 2006, p. 303). En effet, Louis investit son temps de séance avec ce qui est à sa disposition dans la salle de psychomotricité. Il choisit tout le temps de jouer au football. L'engagement corporel et le mouvement l'aident à se recentrer.

Les fins de séances sont souvent compliquées, il est en colère car il ne veut pas partir. Il nous insulte, se met au sol, crie et dans ces moments-là, il faut l'aider à partir. On l'aide à remettre ses chaussures, on le raccompagne ensuite sur son groupe avec les éducateurs. Dans ces moments-là, il faut essayer de comprendre la situation afin de pouvoir la faire évoluer autrement. Il est dans une situation de séparation, insupportable pour lui, qui vient couper le lien et attaquer le sentiment d'existence. Il faut le contenir "*pour donner au patient l'occasion d'intégrer ses pulsions et non plus d'en être désintégré, morcelé, éclaté, démantelé*". (Potel, 2019, p. 363). W. R. BION parle de "*contenance, contenir, conteneur*" et dégage un modèle, celui de la relation mère-enfant "*contenant-contenu*". Nous l'accompagnons donc dans son groupe car le lien est indispensable. Nous le laissons ensuite se connecter à un autre adulte pour éviter l'esseulement.

Depuis le mois de Mars, il y a eu un changement de traitement à la demande de la mère. Physiquement Louis est alors beaucoup plus calme et moins instable. Or, au niveau psychique il est complètement dissocié avec des pensées et des personnages qui l'envahissent. En effet, une rupture de l'unité psychique est observable chez cet enfant. Nous reprenons la structuration des séances plus anciennes où il choisit uniquement les musiques. Nous avons arrêté d'être dans un tour de rôle, nous sommes revenues à une enveloppe plus ancienne puisqu'il est plus poreux qu'avant. Nous le

laissons donc choisir la musique qu'il veut. Nous retournons à sa routine personnelle nécessaire pour s'apaiser. Il est important avec Louis de lui donner des repères temporels pour qu'il puisse comprendre quand la séance est sur le point de se terminer. Nous mettons alors un déroulé des chansons des Enfoirés pour donner une structure temporelle à la séance, et nous incluons "La chanson des Restos" en tant que dernière chanson, afin qu'il sache que c'est la fin de la séance. Cela lui permet de mieux comprendre le déroulement de la séance et de mieux s'adapter aux transitions qui sont difficiles.

Ce changement a déstabilisé l'équilibre trouvé depuis Septembre 2022 et construit en équipe, dans la répétition à l'identique des semaines de l'emploi du temps. Il y a quelque chose qui a de nouveau vacillé du côté d'un changement de cadre et de rythme. Il est plus éteint (moins souriant et pétillant qu'avant).

2. Le Service d'Education et de Soins à Domicile Précoce (SESSAD Précoce)

2.1. Le cadre institutionnel

Le Service d'Education et de Soins à Domicile Précoce a une capacité d'accueil de 9 enfants âgés de 0 à 6 ans, présentant des difficultés de développement. Le fonctionnement du SESSAD Précoce est basé sur une prise en charge pluridisciplinaire et individualisée, adaptée aux besoins de chaque enfant.

L'équipe du SESSAD Précoce est composée d'une cheffe de service, d'un pédiatre, d'un psychiatre, d'éducatrices spécialisées, d'une orthophoniste, d'une psychomotricienne, d'une psychologue, d'une aide médico-psychologique (AMP), d'une enseignante et de kinésithérapeutes partenaires en libéral.

Le SESSAD précoce propose des prises en charge globales et personnalisées. Chaque professionnel est co-auteur de la mise en œuvre et responsable de sa mission auprès de l'enfant. Au-delà de cela, l'intérêt est qu'il assure un lien avec les autres professionnels, et notamment avec l'éducateur référent qui est garant de la mise en œuvre et de la cohérence des soins proposés à l'enfant et à sa famille.

Un Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA) est réalisé, une fois par an pour chaque enfant. Il s'agit d'une réunion pluridisciplinaire (composée de professionnels thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques) ayant pour objectif principal de proposer un accompagnement en adéquation aux besoins de l'enfant et de sa famille.

2.2. Le projet au service des personnes accueillies

Le Service d'Education Spéciale de de Soins à Domicile Précoce (SESSAD Précoce) accueille des enfants de 0 à 6 ans. Ce dernier propose un soutien à l'intégration scolaire, des conseils apportés aux parents ainsi qu'une aide à l'autonomisation de l'enfant en association avec les parents, par un soutien éducatif, pédagogique et thérapeutique.

2.3. Le cas de Marie

2.3.1. Anamnèse

Marie est une petite fille de cinq ans et six mois née le 23 Septembre 2017. Elle est suivie au SESSAD précoce depuis le 7 Avril 2022. Marie est une petite fille métisse, brune aux yeux marrons. Elle est très souriante et semble prendre plaisir à venir aux séances de psychomotricité.

