



HAL
open science

”Il semble ne pas être né” : l’accompagnement en psychomotricité du processus d’individuation auprès d’un enfant en défaut d’enveloppe psychocorporelle

Fanny Prosper

► To cite this version:

Fanny Prosper. ”Il semble ne pas être né” : l’accompagnement en psychomotricité du processus d’individuation auprès d’un enfant en défaut d’enveloppe psychocorporelle. *Psychologie*. 2023. dumas-04319214

HAL Id: dumas-04319214

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04319214v1>

Submitted on 2 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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé - Institut des sciences de la
Réadaptation

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
Psychomotricien



« Il semble ne pas être né » :
L'accompagnement en psychomotricité du
processus d'individuation auprès d'un enfant
en défaut d'enveloppe psychocorporelle.



PROSPER Fanny

Née le 22/03/2001 à Papeete (987)

Juin 2023

Directeur de mémoire : GUILLOU-GARY Baptiste

Remerciements :

Je souhaiterais remercier :

Baptiste Guillou-Gary, directeur de mémoire, pour son accompagnement, ses conseils tout au long de la rédaction et pour sa bienveillance.

Aurélia, ma maitre de stage, qui m'a accompagnée tout au long de cette année et qui m'a partagé son expérience.

Toutes mes maitres de stage qui m'ont accueillie sur leur lieu de travail et qui ont contribué à faire de moi la psychomotricienne que je deviendrai et qui m'ont partagé leur passion pour ce métier.

Mes amies de l'IFP, Berthe et Eline, pour tous les bons moments passés avec vous, nos partages, nos échanges et votre soutien infaillible durant ces trois années.

Ma famille, principalement ma Maman qui m'a épaulé, aidé, encouragé et bien plus encore... et Annie qui a été une relectrice assidue lors de la rédaction de ce mémoire.

L'équipe pédagogique et administrative de l'IFP de Bordeaux.

Sommaire :

Remerciements.....	2
Sommaire.....	3
Introduction.....	4
Partie I – La construction d’une enveloppe psychocorporelle pour être un soi individué.....	6
I- La notion d’enveloppe.....	6
II- La construction d’une enveloppe psychocorporelle dans le développement de l’enfant.....	7
III- En marche vers une individuation.....	26
IV- L’individu entouré de différentes enveloppes.....	32
Partie II - Enveloppe défaillante ? Ses conséquences sur le développement du Soi de l’enfant et sur le processus d’individuation.....	37
I- Qu’est-ce qu’une enveloppe défaillante ?.....	37
II- Le traumatisme de la naissance.....	46
III- L’enveloppe psychocorporelle chez un enfant porteur de Trouble du Spectre de l’Autisme.....	55
IV- Les conséquences sur l’individuation.....	57
Partie III – Du côté de la clinique.....	60
I- Présentation de l’institution.....	60
II- Présentation de Jean.....	66
III- La prise en charge en psychomotricité.....	70
IV- Evolution de Jean dans d’autre cadre.....	79
Conclusion.....	82
Bibliographie.....	83
Annexes.....	88
Table des matières.....	90

Introduction :

Lors de ma deuxième année de formation, j'ai réalisé des stages dans plusieurs lieux avec des populations différentes. J'ai d'abord suivi des enfants dans un service de pédopsychiatrie au sein d'un centre hospitalier, puis j'ai été accueillie dans un cabinet libéral et enfin j'ai travaillé auprès d'enfants polyhandicapés en Institution d'Education Motrice. Durant ces stages, la notion d'enveloppe psychocorporelle est revenue à plusieurs reprises et cela m'a questionné.

Je me souviens particulièrement d'une séance en psychomotricité lors de mon stage en pédopsychiatrie. Il s'agissait d'une prise en charge en pataugeoire de Louis, un petit garçon de 3 ans. Louis présentait beaucoup de stéréotypies et il nous était très difficile d'entrer en relation avec lui. Lors d'une séance, le psychomotricien avait eu l'idée de l'envelopper dans un drap. Ainsi enveloppé, contenu par le tissu, entouré d'eau, et rassuré de notre présence Louis s'est peu à peu ouvert à nous et nous avons pu créer un lien avec lui. Il m'a semblé que la contenance de ce dispositif ait permis à Louis de retrouver une enveloppe sécurisante pour pouvoir entrer en relation avec autrui. Cela a attisé ma curiosité et des questionnements en ont découlé : *Qu'est-ce qu'une enveloppe psychocorporelle ? Comment s'élabore-t-elle ? Peut-elle être défaillante et, si oui, qu'elles en sont les conséquences ?*

Pour ma troisième année de formation, j'ai réalisé mon stage dans une tout autre structure : un Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP). J'ai choisi d'être dans cet institut car je voulais approfondir mes questionnements sur les enveloppes. En effet les pathologies, des enfants que j'ai pu rencontrer, semblent très en lien avec une « défaillance » de l'enveloppe psychocorporelle. Au cours de ce stage, des réflexions autour de la notion d'individuation, de son articulation avec l'enveloppe psychocorporelle et des liens avec la psychomotricité ont porté toute mon attention.

En effet, lors de l'entretien avec la psychomotricienne, qui deviendra par la suite ma maitre de stage, le cas d'un patient m'a été évoqué. Elle m'a parlé d'un enfant, qui, selon ses mots, « ne semblait pas être né ». Cela m'a beaucoup interrogé car *comment un enfant qui est physiquement né ne semblerait pas né ?*

Ce n'est que lorsque nous avons pris en charge cet enfant que j'ai compris ce que voulait me dire la psychomotricienne. En effet, physiquement ce petit garçon était présent

mais il ne s'investissait absolument pas en tant qu'individu à part entière. Cela m'a poussé à me demander : *Qu'est-ce que l'individuation ? Comment se construit-elle ? Aurait-elle un lien avec l'enveloppe psychocorporelle ?*

Tout ce questionnement a abouti à une question principale :

La psychomotricité peut-elle étayer le processus d'individuation en soutenant la construction de l'enveloppe psychocorporelle ?

De ces réflexions émergent plusieurs hypothèses :

L'enveloppe psychocorporelle serait garante de l'unité du Soi et donc d'un sentiment d'être un individu à part entière. Elle amènerait le sujet vers un vécu psychocorporel contenant, sécurisant et unifié qui permettrait au processus d'individuation de s'élaborer.

Une défaillance dans les fonctions de l'enveloppe psychocorporelle altèrerait le processus d'individuation.

La prise en charge en psychomotricité permettrait d'étayer la construction de l'enveloppe psychocorporelle par son aspect contenant sécurisant et par la relation au travers d'une médiation. Cela soutiendrait le processus d'individuation.

Pour répondre à ma problématique, mon mémoire se construit en trois parties :

Dans la première partie j'évoquerai le concept de l'enveloppe psychocorporelle, son élaboration chez le sujet sain et la présence d'enveloppe externe à ce dernier. Je ferai le lien avec la notion d'individuation et préciserai sa construction au cours du développement.

Pour ma deuxième partie, je traiterai des défaillances des fonctions de l'enveloppe psychocorporelle et leurs conséquences, les causes possibles de ces défaillances par rapport à mon cas clinique et enfin son impact sur l'individuation de l'enfant.

En troisième partie, je présenterai le cas clinique que j'ai rencontré lors de ce stage et qui m'évoque particulièrement cette articulation entre enveloppe psychocorporelle, individuation et psychomotricité.

Avant tout, je souhaite préciser que certains des termes utilisés dans mon écrit tel que le mot « mère » sont en lien avec l'histoire des courants théoriques et que ces réflexions doivent s'actualiser avec l'évolution sociale des pratiques parentales. Je n'oublie pas le rôle indéniable du père ou des substituts parentaux dans le développement de l'enfant.

Partie I – La construction d'une enveloppe psychocorporelle

pour être un soi individué

I- La notion d'enveloppe

1) Qu'est-ce qu'une enveloppe ?

Selon le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), le mot *enveloppe* provient du mot *envelopper* qui correspond à l'action de couvrir en entourant. Ainsi *l'enveloppe* « désigne une matière ou un objet souple s'adaptant à la forme de l'objet » (CNRTL, 2012). C'est ce que D. Houzel appelle l'enveloppe préformée. Pour lui, l'enveloppe peut être préformée pour recevoir les objets qu'elle contient comme une enveloppe postale qui est préformée pour accueillir un document. L'enveloppe n'est, ici, pas constitutive de l'objet contenu c'est-à-dire qu'elle ne fait pas partie de l'objet qu'elle contient.

L'enveloppe peut aussi être constitutive de l'objet. Elle devient alors « ce qui couvre naturellement quelque chose, partie externe, protectrice de quelque chose. » (CNRTL, 2012). Elle constitue l'apparence extérieure de l'objet. Je fais le parallèle entre cette définition et celle de D. Houzel qui dit que l'enveloppe peut aussi parfaitement s'ajuster à son contenu jusqu'à en être une couche différenciée. Il prend alors l'exemple de l'enveloppe cutanée : ce *revêtement cutané* est à la fois « une partie différenciée de l'espace et de ce qu'il contient » (Houzel, 2010, p. 10). La structure délimitante et contenante est alors produite par l'objet lui-même qu'elle délimite et contient.

L'enveloppe est donc ce qui entoure, ce qui couvre quelqu'un ou quelque chose en lui constituant une partie externe pour le protéger ou pour lui créer une apparence. Elle entoure et clôt un espace, et de ce fait, elle contient ce qui s'y trouve. Elle délimite alors un espace

intérieur (un dedans) et un espace extérieur (un dehors). Elle est également une frontière qui filtre les informations et une protection.

2) L'enveloppe psychocorporelle

Dans la littérature, nous retrouvons deux notions d'enveloppe présentes chez chaque individu : l'enveloppe corporelle et l'enveloppe psychique. Ces deux notions sont souvent, en théorie, dissociées mais elles sont, dans la réalité, en interaction et en co-construction permanente. En effet, comme je le développerai par la suite, l'intériorisation de l'enveloppe corporelle comme contenant de l'organisme physique va permettre l'élaboration d'une enveloppe psychique qui contient la psyché. La co-construction de ces deux espaces amène alors à la notion d'*enveloppe psychocorporelle*.

L'enveloppe psychocorporelle peut être imaginée comme une membrane dynamique qui maintient ensemble les différentes parties du corps mais aussi les sensations, les représentations, les affects et les pensées. Cette enveloppe délimite un monde interne (un dedans) et un monde externe (un dehors) en assurant une fonction contenante unifiante et sécurisante permettant un sentiment d'unité d'être, de soi. Ainsi, elle marque la différence entre le soi et le non soi et donne accès à la conscience de soi, à l'individuation et au sentiment d'identité propre. Elle se construit, se modifie, se transforme tout au long du développement et amène le sujet à s'ouvrir à l'environnement, à l'autre et à agir en tant qu'individu.

II- **La construction d'une enveloppe psychocorporelle dans le développement de l'enfant**

1) De la vie intra utérine aux premières interactions

1.1) L'enveloppe utérine

La première sensation d'enveloppe trouve son origine dans la vie fœtale. Le fœtus passe neuf mois dans l'univers chaud, fermé et protégé du ventre maternel où il flotte dans le liquide amniotique. Cette cavité utérine lui assure un premier espace contenant et sécurisant : *l'enveloppe utérine*, « Une première peau » comme le disait D. Anzieu (Pinelli & Sanejouand, 2010, p. 33). Selon RA. Rueger, « Le stade utérin nous procure l'étreinte la plus complète qu'il soit » (Dubertrand, 2020, p. 15).

Ce premier espace offre une certaine continuité et constance au fœtus, il comble tous ses besoins et le protège des agressions extérieures. A l'intérieur de cet espace sécurisant, le fœtus va se développer et parallèlement à l'apparition des systèmes sensoriels, il va intégrer différents vécus sensoriels et corporels qui constitueront une part de sa mémoire non consciente. Cela lui permet déjà de construire des prémices d'enveloppe corporelle.

Au-delà du lien anatomique qui relie la mère à son enfant lors de la grossesse, le fœtus est en constante interaction avec sa mère. Vers le 5^{ème} mois de grossesse, la mère ressent les mouvements de son bébé. Celui-ci devient acteur des échanges avec son environnement. Il va, par exemple se coller là où le ventre est touché. Comme A. Pinelli le décrit, l'enfant « vibre donc au seul diapason de la voix de sa mère, partage de façon intime la moindre de ses émotions » (Pinelli & Sanejouand, 2010, p. 34). Ces échanges engendrent chez la mère un investissement psychique particulier. L'enfant qui va naître, est investi psychiquement par la mère et par son entourage dans une image fantasmée et idéalisée. Le bébé est enveloppé, déjà avant de naître par cet imaginaire créé par ses parents. C'est la base d'un attachement précoce.

Chez le fœtus, des prémices de conscience apparaîtraient déjà à ce stade. Selon D. Anzieu, l'enveloppe utérine correspond à « l'émergence de la conscience et à l'ébauche d'un système perception-conscience » (Anzieu, 1995, p. 272). Autrement dit, la fonction de contenance physique qu'assure l'utérus fournirait une matrice de contenant psychique. Le fœtus intérioriserait cette fonction par le biais de son système perceptif. Ainsi, l'utérus serait vécu comme « le sac qui maintient ensemble des fragments de conscience » (Anzieu, 1995, p. 272).

Ainsi, des prémices d'une enveloppe psychocorporelle s'observent déjà au stade intra utérin avec l'intégration d'un vécu corporel lors de la mise en place des systèmes sensoriels et par des ébauches de contenance psychique.

1.2) La naissance

Dans les instants de la mise au monde, les contractions et le passage étroit du col de l'utérus stimulent la peau du bébé en moulant toute la surface de son corps. Cela participe activement aux sensations de contenance, d'enveloppe corporelle et donne une première

expérience de la forme, de l'unité corporelle. Selon G. Haag, cette expérience de l'accouchement serait vécue par l'enfant comme une expérience de démoulage sensoriel. L'enfant aurait alors une sensation archaïque de première forme.

La naissance est un bouleversement pour le nourrisson. Elle provoque une rupture avec le passage d'un milieu aquatique, chaud, contenant et continu à un milieu aérien, froid, discontinu et potentiellement menaçant. Les zones de contact entre son corps et l'environnement changent. Le bébé est directement exposé aux stimulations sensorielles (fortes lumières, forts sons, air dans les poumons...). Il fait également la première expérience de la pesanteur qui l'écrase sous sa force et qui le place en hyperextension. L'hypertonie des membres lui permettra de se rassembler en position fœtale afin de retrouver une position de repli connue et sécurisante.

Le bébé, en passant de la vie utérine au monde extérieur, perd cette sensation d'enveloppe et se trouve confronté à de nouvelles expériences sensorielles et gravitaires. Cet inconnu est source d'angoisses corporelles qui sont normales chez le nourrisson puisqu'il n'a pas encore intégré la sécurité de ses propres limites corporelles. Pour s'apaiser et se construire, il aura besoin de la présence sécurisante de sa mère afin de retrouver cette expérience d'être contenu.

1.3) L'enveloppe maternante

Le petit d'Homme vient au monde néoténique avec des compétences encore immatures. Comme le dit Winnicott dans sa célèbre citation : « un bébé seul n'existe pas », le bébé ne peut survivre seul et a besoin de ses figures parentales afin de pouvoir se développer.

La figure maternelle va alors pallier, par les soins, cette immaturité en constituant autour du nourrisson une enveloppe faite de sensations et de gestes. Cette « enveloppe maternante » (Anzieu, 1995, p. 272) est alors plus active et plus unifiante que l'enveloppe utérine.

Le lien mère-bébé est primordial dans la construction de l'enveloppe psychocorporelle du bébé puis de l'individu. D.W. Winnicott aborde la particularité de ce lien par les concepts de « préoccupation maternelle primaire » et de « mère suffisamment bonne ». Pour lui, une

« mère suffisamment bonne » (*good enough mother*) correspond à une mère dévouée à son enfant et capable de répondre à ses différents besoins.

Selon l'auteur, dans les semaines qui suivent l'accouchement, la mère se trouve dans un état d'empathie et d'hypersensibilité biologique qu'il nomme la « préoccupation maternelle primaire ». La mère s'identifie à son bébé, elle est en symbiose avec lui. Elle est centrée sur les besoins de son enfant : elle s'y adapte et y répond de manière sensible. La mère renonce également pendant ce temps à ses propres intérêts et réalise des soins constants suffisamment bons.

Dans cette relation dyadique mère-bébé, D.W. Winnicott évoque deux notions importantes qui permettent de construire l'identité et l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant : le holding et le handling.

- Le **holding** est la « manière dont l'enfant est porté » (Winnicott, 1975, p. 204). Il correspond au portage physique et psychique du bébé par la mère. Ils permettent de contenir les angoisses à la fois sur le plan corporel et psychique. Il tient compte des différentes sensibilités sensorielles de l'enfant (tactile, auditive, visuelle, olfactive, vestibulaire)
- Le **handling** est la « manière dont il [l'enfant] est traité, manipulé » (Winnicott, 1975, p. 204). Il correspond aux *maniements* du bébé lors des temps de toilettes, de changes, ou dans les contacts affectueux.

Dans sa notion de Holding, D.W. Winnicott évoque le portage. Je mets, ici, en parallèle cette notion avec celle du dialogue tonico-émotionnelle décrit par J. De Ajuriaguerra. Il s'appuie sur le dialogue tonique de H. Wallon qui désigne des échanges toniques entre la mère et le bébé lorsque que celui-ci est porté, tenu. J. De Ajuriaguerra ajoute à ce dialogue la notion de transmission émotionnelle à travers le tonus musculaire. Il s'agit d'un véritable outil de communication entre les deux partenaires. Les capacités d'écoute et d'accordage maternel corporel permettent à l'enfant de sentir son corps comme étant rassemblé et unifié. Cela favorise l'émergence de l'enveloppe psychocorporelle. C. Potel rajoute également à propos de ce contact de peau à peau, que c'est dans ce lien corporel entre la mère et l'enfant que se constitue la « capacité pour l'enfant de se contenir lui-même, c'est-à-dire d'accéder à la notion d'intérieure et de différenciation entre soi et la mère, chacun étant contenu par sa peau

respective » (Potel, 2009, p. 34). Le dialogue tonico-émotionnel a donc une double fonction, celle de faire ressentir au bébé son enveloppe corporelle par le toucher, les caresses, le portage, et celle d'offrir à l'enfant un moyen de se contenir de lui-même et de se différencier.

Une autre fonction de la figure maternelle a été évoquée par W. Bion. Il a élaboré une théorie autour du système de pensée qui se joue dans la dyade mère-bébé. Pour lui, la pensée des individus est divisée en deux :

- Les **éléments alpha** qui sont des impressions sensorielles assimilées et organisées dans l'appareil psychique et qui permettent les représentations.
- Les **éléments bêta** qui sont des impressions sensorielles non assimilées par l'appareil psychique. Ils sont toxiques pour le bébé.

Le bébé est en proie à des sensations qu'il ne peut assimiler seul. Il a besoin, lors de ses expériences d'un objet contenant afin de le détoxifier. L'appareil psychique du bébé étant immature à la naissance, la mère va prendre le relais en prêtant son appareil psychique mature. La Mère (l'objet contenant) va donc recevoir ces éprouvés bruts et non élaborés (éléments bêta) et va les transformer en éléments plus disponibles et assimilables psychiquement (éléments alpha) pour le bébé. Ainsi, cela permet à l'enfant « d'établir une différence entre réalité intérieure et réalité extérieure et de développer la capacité de discerner et de penser » (Bronstein, 2012, p. 770). La mère alimente la vie psychique de son enfant en donnant un sens à ses vécus et en contenant ses angoisses. Ce processus se passe par la mise en mot des vécus corporels de l'enfant. Ce sont les prémices de l'activité de pensée du nourrisson.

Dans cette enveloppe maternante, une place importante doit être faite au regard entre la mère et son enfant. Ces interactions visuelles concernent le dialogue qui s'établit d'œil à œil. C'est un mode de communication privilégié dans cette dyade. Selon D.W. Winnicott, le visage de la mère et plus particulièrement son regard joue le rôle de miroir : « La mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation direct avec ce qu'elle voit » (Winnicott, 1975, p. 205). L'enfant ne perçoit pas le reflet de lui-même mais le reflet de son être vu et compris par l'autre. Le rôle miroir du regard est précurseur du stade du miroir de Lacan et

permet la construction de l'image de soi chez le nourrisson. C'est dans cette relation à l'autre que l'enfant va se différencier et trouver ses limites.

In fine, l'enveloppe maternante est essentielle dans la construction de l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant. Elle fait office de « seconde peau » (Pinelli & Sanejouand, 2010, p. 36) unifiante, contenante et protectrice qui va permettre au nourrisson de développer son psychisme et de se représenter lui-même. Elle vient éveiller chez le bébé le *sentiment continu d'exister* qui participe au *sentiment de sécurité de base* dont l'enfant a besoin pour pouvoir se détacher et s'individualiser. Ces sentiments sont tous deux des bases pour le développement harmonieux de l'enfant.

L'enveloppe maternante vient entourer et étayer le bébé pour qu'il puisse lui-même développer sa propre enveloppe corporelle et psychique.

2) De la peau à l'enveloppe corporelle : un premier sentiment d'unité

2.1) La peau physique

Par enveloppe corporelle, j'entends l'enveloppe cutanée : la peau, mais également tout ce qui concerne les interactions entre soi et les autres car l'enfant prend progressivement conscience de sa peau dans les interactions avec son environnement. En effet, comme le dit C. Potel « la notion de corps fait avant tout référence au rapport de soi avec soi-même, autant celle de l'enveloppe corporelle concerne le rapport entre soi et l'autre » (Potel, 2009, p. 33).

La peau est le seul organe qui recouvre en quasi-totalité notre corps. Le seul organe qui est à la fois interne et externe. La peau maintient les organes, les muscles, les os ensemble pour donner notre apparence d'être humain. Selon E. Pireyre, la peau nous revêt, elle limite notre corps. Elle garantit ainsi l'intégrité du corps.

Elle est constituée de trois couches (Pireyre, 2021b) :

- L'**épiderme** qui est la partie la plus superficielle, celle qui est visible. Elle est constituée de cellules appelées kératinocytes.
- Le **derme** est constitué de collagène et d'élastine qui donne toute la tonicité et l'élasticité à la peau
- L'**hypoderme** est la couche la plus profonde. Elle est constituée d'adipocytes permettant une isolation thermique.

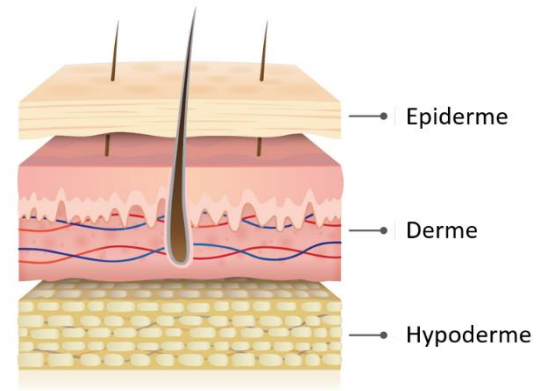


Image 1

Ainsi, la peau limite le corps et lui donne son apparence, mais elle possède également d'autres fonctions (Pireyre, 2021b, p. 63) :

- Une fonction de **barrière protectrice** efficace qui protège des agressions extérieures, des corps étrangers et des attaques infectieuses
- Une fonction de **régénération** : en condition normale ou après une agression, la peau est capable de cicatriser.
- Une fonction de **thermorégulation**.
- Une fonction **sensorielle et relationnelle** : la peau est un organe sensoriel très important qui possède de nombreux récepteurs sensitifs. Elle permet l'exploration de l'environnement par le toucher, cela est très important pour le développement sensori-moteur de l'enfant. C'est aussi le premier canal de communication avec autrui.
- Fonction **de filtrage** : la peau est imperméable à certaines substances grâce aux kératinocytes, cependant certaines substances arrivent à traverser cette barrière.

S. Robert-Ouvray, envisage l'enveloppe corporelle comme une enveloppe fermée par des sphincters. Progressivement, grâce à la maturation à la fois neurologique, psychomotrice et psycho-affective, les sphincters vont être soumis à un contrôle volontaire de leur ouverture et fermeture. Cela pose donc la question de se sentir, contenant et de garder volontairement à l'intérieur ou bien de laisser partir sortir ce qu'il y a à l'intérieur vers l'extérieur. L'enveloppe corporelle peut être vécue comme fragile et mal clôturée donnant ainsi sensation d'une

enveloppe corporelle *passoire*, non-étanche et non contenante amenant alors l'angoisse à se vider.

L'enveloppe corporelle est une enveloppe importante pour la construction de l'individu. Elle est un point d'ancrage, une base sur laquelle l'individu peut s'appuyer. L'enveloppe corporelle se construit dès la vie intra-utérine et se développe progressivement durant la vie.

2.2) Les enveloppes sensorielles

La sensorialité est fondamentale dans le développement psychomoteur de l'enfant. Elle est présente tout au long de la vie. Elle est le soubassement des apprentissages, de la perception de soi, de la possibilité d'action sur le monde ainsi que des interactions avec autrui.

La sensorialité est une base pour la construction de l'enveloppe psychocorporelle : elle favorise la conscience corporelle. Elle est formée de différents types d'enveloppes sensorielles que je vais vous exposer.

2.2.1) L'enveloppe tactile

Le toucher, le tact est le premier sens qui apparaît dans l'embryogénèse aux alentours de la septième semaine de gestation, c'est également le dernier sens présent chez la personne âgée. Le petit d'Homme a donc très tôt de premières expériences tactiles sur sa peau.

Durant son développement, l'enfant va multiplier les expériences tactiles : dans la vie intra utérine, au moment de la naissance, dans les contacts de corps à corps, de peau à peau avec ses parents (*holding* et *handling* notamment) puis avec le monde extérieur. Toutes ces expériences vont constituer une enveloppe tactile qui va favoriser l'émergence de son enveloppe corporelle et de la prise de conscience de ses limites. Elles permettent également de structurer l'environnement par la « fonction d'analyse, d'équilibration, de spatialisation et de consolidation du schéma corporel » (Scialom et al., 2015, p. 98). Le toucher favorise les coordinations sensori-motrices du bébé et l'accordage tonique.

L'intériorisation de cette enveloppe va participer, par la suite, à l'élaboration des représentations du corps et d'une certaine enveloppe psychique. D. Anzieu théorise ce processus par la notion de *Moi-Peau* que je développerai dans une prochaine partie. Selon lui,

« l'enveloppe cutanée qui fonde le Moi-peau est structurellement la plus importante, mais elle n'exclut pas d'autres types d'enveloppes s'étayant sur d'autres modalités sensorielles ou sur d'autres fonctions (enveloppe du rêve, de mémoire...) » (Anzieu, 1995, p. 9)

2.2.2) L'enveloppe olfactive et gustative

En même temps qu'apparaissent les récepteurs tactiles, les récepteurs olfactifs et gustatifs se développent. Le liquide amniotique se trouve coloré par les préférences alimentaires de la mère. L'olfaction permettra au bébé, après la naissance, de reconnaître l'odeur de celle-ci et celle du lait maternel. Cette odeur familière lui sera également contenante et synonyme de sécurité. La mère reconnaît également l'odeur de son bébé. Plus tard, l'enfant aura tendance à préférer les aliments que la mère a mangé lors de sa grossesse ou de l'allaitement car ce seront des goûts et des odeurs qui lui seront connus.

2.2.3) L'enveloppe sonore

Les récepteurs auditifs sont formés et sont fonctionnels dès la vingtième semaine d'aménorrhée. Grâce à plusieurs études, on sait que le fœtus entend : il réagit par une augmentation du rythme cardiaque et des mouvements globaux lorsqu'il y a une stimulation acoustique. Le bébé reconnaît également, à la naissance, la voix de sa mère, la prosodie de la langue et il est capable de différencier certaine syllabe. (Scialom et al., 2015, p. 99).

Le fœtus est ainsi plongé dans un univers très sonore où il perçoit les bruits physiologiques internes de sa mère : les battements cardiaques, la circulation sanguine, les bruits intestinaux... Il perçoit aussi, au travers de la paroi utérine, les sons extérieurs tels que la voix de ses parents, la musique, les bruits... Tous ces sons vont constituer une enveloppe sonore sécurisante pour l'enfant. Le bébé préférera un environnement sonore connu plutôt qu'un environnement silencieux source d'angoisses.

Cette enveloppe sonore est très importante pour le développement relationnel du bébé. Selon D. Anzieu, les sons produits par l'environnement familial du bébé favorisent chez lui un sentiment de contenance, de continuité et de protection. Il permet également l'émergence des premières communications sonores.

Tout comme pour Winnicott pour qui le visage maternel joue le rôle d'un miroir, D. Anzieu met en évidence l'existence d'un « miroir sonore » (Anzieu, 1995, p. 184). La mère met

en mot ce qu'elle perçoit de son enfant et celui-ci se sent entendu et compris en tant que sujet. Ce rôle miroir permet au bébé de symboliser ses vécus corporels.

Le son participe également à la structuration du Moi et du non-Moi. En effet, grâce à l'expérimentation de sa zone orale, le bébé va distinguer les sons qui proviennent de lui de ceux qui proviennent de l'extérieur. Ainsi, des premières limites du Moi s'élaborent. L'exploration sonore de la cavité buccale servira au développement de la parole.

L'enveloppe sonore possède donc une fonction de pare-excitation protégeant ainsi des sons intrusifs. Elle est une interface entre le dedans et le dehors qui assure une contenance et une sécurité permettant une élaboration des vécus corporels.

2.2.4) L'enveloppe visuelle

Le système sensoriel visuel est immature à la naissance. Il apparaît dès la quatorzième semaine d'aménorrhée et continue à se développer au-delà de la naissance car la myélinisation des neurones n'est pas encore achevée. (Scialom et al., 2015, p. 98). Le bébé peut diriger son regard vers un point mais n'accommodera pas avant l'âge de quatre mois. Il est tout de même capable, dès sa naissance, d'accrocher le regard de sa mère lorsque son visage est placé à vingt centimètres du sien ce qui favorise les interactions précoces. Il s'agit également de la distance entre les deux visages lors de la tétée. Cet accrochage visuel est important car il est, pour le bébé, un objet rassurant et sécurisant. Le regard est également important car c'est un canal de communication par lequel la mère va pouvoir échanger avec son enfant et où celui-ci va se sentir investi en tant que sujet.

2.3) Le tonus : une enveloppe psychotonique

Le tonus est ce qui rend vivant notre squelette, notre corps. C'est un état de tension permanent, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions ou réflexes. Au niveau musculaire, le tonus du muscle correspond à la réaction ou la sensibilité de ce dernier à son propre étirement (Scialom et al., 2015, p. 161). C'est la toile de fond du mouvement et des affects. Le tonus « constitue le fondement même de la posture, du

mouvement et des dynamiques d'interaction avec l'environnement et se trouve en cela au carrefour du psychique et du somatique » (Scialom et al., 2015, p. 161).

Le tonus varie selon deux extrêmes : l'hypertonie qui est une augmentation du tonus avec une plus grande résistance à l'étirement, et son contraire, l'hypotonie avec une diminution du tonus et une moindre résistance. Elles sont liées à la maturation neurologique ainsi qu'aux expériences motrices, sensorielles, relationnelles et émotionnelles.

2.3.1) Le développement du tonus

Cette bipolarité va s'observer surtout dans la première année de vie. De la naissance jusqu'à son sixième mois, l'enfant va présenter une hypertonie périphérique, et une hypotonie axiale, lui permettant de pouvoir mettre ses mains à sa bouche et de prendre conscience du haut de son corps. S'ensuit une période d'équilibration entre ces deux extrêmes où l'enfant pourra faire l'expérience de la position assise. Progressivement le rapport s'inverse du fait d'une réduction de la tonicité des fléchisseurs des membres. L'hypertonie devient donc axiale et l'hypotonie devient périphérique permettant à l'enfant d'investir la partie inférieure de son corps. Une seconde phase d'équilibration survient après pour aboutir à une tonicité homogène. Au cours de la vie, le tonus va également varier, selon l'histoire de vie de chacun et donner ainsi des tendances posturales propres à chacun, faisant partie de leur identité.

Ces variations d'états toniques peuvent également être consécutives à certains comportements ou ressentis tels que l'excitation, la frustration ou à contrario la satiété, le câlinage (« bordage émotionnel » (Scialom et al., 2015, p. 169)...). L'enfant est dépendant, à ce stade, de ses parents et de leurs rôles de pare-excitation afin de se réguler puis progressivement de « s'autocontrôler pour vivre la frustration et l'absence du bon objet sans effondrement ni éclatement » (Scialom et al., 2015, p. 169).

Lorsque l'une de ses deux polarités tend à être permanente, généralisée et sans possibles ajustements, l'état tonique peut être considéré comme pathologique, issu d'une maladie ou d'un trouble (neurologique, psycho-affectif...). On peut alors observer chez ces patients un déficit du tonus axial, une difficulté de régulation tonique qui peuvent engendrer des conséquences sur la motricité globale et les coordinations.

2.3.2) Fonctions et rôles

Le tonus est la « trame-support de l'existence, dont les aspects fonctionnel et relationnel ne peuvent être dissociés » (Scialom et al., 2015, p. 172).

Au niveau fonctionnel, il existe trois niveaux toniques dont les rôles et les fonctions diffèrent :

- **Le tonus de base** ou de fond participe à la cohésion entre les différentes parties du corps en maintenant les segments entre eux.
- Le **tonus postural** correspond à « l'activité tonique minimale permettant le maintien des « mises en forme corporelles » (postures) et de leur équilibre » (Scialom et al., 2015, p. 173). Il est lié aux états de vigilance et d'éveil, ainsi qu'au psycho-affectif.
- Le **tonus d'action** est la base de la motricité globale et de la communication non-verbale. Il permet le mouvement dans l'espace.

Au niveau relationnel, le tonus possède plusieurs rôles :

- Dans **l'expressivité** : le tonus est fondamental dans l'organisation psychocorporelle de l'être humain : il permet la « modification de l'expressivité corporelle en fonction de la force musculaire qu'il exerce sur les muscles des postures et sur les muscles d'expression » (Scialom et al., 2015, p. 175). De ce fait, il est le support de la communication. En effet, « la tonicité se sent, se ressent, se transmet » (Scialom et al., 2015, p. 177) dans un véritable langage corporel (les mouvements, les postures, les mimiques, les états de tension ou de détente). Il nous informe de quelque chose sur l'état de la personne. C'est l'outil de communication privilégié par le bébé et qui s'observe tout au long de la vie. Ainsi, dans l'insatisfaction, le malaise, la colère ou l'excitation, l'individu sera dans un état d'hypertonie. Et au contraire, un état hypotonique se verrait dans de la détente, du bien-être, du réconfort ou alors dans la dépression et la détresse.
- Dans **l'émotionnel** : Le tonus soutient et interagit en permanence avec le système émotionnel. « Il est la chair de l'émotion » (Scialom et al., 2015, p. 175). Selon Wallon,

« les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire » (Scialom et al., 2015, p. 175).

Cette interrelation entre le tonus et le système émotionnel amène la notion de dialogue tonico-émotionnel entre la mère et l'enfant que j'ai évoqué précédemment. En psychomotricité, ce dialogue tonique est un outil thérapeutique important à base d'échanges toniques conscients ou inconscients, de verbalisation avec le patient, qui permet de « relancer le processus intégratif et de l'amener progressivement à la symbolisation de ses ressentis »(Scialom et al., 2015, p. 181).

2.3.3) L'enveloppe tonique

Chez le bébé, l'hypertonie joue un rôle d'enveloppe psychotonique qui contient à la fois le monde corporel et le monde psychique. Lors d'un état d'insatisfaction, cette enveloppe se resserre, se durcit et maintient en place les schèmes primitifs. L'hypertonie recentre ainsi le bébé sur son intériorité et ses ressentis corporels. Cela lui permettra d'analyser « le monde à partir de ses propres tensions, détente et sensations douces ou dures »(Giromini et al., 2022, p. 60). Cette hypertonie a également une fonction de pare-excitation afin d'éviter les angoisses d'éclatement et de morcellement.