Contexte familial

Marie est la seule enfant du couple. Le père est d'origine Sénégalaise et la mère est d'origine Française.

Les parents de Marie vivaient en Ile de France et avaient peu de soutien familial, leur famille respective vivant dans le Sud Ouest et au Sénégal. Ils sont donc revenu vivre dans le Sud Ouest depuis Août 2021. Le père est banquier et la mère a pu, depuis quelques mois, reprendre une activité professionnelle à temps partiel en tant que conseillère en économie sociale et familiale. Depuis la naissance de Marie, la mère avait dû arrêter d'exercer en raison des besoins de sa fille en termes de surveillance, de soins et de gestion des troubles du comportement.

Antécédents médicaux

La grossesse de la mère a été bien accueillie mais rapidement elle a ressenti beaucoup d'angoisse et a fait une dépression.

Un retard de croissance intra utérin a été diagnostiqué dès le début de la grossesse mais Marie a repris du poids en fin de grossesse. Elle est née trois semaines avant le terme.

A la naissance, et du fait de sa dépression, la mère a été accueillie en journée dans un hôpital, dans un service mère-enfant pendant 4 à 5 mois.

Rapidement, la mère a remarqué des signes inquiétants chez Marie : un iris plus clair que l'autre, des tâches qui apparaissent sur l'hémicorps gauche, des difficultés motrices et une hypotonie. Toutefois, les médecins et la PMI ne partageaient pas son inquiétude.

Les premières investigations ont eu lieu lorsque Marie avait 9 mois. Au vu du retard d'acquisitions de leur fille, les parents ont demandé une consultation en neuropédiatrie. L'IRM et le bilan sanguin n'ont alors rien décelé d'anormal. Toutefois,

un spécialiste a mis en évidence une « erreur » dans la phase embryonnaire et un suivi s'est donc mis en place.

Aux 2 ans de Marie, une étude génétique plus approfondie a été effectuée mais les parents sont toujours en attente des résultats. Le gène en cause est difficile à identifier.

Dès lors, Marie bénéficiait d'un accompagnement pluridisciplinaire avec de la kinésithérapie (2 séances par semaine) et de la psychomotricité (2 séances par semaine) à l'unité mère-bébé. Elle a ensuite été orientée vers le CAMSP avec une prise en charge en kinésithérapie, en psychomotricité et en orthophonie sur un groupe oralité.

Au niveau psychomoteur, Marie s'est retournée à 9 mois. Elle a commencé à ramper à 1 an, elle a expérimenté le quatre pattes à 2 ans et a commencé à marcher seulement à 36 mois.

Diagnostic et traitements médicamenteux

Le pédiatre ainsi que la psychiatre référents du CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) ont diagnostiqué un retard de développement global plus particulièrement en langage. De plus, elle présente un comportement d'impulsivité associé à de nombreuses intolérances aux contraintes et à la frustration et des difficultés dans l'écoute des consignes.

Marie a un traitement de psychostimulant avec de la Ritaline. Elle prend également du Risperdal (antipsychotique) afin de diminuer les troubles du comportement.

Scolarisation

Marie est scolarisée en grande section de maternelle. Elle bénéficie d'une AESH individuelle de 24h par semaine. Elle est également présente lors des temps de repas le midi. L'année prochaine, elle sera maintenue en grande section.

Lorsque Marie fait la sieste l'après-midi à l'école, elle est confrontée à des bruits extérieurs provenant des travaux en cours. Cela est difficile pour elle car elle a du mal à filtrer ces sons et présente une hypervigilance auditive. Elle est en permanence en train de demander : "c'est quoi ce bruit?" même les plus minimes. Cette situation rend donc la sieste compliquée voire impossible, car elle ne parvient pas à se détendre et à s'endormir.

Cette hypervigilance auditive entraîne également des difficultés à se concentrer sur les apprentissages et les interactions sociales car son attention est maintenue par les bruits extérieurs.

Modalités d'accompagnement actuels

Marie est prise en charge au SESSAD précoce et bénéficie d'une séance par semaine de psychomotricité depuis Septembre 2022 et d'un accompagnement éducatif. Elle va dorénavant recevoir un accompagnement en orthophonie, une fois par semaine.

De plus, elle dispose conjointement d'une prise en charge avec l'hôpital de jour une demi-journée par semaine où elle participe à un atelier thérapeutique avec une infirmière et une prise en charge conjointe autour de la danse avec une psychologue et une psychomotricienne.

Un soutien à la parentalité pour les parents de Marie a été mis en place pour les aider au quotidien.

2.3.2. Bilan psychomoteur

Les troubles présentés par Marie sont tellement importants qu'un bilan psychomoteur normé n'est pas possible. Il sera donc basé sur des observations cliniques.

Au niveau de la motricité globale et des coordinations dynamique générale : la motricité est très dissociée. Elle est dans le mouvement en permanence, pour trouver une forme de contenance. L'équilibre dynamique et statique est très compliqué. Elle fonctionne de manière globale et ne peut dissocier des parties du corps les unes des autres. Elle montre des difficultés à les coordonner. Le travail sur les appuis semble être extrêmement nécessaire et primordial afin de l'aider à trouver une stabilité et un apaisement.

Au niveau de la motricité fine et des coordinations oculo-manuelle : elle jette les objets mais ne peut pas vraiment attraper un ballon ou le lancer avec ses deux mains. Les encastremements sont compliqués : il n'y a pas de coordinations oculo-manuelle efficace. Elle privilégie la force à la précision du geste, ce qui la met en difficulté.

Sur le plan graphique, elle commence à dessiner un cercle mais il n'y a pas vraiment d'aspect figuratif ou symbolique représenté. Il lui est très difficile de laisser une trace représentative de quelque chose qui existe. Par ailleurs, elle présente une mauvaise préhension de l'outil scripteur.

Au niveau du schéma corporel, la perception de son corps est dissociée. Elle connaît quelques parties de son corps mais elle est très en difficulté pour les situer.

Au niveau de l'espace et le temps, Marie a quelques repères mais évaluer ses compétences n'est pas possible pour l'instant. Cependant, elle a la notion du temps qui passe et d'une durée.

Au niveau du tonus, elle présente une hypertonie distale, un bégaiement, des syncinésies oro-chirales souvent de reproduction et une hypotonie globale de l'axe qui fragilise l'équilibre statique et dynamique.

Au niveau des capacités attentionnelles et des fonctions exécutives, elle montre beaucoup de difficultés à se concentrer. Ses capacités attentionnelles et d'écoute sont extrêmement limitées. Elle présente de très faibles capacités d'inhibition et ne peut différer ou retenir ce qui vient d'elle. De plus, ses capacités de planification sont également fortement limitées. Ainsi, toutes les fonctions exécutives sont à développer de manière significative.

Sur le plan sensoriel, le canal auditif est à privilégier. Elle est très sensible à la musique et aux bruits de manière générale. Cependant, certaines fréquences lui sont insupportables. Elle se bouche les oreilles ou crie pour couvrir le bruit.

Sur le plan visuel, il y a des interrogations par rapport à sa vision. Elle est très performante et a une bonne perception de son environnement mais la question se pose quant à sa vision des reliefs. Cette question reste à explorer. Le toucher reste très compliqué. En effet, elle est dans l'évitement.

Les objectifs thérapeutiques prioritaires en psychomotricité pour cette année sont donc :

- favoriser la recherche d'apaisement par la perception de son unité corporelle
- travailler sur la structuration de son axe corporel
- développer les appuis et les ancrages au sol

Ces objectifs thérapeutiques s'inscrivent dans un cadre rassurant et contenant afin que Marie puisse expérimenter des mouvements en se sentant en sécurité.

2.3.3. Première rencontre avec Marie

Je rencontre pour la première fois Marie le 14 Octobre 2022 à 10h45. Elle m'interpelle dès lors où elle entre dans la salle de psychomotricité. En effet, elle arrive avec une excitation débordante, elle se précipite sur le tapis et commence à vouloir toucher tous les objets présents dans la salle. Elle refuse d'enlever ses chaussures en début de séance.

Je me présente auprès d'elle en tant que stagiaire. Elle me regarde alors avec insistance mais sans rien me dire. J'adopte un statut d'observatrice en me mettant en retrait. Je remarque qu'elle cherche souvent mon regard et qu'elle essaye d'attirer mon attention.

La séance est très décousue, il est difficile d'avoir l'attention de Marie. En effet, elle n'adhère pas aux différentes activités proposées. Elle est en permanence dans l'évitement et se réfugie donc dans la cabane. Je constate que Marie est très angoissée. Elle ne cesse de répéter " tu ne me vois pas " comme s'il fallait qu'on la voie pour être sur qu'elle existe. La psychomotricienne la rassure en lui disant " je ne te vois pas mais je sais que tu es là ".

De plus, je remarque qu'elle est en hypertonie et qu'elle marche sur la pointe des pieds. Cela peut être considéré comme une stratégie pour maintenir son équilibre, la stabilité ainsi que la continuité de son corps.

Il est bientôt l'heure de la fin de la séance. Dans la salle de psychomotricité, tout se transforme soudainement. Marie commence à s'agiter de plus en plus, elle jette tous les objets qu'elle trouve, crie d'une voix stridente en se couchant par terre. La psychomotricienne a alors tout de suite compris l'importance de ce moment qui est difficile pour Marie. Elle s'assied donc près de Marie en formant un "périmètre de sécurité" avec ses bras ainsi que tout son corps afin de limiter les chutes imprévues ou les débords provoqués. Marie lui tire les cheveux, lui arrache les lunettes des yeux. Elle a besoin de sentir une enveloppe, un "tout autour" solide car elle exprime à ce moment-là des angoisses de séparation.