E. Bick, considère l'enveloppe musculaire comme une *seconde peau* qui vient recréer une enveloppe sensorielle dans un lien sécurisant, rassurant et contenant d'un dedans qui tient lorsque la contenance de la peau est défaillante. Cela permet de contenir le Moi et de maintenir une unité corporelle (Ciccone & Lhopital, 2019, p. 375).

Néanmoins, si cette hypertonie est trop présente, l'enfant va se retrouver en hyperextension, les bras écartés, sans possibilité de s'enrouler sur son centre. La psychomotricité peut donc intervenir dans ces cas-là, de manière précoce afin d'éviter une désorganisation psychomotrice.

Le tonus soutient donc une véritable contenance du corps, un sentiment d'unité corporelle et d'individuation en favorisant un enroulement autour de son centre, de son intérieur. Elle favorise une « cohésion psychocorporelle »(Giromini et al., 2022, p. 59) et constitue « **l'enveloppe psychotonique** »(Giromini et al., 2022, p. 59). C'est un « moi tonique primitif, précurseur et soutien du Moi-Peau » (Giromini et al., 2022, p. 60)

Dans son lien avec la **proprioception**, le tonus participe à la perception des sensations internes du corps propre et de la conscience de soi, d'être une unité différenciée des autres individus. La proprioception, selon Berthoz (Scialom et al., 2015, p. 162) est un sens musculaire qui permet de percevoir son corps dans l'espace. Elle est fondamentale dans l'ajustement postural car elle permet un contrôle tonique des muscles et des positions des membres. Elle harmonise la contraction musculaire et entretient la connaissance de son corps.

Selon Damasio, la proprioception est l'une des « bases de l'ancrage organique de notre identité »(Scialom et al., 2015, p. 163). Elle met en place la certitude de l'existence de notre corps et ancre la conscience du sujet et de son intériorité.

Pour J. De Ajuriaguerra, le tonus, associé à la structure motrice et à la proprioception, permettent un premier sentiment de soi et soutiennent notre organisation corporelle et psychique. « Il sont à la base du sentiment de vivre inconscient et de la conscience de soi » (Scialom et al., 2015).

Ainsi, « *la psychomotricité postule que le psychisme de l'humain, dès la naissance, s'identifie, s'articule et se construit sur le modèle de l'architecture motrice osseuse et articulaire et la dynamique du tonus musculaire qui anime notre squelette en fonction de la maturation neurologique et des conditions relationnelles.* »(Giromini et al., 2022, p. 52)

Autrement dit, le psychisme de chaque individu s'étaye par les ressentis d'enveloppe corporelle et tonique.

3) Intériorisation de l'enveloppe corporelle en une enveloppe psychique

3.1) Le Moi-Peau de D. Anzieu

Par l'idée du Moi-Peau, D. Anzieu vient mettre au centre de sa théorie le lien entre le corps et l'esprit, entre le corporel et le psychisme qui jusque-là était négligé par la psychanalyse. Pour l'auteur, le Moi psychique s'étaye sur la sensorialité tactile et les fonctions de la peau. Ce qu'il appelle le Moi-corporel.

La peau possède, selon lui, trois fonctions :

- Une fonction de **contenante et unifiante** : « c'est le sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein » (Anzieu, 1995, p. 61)
- Une fonction de **limite** entre le dedans et le dehors
- Une fonction de **communication et de relation** avec autrui

Le Moi psychique va donc hériter des fonctions de la Peau la possibilité d'établir des **barrières** et de **filtrer** les échanges.

D. Anzieu définit alors le Moi-Peau comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques à partir de son expérience de la surface du corps »(Anzieu, 1995, p. 1). Autrement dit, à partir de ses expériences sensorielles (majoritairement tactiles), l'enfant va pouvoir se représenter à la fois comme contenant le psychisme mais également comme faisant partie de ce contenant, c'est-à-dire qu'il est à la fois contenant et contenu. A l'effigie de la peau qui est à la fois le contenant du corps mais qui fait également partie de celui-ci, donc du contenu.

Grâce à ses expériences, l'enfant va pouvoir distinguer de son enveloppe corporelle, une face interne et une face externe permettant la représentation d'un dedans et d'un dehors. Cela formera le premier sentiment d'unité psychocorporelle.

Pour l'auteur, il existe **huit fonctions** au Moi-Peau. Il relie ces fonctions aux fonctions plus physiologiques de la peau :

- La fonction de maintenance psychique : La peau est le soutien du squelette et des muscles. Cette fonction de maintenance est exercée par l'intériorisation du *holding* de D.W. Winnicott qui correspond à la façon dont la mère soutient le corps du bébé.
- La fonction de contenance : La peau « recouvre la surface entière du corps dans laquelle sont insérés tous les organes des sens externes » (Anzieu, 1995, p. 124). Cette fonction est principalement intériorisée grâce au *handling* maternel qui correspond à la façon dont la mère s'occupe de l'enfant. De la même façon que la peau enveloppe le corps, le Moi-Peau vient envelopper le psychisme.
- La fonction de pare-excitation : De même que l'épiderme protège les couches plus sensibles, le Moi-Peau sert de barrière protectrice contre les agressions extérieures.
- La fonction d'individuation de soi : « Le Moi-Peau assure une fonction d'individuation du Soi, qui apporte à celui-ci le sentiment d'être un être unique »(Anzieu, 1995, p. 126). A l'image de la peau qui par son aspect (couleur, texture...) rend chaque individu unique.
- La fonction d'inter-sensorialité : La peau est composée de cavité où se situe les organes sensoriels autres que ceux du toucher. « Le Moi-peau est une surface psychique qui

relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figure sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile »(Anzieu, 1995, p. 127). Elle aboutit à un *sens commun*.

- La fonction de soutien de l'excitation sexuelle : La peau du bébé se trouve investie libidinalement par la mère. Le contact peau à peau dans les soins et dans le nourrissage génère un plaisir qui prépare l'auto-érotisme. La peau devient donc la toile de fond aux plaisirs sexuels, des zones érogènes sont localisées et la différence des sexes est reconnue.
- La fonction de recharge libidinale : Le Moi-Peau répond par cette fonction à la stimulation sensorielle permanente de la peau par le maintien de la « tension énergétique interne et de sa répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques »(Anzieu, 1995, p. 128)
- La fonction d'inscription des traces sensorielles : « le Moi-peau est le parchemin originaire, qui conserve, à la manière d'un palimpseste, les brouillons raturés, grattés, surchargés, d'une écriture « originaire » préverbale faite de traces cutanées »(Anzieu, 1995, p. 128). Autrement dit, le Moi-peau mémorise les informations sensorielles extérieures envoyées par la peau.

Ainsi, les diverses fonctions de la peau, de l'enveloppe corporelle permettent l'élaboration d'une peau psychique.

3.2) La peau psychique de D. Houzel

D. Houzel définit l'enveloppe psychique comme une délimitation entre un monde intérieur et un monde extérieur (perceptif). Cette enveloppe psychique agit comme un filtre, une membrane perméable qui protège tout en permettant une certaine communication entre l'interne et l'externe.

Pour l'auteur, l'enveloppe psychique est régie par un processus dynamique. Ainsi, « Le psychisme construit lui-même sa propre enveloppe sous l'effet des forces qui l'animent de l'intérieur, ce qu'on appelle les pulsions [...], et au contact de la réalité extérieure et de ses contraintes »(Houzel, 2010, p. 23). Autrement dit, l'enveloppe n'est pas un contenant créé par l'extérieur pour contenir l'appareil psychique, comme une enveloppe postale qui

contiendrait un document, mais elle est formée par l'appareil psychique lui-même tout en étant en relation avec l'extérieur. L'enveloppe psychique est à la fois ce qui contient le psychisme mais elle fait également partie de ce contenu. Pour que cette enveloppe puisse accomplir ses fonctions, elle exige une certaine « stabilité structurelle » (Houzel, 2010, p. 14) c'est-à-dire que la forme de l'objet, de l'enveloppe reste dans une forme identique malgré les flux continus internes. Elle est opposée à la *stabilité simple*, qui est caractérisée par la fixité du lieu où se trouve l'objet.

D. Houzel conçoit l'enveloppe psychique en trois feuillets, à la différence de D. Anzieu où la peau psychique est considéré en double membrane. Ces feuillets correspondent à trois niveaux de stabilité psychique :

- La **pellicule** est un « effet des tensions superficielles de la dynamique pulsionnelle elle-même »(Houzel, 2010, p. 24). C'est un feuillet instable de l'enveloppe psychique qui ne peut se stabiliser que par la rencontre avec les objets extérieurs.

D. Houzel se rapproche de ce que Bion appelle la *réalisation* c'est-à-dire la rencontre avec l'objet satisfaisant, pour l'illustrer. Ainsi, ces manifestations pulsionnelles comportent des *préconceptions* de l'objet externe capable de les satisfaire. Si cet objet n'est pas présent au bon moment, alors la préconception est détruite, et la pellicule se déchire faisant vivre ainsi au bébé un vécu chaotique.

L'auteur vient également préciser que cet objet, n'est pas qu'un contenant au sens mécanique, c'est-à-dire un récipient. Il y a un lien important entre la fonction contenante de l'enveloppe psychique et la stabilité des pulsions du bébé.

- La **membrane** est « constituée par l'inscription sur la pellicule des traces des rencontres avec l'objet »(Houzel, 2010, p. 29). Autrement dit, lors de ces diverses rencontres avec les objets externes, la pellicule va se transformer en membrane et aboutir progressivement à l'émergence de l'enveloppe psychique et du sentiment d'habiter cette enveloppe.
- **L'habitat** correspond à une *stabilité simple*. Il permet la délimitation du soi et le sentiment d'identité. La stabilité ne vient plus de la forme et des processus psychiques

mais de l'espace où on habite. Ainsi, c'est le lieu, l'environnement où on habite qui doit être stable.

L'enveloppe psychique dépend de l'interaction entre les manifestations pulsionnelles internes et les échanges avec le monde extérieur. Elle a pour fonction de contenir l'appareil psychique dans un espace interne, évitant alors une dispersion du psychisme, tout en favorisant les échanges avec l'extérieur. Elle sert également de barrière protectrice, de limite, contre les agressions extérieures.

3.3) Du schéma corporel à l'image du corps

En psychomotricité, nous retrouvons ce même processus dans les notions de schéma corporel et d'image du corps.

Ces deux notions sont indissociables et constituent ensemble la notion de représentation du corps. La distinction entre schéma corporel et image du corps se basent sur deux systèmes différents : le *système de localisation* et le *système de perception des formes*.

Le schéma corporel serait un « système de localisation » (Scialom et al., 2015, p. 216) du corps qui permettrait de répondre aux questions : *Où ?* (Où sont les membres et où est la cible de l'action ?) et *Comment ?* (Comment utiliser mon corps pour réaliser un but ?). C'est un référentiel égocentrique qui permet de se représenter les différentes parties du corps à n'importe quel moment et dans n'importe quelle position (Bonandrini, 2014).

Le schéma corporel se développe en corrélation avec la maturation neurologique, les expériences sensorielles, motrices et relationnelles. Selon F. Dolto, il découle de l'équipement neurophysiologique et dépend de l'intégrité de l'organisme et des sens. Pour J. De Ajuriaguerra, le schéma corporel s'édifie sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles. Il serait une connaissance implicite du corps qui repose sur plusieurs éléments : nos limites dans l'espace, nos perceptions des différentes parties du corps et la connaissance des rapports spatiaux qu'elles entretiennent entre elles.

Pour F. Dolto, le « schéma corporel se structure par l'apprentissage et l'expérience » (Scialom et al., 2015, p. 226). Il est évolutif dans le temps et l'espace. J. De Ajuriaguerra évoque également que cette construction est sans cesse remaniée par les données du présent et celles du passé.

Le schéma corporel s'inscrit dans un cadre temporo-spatial où les actions prennent leurs significations. Dolto précise également que le schéma corporel est plus ou moins conscient et est commun à tout individu du même âge et évoluant dans des contextes comparables.

Le schéma corporel est la base de l'image du corps. C'est par l'intériorisation des vécus sensoriels, moteurs et relationnels qui constituent le schéma corporel que peut s'élaborer l'image du corps.

L'image du corps correspondrait au « système de perception des formes » (Scialom et al., 2015, p. 216). Elle répondrait à la question du : Quoi ? (Quel corps suis-je ? Quelles en sont les particularités ?). L'image du corps sert à identifier et reconnaître son corps. Elle regroupe donc les perceptions et les attitudes vis-à-vis de son corps propre qui s'exprimerait par des pensées ou des convictions.

Pour F. Dolto, « l'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire » (Pireyre, 2021a, p. 40) ainsi qu'aux expériences émotionnelles. Elle est donc subjective et serait une forme de mémoire inconsciente du corps en relation qui, croisé avec le schéma corporel, nous permettrait d'entrer en relation avec autrui.

Pour Dolto, l'image du corps est donc éminemment inconsciente. L'autrice distingue trois modalités de l'image du corps qui assure l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet :

- *L'image de base* : Elle permet au sujet de se sentir exister de façon continue comme une « mêmeté d'être » (Pireyre, 2021a, p. 42). Elle se rapproche du *sentiment continu d'exister* de Winnicott.
- *L'image fonctionnelle* : Elle est « l'image sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir » (Pireyre, 2021a, p. 42). Autrement dit, l'enfant cherche la satisfaction de ses besoins et désirs. L'image fonctionnelle est liée à l'identité.
- *L'image érogène* renvoie à l'identité sexuée.

Dolto précise également que « c'est bien parce que le corps est séparé des images du corps qu'il est la source de ces images » (Scialom et al., 2015, p. 226). Le corps n'est pas

appréhendé en image de manière innée. Jusqu'à l'âge de 6 mois, le corps apparaît au bébé comme morcelé. Les images qu'il en a sont labiles, liées aux sensations et aux émotions et ne passent pas par la représentation.

C'est entre 6 et 18 mois, lors du stade du miroir de J. Lacan que l'enfant va commencer à s'appréhender de manière unifiée. Ce stade est considéré comme fondamental dans la représentation globale de son corps. Il s'agit de « l'instant où l'enfant se met à « penser » son être corporel alors qu'il ne peut avoir conscience de son intégrité par le biais de son équipement sensori-moteur encore immature » (Scialom et al., 2015, p. 225). L'enfant devient capable d'identifier le reflet et d'y reconnaître son corps comme étant le sien, différencié d'autrui. Il prend ainsi conscience, par anticipation psychique, de l'unité de son corps, étayée verbalement par la parole de l'autre.

In fine, « Le schéma corporel est le corps dans sa dimension neurologique et l'image du corps est le corps dans sa dimension psychique » (Bonandrini, 2014).

L'enveloppe psychocorporelle s'élabore sur ces deux notions : le soma et la psyché. Elle est à la fois somatique, biologique : l'enveloppe corporelle se construit, s'intègre par le biais des sensations, des expériences motrices, sensorielles et relationnelles. Cette enveloppe corporelle favorise l'émergence du schéma corporel.

L'enveloppe psychocorporelle a également un versant psychique : l'enveloppe psychique s'étaye sur le corporel en symbolisant les vécus sensoriels. L'image du corps est la représentation que l'on se fait de notre corps. Elle trouve sa source dans le schéma corporel et est en interaction constante avec ce dernier.

L'enveloppe psychocorporelle s'élabore donc à partir des ressentis du schéma corporel, de la conscience de soi et de l'élaboration de l'image du corps pour une individuation progressive du sujet.

III- En marche vers une individuation

1) Qu'est-ce que l'individuation ?

De nombreux auteurs se sont penchés sur cette question. C. Jung, psychiatre, fut le premier à en donner une définition. Selon lui, l'individuation est « un processus de prise de conscience de l'individualité profonde » (CNRTL, 2012) c'est-à-dire qu'il s'agit de la « prise de conscience qu'on est distinct et différent des autres et l'idée qu'on est soi-même une

personne à part entière » (CNRTL, 2012). L'individuation est un processus dynamique important dans le développement de l'enfant lui permettant de se percevoir comme un être unique, singulier, distinct des autres et où il devient soi.

D'autres auteurs, tels que M. Mahler et D.W. Winnicott pensent le processus d'individuation comme un processus de séparation-individuation entre la mère et l'enfant. Pour eux, il est nécessaire à l'enfant de se séparer progressivement de sa mère afin de s'individualiser. Ce détachement est à la fois physique et psychique et entraîne, à son issue, la subjectivation, l'autonomie et l'indépendance du sujet.

Ainsi, en reprenant les théories de ces auteurs, je vais vous exposer le processus d'individuation sous trois phases : la fusion/dépendance, la construction du Soi et la séparation-individuation.

2) Le processus d'individuation

2.1) La fusion/dépendance

Le fœtus puis le nourrisson dépendent entièrement de la mère : le fœtus par l'utérus et le nourrisson par les soins maternel. Bien que la naissance marque la séparation entre un état de fusion complet et un état où les deux corps sont distincts, le nourrisson retrouve très vite cette relation fusionnelle avec sa mère par un contact corporel lors des soins maternels. Pour D.W Winnicott (Winnicott, 1970), il s'agit de la phase de dépendance absolue. Cet état fusionnel permet de combler le besoin vital d'être contenu, enveloppé qui répond aux angoisses liées à l'absence d'unité corporelle. En effet, l'enfant n'a aucunement conscience du monde extérieur et de sa mère.

M. Mahler, qui s'est intéressé au développement psycho-affectif de l'enfant, va plus loin que Winnicott en décrivant plusieurs phases dans la fusion.

Elle décrit, de la naissance à approximativement quatre semaines, une **phase autistique normale**. Selon elle, le nouveau-né serait dans un fonctionnement végétatif soutenu par un appareillage réflexe. L'enfant n'a pas conscience de sa mère : « le sein fait partie intégrante de lui-même et la mère est réduite à une sensation de chaleur qu'il éprouve » (Golse, 2015, p. 82). Il ne différencie pas ses tentatives d'apaisement des tensions

ni celles venant de sa mère. Il est d'ailleurs insensible aux stimuli externes. Cette phase serait comme une coquille hermétique qui maintiendrait les stimuli externes dehors et qui préserverait l'homéostasie biologique interne.