Je vois Marie dans une immense inquiétude qu'elle n'arrive pas à verbaliser mais qu'elle traduit par le corps. En effet, elle montre son angoisse en cherchant à s'approcher de la psychomotricienne de manière intrusive. Elle s'accroche à elle (grasping) pour s'assurer que la psychomotricienne est présente et disponible pour elle car elle est très en détresse. Cela peut également être une expérience de créer une enveloppe corporelle, un espace de sécurité, un "tout autour" qui peut l'aider à diminuer ses angoisses. Dans ces moments-là, la psychomotricienne joue un rôle de pare-excitation. Elle stimule et accepte les excitations motrices, ludiques, tout en assurant les conditions de leur intégration psychique (Potel, 2019).

Durant cette séance, il a fallu mettre en place un cadre très serré car Marie éprouve les limites en permanence. Elle a besoin que la psychomotricienne soit présente et attentive en lui offrant un espace suffisamment contenant et solide pour se sentir en sécurité et apaiser ses angoisses.

2.3.4. Déroulement des séances avec Marie

Les séances avec Marie se déroulent toujours dans un même cadre temporo-spatial. En effet, elle vient en séance tous les vendredis matins de 10h45 à 11h15. Les séances se déroulent dans la même salle de psychomotricité ce qui permet à Marie d'installer des rituels pour qu'elle puisse être apaisée.

En séance, Marie est une petite fille en demande de relation avec l'adulte et dans l'interaction. Cependant, il est important de maintenir une distance appropriée afin d'éviter que notre présence ne soit trop envahissante. Elle peut ainsi manifester des angoisses d'intrusion. Dans ces moments-là (quand on est trop proche d'elle), elle crie et peut mordre ou taper.

Marie est toujours enthousiaste et semble heureuse de venir en séance. Généralement, nous commençons la séance par un parcours de motricité (voir annexes 3). Le parcours est très serré avec beaucoup d'objets. Ce n'est pas au hasard

qu'il est positionné de la sorte car s'il y a trop d'espace entre les éléments du parcours, elle s'arrête, refuse de continuer et se disperse en essayant d'aller d'autres objets ailleurs. Cela peut se traduire comme une contenance qui l'empêche de se perdre entre ces éléments.

Elle est très inquiète à l'idée de rentrer dans le tunnel car on ne la voit pas et elle ne nous voit pas. En effet, elle n'a pas encore bien acquis la permanence de l'objet et pense que si on ne la voit plus, elle n'existe plus. Nous la rassurons en évoquant que nous l'entendons et qu'elle existe donc.

Sur le trampoline, elle a besoin d'accroche (avec le grasping) et n'arrive pas à s'arrêter. Elle manifeste beaucoup de gestes pulsionnels.

Elle n'a pas d'accroche du regard ni de visée au moment où elle lance le ballon dans le panier de basket.

On lui propose généralement un moment plus calme dans la goutte (voir annexe 4) avec un fond musical. Elle demande à écouter des comptines, généralement "Fait dodo, Colas mon petit frère". Dans ces moments-là, elle se montre détendue et apaisée. Le fond musical a un effet bénéfique sur elle car il crée semble-t-il une enveloppe sonore qui contribue à l'apaiser. Ainsi, ce fond musical fonctionne comme un élément de régulation pour elle, en lui offrant une stimulation sonore rassurante et régulière qui l'aide à trouver un état de calme.

Elle est souvent confrontée à des difficultés attentionnelles qui interfèrent avec le bon déroulement de la séance. Elle montre une hyperkinésie qui se traduit par une agitation et une tendance à courir dans la salle ainsi qu'une impulsivité.

De plus, elle est distractible et se déconcentre au moindre bruit. Elle présente une hypervigilance au bruit qui la perturbe et la détourne de l'activité. Cette hypervigilance est source d'anxiété pour Marie car elle est constamment en état d'alerte et réagit aux moindres stimuli sonores.

Après un certain temps, généralement des difficultés de comportement apparaissent et d'autant plus si Marie est fatiguée. Elle se montre alors très intolérante

aux contraintes et à la frustration, ne cherche plus à coopérer et au contraire provoque l'adulte en réalisant tout ce qui est interdit (ouvrir la porte, aller au bureau...) tout en le regardant droit dans les yeux. Il est alors très difficile de la calmer ou de détourner son attention, Marie pouvant devenir agressive et frapper, griffer ou mordre. En effet, elle teste les limites qui sont possibles ou pas.

Il est donc nécessaire de lui rappeler les règles en séance : enlever les chaussures et les ranger sous le banc. Elle a besoin d'un cadre serré et solide pour comprendre ce qui est possible ou non. En effet, elle a tendance à déborder et tester si les limites tiennent de manière régulière. Elle cherche à explorer des espaces interdits.