S'ensuit de cette phase autistique normale, la **phase symbiotique normale** qui commence à partir du deuxième mois et se termine vers le neuvième – douzième mois. Elle est marquée par la rupture de la coquille protectrice. L'enfant et sa mère vont constituer une unité duelle toute puissante à l'intérieur d'une frontière commune. On peut parler d'une *fusion psychosomatique toute puissante*. L'enfant va progressivement investir les sensations externes alors qu'il était, jusque-là, tourné vers les sensations internes. Dans les périodes de tensions ou de manque, l'enfant va prendre vaguement conscience de l'objet de satisfaction de ses besoins (sa mère) qu'il va investir de manière partielle. Il se représente et conçoit sa mère comme « unie à lui et séparée avec lui du monde extérieur par la *membrane symbiotique commune* » (Golse, 2015, p. 83). Il projette à l'extérieur de cette membrane les perceptions déplaisantes. La mère joue le rôle de Moi auxiliaire par le biais d'un soutien *suffisamment bon* et possède une fonction de pare excitation.

Cette capacité de soutien de la mère peut être rapprochée de la *préoccupation maternelle primaire* de D.W Winnicott. La mère se préoccupe essentiellement des soins de son bébé, elle satisfait de manière sensible ses besoins. Par la même occasion, elle fait émerger et protège le sentiment de continuité d'existence que développe le bébé. D.W. Winnicott le décrit comme une adaptation au processus de maturation. Cette adaptation est abandonnée progressivement au bout de quelques semaines, favorisant ainsi l'indépendance des deux partenaires.

2.2) La construction du Soi

L'appropriation psychocorporelle permet au jeune enfant de devenir acteur de sa vie au fur et à mesure de son développement psychomoteur.

Par le développement de ses capacités psychomotrices, affectives et relationnelles, il va prendre plaisir à expérimenter davantage, à se tourner vers le monde extérieur. Progressivement, étayé par son environnement familial, il va prendre conscience de sa peau, de ses propres limites corporelles par le dialogue tonico-émotionnel et les contacts physiques

avec le parent. Des premières représentations de lui-même et des autres vont apparaître avec la pensée que sa peau et celle de sa mère ne sont pas communes et que par conséquent, lui et elle, sont des êtres différenciés. Cela constitue une interface dedans/dehors qui participe au sentiment d'intégrité et d'unité psychocorporelle.

Tous ces processus où l'enfant va prendre conscience peu à peu du Soi/ Non-soi, de son individualité lui permettra de se détacher de sa mère afin de pouvoir pleinement jouir de cet état d'individu unique, autonome et indépendant.

C'est ce que M. Mahler appelle le processus de séparation – individuation. L'enfant, qui était enveloppé et étayé par sa mère car encore trop immature pour faire face au monde seul, va développer ses propres ressources internes afin de pouvoir être autonome et se séparer.

2.3) La séparation - individuation

Ainsi, M. Mahler décrit, à la suite de la phase symbiotique normale, le **processus de séparation-individuation** qu'elle divise en quatre étapes débutant en parallèle de la phase précédente. L'autrice précise qu'il s'agit d'un processus qui se réalise sous deux lignes de développement : l'une aboutissant à la séparation (distanciation et détachement avec la mère) et l'autre aboutissant à l'individualisation grâce au développement des fonctions autonomes (perception, cognition...). Elle ajoute qu'il y a une relation temporelle entre ces deux lignes de développement : la maturation physiologique, cognitive et affective doivent se produire en parallèle pour une individuation harmonieuse. L'environnement familial doit être disponible physiquement et émotionnellement afin de garantir au mieux le processus de séparation-individuation. Chaque enfant suit une voie unique de différenciation déterminée par l'interaction avec la mère.

La première étape de ce processus est la **phase de différenciation – développement du schéma corporel**. Elle se situe au point culminant de la phase symbiotique du quatrième au cinquième mois de l'enfant. A ce moment, le bébé investit l'environnement externe. Il s'agit d'un *premier déplacement d'investissement libidinal*. L'enfant prend plaisir à l'exploration tactile et visuelle. Durant cette période, les prémices du Moi corporel se construisent en rapport au corps de la mère et des débuts de différenciation apparaissent.

La deuxième phase se nomme : **les essais** (du neuvième au quinzième mois). C'est un *second déplacement d'investissement libidinal*. Il est concomitant au développement de la locomotion et des apprentissages. L'enfant explore des secteurs de plus en plus larges de l'environnement externe par le rampé, le quatre-pattes puis la marche. Il se sépare physiquement de sa mère mais cet éloignement est source d'angoisse quand il en prend conscience et il revient rapidement dans la sphère rassurante maternelle. Malgré l'attrait pour le monde extérieur, l'intérêt apporté à la mère reste prédominant. Il s'établit alors une distance optimale afin d'allier exploration et proximité maternelle.

La troisième phase est une **phase de rapprochement** (du quinzième au vingt-quatrième mois). Elle est caractérisée par la perte de sentiment de toute puissance, d'omnipotence de l'enfant qui le rend vulnérable et fragile. L'enfant investit de nouveau sa mère dont il a compris qu'elle était physiquement séparée de lui. L'enfant va, dans cette phase, osciller entre rapprochement et éloignement physique avec la mère, entre angoisse de séparation et angoisse de perte de l'objet d'amour. Les comportements de l'enfant sont d'abord marqués par son désir de partager ses découvertes avec sa mère en lui apportant ce qui le séduit et monopolise son attention. Avec le développement de ses capacités cognitives, l'enfant va élaborer des mécanismes de défenses contre ces angoisses tels que l'intériorisation du lien avec sa mère, l'identification, l'imitation et l'accès au symbolique par le jeu. L'avènement du langage va participer à la séparation - individuation de l'enfant. Il va pouvoir étendre sa sphère sociale.

L'autre devient d'une importance capitale pour l'enfant qui fait ainsi la différence entre soi et l'autre, entre ce qui est à lui et ce qui ne l'est pas. Cela conduit à la notion d'intersubjectivité. Il s'agit de la reconnaissance que soi et l'autre sont des personnes différentes. Le développement du langage participe fortement à cette notion, notamment l'emploi du *Je* lors du stade du miroir qui témoigne que l'enfant a pris conscience de sa subjectivité.

La quatrième et dernière étape, proposé par M. Mahler, correspond à **la permanence de l'objet libidinal et à la consolidation de l'individualité**. Elle débute aux environs de 24 mois et continue tout au long de la vie. Elle est caractérisée par le développement des fonctions cognitives et des acquisitions telle que la substitution de la communication corporelle par le

langage. L'enfant construit une représentation stable de son identité individuelle grâce à la structuration de sa corporalité (schéma corporel notamment) et de ses limites. L'identité sexuelle, qui a commencé à s'élaborer lors de la phase précédente, va se consolider. Cette étape se caractérise aussi par l'acquisition de la *permanence de l'objet libidinal*. Pour l'autrice, cela implique que l'enfant ait réalisé « l'unification du bon et du mauvais objet en une seule représentation psychique globale, après s'être débarrassé des angoisses » (Golse, 2015, p. 88). Ainsi, l'enfant peut, lorsque sa mère s'en va, poursuivre son jeu plutôt que de la suivre. Cela permet l'anticipation, l'attente de la satisfaction et la tolérance à la frustration.

D.W. Winnicott parle de phase de dépendance comme étant un « état où il est une unité, une personne complète, avec un intérieur et un extérieur, une personne vivant dans le corps, une personne plus ou moins délimitée par la peau » (Winnicott, 1970, p. 53). Il s'agit du moment où l'enfant fait la distinction entre sa mère et lui et par conséquent, entre le moi et le non-moi.

La mère a un rôle capital tout au long de ce processus : elle doit constamment trouver la distance optimale afin que l'enfant puisse se sentir en sécurité tout en explorant. Elle est également là pour l'encourager et lui donner les « poussées légères nécessaires à l'envol » (Golse, 2015, p. 88). Ainsi, l'enfant s'autonomise, d'abord dépendant de l'autre puis seulement du soutien qui l'aide à faire seul et enfin en faisant seul à sa façon.

Le père joue également un rôle important dans le processus de séparation – individuation. Il est pour M. Mahler un « chevalier à l'armure miroitante » (Noël & Cyr, 2009, p. 558) c'est-à-dire un père protecteur et facilitateur. Par sa position extérieure, il permet de soutenir son enfant en offrant une alternative à la relation symbiotique avec la mère. Il constitue ainsi la preuve qu'il est possible pour l'enfant d'entretenir une relation d'intimité avec sa mère tout en préservant sa propre autonomie. Selon D.W. Winnicott, le père est le contenant de la dyade mère/bébé. Il permet la liaison et la protection de ce lien. Il répond aux besoins pulsionnels de la mère et réduit son anxiété. Il est sujet et objet de gratification pour la mère. Pour l'enfant, cette fonction soutenante du père participe au développement du Moi. Il représente le *principe de réalité* : « il soutient un travail d'organisation, de différenciation et d'intégration pour que l'enfant puisse se libérer de sa mère » (Noël & Cyr, 2009, p. 559). Il

favorise ainsi le développement précoce de la personnalité de son enfant. Le père joue également un rôle dans l'identité de genre et l'autorégulation émotionnelle de l'enfant.

Ainsi, grâce au soutien de ses parents l'enfant va progressivement sortir construire sa propre enveloppe psychocorporelle qui permettra de se différencier de l'autre puis de s'individuer. D'abord dépendant de l'autre puis seulement du soutien de l'autre qui l'aide à faire seul et enfin en faisant seul à sa façon, il peut s'autonomiser.

IV- L'individu entouré de différentes enveloppes

L'enfant construit son enveloppe psychocorporelle en interrelation avec son environnement. Celui-ci constitue une enveloppe autour de lui afin qu'il puisse intérioriser une contenance et une sécurité nécessaire au développement du sentiment de sécurité interne et par conséquent de l'individuation. Je vais vous détailler ici quelques enveloppes qui participent à l'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant et favorise ainsi le processus d'individuation.

1) L'enveloppe familiale

Selon D. Houzel, l'enveloppe familiale inclut l'enveloppe psychique individuelle. Pour lui, l'enveloppe familiale est une structure commune aux différents membres d'une même filiation et qui partagent un même sentiment d'appartenance. Elle « assure la succession des générations et leur différenciation qui permettent la complémentarité des rôles parentaux »(Houzel, 2010, p. 142). L'enveloppe familiale garantit au sujet une identité de base. Elle l'inclut dans une histoire, une mémoire. Chaque membre de la famille projette également ses représentations sur l'enfant, et celui-ci devra grandir et évoluer en fonction de ces représentations.

2) L'enveloppe groupale

Selon D. Anzieu, « Un groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus » (p 1 Anzieu, le groupe et l'Inconscient)

Autrement dit, l'enveloppe groupale est une entité psychique qui relie des individus avec des identités propres. A la somme de ces individualités se rajoute une identité commune

qui construit la spécificité de cette enveloppe groupale. C'est à la fois, pour les sujets, quelque chose de soi mais aussi quelque chose du non soi, à la fois intérieure et extérieure.

D. Anzieu considère l'enveloppe groupale comme une peau qui englobe le psychisme des individus et leur constitue un espace interne qui contient les paroles, les pensées et les actions. Cet espace interne induit un sentiment de liberté et favorise les échanges. Le groupe possède également une temporalité qui lui est propre. Tout comme la peau, l'enveloppe groupale bénéficie d'une membrane à double face :

- Une membrane tournée vers **l'extérieur** physique et sociale, c'est-à-dire les autres groupes. Ces groupes peuvent à la fois être des alliés ou des concurrents. Cette membrane sert de barrière protectrice contre d'éventuelles agressions extérieures. Elle agit également comme un filtre, triant les informations venant de l'extérieur.
- Une membrane tournée vers **l'intérieur** du groupe. Elle permet l'élaboration d'un « Soi de groupe » c'est-à-dire un état psychique qui entourerait les individus et qui leur serait commun. Ce Soi du groupe est « le contenant à l'intérieur duquel une circulation fantasmatique et identificatoire va s'activer entre les personnes ». Autrement dit le groupe va permettre de contenir les projections psychiques des individus.

En thérapie groupale, le groupe offre une aire transitionnelle entre soi et les autres. Il invite chaque membre à trouver sa place et à exister comme Soi, avec son identité propre. Le groupe c'est « être soi en relation avec les autres » (Potel, 2010, p. 381). Il est un « théâtre d'expression et de mise en scène, où chaque membre du groupe va « jouer sa place » (une place en relation aux autres)» (Potel, 2010, p. 383). C'est autour de ces relations et de ces échanges que se joue le travail thérapeutique. Les problématiques de chaque enfant vont trouver un écho particulier dont les réponses vont être apportées à la fois par le thérapeute mais également par les autres enfants. Selon Bion, le thérapeute du groupe serait un penseur. Il aurait la capacité, à la fois, de recevoir mais aussi de transformer les pensées pour les rendre plus présentables. « Cette fonction contenante serait une fonction d'accueil et de symbolisation » (Kacha, 2011)

3) Le cadre thérapeutique : la psychomotricité

Le cadre thérapeutique est fondamental dans la prise en charge en psychomotricité. Selon C. Potel « le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre » (Potel, 2010, p. 321). Elle précise également que pour que le cadre thérapeutique soit efficace, il doit présenter certaines conditions telles que l'espace (le lieu de la prise en charge est le même), le temps (la séance dure un temps précis), le matériel... Ces conditions ont pour but de mettre en place un environnement stable et sécurisant.

Le psychomotricien possède également un rôle contenant : il contient « ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction » (Potel, 2010, p. 324). Cette capacité de contenance fait appel au corps et au psychisme du psychomotricien. En effet, par sa présence corporelle (les appuis, les tonus, la voix par exemple), ses comportements, ses attitudes, le thérapeute est à même d'accueillir et de contenir les expressions corporelles primitives du patient et de faire respecter le cadre thérapeutique.

Le psychomotricien prête également son appareil psychique, comme le fait la mère pour le petit enfant, permettant ainsi de transformer et de symboliser par le langage les vécus corporels du patient. Cela donne au patient la possibilité d'intégrer ses pulsions et évite le sentiment de morcellement et d'éclatement.

Cette contenance quasi maternelle, cette enveloppe que crée le psychomotricien autour du patient lui permet de s'apaiser et de se sécuriser pour ensuite avoir la possibilité de s'individuer.

4) L'enveloppe institutionnelle

L'institution amène une enveloppe plus large encore que le groupe. Elle englobe à la fois les groupes thérapeutiques, les soignants et ceux qui concourent au bon fonctionnement de l'institution.

D. Houzel utilise, dans son livre *Le Concept D'Enveloppe Psychique*, le terme *d'enveloppe institutionnelle*. Il précise que « pour avoir une fonction thérapeutique,

l'institution doit tisser, au fil de son histoire, une enveloppe comparable à l'enveloppe familiale » (Houzel, 2010, p. 149)

Cette enveloppe, qui permet que s'engage des processus thérapeutiques, se caractérise selon l'auteur par quatre fonctions qui vont par paire : l'enveloppe institutionnelle doit être à la fois étanche et perméable, et à la fois consistante et élastique :

- **L'étanchéité** : « ce qui se passe, ce qui se dit, ce qui se vit dans l'institution doit être gardé à l'intérieur de l'institution et ne jamais se diffuser au dehors » (Houzel, 2010, p. 149). Cela correspond au code de déontologie, où l'institution se doit de respecter la confidentialité de leurs patients.
- La **perméabilité** qui correspond à de possibles échanges entre l'institution et la famille, l'école... sans pour autant être incompatible avec l'étanchéité.
- La **consistance**, c'est la caractéristique qui permet de montrer que l'institution est stable, qu'elle est en capacité de supporter les pressions internes et externes sans se retrouver désintégrée.
- **L'élasticité**, c'est la capacité de l'institution à se plier, sans se rompre, face aux diverses pressions. Cette caractéristique sous-tend la « capacité de l'institution à accueillir et à contenir la souffrance psychique des patients et de leurs familles ». (Houzel, 2010, p. 149)

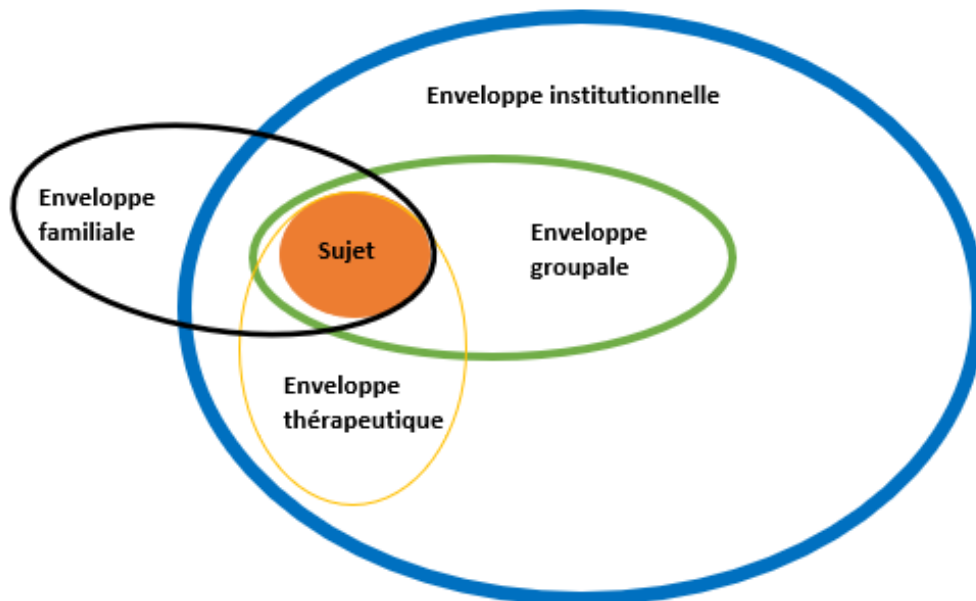
Pour l'auteur, « le tissage de l'enveloppe institutionnelle est la condition pour que des processus thérapeutiques puissent y prendre place » (Houzel, 2010, p. 149)

P. Delion, cité par J. Hochmann, précise que l'institution est un « lieu de rassemblement pour l'image du corps » (Hochmann, 2007, p. 115)

J. Hochmann ajoute également que l'architecture de l'institution permet à la pensée de l'enfant de s'étayer.

A l'ITEP où j'ai effectué mon stage, l'enveloppe institutionnelle est très présente. L'institution a tissé une enveloppe très contenant et solide au fil de son histoire, du choix de leur approche théorique et des médiations utilisées. Cette enveloppe permet de bénéficier d'un cadre solide et cohérent qui les sécurise dans leurs pratiques et favorise les liens entre les professionnels et les familles. Cette contenance est essentielle pour la mise en place des projets de soins cohérents et adaptés à l'enfant. Du point de vue de l'enfant, l'enveloppe institutionnelle est un espace supplémentaire où les pulsions peuvent être mentalisées. Le cadre stable (les mêmes professionnels pour chaque enfant, les mêmes lieux d'activités...) favorise le développement d'un sentiment de sécurité de base et de continuité d'existence.