En posant avec elle un cadre clair et contenant, on peut aider Marie à se sentir plus en sécurité et plus en contrôle de sa situation. En sachant ce qui est attendu d'elle et ce qui est autorisé, elle parvient mieux à se concentrer sur les activités proposées et à se sentir plus apaisée dans son environnement.

Depuis plusieurs semaines, Marie semble trouver quelques repères lui permettant d'être plus apaisée. Il est essentiel de lui garantir un cadre sécurisé, répété, contenant et rassurant car elle est très poreuse à son environnement, à ce qui l'entoure. Petit à petit, elle commence à y intégrer des repères et initie des points d'appuis à chaque séance. On remarque dans la prise en charge que ce n'est pas le contenu de la séance en lui-même qui l'aide mais le contenant.

Pour Marie, les fins de séances sont compliquées et lui procurent une grande angoisse. Ainsi, afin de faciliter son départ et de lui permettre de quitter la séance plus sereinement, nous avons proposé de partir avec un objet qu'elle choisira elle-même et qui aidera à la transition. Dorénavant, les départs sont plus simples et moins arrachés. En effet, comme le dit C. POTEL “ *Pour aider les patients à se séparer et à se différencier, il faut du tiers ; tout comme l'enfant a besoin d'un tiers paternel* ” (Potel, 2019, p. 366).

Ainsi, il semble que le cadre soit bénéfique pour Marie car il peut parfois être modulable. La présence de deux adultes lui procure une certaine sécurité et elle peut choisir parmi certaines activités tout en respectant les règles.

CONCLUSION

La rédaction de ce mémoire m'a permis d'adopter une perspective critique envers ma pratique psychomotrice. En effet, en analysant les cas de Louis et de Marie à travers une approche théorico-clinique, j'ai pris conscience de l'importance du cadre thérapeutique et de la fonction contenante qu'apporte le psychomotricien.

Auparavant, je pensais essentiellement à l'utilité du contenu et de la technique. Depuis, je réalise qu'avec certains patients, cela ne suffit pas. Il faut aussi un travail sur le cadre thérapeutique pour déterminer un espace d'apaisement et pour faciliter la rencontre.

Vraisemblablement, ces enfants ont eu un défaut de structuration de l'enveloppe psychocorporelle au cours de leur développement. Cela m'a permis de commencer à comprendre certains processus associés à cette défaillance, notamment l'émergence d'angoisses corporelles archaïques et les mécanismes de défense qui y sont liés.

L'approche a consisté à déterminer par quels moyens nous pouvons aider les enfants ayant des troubles des limites psychocorporelles. J'ai remarqué qu'en leur fournissant un cadre suffisamment contenant et sécurisé, ils pouvaient se sentir apaisés et être disponibles au contenu de la séance.

Ces enfants déstructurés, morcelés et poreux dans ce qui les entoure, s'apaisent dans un "tout autour" contenant et rassurant. Ainsi, le cadre préalablement défini leur apporte de la structure, car, atteints de troubles graves ils n'en ont pas ou très peu. On ne peut donc pas travailler sur le fond de la séance, il faut essentiellement travailler sur la forme avec un cadre bien structuré.

Avec Louis et Marie, sans travail préalable sur le cadre, il n'y aurait pas de prise en charge possible car ce sont des enfants qui ne répondent pas à un accompagnement classique avec un travail sur des items psychomoteurs. Il faut d'abord travailler sur la relation à l'autre avant de pouvoir travailler sur le contenu.

Ces enfants dont le Moi-Peau est trop fragile, ne supportent pas d'être touchés. Une approche basée sur le mouvement peut ainsi leur être proposée. En effet, le mouvement contribue à installer un début de sensation de continuité d'existence.

Malgré les difficultés et les obstacles rencontrés, l'impact de la thérapie psychomotrice a un effet significatif sur le développement et sur le bien-être de Louis et de Marie. Il est essentiel de continuer à explorer et à approfondir les stratégies et les interventions thérapeutiques pour mieux répondre aux besoins complexes de ces enfants. Il est également important de poursuivre les recherches et les pratiques cliniques afin d'offrir à ces enfants un accompagnement thérapeutique optimal favorisant leur développement global et ainsi améliorer leur qualité de vie.

BIBLIOGRAPHIE

Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.