Pour résumé, voici un schéma que j'ai réalisé et qui synthétise les différentes enveloppes présentes chez un patient en institution. Ainsi, on y voit le sujet (en orange) avec son enveloppe psychocorporelle entourée de l'enveloppe familiale, groupale, thérapeutique, institutionnelle. Il est également le liant, le sujet commun à tous ces espaces.



Partie II – Enveloppe défaillante ? Ses conséquences sur le développement de Soi de l'enfant et sur le processus d'individuation

I- Qu'est-ce qu'une enveloppe défaillante ?

La défaillance renvoie à la notion de *sentiment d'enveloppe*. Selon 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 propre à chaque individu... »* (Latour, 2014). Autrement dit, le *sentiment d'enveloppe*, le *sentiment d'être* s'élabore par les éprouvés du corps, les interactions avec les figures parentales et leurs symbolisations.

Comme nous l'avons vu précédemment, la construction de l'enveloppe psychocorporelle est dépendante des fonctions corporelles (et plus particulièrement de la peau) et des fonctions de l'entourage. Au regard de ces deux piliers, nous pouvons s'envisager la défaillance sous deux cas :

- Les **troubles sensoriels** : la construction de l'enveloppe corporelle est impactée dans sa fonction de contenance et de pare-excitation,
- Les **troubles relationnels** : la construction de l'enveloppe psychique est entravée du fait d'une défaillance dans la relation nourrisson – entourage maternant ou d'un défaut d'intériorisation d'une enveloppe corporelle unifiante.

De ce fait, il est intéressant de se demander quelles fonctions impactent davantage la construction de l'enveloppe psychocorporelle.

1) Des fonctions défaillantes

Ces défaillances de l'enveloppe psychocorporelle peuvent être en lien avec les fonctions du Moi-Peau que décrit D. Anzieu, et notamment les fonctions de contenance, de maintenance, de pare-excitation et d'inter-sensorialité.

Lorsque ces fonctions font défaut, cela amène chez l'enfant des vécus corporels très angoissants. Selon C. Potel, l'enfant « vit dans son corps des sensations de morcellement, de

démantèlement, de liquéfaction qui se transforment en angoisse si ces sensations corporelles se répètent, si elles ne sont pas contenues par la mère dans ses gestes, dans ses bras, dans ses mots » (Potel, 2010, p. 139).

E. Pireyre évoque la notion des angoisses corporelles archaïques. Le terme *archaïque* renvoie au fait que ces angoisses sont présentes dès la naissance avant l'apparition du langage. Ces angoisses sont normales à la naissance, elles sont apaisées par l'environnement humain et par l'élaboration d'une enveloppe psychocorporelle unifiée et contenante. Néanmoins, elles peuvent ressurgir plus tard et si elles ne sont pas apaisées, elles peuvent se fixer et prendre une dimension pathologique en entravant l'élaboration psychique.

1.1) Défaillance de la fonction de contenance.

La fonction de contenance du Moi-Peau correspond à un sentiment de corps rassemblé. Elle est liée à la fonction de la peau qui rassemble les différentes parties du corps entre elles. Selon Decoopman, « souffrir d'un trouble de contenance, c'est perdre les limites du Soi, perdre la cohérence des morceaux qui le constituent, perdre le sentiment d'identité et d'unité » (Decoopman, 2010, p. 147)

Une carence dans la fonction de contenance entraîne deux formes d'angoisses :

L'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse. Les pulsions ne peuvent pas être contenues par l'enveloppe psychique et le patient va être dans une recherche active d'une enveloppe de substitution soit dans la douleur physique soit dans l'angoisse psychique.

L'angoisse de vidage et d'intrusion. Elle est directement liée à un défaut de la fonction contenante de l'enveloppe corporelle. C'est le *Moi-Peau passoire* de D. Anzieu. L'enveloppe psychocorporelle existe mais elle est discontinue, poreuse, perforée. Les limites entre le dedans et le dehors, entre le Moi et le Non-Moi sont floues ce qui impacte fortement l'individuation du Soi puisque l'enfant est dans un état d'indifférenciation entre soi et l'autre. L'enfant est alors pris dans des angoisses de corps qui se vide ou de corps intrusé. Il peut se laisser déborder et désorganiser par un trop plein d'émotions ou d'agitations et n'est pas, ou très peu en capacité de maintenir ces pulsions.

Kylian est un petit garçon de cinq ans qui présente un Trouble du Spectre de l'Autisme. Je l'ai rencontré dans le cadre de mon stage en pédopsychiatrie en deuxième année de formation.

Après un épisode de gastroentérite aiguë, Kylian refusait totalement d'aller aux toilettes et sa mère était obligée de lui remettre des couches alors qu'il était autonome de ce point de vue.

Kylian, dont l'enveloppe psychocorporelle était déjà fragilisée par son Trouble du Spectre de l'Autisme, a dû, à ce moment, vivre une expérience très angoissante de vidage : un corps qui se vide de l'intérieur et dont il n'a pas le contrôle. Cela pourrait expliquer ce refus d'aller aux toilettes et ce besoin de retenir en lui ses excréments dans une peur de se vider de son contenu.

1.2) Défaillance de la fonction de maintenance

La fonction de maintenance du Moi-Peau correspond au sentiment d'unité et de solidité qui permet la construction d'un axe corporel solide, premier organisateur physique et psychique.

Une défaillance dans cette fonction entraîne des vécus d'**angoisses d'effondrement** qui selon E. Pireyre correspondraient à une sensation de chute sans fin. Cette angoisse prend son origine dès la mise au monde : le bébé fait brutalement l'expérience de perdre la contenance de l'utérus et de se répandre sans fin. La pesanteur du milieu aérien renforce également ce sentiment de tomber sans fin. (Latour, 2014, p. 97). Le *holding* parental permet de surmonter ces angoisses et d'assurer un sentiment de solidité. Lorsqu'il est inadapté, le Moi de l'enfant est menacé et l'angoisse se cristallise. L'enfant n'acquiert pas la solidité nécessaire à son développement psychique (Pireyre, 2021d, p. 157) et l'enveloppe psychocorporelle se met en place difficilement.

Pour E. Pireyre, l'effondrement renvoie à « l'annihilation du tonus d'attitude » (Pireyre, 2021d, p. 156) c'est-à-dire l'effondrement de ce qui nous maintient debout et qui assure le soutien contre la gravité. Elle est étroitement liée à l'émotionnel et au relationnel puisqu'elle intervient principalement dans les moments de séparation ou de fortes émotions.

Pour l'auteur, cette manifestation somatique prendrait sa source, au niveau physiologique, dans les noyaux gris centraux, et plus particulièrement le noyau sous thalamique. En effet, ces systèmes sont responsables de la régulation tonique et de l'adaptation posturale (*le tonus d'attitude*). De plus, certaines de leurs afférences sont reliées

au système limbique et donc aux émotions. Cela expliquerait pourquoi lors de fortes émotions ou de vécus de séparation brutale, on observe un relâchement tonique et un effondrement.

E. Pireyre ajoute également que « l'angoisse d'effondrement, lorsqu'elle est massive, entrave le développement de l'image du corps, car l'enveloppe corporelle, construction psychique immédiatement consécutive et nécessaire à un bébé pour devenir sujet, ne pourra devenir ni « solide » ni contenante » (Pireyre, 2021d, p. 156). Autrement dit, du fait de ses éprouvés d'effondrement et de ses angoisses, l'enfant ne peut se représenter son corps comme solide et fiable puisque son enveloppe corporelle n'assure pas son rôle de structure de maintien et de contenant.

Julien à 4 ans, nous le voyons avec ma maitre de stage pour un bilan à l'ITEP. Nous allons le chercher dans son groupe pour l'emmener à la salle de psychomotricité. Arrivé au seuil de la porte de l'espace du groupe Julien s'arrête et s'effondre. Il ne pourra nous suivre jusqu'à la salle de psychomotricité uniquement en la présence de son éducatrice référente.

Cela m'évoque un vécu d'angoisse d'effondrement. Pour Julien, le fait de quitter son groupe et sa référente lui donnerait sans doute le sentiment de perdre l'enveloppe groupale, la structure qui lui permet de se sentir uni et solide. Se séparer de ce cadre lui donnerait le sentiment de se désorganiser et de perdre son unité. Cela est alors trop anxiogène et il s'effondre. Son angoisse s'apaise lorsque sa référente l'accompagne. Elle semble représenter une partie de ce cadre solide.

A. Bullinger décrit l'angoisse d'effondrement en lien, comme D.W. Winnicott, à la façon dont l'enfant a été porté (*holding*) par ses figures parentales. Pour lui le portage est essentiel, il consolide les appuis notamment au niveau du dos (appui très présent in utero et sécurisant pour l'enfant). Il ajoute que le portage permet la « coordination entre les signaux vestibulaires tactiles et proprioceptifs [qui] rendent possible la constitution de la verticalité » (Bullinger, 2013, p. 173). Si le portage est inadapté, la coordination ne s'opère pas et les « mouvements du nourrisson sont augmentés et désorganisés, le bébé ne trouvant pas ses appuis » (Bullinger, 2013, p. 174). Il prend ainsi l'exemple d'un bébé porté sur les genoux de son porteur. Les mouvements y sont permanents, de ce fait le regard ne peut se stabiliser, le buste et la tête sont instables et par conséquent les mouvements sont désorganisés avec les bras et les jambes qui « brassent de l'air » (Bullinger, 2013, p. 174). Face à cette situation de portage inadapté, l'enfant peut ressentir des sensations de chute sans fin, source d'angoisses primitives.

Ces problématiques de coordination des flux sensoriels dans *l'espace de pesanteur* (espace aérien) entravent la construction d'une verticalité, des appuis et des limites corporelles. Le développement de l'enfant et son organisation psychocorporelle en seront impactés.

1.3) Défaillance de la fonction d'inter-sensorialité

La fonction d'inter-sensorialité correspond au sentiment d'unité sensorielle permettant un fonctionnement unifié des différents organes des sens et y donne un sens commun.

Une carence de la fonction d'inter-sensorialité du Moi-Peau entraîne **des angoisses de morcellement** du corps et plus précisément des angoisses de *démantèlement* qui correspondent à « un fonctionnement indépendant, anarchique, des divers organes des sens » (Anzieu, 1995, p. 127).

Selon E. Pireyre, l'angoisse de morcellement correspond à « cette impression que le corps est atteint dans son unité, sa globalité, sa cohésion et sa continuité ». (Pireyre, 2021c, p. 139). Ce vécu corporel anxiogène est lié à un trop plein d'émotions ou d'agitation que l'enfant ne peut assimiler seul. Il se développe alors un sentiment de morcellement et d'explosion de l'enveloppe psychocorporelle où le sentiment d'exister est menacé dans sa cohésion et dans sa continuité.

Maxime a 11 ans, je le vois dans le cadre d'une séance hebdomadaire en pédopsychiatrie. Il présente un trouble du spectre de l'autisme. Après une séance très dynamique je propose un temps de retour au calme (massage avec une balle). Lors de ce temps calme, Maxime me dit « serre-moi fort, mon corps part ».

Cela m'évoque alors un vécu de morcellement du corps, de perte d'unité suite à l'arrêt de son corps en mouvement.

Je lui propose alors de lui mettre une couverture lestée puis de réaliser des pressions dessus, afin qu'il puisse ressentir son corps unifié. Cela va apaiser son angoisse. Il a pu quitter la séance avec un sentiment d'un corps plus rassemblé : « ça va mieux, mon corps est là » me dit-il à la fin de la séance.

1.4) Défaillance de la fonction de pare-excitation

La fonction de pare-excitation correspond à la capacité de l'appareil psychique de se protéger des stimulations extérieures et des excitations intérieures qui peuvent être débordantes. Au départ, la mère joue cette fonction de manière auxiliaire jusqu'à ce que l'enfant ait développé lui-même son système de pare-excitation.

Une carence dans cette fonction entraîne chez l'enfant des vécus « d'angoisse paranoïde d'intrusion » (Anzieu, 1995, p. 126). L'enfant peut se sentir persécuté (*on me vole mes pensées*) ou influencé (*on me donne des pensées*). La fonction de pare-excitation existe mais elle n'est pas suffisante.

L'enfant peut également se trouver confronté aux excitations internes et externes sans filtre pour pouvoir les supporter.



In fine, lorsque nous évoquons le terme de *défaut* d'enveloppe psychocorporelle, cela fait plus précisément allusion à une défaillance, un manquement dans l'intégration des fonctions de la peau et de l'enveloppe psychocorporelle. Ces défaillances entravent le développement harmonieux de l'individu par l'apparition de différentes angoisses archaïques. Ces angoisses trouvent leur origine dans les vécus corporels négatifs que l'enfant n'a pas pu assimiler et intérioriser. Cela par une possible défaillance des fonctions parentales. Le développement psychique est entravé et par conséquent le processus d'individuation aussi. F. Tustin, décrit alors deux images du corps en lien avec ces défaillances : le Moi-poulpe où aucune des fonctions citées précédemment ne sont acquises ; et le Moi-crustacé avec une carapace rigide remplaçant le contenant absent et qui interdit aux fonctions du Moi-Peau de se développer.

2) Des stratégies compensatrices de l'enveloppe

Face à une défaillance de l'enveloppe psychocorporelle, l'enfant peut mettre en place des moyens de compensations, des enveloppes de substitution pour y pallier. Mais ces substituts n'assurent pas, pour autant, une contenance et une sécurité aussi efficace que celle qu'offre une enveloppe psychocorporelle harmonieuse.

2.1) L'hypertonie : une enveloppe de substitution

Ces stratégies compensatrices peuvent se manifester de manière tonique par un raidissement voire une hypertonie corporelle. C'est ce qu'E. Bick nomme la *seconde peau musculaire*. Selon sa théorie, la première peau correspond à « l'introjection de la fonction contenante de l'objet externe, [et à] l'introjection du lien à l'objet externe dans l'expérience contenante » (Cicccone & Lhopital, 2019, p. 375). Autrement dit l'intériorisation de la fonction

de contenance de l'objet *optimal* (*le sein lors de la tétée*) permet l'acquisition d'un sentiment de contenance psychocorporelle chez l'enfant. Lorsque cette première peau est défaillante, l'enfant élabore une seconde peau de nature musculaire ou motrice. Pour E. Bick, il s'agit d'une « pseudo-contenance » (Ciccone & Lhopital, 2019, p. 345). Selon l'autrice, « la *peau psychique* s'étayera sur un substitut au contenant peau au lieu de s'étayer sur la fonction contenante de la peau » (Ciccone & Lhopital, 2019, p. 345). Ainsi, en contractant ses muscles de façon permanente et intense, l'enfant se crée une sensation de dur. Par cette sensation de dureté, il se donne alors un sentiment de cohésion, de consistance et de contenance corporelle. Par ce mécanisme, il fait tenir son corps dans une unité psychocorporelle, il « renforce [son] enveloppe et maintient sa cohésion » (Rousseau-Salvador & Louvel, 2019, p. 396).

Pour D. Anzieu, la notion de seconde peau musculaire renvoie à une carence dans la fonction de pare-excitation de l'enveloppe. En effet, l'accumulation des tensions internes qui n'ont pas pu être traitées par les figures parentales, s'évacue au travers de décharges tonico-motrices et de cris.

Cette seconde peau musculaire peut se rapprocher du concept de « cuirasse musculaire » de Reich. Pour lui, il s'agit des « réactions musculaires (spasmes musculaires chroniques) développées par un individu pour bloquer la percée des émotions et sensations d'organes et plus spécialement l'angoisse, la colère, l'excitation » (Valentin, 1997, p. 137). Il évoque également la notion de « cuirasse caractérielle » (Valentin, 1997, p. 137). Ici, le sujet développe des attitudes caractérielles typiques (rigidité corporelle, manque de contact émotionnel) afin de bloquer ses excitations émotionnelles. Ces cuirasses sont des mécanismes de défenses inconscientes construites pour faire face à un traumatisme physique ou psychique. Pour l'auteur cela est semblable à une contraction musculaire forte qui retient les mouvements spontanés de la vie qui s'écoule le long de l'axe corporel.

Cette hypertonie renvoie également au concept de A. Bullinger. Pour lui, elle serait liée à une incoordination entre les flux gravitaires, proprioceptifs et tactiles. La coordination entre ces trois flux est la base, selon lui, de l'enveloppe corporelle : « c'est la variation tonique et le gradient des sensations associées qui vont donner des limites corporelles, certes fluctuantes mais qui progressivement vont se distinguer du support contenant » (Bullinger, 2013, p. 174).

L'enveloppe corporelle ayant deux faces : une face interne (les variations toniques) et une face externe (les récepteurs sensoriels), ce n'est que grâce au dialogue tonique que l'enfant intègre la distinction entre les deux faces de l'enveloppe corporelle. En cas de difficulté dans la construction des limites corporelles, il apparaît des comportements organisés selon la face intérieure ou selon la face extérieure. Si la face intérieure est davantage investie, « l'enfant s'enferme dans une carapace musculaire qui le tient » (Bullinger, 2013, p. 175). Ces enfants ont alors peu d'adaptation tonique lors des contacts corporels avec autrui. En effet, lorsque le tonus est figé, le dialogue tonique est entravé. Ces enfants paraissent également très lourds, mal ajustés dans leurs gestes, et ont un langage explosif et bref. Selon A. Bullinger, l'enfant tente de compenser le manque de coordination avec son « moi muscle » (Bullinger, 2013, p. 175). Si, au contraire, l'enfant investit davantage la face externe, il aura alors tendance à être dans une certaine laxité. Il va également rechercher activement des contacts avec des parois, des rideaux... afin de stabiliser ses limites corporelles. Ce sont des enfants généralement mutiques.