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

Baste, N. (2016). 29. À l'écoute de la subjectivité. In *Méthodes de relaxation* (p. 248-262). Dunod. <https://www.cairn.info/methodes-de-relaxation--9782100745883-p-248.htm>

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

Bronstein, C. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, 76(3), 769-778. <https://doi.org/10.3917/rfp.763.0769>

Cárdenas de Espasandín, M. (2008). L'importance du sonore et la notion d'enveloppe. In *La berceuse* (p. 95-109). Érés. <https://doi.org/10.3917/eres.altma.2008.01.0095>

Ciccione, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenant : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>

Ciccione, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 397-433. <https://doi.org/10.3917/jpe.004.0397>

Corps et psychisme, une relation d'étayage. (2012). In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 17-35). Érés. <https://doi.org/10.3917/eres.lesag.2012.01.0015>

- Cupa, D. (2006). Une topologie de la sensualité: Le Moi-peau. *Revue française de psychosomatique*, 29(1), 83-100. <https://doi.org/10.3917/rfps.029.0083>
- Decoopman, F. (2010). La fonction contenant. Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenant du thérapeute. *Gestalt*, 37(1), 140-153. <https://doi.org/10.3917/gest.037.0140>
- Delion, P. (2018). *Fonction phorique, holding et institution*. ERES. <https://doi.org/10.3917/eres.delio.2018.01>
- ENVELOPPE: Définition de ENVELOPPE*. (s. d.). Consulté 20 avril 2023, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/enveloppe>
- Gay, S. (s. d.). *L'objet musical support de la relation psychomotrice chez l'enfant atteint de Trouble du Spectre Autistique*.
- Hanon, C., & Fousson, J. (2019). Mobilité: L'accordage comme enjeu clinique. *L'information psychiatrique*, 95(4), 231-232. <https://doi.org/10.1684/ipe.2019.1938>
- Hervé, M.-J., & Maury, M. (2004). Le travail d'ajustement du thérapeute dans la co-construction d'une alliance avec les familles. *La psychiatrie de l'enfant*, 47(2), 491-510. <https://doi.org/10.3917/psy.472.0491>
- Houzel, D. (2009). Chapitre 12. La psychothérapie et son cadre. In *Les grandes problématiques de la psychologie clinique* (p. 223-237). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.mart.2009.01.0223>
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique* (2e éd. actualisée et augmentée). In press.

- Houzel, D. (2016). Le sentiment de continuité d'existence. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6(1), 115-130. <https://doi.org/10.3917/jpe.011.0115>
- Korff-Sausse, S. (2021). Le regard de la mère, aux origines de la vie psychique et de la création artistique. In *Dire l'indicible* (p. 95-111). Érés. <https://www.cairn.info/dire-l-indicible--9782749271644-p-95.htm>
- Larousse, É. (s. d.). *Définitions: Médiation - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9diation/50103>
- Les images du corps pré-contenantes*. (s. d.).
- Lièvre, B., & Staes, L. (2006). *La psychomotricité au service de l'enfant: Notions et applications pédagogiques* (Belin). (p.303)
- Marcelli, D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes: La surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, 44(4), 123-129. <https://doi.org/10.3917/spi.044.0123>
- Marion, L. (2020). *La psychomotricité: Une réponse singulière au défaut d'enveloppe psycho-corporelle*. 107.
- Masquelier-Savatier, C. (2003). Le cadre, autrement. *Gestalt*, 25(2), 125-138. <https://doi.org/10.3917/gest.025.0125>
- Pireyre, É. W. (2011). *Clinique de l'image du corps: Du vécu au concept*. Dunod.
- Pireyre, É. W. (2015). Chapitre 11. Les compétences communicationnelles du corps: Les communications corporelles. In *Clinique de l'image du corps* (p. 125-140). Dunod. <https://www.cairn.info/clinique-de-l-image-du-corps--9782100721863-p-125.htm>

- Potel Baranes, C. (2008). Intimité du corps. Espace intime. Secret de soi. *Enfances & Psy*, 39(2), 106-118. <https://doi.org/10.3917/ep.039.0106>
- Potel, C. (2010). *Psychomotricité : Entre théorie et pratique* (3^e éd. actualisée). In press.
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (Nouvelle éd. augmentée). Éres.
- Pous, G. (1995). *Thérapie corporelle des psychoses : « des enveloppements aux massages »*. L'Harmattan. (p.51)
- Prat, R. (2014). Aux origines du narcissisme : Le corps et l'autre. Nature des expériences relationnelles et corporelles précoces. Le rythme et le territoire. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 4(1), 25-59. <https://doi.org/10.3917/jpe.007.0025>
- Rabeyron, T. (2017). Médiations thérapeutiques et processus de symbolisation : De l'expérience sensible à la modélisation. *L'Évolution Psychiatrique*, 82(2), 351-364. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2017.01.001>
- Rebeyrol, A. (s. d.). *Le jeu libre en psychomotricité : Son intérêt et ses limites dans la prise en soin psychomotrice individuelle de l'enfant*.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère* (Nouvelle éd.). Desclée de Brouwer. (168-169)
- Robert-Ouvray, S. B. (2020). *Psychomotricité du bébé : La construction des liens corps-esprit*. Desclée de Brouwer.