L'hypertonie est donc un moyen de compensation des fonctions défaillantes de l'enveloppe psychocorporelle (notamment la fonction de maintenance et de contenance). C'est également une manière d'être au monde différent des autres. Le processus d'individuation peut se faire malgré tout, même s'il est de moindre qualité puisqu'il entrave la relation à l'autre.

2.2) Les agrippements

Les agrippements sont des mécanismes de défenses contre les angoisses archaïques qui mettent en péril l'enveloppe psychocorporelle et le sentiment continu d'exister. La personne s'accroche alors à un stimulus qui devient le point d'ancrage au corps. Ce sont des tentatives pour percevoir son enveloppe psychocorporelle afin de se sentir exister en tant qu'individu. Elles permettent de « retrouver un repère familier auto-généré et produit un confort rassurant qui favorise un rassemblement après un moment de dispersion » (Lheureux-Davidse, 2012, p. 81). Elles peuvent être musculaires ou sensorielles.

Un agrippement musculaire peut s'observer. Cette « carapace musculaire externe » (Lheureux-Davidse, 2012, p. 78) est une stratégie inconsciente pour s'auto-maintenir. Ces personnes ont alors une démarche particulière, très mécanique du fait du raidissement musculaire et du manque de souplesse des articulations. Elle est en lien avec un défaut

d'investissement du bas du corps. L'agrippement musculaire peut être également interne et bloquer la digestion ou la respiration (Lheureux-Davidse, 2012, p. 78). Cela procure à la personne une sensation de solidité et de contrôle. Cela pallie à la défaillance des fonctions de l'enveloppe corporelle (notamment la fonction de maintenance) qui n'apporte pas la sécurité interne suffisante afin de se sentir solide en soi-même.

D'autres personnes peuvent s'agripper à « une sensation trouvée en dehors de leur corps dans l'environnement non humain » (Lheureux-Davidse, 2012, p. 79). Par exemple s'accrocher à un contraste lumineux, aux tournolements des roues d'une petite voiture... Une stéréotypie peut s'y ajouter et rendre cet agrippement plus vivant. Alors cette stéréotypie devient familière et rassurante qui permettra à la personne se sentir exister dans les moments difficiles. Cela permet de se protéger des risques de chute sans fin comme nous l'avons vu précédemment. Cependant, la différenciation Soi/Non-Soi est suspendue et le processus d'individuation est mis à mal.

Pour A. Bullinger, les agrippements sont en lien avec une mauvaise intégration des points d'appui lors du portage. Ils permettent d'éviter la désorganisation de l'enfant.

Au niveau de l'espace oral, un portage inadéquat ne permet pas à l'enfant la capture par la bouche du sein. La capture se transforme alors en agrippement. Le « tonus de la zone orale augmente et les mouvements de succion et d'exploration sont inhibés. » (Bullinger, 2013, p. 175). L'incorporation d'un objet dur dans la bouche devient un point d'ancrage qui se substitue à l'arrière-fond.

Au niveau visuel, c'est lors de la constitution de l'espace du buste que l'agrippement se crée. En effet, c'est dans l'espace du buste que le bébé va intérioriser les appuis externes et se constituer un arrière-fond. Cette acquisition permet au niveau visuel de coordonner les fonctions périphériques et focales faisant de ce système « un outil d'exploration au service d'une projection spatiale » (Bullinger, 2013, p. 176). Si l'équilibre postural n'est pas assuré, on observe un agrippement du regard à une source lumineuse. La vision périphérique est investie comme point d'ancrage. Cela entraîne une diminution de la quantité des mouvements oculaires (afin de stabiliser le champs visuel) et un raidissement postural.

II- Le traumatisme de la naissance

Je souhaite dans mon écrit aborder le sujet de la prématurité en lien avec Jean, le petit garçon que je vous présenterai dans ma partie clinique. Jean est un grand prématuré. Il est donc facile d'imaginer que cette perte prématurée de l'enveloppe utérine puis les mois passés en réanimation néonatale ont eu un impact sur la construction précoce de son enveloppe psychocorporelle. Mais de quelle manière cela impacte-t-il cette construction ? Comment cela a-t-il influencé les troubles que présente Jean ?

1) La prématurité

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la prématurité concerne toutes les naissances avant terme, soit avant les 37 semaines d'aménorrhée (SA).

Il existe trois catégories de prématurité :

- La prématurité moyenne : de 33 à 36 SA (+6 jours)
- La grande prématurité : de 28 à 32 SA (+6 jours)
- La très grande prématurité : avant 28 SA. *Jean est né à 27 SA, il fait donc partie des très grands prématurés.*

La prématurité peut être soit spontanée (à 60%) dans ce cas elle est la conséquence d'une rupture prématurée des membranes ou d'un travail prématuré spontané (*c'est le cas pour Jean*) ; elle peut être également induite ou consentie (à 40%) dans le cas d'un risque pour la mère et/ou l'enfant.

La prématurité entraîne des conséquences médicales et psychomotrices plus ou moins sévères. Elle est responsable de difficultés motrices, sensorielles ou cognitives, de troubles du comportement et de troubles relationnels. La prévalence des séquelles augmente lorsque le terme de naissance diminue et que le milieu socio-culturel est bas. Il y a également cinq fois plus de risque pour que l'enfant développe un Trouble du Spectre de l'Autisme.

Au niveau neurophysiologique et neuroanatomique, la prématurité perturbe grandement le développement cérébral. La période sensible du développement neuronal se situe entre la 32^{ème} semaine de gestation et continue durant les deux premières années de vie où le volume du cerveau du bébé double du fait du développement de la substance grise. Cette plasticité cérébrale est sensible à l'environnement. Gressens et Mezger précise que «

l'environnement peut aussi avoir des effets délétères sur la maturation cérébrale. En particulier le nouveau-né prématuré est exposé à de nombreux stimuli qui n'existent pas ou peu chez un fœtus du même âge, telles des stimulations sensorielles excessives et répétées, des stimulations douloureuses, le stress, de multiples médicaments neuro-actifs, ainsi que la perte brutale des facteurs d'origine maternelle et placentaire. » (Albaret et al., 2018, p. 364)

Au niveau sensoriel, la prématurité impacte considérablement la qualité et le type de sensations. Cela influence grandement le développement cérébral particulièrement l'architecture corticale. Elle entrave l'expression des compétences sensorielles et perturbe le « développement des conduites perceptives périnatales de discrimination, de reconnaissance et de localisation » (Albaret et al., 2018, p. 367). La rupture sensorielle engendrée par une naissance prématurée est un facteur de risque majeur de développement atypique.

La prématurité perturbe également le tonus et le système moteur. In utéro, le fœtus bénéficie d'une apesanteur qui lui permet de développer sa motricité sans contraintes. La paroi utérine le maintient néanmoins dans une position de flexion et limite activement les mouvements d'extension. Le bébé prématuré perd ce maintien en flexion et se trouve écrasé par la pesanteur. Il ne peut se mouvoir comme il le faisait in utéro. Sa musculature étant immature, il a tendance à adopter une motricité en extension ce qui entraîne le développement de postures pathogènes ne lui permettant pas de développer des stratégies d'autorégulation (par exemple le rassemblement autour de son axe corporel). Il est donc très important de bien positionner le nouveau-né prématuré dans sa couveuse afin qu'il puisse retrouver la posture contenante de la flexion.

Ainsi, la prématurité nous renvoie « un caractère d'immatunité, de construction non aboutie de l'être en devenir mais aussi de ses parents » (Albaret et al., 2018, p. 361).

2) Une désorganisation de l'enveloppe corporelle

Nous avons vu les difficultés qu'entraînent la prématurité d'un point de vue biologique et physiologique. Je propose que l'on s'intéresse dorénavant à l'enveloppe psychocorporelle du prématuré. Quels impacts la prématurité a-t-elle sur la construction de l'enveloppe psychocorporelle de ces enfants ? Quels peuvent être les vécus corporels de ces enfants ?

Comme je l'ai évoqué précédemment, la prématurité renvoie à une immaturité, un inachèvement de l'être en devenir. Le nouveau-né prématuré est précipité dans un environnement hospitalier saturé d'informations perceptives et sensorielles. Les stimulations sensorielles excessives et inadaptées, les stimulations douloureuses, le stress... sont autant d'informations perçues que le nouveau-né prématuré n'est pas en capacité de traiter.

Les soins médicaux procurés au bébé malmènent le corps de ce dernier, l'instrumentalisent. Il devient un corps objet qui subit les intrusions et les sur-stimulations des soins médicaux essentiels à sa survie. Les intrusions passent à la fois par les machines et outils de soins : sonde, cathéter, intubation... que par le toucher des soignants qui, par des soins opératoires peuvent désubjectiver l'enfant. Cependant, cet aspect peut être atténué notamment grâce à un environnement parentale bénéfique. Le bébé prématuré redevient alors un sujet sous le regard de ses parents.

Selon C. Mataush le corps des nouveau-nés prématurés est « submergé d'un flot incessant de stimulations inappropriées et excessives alors que paradoxalement il est confronté à une pauvreté de sollicitations sensori-motrices adaptées » (Mataush, 2004, p. 108-109).

Jean a été intubé dès sa naissance, il a également eu une sonde naso-gastrique pendant plusieurs mois. Il a dû alors ressentir son corps comme quelque chose de désagréable. Ses premiers vécus corporels ont dû être très négatifs, impactant ainsi l'investissement de ce corps objet, de ce corps douloureux et se vivre de manière éclatée et morcelée.

Les soins centrés sur certaines parties du corps, la passivité liée à l'écrasement de la gravité, à l'immaturité tonique et au positionnement dans la couveuse ne permettent difficilement un sentiment de globalité, de contenance, de maintien des parties du corps ensemble. A cela s'ajoutent des difficultés d'enroulement, de rassemblement autour de son axe corporel ne permettant pas l'exploration et l'investissement corporel ainsi que l'élaboration des prémices de conscience de soi. En effet, dans les premiers mois de sa vie, Jean présentait des postures en hyperextension. Des angoisses de morcellement ou de démantèlement peuvent alors apparaître.

La peau, dont la principale fonction est d'assurer le maintien des différentes parties du corps ensemble, n'est plus efficiente. Elle n'est plus 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, 2010, p. 139).

Les soins intrusifs des actes médicaux, la mise en place d'orifices artificiels telles que les sondes, les intubations mettent à mal la fonction de limite entre un dedans et un dehors. Les limites corporelles sont alors floues : la peau n'est plus une limite qui sépare l'intérieur et l'extérieur, elle laisse passer les corps étrangers à l'intérieur sans aucun filtre. Il est alors difficile pour l'enfant d'élaborer des ébauches du Soi et du Non Soi : *la sonde naso-gastrique que j'ai dans mon corps, le masque à oxygène qui est sur mon visage fait-il partie de moi ? Lorsqu'on me l'enlève, cela veut-il dire que l'on m'arrache une partie de Moi ?*

Le Moi-Peau devient alors passoire, l'enveloppe corporelle est discontinue, trouée, non protectrice, poreuse et perméable. Elle « ne garantit plus la séparation entre intérieur et extérieur. Liquides, gaz, sont recueillis, comptabilisés analysés. Tout le corps du bébé radiographié échographié devient transparent et ne se résume plus qu'à l'inscription des courbes et des chiffres lumineux sur une machine qui regroupe tout ce qu'on sait de lui » (Mathelin, 2014, p. 113)

C'est par l'expérience des limites de son corps, du dedans et du dehors, que le bébé intériorise ses premiers sentiments de continuité d'être et de conscience de soi. L'enveloppe de la peau évolue progressivement en une enveloppe psychique.

Chez le prématuré, l'élaboration d'une contenance corporelle puis psychique et d'une individuation devient difficile. Selon C. Potel « des traces mémorielles restent inscrites et s'expriment dans les expressions corporelles et somatiques, toute au long de la vie » (Potel, 2010, p. 140)

Le sentiment de sécurité interne que permet l'enveloppe corporelle est fragilisée. Les angoisses sont alors évacuées par des comportements d'agitation ou de repli sur soi ce qui perturbe le lien avec l'autre. Cette mise à distance permet de protéger son intégrité psychique. Selon C. Potel la répétition de ces éprouvés intrusifs « peuvent à la longue venir effracter, empêcher la construction d'une enveloppe solide et fiable et sa représentation ultérieure » (Potel, 2010, p. 140). Ces angoisses peuvent par la suite fragiliser la construction identitaire

ou se répéter dans des vécus d'insécurité ultérieurs si l'enfant n'a pas la possibilité de détoxifier ces vécus.

3) Une intégrité psychique mise à mal

3.1) La construction d'une enveloppe psychique entravée

L'enveloppe psychique s'étaye et s'élabore à partir des expériences de l'enveloppe corporelle. Or, les vécus corporels douloureux et morcelant des enfants prématurés entravent la construction d'une unité psychocorporelle nécessaire au développement de l'enfant. Selon S. B Robert-Ouvray, « la sur-stimulation corporelle a un effet pathologique sur l'organisation psychocorporelle du bébé » (Robert-Ouvray, 1997, p. 233)

Effectivement, comme je l'ai évoqué précédemment, l'intériorisation des fonctions de la peau permet de développer une enveloppe psychique solide, contenant et sécurisante. Selon C. Potel, « l'intégration d'une enveloppe qui contient est essentielle et va permettre le passage entre ce qui est vécu à l'intérieur et ce qui s'exprime à l'extérieur, dans un échange où l'autre est reconnu différent et séparé » (Potel, 2010, p. 140).

Dans le cas de la prématurité, l'enveloppe corporelle se trouve affaiblie, discontinue voire perforée par les soins et les sur-stimulations. Le sentiment d'une enveloppe corporelle solide, contenant, protectrice, unifiante ne se développe pas ou difficilement. L'enveloppe psychocorporelle perd, alors, son rôle d'étayage psychique et entrave la construction de l'enveloppe psychique. Cette dernière ne peut donc pas assurer son rôle de contenant de la psyché.

La mise à mal de l'enveloppe maternelle rend difficile l'élaboration d'une enveloppe psychocorporelle contenant et sécurisante. L'intégration d'une enveloppe est essentielle afin d'intérioriser le sentiment de sécurité interne.

De ce fait, c'est l'enveloppe psychocorporelle dans sa globalité qui est mise à mal. Le sentiment de sécurité, le sentiment de continuité d'existence, l'individuation sont en péril et empêche ou limite la construction identitaire du sujet.

- **Qu'en est-il de la représentation du corps ?**

Ces expériences corporelles négatives et douloureuses impacteraient possiblement la représentation que l'enfant se fera, plus tard, de son corps.

En effet, le schéma corporel se structure sur la base des perceptions et des expériences du sujet. L'image du corps, qui s'étaye sur le schéma corporel correspond, selon E. Pireyre aux traces des premières relations entre le corps et le psychisme que l'on a en nous.

Dans le cas des enfants prématurés, les expériences d'une enveloppe psychocorporelle discontinue et les vécus négatifs amèneront possiblement à une image du corps morcelé par les soins intrusifs. L'enfant pourrait alors percevoir son corps comme défaillant et non fiable.

De plus, le manque d'interaction, les soins quasi opératoires des soignants tournés essentiellement sur la préoccupation d'un corps médicalisé impactent probablement l'image du corps. L'enfant peut se vivre comme un corps instrumentalisé, peu investi par son environnement humain.

Ainsi, les représentations négatives du corps que présente l'enfant, altère son sentiment d'unité, de solidité et de stabilité psychocorporelle. Cela a des conséquences sur l'individuation et l'élaboration du sentiment identitaire de l'enfant. Cependant, les enfants prématurés peuvent également élaborer une représentation de leur corps harmonieuse grâce aux diverses expériences positives qu'ils vont éprouver et grâce aux liens à l'autre.

3.2) La relation parents – enfant

Comme nous l'avons vu dans la première partie, l'investissement corporel et psychique du bébé par les parents est une base fondamentale de l'investissement corporel de l'enfant et donc de la construction de son enveloppe psychocorporelle. Les interactions précoces sont donc les premiers organisateurs psychocorporels de l'enfant. En effet, selon C. Potel « c'est dans la relation au corps de la mère que se forme la constitution d'une enveloppe qui contient, protège, limite » (Potel, 2010, p. 139). C'est donc dans l'interaction, dans le corps à corps avec la mère, qui devient un appui pour l'enfant, que s'élabore l'enveloppe psychocorporelle.

Or, l'arrivée prématurée d'un enfant et la séparation brutale et difficile à vivre qu'occasionne son hospitalisation perturbent sévèrement cette relation fragile tant pour les parents que pour l'enfant. Pour M. Gauberti, la prématurité, l'empêchement du corps à corps est à lui seul le « premier désavantage, handicap sans substrat organique » (Gauberti, 1993, p. 38). L'impossibilité de prolonger cette fusion corporelle entrave la relation et les processus d'adaptation.

- Du côté des parents

Pour les parents, la prématurité impacte durablement la sphère interactionnelle mais également la parentalité. Elle favoriserait l'émergence de sentiments négatifs qui pourraient s'apparenter à un stress post-traumatique (Albaret et al., 2018, p. 367). Ces sentiments négatifs seraient à l'origine des difficultés d'accordage interactionnel entre les parents et l'enfant. Ils se sentent démunis face à l'état de santé de leur enfant et face à la vision de ce tout petit être fragile relié par tant de tuyaux, à tant de machines qui assurent sa survie.

Selon M. Gauberti, « la femme ne se représente pas mère, et moins encore bonne mère. L'angoisse de mort ou d'anormalité est renforcée par la frustration extrême des contacts corporels avec le nourrisson, la culpabilisation de n'avoir pas « su » mener la grossesse à terme, et la dévalorisation narcissique face aux compétences de l'équipe soignante » (Gauberti, 1993, p. 39).

De plus, selon une étude réalisée en 2011 (Albaret et al., 2018, p. 367), à 6 mois de post-partum, les mères seraient moins sensibles et maîtriseraient davantage les interactions avec le bébé. Une naissance prématurée aurait tendance à « inhiber les capacités émotionnelles des parents par rapport à une naissance à terme » (Albaret et al., 2018, p. 367). Les parents se préoccuperaient alors davantage de l'état de santé de leur enfant et cela les empêcherait de se projeter et de créer des relations affectives précoces adaptées.

Si l'on rapproche les résultats de cette étude à la théorie de D.W Winnicott, une naissance prématurée impacterait fortement la fonction de la *mère ordinaire normalement dévouée*. La mère ne développerait pas la fonction de *préoccupation maternelle primaire* qui lui permet de s'adapter et répondre sensiblement aux besoins de son bébé. Les soins deviennent soit opératoires, soit la mère se refuse de les faire et préfère les laisser aux soignants qu'elle pense plus qualifiés.

La présence ou non de conduites maternantes durant l'hospitalisation du bébé sont déterminantes pour la qualité de « l'accrochage mère-enfant » (Gauberti, 1993, p. 39) lorsque mère et enfant retourneront au domicile familial. Une mère trop angoissée par l'état de son bébé, par sa fragilité investira moins bien son bébé et les « dynamiques d'adaptations réciproques seront douloureuses ou perturbées lors des retrouvailles » (Gauberti, 1993, p. 39). Quitter le giron médical est parfois problématique pour la mère puisqu'elle se sent

dévalorisée dans sa fonction maternelle par la prématurité. On peut observer deux modalités réactionnelles de la mère face à l'angoisse de la mort du bébé :

Une surprotection excessive : la mère fait à la place de son enfant pour ne pas avoir la confirmation d'un handicap du fait de l'échec de sa grossesse, elle interprète tous les signaux du bébé comme une détresse.

Une propension à la séduction : la mère devient hyperactive, voire intrusive face aux faibles investissements relationnels du bébé (angoisse de non reconnaissance réciproque) au risque de ne plus comprendre son bébé. « Elle agit non pour satisfaire son enfant mais pour tenter de restaurer, à travers sa séduction, ses bases narcissiques » (Gauberti, 1993, p. 41).

Le rôle du père est alors essentiel dans cette situation très anxiogène. Il est le « trait de réunion entre la mère et le nouveau-né souvent séparés, il assure une présence contenante auprès de l'enfant par les contact corporels et les paroles vraies racontant sa mère » (Gauberti, 1993, p. 38). Il est un soutien dans la réparation du narcissisme maternel.

Une naissance prématurée marque également une rupture entre l'enfant imaginé (l'image du bébé fantasmé) et l'enfant réel. Elle « interrompt brutalement la fantasmatisation de maternité construite par la femme enceinte » (Gauberti, 1993, p. 39). Selon F. Lemp, les parents vivent cette naissance « comme un arrachement ou une perte [...] avec des angoisses et des émotions violentes, ils sont en mal d'investir leur parentalité, d'investir leur bébé si étrange, entre vie et mort pour qui, ils se vivent comme des mauvais parents, incapables de le protéger, de subvenir à ses besoins vitaux, de garantir sa survie. » (Lemp, 1996, p. 81)

Les parents ne sont alors pas disponibles pour accueillir physiquement et psychiquement leur enfant. Les liens d'attachement, qui se font le plus souvent naturellement, risquent d'être entravés.

Le développement harmonieux de l'enfant prématuré dépend majoritairement de ses parents. Selon D.W. Winnicott, « l'existence psychosomatique est un accomplissement et, même si elle est fondée sur une tendance innée à grandir, elle ne peut être effective sans la présence d'un être humain qui participe activement au *holding* (maintien) et au *handling* (maniement) du bébé » (Winnicott, 1992, p. 31).

- Du côté du bébé

Pour le bébé, sa mise au monde prématurée est une rupture brutale du corps à corps avec sa mère : il passe d'une fusion complète à une séparation quasi-complète. Il est alors projeté dans « un environnement aberrant, défini par la réduction des échanges chargés d'affects, le manque de stimuli perceptifs ou l'excès de stimuli agressifs, et la quasi-absence des contacts peau-à-peau »(Gauberti, 1993, p. 38)

Du fait de son immaturité physiologique, le bébé prématuré a tendance à se replier sur lui-même, ce qui le rend moins ouvert à l'interaction, moins réactifs aux stimuli visuels (au visage de sa mère par exemple) et auditifs (par exemple à la voix de sa mère). Ces attitudes de retraits correspondent à des mécanismes de défenses archaïques et rudimentaires pour contrer la douleur et les sur-stimulations agressives. Néanmoins, ces défenses sont fragiles et de faibles efficacités car il se laisse rapidement déborder : le bébé prématuré pleure plus souvent et est plus compliqué à consoler.

La survie du nourrisson n'est alors plus dépendante de la mère mais de la couveuse, des soignants et des aides médicales : les perfusions, les aides respiratoires, les sondes... Tout cela cause des ruptures interactionnelles avec les parents et « interdisent les processus d'adaptation corporelle réciproque entre la mère et le bébé, et l'investissement du dialogue tonique est retardé lorsqu'ils se retrouvent » (Gauberti, 1993, p. 38). Le dialogue tonique s'élabore alors sur un passif douloureux. L'accordage tonique est défaillant ce qui engendre un sentiment d'insécurité interne et de l'anxiété chez l'enfant. Il est alors difficile pour l'enfant de construire les limites de son corps qui se construisent normalement dans le portage et les expériences de frustrations et de conflits.

Les dynamiques interactionnelles chez le prématuré mettent davantage de temps à se mettre en place que chez les enfants nés à terme. Cela indique que perdure chez le nourrisson la « souffrance de n'avoir pas eu à sa disposition l'enveloppe du corps maternel pour parvenir à élaborer un sentiment de sécurité interne et de familiarité » (Gauberti, 1993, p. 39)

Pour Jean, la relation avec sa mère a dû être également complexe et très altérée. Je n'ai que très peu d'éléments sur les interactions précoces entre lui et sa mère mais il est facilement imaginable qu'elles aient été profondément marquées. En effet, à la prématurité de Jean s'ajoute le fait que sa mère ait fait un déni de grossesse, elle n'a donc pas pu bénéficier

du processus psychique qui lui permet d'accueillir psychiquement ce bébé. Se surajoute également à cela le fait qu'au moment de la naissance, la maman venait tout juste d'immigrer pour ses études. Elle était donc seule à accueillir ce bébé qu'elle n'attendait pas.

On peut donc facilement imaginer que la prématurité et ses conséquences physiques, psychiques et relationnelles ont pu entraver profondément la construction de l'enveloppe psychocorporelle de Jean. Cela a probablement amené des vécus corporels angoissants d'intrusion et de morcellement. Par conséquent, il est possible que l'élaboration d'une individuation soit entravée.

III- L'enveloppe psychocorporelle chez l'enfant présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)

Nous avons vu comment la prématurité pouvait impacter la construction précoce de l'enveloppe psychocorporelle à la fois au niveau corporel, psychique et relationnel. Je souhaite dorénavant développer une partie sur l'enveloppe psychocorporelle chez l'enfant présentant un TSA. Cette partie est loin d'être exhaustive. Elle a pour but de comprendre comment les enfants atteints de ce trouble peuvent vivre leur corps. Comment ils se construisent une enveloppe afin de pallier aux attaques autant externes qu'internes. Cette partie est également en lien avec Jean qui a été diagnostiqué TSA. C'est un sujet qui m'a également beaucoup interrogé depuis la deuxième année de formation avec la rencontre de Maxime que je vous ai présenté en vignette clinique.

Chez l'enfant porteur d'un Trouble du Spectre de l'Autisme, la fonction contenante et régulatrice de l'enveloppe psychocorporelle est limitée voire défaillante. Des mécanismes de compensations se développent alors : ce sont les clivages.

1) Les clivages de l'espace du corps

Chez le bébé, des mécanismes de clivage existent. Selon G. Haag, il existe des séparations repérables dans le corps du bébé qui se réduisent normalement dans la relation mère-bébé et grâce à la maturation neurophysiologique. Elle appelle ces clivages : « états de non-intégrations » (Latour, 2014, p. 106). Ils correspondent à des séparations dans l'espace du corps entre la droite et la gauche, le devant et le derrière, le haut et le bas, et le dedans et le dehors. L'enfant intègre progressivement ces espaces ce qui permet leur rassemblement

autour de l'axe corporel. Associé à la relation avec la mère, le bébé fait l'expérience d'être rassemblé dans ses bras ; il se construit le sentiment d'être. Par le *holding*, il peut se porter puis ensuite se contenir de lui-même. Les clivages chez le bébé « agissent comme des organisateurs mettant de l'ordre dans le chaos des perceptions et des fantasmes » (Latour, 2014, p. 104).

Ces clivages perdureraient chez l'enfant TSA, qui resterait alors dans cet *état de non-intégration* empêchant ainsi un rassemblement autour de l'axe corporel. L'absence d'unité corporelle favorise l'émergence des angoisses archaïques dont nous avons parlé précédemment. En effet, lorsqu'ils sont en excès, ils entravent les processus d'intégration et entraîne principalement des vécus de démantèlement ou de morcellement.

2) Les clivages sensoriels

Ces séparations touchent également le domaine sensoriel. Elles permettent d'apaiser le trop plein de sensations mais elles causent une dispersion psychique. Elles « rompt tous les liens logiques des sensations normalement reliées entre elles » (Lheureux-Davidse, 2012, p. 77). Les sensations ainsi morcelées deviennent moins intenses et plus acceptables mais indépendantes les unes des autres. Cela empêche le relais d'une modalité sensorielle à une autre. L'enfant entend mais ne peut voir en même temps, il peut toucher mais ne pas voir. Ainsi l'enfant TSA se trouve dans une incapacité à trier une information de manière multimodale. L'information est donc traitée de manière partielle ce qui explique les réactions décalées, différées ou hors contexte. Certaines sensations seraient attrayantes voire addictives et d'autres repoussantes voire angoissantes mais toujours hors du lien à l'autre. Ainsi, l'enfant va présenter un profil sensoriel particulier avec des hyperréactivités et des hyporéactivités sensorielles. Certains canaux sensoriels vont être surutilisés aux dépens des autres dans une recherche de plaisir et de fascination. Bullinger spécifie que l'enfant TSA privilégierait un système plutôt archaïque (spino-thalamique) fonctionnant sur la qualité de la stimulation pour traiter les flux sensoriels au détriment de la quantité et donc de la capacité à moduler et à nuancer (Latour, 2014, p. 105).

Ces clivages entraînent souvent un « état de chaos interne où chaque élément psychique devient interchangeable avec des risques de vécus confusionnels et le sentiment que des parties clivées sont anéanties » (Lheureux-Davidse, 2012, p. 78)

L'image du corps en est alors impactée avec des vécus corporels négatifs de morcellement, de disparition, d'effacement ou d'arrachement des extrémités.

L'enfant porteur d'un TSA vit donc son corps comme clivé, morcelé avec des vécus corporels bien souvent angoissants. Le corps et le lien à l'autre ne sont pas investis, le dialogue tonique n'est pas intériorisé, la différenciation Soi / Non Soi n'est pas construite et donc le processus d'individuation est mis en échec.

IV- Les conséquences sur l'individuation

Nous avons vu que l'enveloppe psychocorporelle se forme sur un équilibre fragile entre soma, psyché et interaction. Une mauvaise intériorisation d'une fonction de cette enveloppe limite voire entrave fortement sa constitution. L'enfant peut alors mettre en place des moyens de compensation plus ou moins adaptés. Mais qu'en est-il de l'individuation ? Quelles sont les conséquences d'une défaillance de l'enveloppe psychocorporelle sur l'individuation ?

1) Une absence de différenciation.

Il est facilement imaginable qu'un enfant qui ne différencie pas ce qui est de lui et ce qui est de l'autre ne peut s'individuer au sens où l'entend M. Mahler. En effet, il faut un « moi » pour avoir un « toi » et pouvoir par la suite avoir sa propre identité.

Un enfant qui ne se constituerait pas une enveloppe corporelle solide et unie resterait dans la *phase symbiotique* de M. Mahler. En effet, il ne construirait pas la représentation de ses limites corporelles : lui et l'autre ne sont pas distincts. Ainsi, on peut observer des comportements de collage, d'adhésivité. L'enfant vient se coller contre le corps de l'autre afin que l'enveloppe de l'autre puisse le tenir. E. Bick nomme ce comportement : l'identité adhésive. L'enfant se colle à l'autre afin d'obtenir la contenance physique et psychique de manière à ne pas reconnaître d'existence séparée. Ce mécanisme de défense a pour but de supprimer l'écart entre le sujet et l'objet et d'éviter le sentiment de disparition (Noël-Winderling, 2014).

Un manque de limite, de contenance et de maintenance corporelle entraîne également des vécus très angoissants d'intrusion, de vidage, de trou béant... amenant des comportements où l'enfant ne peut supporter le contact de l'autre par exemple. La relation à l'autre est alors entravée puisque l'autre est à la fois non distinct de soi mais également objet menaçant.

Le sentiment interne de sécurité qui se développe dans l'interaction entre parents-enfant ne peut alors se construire. L'enfant se désorganise très souvent, débordé par des sensations qu'il ne peut gérer. Il va alors s'agripper à certains éléments afin de pouvoir trouver de la stabilité dans ce chaos interne. Mais ces agrippements ne permettent pas à l'enfant de s'ouvrir à l'autre et le referme sur lui-même

Au niveau psychique, cela a également un impact. En effet, l'absence d'une intériorisation d'une enveloppe psychocorporelle solide, contenante et unifiante ne permet pas une enveloppe psychique solide, contenante et unifiante. L'enfant ne reconnaît pas son reflet dans le miroir. Il n'a pas accès à la représentation de son corps et son image du corps est très fragile. On peut noter également chez ces enfants l'absence de langage ou l'absence d'utilisation du pronom personnel « Je » qui témoigne, selon moi, d'un échec du *processus de séparation-individuation*.

De plus, l'enfant n'est pas en capacité d'exprimer ses besoins, ses désirs, ses ressentis ou ses pensées qui représentent une part essentielle de la constitution de son être.

2) Des conséquences pathologiques

2.1) Le cas de la psychose

Selon M. Mahler, « le trait dominant dans la psychose infantile est l'inachèvement de l'individuation, c'est-à-dire du sentiment d'identité individuelle » (Flémal, 2011, p. 222). Le processus de séparation-individuation se trouve en échec ce qui laisse le sujet dans un état de confusion quant aux limites de sa propre identité. L'enveloppe psychocorporelle du psychotique est fragile ce qui amène des vécus corporels de désintégration, de dépersonnalisation. Cela résulte de la prépondérance des angoisses archaïques qui n'ont pas pu être apaisées par l'environnement. D. Anzieu évoque la psychose comme un « noyau sans

écorce » (Flémal, 2011, p. 223). Pour lui, cela traduit la violence de la désorganisation des excitations pulsionnelles en raison d'une première enveloppe absente ou fragile.

Ainsi, en raison d'une séparation partielle avec l'objet Mère, le psychotique ne manifeste pas ou très peu de sentiment d'individualité : « son Moi et ses frontières restant continuellement poreuses et indécises »(Flémal, 2011, p. 223).

2.2) Le cas du Trouble du Spectre de l'Autisme

J'ai évoqué précédemment la complexité pour les enfants TSA d'investir leur corps, de l'habiter. En effet, du fait des expériences sensorimotrices peu diversifiées et non reliées aux interactions avec l'entourage, l'intégration des différents espaces du corps comme un tout unifié et fonctionnel est limité. De plus, les enfants TSA présentent des particularités toniques qui limitent, comme nous l'avons vu, le dialogue tonico-émotionnel. Cela altère la constitution d'un *arrière-fond*, essentiel aux soutiens des appuis, du rassemblement autour de l'axe corporel. L'enfant aura donc tendance à s'agripper à des stimulations externes afin de pallier à ce manque. Ce faisant, il est ainsi difficile pour les enfants TSA de s'adapter toniquement à l'autre et les interactions avec autrui sont altérées. L'expérience d'un corps en relation est souvent difficile pour ces enfants. Ces enfants ne semblent alors pas se sentir suffisamment contenus pour accéder aux appuis corporels et psychiques, nécessaires pour acquérir un sentiment de sécurité interne et un sentiment continu d'existence. Ce défaut d'investissement corporel altère donc la construction du sentiment d'être un individu unique différencié de l'autre (Joly, 2018).



Les enfants que j'ai rencontré lors de mon stage à l'ITEP présentent, pour la plupart, une enveloppe psychocorporelle défaillante. Dans le cas de Jean, les apports théoriques que nous venons de voir nous donnent des hypothèses sur comment il vit son corps : un corps possiblement clivé et angoissant. Cela nous donne également des pistes pour comprendre ses comportements et ainsi l'accompagner au mieux afin qu'il puisse intérioriser progressivement une enveloppe psychocorporelle plus unifiée et avancer vers une possible individuation.

Partie III – Du côté de la clinique

I- Présentation de l'institution

1) L'Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

Les ITEP sont des structures particulières définies par ce décret :

« Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé. »
(Art. D. 312-59-2 du code de l'action social et des familles)(Légifrance, s. d.).

L'ITEP dans lequel je réalise mon stage accueille 63 enfants âgés de 2 à 12 ans présentant des troubles du comportement et de la personnalité.

Selon la circulaire du 14 mai 2007, ce sont les difficultés d'ordre psychologique qui constituent les premières indications d'orientation d'un enfant vers l'ITEP. Leur intensité et leur caractère durable en constituent des éléments essentiels et perturbent la scolarisation et la socialisation. C'est la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui notifie une orientation en ITEP. Les parents se mobilisent, suite à cette notification auprès de la direction de l'ITEP pour effectuer les démarches d'admission de leur enfant. Le directeur et la pédopsychiatre décideront, après avoir lu le dossier et rencontrer la famille, d'accueillir ou non l'enfant.

L'ITEP est composé : d'une équipe de direction, d'une équipe soignante avec un médecin pédopsychiatre, un médecin neuropédiatre, une infirmière, une psychologue, une orthophoniste et une psychomotricienne, d'une équipe éducative avec des Educatrices de Jeunes Enfants (EJE) et des Aides-Médico-Psychologiques (AMP), d'une équipe de services généraux avec une cuisinière, une couturière et un agent d'entretien

L'institut travaille suivant un mode de fonctionnement pluridisciplinaire dans les prises en charge des enfants. Grâce au regard des différents professionnels, les équipes proposent

une approche globale des enfants en fonction de leur problématique. Cela permet de construire des projets personnalisés les plus adaptés.