Rodriguez, M. (2019). Chapitre 3. Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p. 27-38). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.tecel.2019.01.0027>

Sander, L. W., & Julia, H. L. (1966). Continuous interactional monitoring in the neonate. *Psychosomatic Medicine*, 28(6), 822-835. <https://doi.org/10.1097/00006842-196611000-00005>

Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Solal. (p. 98-104 / 224-230 / 328-333)

Veaser, A. (2015). Chapitre 8. Contenance en psychomotricité. Accueillir l'autre pour l'aider à se révéler... In *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 136-153). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2015.02.0136>

Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité* (Gallimard).

Winnicott, D. W., Kalmanovitch, J., Michelin, M., Rosaz, L., & Harrus-Révidi, G. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Éd. Payot & Rivages.

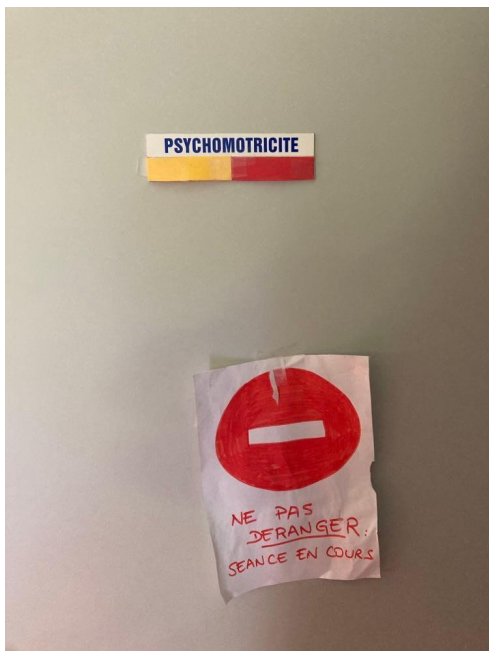
Wintrebert, H. (2003). *La relaxation de l'enfant*. L'Harmattan. (p.14-15)

ANNEXES

Annexe 1 : Différence entre schéma corporel et image du corps selon F. DOLTO

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

Annexe 2 : Panneau sens interdit pour Louis



Annexes 3 : Parcours Marie





Annexe 4 : La goutte, le “refuge” de Marie



GLOSSAIRE

1. **Caregiver** : Le caregiver désigne la personne qui prend soin du bébé, qui peut être la mère, le père ou toute autre personne responsable du bien-être et des soins du nourrisson. Le caregiver est celui ou celle qui répond aux vocalisations et aux cris du bébé, qui est attentif à ses besoins et qui cherche à soulager ses douleurs, son inconfort ou à lui procurer du plaisir.
2. **Phénomène d'identification** : Le "phénomène d'identification" fait référence à un état particulier que vit la mère après la naissance de son enfant. Il s'agit d'une période où elle développe une connexion intense avec son bébé. Elle est capable de percevoir ses émotions et ses besoins et d'y répondre d'une manière adaptée. Cette identification émotionnelle permet à la mère de s'adapter finement aux besoins de son enfant, en reconnaissant et en répondant de manière appropriée à ses émotions et à ses signaux de détresse. En se basant sur cette identification émotionnelle, la mère peut ajuster ses réponses et ses comportements pour répondre aux besoins spécifiques de son bébé, que ce soit pour le réconforter, le nourrir, lui offrir un contact physique, ou simplement lui fournir un soutien émotionnel.
3. **Giron maternel** : Le "giron maternel" fait référence à un espace symbolique et psychique créé par la mère pour contenir et accueillir les sensations et les besoins du bébé, tels que la faim et le sommeil, avant qu'ils ne prennent un sens pour lui. C'est un concept qui représente la capacité de la mère à être en relation avec son bébé et à répondre à ses besoins de manière maternante et protectrice.

4. **Moi-auxiliaire** : Le Moi-auxiliaire fait référence à la fonction maternelle qui agit en tant qu'extension du Moi du bébé. Il désigne le rôle de la mère (ou de la personne en charge des soins) en tant qu'aide ou soutien essentiel pour le bébé dans la protection contre les stimulations excessives et l'excitation provenant du monde extérieur.

5. **Grasping** : Il s'agit d'un réflexe archaïque, c'est-à-dire d'un mouvement automatique et involontaire qui apparaît dès la vie foetale. Il se manifeste lorsqu'on place notre index dans la paume de main d'un bébé et que celui-ci serre fermement ses doigts autour, s'agrippant ainsi fortement. Ce même réflexe se produit sur les orteils lorsqu'on touche la plante des pieds du bébé.

6. **Dystonie** : Elle se manifeste par la présence de contractions musculaires involontaires soutenues et prolongées, touchant une ou plusieurs parties du corps.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
AVANT PROPOS	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	5
I- Le cadre thérapeutique et la contenance du professionnel dans la pratique psychomotrice	7
1. Le cadre thérapeutique	7
1.1. Le cadre thérapeutique selon Catherine POTEL	7
1.1.1. Le cadre physique	8
❖ <i>Des conditions de temps</i>	8
❖ <i>Des conditions de matériel</i>	9
❖ <i>Des conditions d'encadrement</i>	10
❖ <i>Des conditions de fonctionnement institutionnel</i>	10
1.1.2. Le cadre psychique	10
1.2. Le cadre thérapeutique selon Pierre DELION	11
1.3. Les fonctions du cadre thérapeutique	13
❖ Fonction de contenance	13
❖ Fonction limitante	14
❖ Fonction de continuité	14
1.4. L'alliance thérapeutique	15
2. Le psychomotricien garant du cadre thérapeutique	16
2.1. La contenance selon KLEIN et BION	16
2.2. WINNICOTT et les trois fonctions maternelles : Holding, Handling, Object-presenting	18
❖ Le holding	18
❖ Le handling	18
❖ L'object-presenting	19
2.3. AJURIAGUERRA et le dialogue tonique	19
2.4. MARCELLI et son concept des microrhythmes et des macrorhythmes	20
3. Les médiations thérapeutiques lors des séances de psychomotricité	22
3.1. Définition d'une médiation thérapeutique	22
3.2. Intérêts des médiations thérapeutiques	23
3.3. Le jeu comme médiation psychomotrice	24
3.4. Le rythme musical comme médiation thérapeutique	26
II- La construction des limites psychocorporelles	27
1. La construction des limites psychocorporelles dans la relation mère-bébé: la contenance et les interactions précoces	27
1.1. La vie foetale	27

1.2. La naissance et le développement psychomoteur des premiers mois	27
1.3. La fonction contenante de la mère	28
1.4. Les interactions précoces mère-bébé	29
❖ Les interactions comportementales	29
• Les interactions corporelles	29
• Les interactions visuelles	30
• Les interactions vocales	30
❖ Les interactions affectives	31
• La préoccupation maternelle primaire	31
• L'accordage affectif	31
❖ Les interactions fantasmatiques	32
2. La construction des limites psychocorporelles dans développement psychomoteur de l'enfant	32
2.1. Les 3 schèmes fondamentaux de S.ROBERT-OUVRAY	32
Le mouvement d'enroulement fondamental	32
La coordination motrice	33
Le mouvement d'axialité	33
2.2. La théorie de G. HAAG	34
❖ Le clivage vertical, gauche-droite	34
❖ Le clivage vertical, devant-derrrière	35
❖ Le clivage horizontal, haut-bas	35
2.3. La notion d'enveloppe	36
2.3.1. Définition	36
2.3.2. L'enveloppe corporelle : une peau physique	36
2.3.3. L'enveloppe psychique : une peau psychique	38
2.3.4. L'enveloppe psychocorporelle	39
❖ La fonction de maintenance	40
❖ La fonction de contenance	41
❖ La fonction de constance	42
❖ La fonction d'individuation	43
❖ La fonction de sexualisation	44
❖ La fonction d'énergisation	44
❖ La fonction de signifiance	44
3. La défaillance des enveloppes chez les enfants ayant des troubles des limites psychocorporelles	45
3.1. La fonction de pare-excitation défaillante	45
3.2. L'impact de l'enveloppe tonique	47
3.3. La conséquence sur l'individuation de l'enfant	48
4. Les différents symptômes observés lorsqu'il y a des troubles des limites psychocorporelles	49
4.1. Instabilité	49
4.2. Cuirasse musculaire	50

4.3. Angoisses archaïques	50
❖ Angoisse d'effondrement et de chutes	51
❖ Angoisse de vidage et d'intrusion	52
❖ Angoisse de dévoration	52
❖ Angoisse de morcellement	53
❖ Angoisse de liquéfaction	54
4.4. Schéma corporel et image du corps altérés	54
III- Partie clinique	56
1. L'Institut médico-éducatif (IME)	56
1.1. Le cadre institutionnel	56
1.2. La place de la psychomotricité	57
1.3. Ma place de stagiaire au sein de l'équipe	58
1.4. Le cas de Louis	58
1.4.1. Anamnèse	58
Contexte familial	58
Antécédents médicaux	59
Diagnostic	59
Traitements médicamenteux	59
Scolarisation et accompagnements médico-social antérieurs	60
Admission à l'IME	60
1.4.2. Bilan psychomoteur	60
1.4.3. Première rencontre avec Louis	62
1.4.4. Déroulement des séances	64
2. Le Service d'Education et de Soins à Domicile Précoce (SESSAD Précoce)	67
2.1. Le cadre institutionnel	67
2.2. Le projet au service des personnes accueillies	68
2.3. Le cas de Marie	68
2.3.1. Anamnèse	68
Contexte familial	69
Antécédents médicaux	69
Diagnostic et traitements médicamenteux	70
Scolarisation	71
2.3.2. Bilan psychomoteur	72
2.3.3. Première rencontre avec Marie	74
2.3.4. Déroulement des séances avec Marie	75
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE	81
ANNEXES	86
GLOSSAIRE	90
TABLE DES MATIÈRES	92