L'ITEP est organisé en deux groupes, le jardin d'enfants et le service de suite.

- Le Jardin d'enfants

Le jardin d'enfants accueille des enfants âgés de 2 à 6 ans. Ils sont répartis en 7 groupes de 6 à 8 enfants, encadrés chacun par une Educatrice de Jeunes Enfants (EJE) et d'une Aide-Médico-Psychologique (AMP) ou d'une deuxième EJE.

Les enfants sont accueillis du lundi au vendredi en semi-internat. Ils restent 1 voire 2 ans dans les groupes. Ce changement annuel permet de respecter le développement des enfants et de travailler l'aspect du lien d'attachement et de la séparation.

Chaque groupe a un emploi du temps hebdomadaire déterminé pour l'année. Il regroupe tous les temps d'activités, d'ateliers et de thérapie. C'est un outil essentiel à la prise en charge. Il permet aux enfants de se repérer, de se sécuriser et d'anticiper. Il permet également d'acquérir les notions spatio-temporelles. L'emploi du temps est affiché à l'attention de tous les enfants sous forme de photos pour les plus jeunes, et sous forme de pictogrammes pour les grands.

Dans chaque groupe il est proposé, comme alternative au langage oral, le code du Makaton. Il s'agit d'une aide à la communication et au langage. C'est un vocabulaire fonctionnel qui regroupe parole, signes, et pictogrammes.

Le fonctionnement du jardin d'enfants repose sur une organisation groupale. Il est le contenant primordial des enfants dont l'enveloppe psychocorporelle est mal constituée.

Afin de favoriser au mieux leur développement, plusieurs types d'activités et d'ateliers sont proposés aux enfants tels que des expérimentations sensori-motrices, de la socialisation, des temps d'apprentissage, des ateliers d'expression ...

A l'issue de leurs parcours au jardin d'enfants, les petits sont orientés soit vers un autre ITEP ou un IME avec une nouvelle prise en charge, vers un hôpital de jour, soit vers le service de suite ou un Service d'Education Spéciale et de Soins A Domiciles (SESSAD) en inclusion scolaire avec ou sans accompagnement spécifique.

- Le service de suite

Ce service accueille 15 jeunes de 6 à 12 ans. Il est conçu pour prolonger la prise en charge des enfants sortant du Jardin d'enfants pour lesquels la projection d'une inclusion scolaire a été envisagée. Cependant, d'autres enfants sont orientés au service de suite à l'issue d'une notification de la CDAPH sans être passés par le Jardin d'enfants de l'établissement.

Ces enfants admis au service de suite ont connu une évolution encourageante dans le secteur précédent. Ils se sont montrés mobilisables face aux apprentissages, réceptif à la prise en charge et capable de symbolisation et de secondarisation.

Les enfants sont accueillis l'après-midi, en semi-internat d'une à cinq demi-journées par semaine en fonction de leurs difficultés et de leurs besoins de soin. Les matinées sont réservées à la scolarisation (en cursus normal ou en Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire)

Le service de suite est divisé en 3 groupes de différents niveaux en fonction de la maturité psycho-affective. Chaque groupe est encadré par une éducatrice référente. Les trois groupes partagent un même espace commun qui leur est dédié. Chaque enfant possède son emploi du temps, en fonction de son projet thérapeutique.

A l'issue du parcours au service de suite, les enfants continuent leur parcours scolaire avec l'accompagnement d'un SESSAD ou d'un suivi ambulatoire. Exceptionnellement, une prise en charge dans un autre ITEP peut être envisagée.

Ce service de suite est voué à se transformer en un SESSAD l'année prochaine afin de respecter les normes en vigueur pour les ITEP.

2) La place de la psychomotricité en ITEP

La psychomotricienne de l'ITEP intervient auprès des enfants du jardin d'enfants et du service de suite. Elle est employée à temps partiel dans l'établissement depuis plusieurs années et fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire. Ses fonctions et ses rôles sont bien intégrés par le reste de l'équipe.

En début d'année, la psychomotricienne effectue un bilan pour chaque enfant en vue d'élaborer des projets individuels. Lors des réunions de projet, la psychomotricienne indique si l'enfant nécessite une prise en charge rééducative de type individuel, groupal et la fréquence. Celle-ci est ensuite discutée en équipe puis validée ou non par la pédopsychiatre institutionnelle.

Le bilan psychomoteur se base principalement sur l'utilisation du Brunet Lézine Révisé (quand la passation est possible) et sur des observations cliniques. Durant l'année, la psychomotricienne informe lors des réunions de synthèse de l'évolution de l'enfant.

Les prises en charge individuelles ont lieu dans la salle de psychomotricité à raison d'une séance hebdomadaire. La salle de psychomotricité est située dans un bâtiment annexe, opposé au bâtiment central. Il est donc nécessaire d'aller chercher l'enfant dans l'espace du groupe éducatif et de faire le chemin ensemble. Ce temps de transition est intéressant, il marque le début puis la fin de séance et permet d'observer l'enfant hors du cadre d'une salle de thérapie.

Le travail est axé principalement sur un aspect du développement psychomoteur de l'enfant qui a été observé lors du bilan. La psychomotricienne travaille essentiellement les troubles de coordinations motrices (coordination oculo-manuelle), les troubles de la motricité globale, de l'équilibre et des difficultés temporo-spatiales.

La psychomotricienne est également formée au travail en pataugeoire qui est une technique inspirée par le Dr Pierre Lafforgue.

- **Qu'est-ce que la pataugeoire ?**

Les séances de pataugeoire se déroulent une fois par semaine dans une pièce divisée en deux espaces : l'espace sec (espace où on se change et que l'on n'a pas le droit d'arroser) et l'espace mouillé (avec un point d'eau, et divers jeux et contenants).

Pour chaque séance, la présence de deux professionnels est nécessaire, chacun ayant un rôle spécifique :

- La psychomotricienne est en interaction directe avec l'enfant à la frontière de l'espace mouillé et de l'espace sec.
- L'observatrice, à l'écart sur une chaise dans l'espace sec, prend en note les actions, les réactions, les évolutions de l'enfant en séance. Ces notes serviront dans un deuxième temps lors de la régulation entre la psychomotricienne et l'observatrice. Elles permettent de mettre du sens et donne des pistes de compréhension du fonctionnement et de l'évolution de l'enfant. L'observatrice est essentielle dans le travail en pataugeoire. Elle joue également le rôle de tiers dans la relation.

Ce cadre très marqué permet aux enfants de jouer des aspects de leur fonctionnement psychique et corporel très archaïque lié à une enveloppe psychocorporelle défaillante. Les enfants jouent beaucoup autour des jeux de dedans/dehors, de remplir/ vider. Il travaille ainsi les fonctions de l'enveloppe corporelle en appréhendant les limites du corps, du Soi/ Non Soi. Ils travaillent également autour des angoisses archaïques de démantèlement, de vidage, d'intrusion... C'est une sorte de « couveuse pour la pensée » (Delion, 2013, p. 274).

La psychomotricienne définit son approche comme une approche thérapeutique globale, contenante et sécurisante. Elle aborde essentiellement les problématiques de l'ordre de l'archaïque notamment en pataugeoire et en piscine sonore.

3) Ma place de stagiaire

Je suis en stage à l'ITEP tous les vendredis. Ma journée se découpe en trois parties :

- **Les réunions de projets individuels.**

Elles occupent toute la matinée. Pendant ce temps, je note les observations concernant les évolutions des enfants pris en charge au sein de l'établissement, je prends part aux discussions et aux échanges entre les différents professionnels. Je lis les comptes-rendus de bilan ou de synthèse d'évolution transmises par la psychomotricienne.

Sur cette première partie de la journée, quand il m'est possible, j'observe les enfants du Jardin d'enfants.

- **Les prises en charge**

Je réalise deux prises en charge : la première avec un groupe thérapeutique à médiation corporelle et la deuxième en thérapie individuelle, en piscine sonore, avec Jean.

- **La régulation des prises en charge et les supervisions**

La prise en charge groupale

La psychomotricienne qui m'accompagne pendant ce stage m'a donné la possibilité de prendre en charge seule, le groupe thérapeutique à médiation corporelle. Ce groupe est constitué de quatre filles du service de suite. Il s'organise autour du média musique et de l'expression corporelle. Dans cette prise en charge, je suis complètement garante du cadre thérapeutique : je prépare le matériel, j'assure le bon déroulé de la séance et j'accompagne

les enfants à l'aller et au retour du service de suite à la salle. Je veille aussi à la continuité de la prise en charge lorsque la psychomotricienne est absente. Toutes ces conditions (temps, espace, matériel) amènent contenance et sécurité, ce qui favorise la constitution d'une enveloppe groupale stable. Au sein de cette enveloppe, grâce aux échanges entre les différents membres du groupe, les excitations, les frustrations, les pulsions vont s'exprimer en fonction de la problématique de chaque enfant. Le cadre thérapeutique vient alors contenir ce qui déborde, ce qui se désorganise. J'exerce, dans ces moments-là, le rôle de pare-excitation, mais aussi de penseur en transformant ces éprouvés bruts (*éléments bêtas*) en éléments assimilables (*éléments alphas*) pour ces enfants. Mon rôle est alors d'accueillir, de contenir, pour ensuite symboliser. Par l'aspect contenant de l'enveloppe thérapeutique, je permets à chacune de ces enfants de trouver sa place, d'exister en tant qu'elle-même, avec leur individualité propre, leur identité.

La prise en charge individuelle

Dans le cadre de la prise en charge de Jean, en piscine sonore, j'exerce un tout autre rôle, celui d'observatrice. Je reste néanmoins garante du cadre matériel de la séance. J'installe les enceintes dans l'eau et je gère la musique ce qui concourt à la stabilité de l'enveloppe.

Pendant cette prise en charge, mon rôle est donc d'être une observatrice attentive et une secrétaire de séance. Je suis chargée de retranscrire dans le carnet dédié à Jean tout ce qui se passe pendant la séance. Je me tiens assise dans l'espace sec (en référence à la pataugeoire citée précédemment), à un mètre du rebord de la piscine. Mon travail est d'écrire le plus objectivement possible les actions, les réactions de Jean et les interactions verbales et non-verbales de la psychomotricienne. Je dois également être attentive aux attitudes, aux activités et aux jeux qu'entreprend Jean ainsi qu'aux sons qu'il émet pour les retranscrire au mieux dans son carnet.

On peut assimiler ces fonctions d'observation et de retranscription à une seconde enveloppe thérapeutique. En effet, d'après A. Brun, qui s'appuie sur le concept de D. Anzieu, le dispositif thérapeutique est constitué de deux feuillets : « Un feuillet externe tourné vers le monde extérieur, soit l'enveloppe d'excitation où se vivent les interactions sensorielles et émotionnelles entre enfant et soignant, et un feuillet interne, tourné vers le monde intérieur, soit l'enveloppe d'inscription où il s'agit de mettre en sens ce qui se joue, ici principalement au niveau corporel » (Brun, 2014, p. 248). Selon A. Brun, l'observateur ferait partie du feuillet

interne du dispositif thérapeutique. L'enveloppe d'inscription, quant à elle, se constitue des écrits de l'observateur au sein du cadre thérapeutique, de la régulation entre les trois partenaires de ce cadre : la psychomotricienne, l'observateur, l'éducateur de référence de l'enfant, et enfin de l'élaboration de comptes-rendus dans le cadre des régulations et des supervisions.

Cette seconde enveloppe a une fonction contenante, à la fois pour l'enfant qui s'intéresse à ce qu'on y inscrit, qui contient les angoisses et à la fois pour les professionnels.

Le temps de régulation

A la fin de chaque journée de stage, un temps de régulation est effectué avec la psychomotricienne, la référente de Jean et moi-même, l'observatrice. Cela permet de mettre ensemble des mots sur ce qui a été vécu avec Jean et d'essayer de comprendre les comportements de l'enfant. Après la lecture de mes écrits et nous partageons nos ressentis, nos impressions, nos hypothèses sur les attitudes et comportements de l'enfant. Le but étant d'associer observations, réflexions et hypothèses.

Le temps de supervision

Suite au temps de régulation, un temps de supervision est programmé avec une psychologue extérieure à l'établissement. Cet échange permet d'aider l'équipe soignante à mieux comprendre ce qui se passe en séance et à débloquer certaines situations complexes. C'est « un moment au cours duquel un thérapeute va solliciter un superviseur pour qu'il lui permette de reconduire l'étonnement, de s'ouvrir à de nouvelles possibilités, de regarder et interpellé ce qui se déroule dans le cours de la rencontre avec son patient » (Blanquet, 2009, p. 48).

II- Présentation de Jean

Je rencontre Jean dans le cadre d'une prise en charge en piscine sonore tous les vendredis après-midi avec la psychomotricienne, son éducatrice référente et moi-même.

1) Présentation succincte

Jean est né le 27 décembre 2018. Il est âgé actuellement de 4 ans 5 mois. Il présente un développement staturo-pondéral harmonieux et en accord avec son âge.

Il vit avec sa mère, le nouveau compagnon de celle-ci et son petit frère né le 13 janvier 2023. Jean ne connaît pas son père biologique. Le compagnon de sa mère est très investi dans la vie de Jean, et le considère comme « son propre fils » (*selon ses mots*).

2) Anamnèse

Jean est né prématurément à **27 semaines d'aménorrhée**. Sa mère, alors âgée de 22 ans, a fait un déni de grossesse et a découvert qu'elle était enceinte quelques semaines avant l'accouchement. *Cela pose des questions par rapport à l'investissement psychique et aux premières relations mère-bébé.* Originnaire du Gabon, elle a immigré en France pour ses études, ignorant qu'elle était enceinte.

Jean a été intubé puis admis en **réanimation néonatale** dès sa naissance. Les médecins lui ont détecté une maladie des membranes hyalines, un pneumothorax bilatéral, une primo-infection à cytomégalovirus et une dysplasie pulmonaire sévère. Il a été hospitalisé pendant 5 mois. Il est ensuite passé en hospitalisation à domicile (HAD) pendant un an avec oxygénothérapie et sonde naso-gastrique. Aujourd'hui, Jean présente de l'asthme chronique et est souvent hospitalisé pour des suivis.

Jusqu'à ses **10 mois**, Jean a été nourri par sonde naso-gastrique avec du lait maternel car il ne tétait pas. *Cette nutrition entérale (directement dans le tube digestif) a dû altérer significativement son vécu corporel et les prémices des représentations de son corps.* L'introduction de nourriture solide a été compliquée causant des refus voire des vomissements. Aujourd'hui Jean accepte la nourriture mixée lisse préparée par sa mère. A l'ITEP, il n'accepte de manger uniquement les yaourts de la maison avec la cuillère de la maison.

A l'âge de **6 mois**, il a été traité pour une rétinopathie. L'audition a également été évaluée, et les résultats se sont révélés normaux.

Il a été orienté au CAMSP en 2019 pour un **retard psychomoteur**, une **hypertonie axiale** avec extension de la tête en arrière, difficulté d'enroulement, **autostimulation** et trouble de l'oralité important.

Au CAMSP, Jean a bénéficié d'un suivi en psychomotricité et en kinésithérapie. La tenue assise s'est acquise à **11 mois** grâce à une amélioration du tonus axial et une nette régression de l'hypertonie périphérique. A cet âge, il commence à se déplacer sur le ventre. Les interactions ont été estimées de bonne qualité : il répète des syllabes, babille...

Vers **21 mois**, il acquiert le déplacement à 4 pattes et fait quelque pas. Un retard sur la communication verbale et non verbale est observé. Il y a peu d'interactions visuelles et les autostimulations sont toujours présentes.

A **22 mois**, la marche est acquise. Il est accueilli chez une assistante maternelle. La séparation est difficile et Jean refuse de se nourrir.

Un bilan orthophonique, au même âge, réalisé par le CAMSP montre une appétence pour la relation et les interactions mais une absence d'attention conjointe. Il répond aux stimulations mais ne les provoque pas. Il y a peu de manipulation, il reste au stade des éprouvés sensoriels. Les seules explorations se font par la mise des objets dans la bouche.

En 2021, les bilans d'entrée (psychologique et psychomoteur) à l'ITEP mettent en avant un **évitement relationnel** avec peu de regards adressés et de demandes. La **différentiation soi/non soi** n'est pas acquise : il oscille dans des moments de collage avec l'adulte et des moments de mise à distance où ce dernier n'existe plus. La permanence de l'objet n'est pas acquise. Le **pointage** n'existe pas et il ne réagit pas à son prénom. Son regard est fuyant et l'oralité est envahissante. Il présente également une **hypotonie** avec effondrement au sol lorsqu'il est contrarié. Lors de la marche, son polygone de sustentation est très large, et il se tient voûté, presque replier sur lui-même.

Il obtient, au **Brunet Lézine Révisé**, un âge de développement de 14 mois en motricité, de 11 mois en coordination, de 7 mois en langage et de 5 mois en socialisation, pour un âge réel de 2 ans 8 mois lors de la passation.

Un diagnostic de **Trouble du Spectre de l'Autisme avec retard de développement global** a été établi.

- Vie à l'ITEP :

Jean fait partie du **groupe 1** du jardin d'enfant. C'est le groupe qui rassemble les primo-arrivants. C'est la deuxième année qu'il fait partie de ce groupe, son évolution psycho-affective ne lui permettait pas de pouvoir évoluer vers le groupe 2.

Le groupe 1 a pour objectif principal l'accompagnement des enfants dans le cheminement entre un temps cadencé par les rythmes biologiques vers un temps plus social. Pour cela, le groupe va répondre aux besoins physiologiques de base des enfants, développer leur sensorialité à travers l'exploration, favoriser l'expression émotionnelle et affective et constituer un premier espace de socialisation. Il est construit comme un véritable cocon, une

véritable enveloppe pour des enfants particulièrement en insécurité, en évitant qu'ils soient confrontés aux alternances et discontinuités de temps et d'espace (toutes les activités, les repas, les bilans et les thérapies de groupe se font dans l'espace du groupe et de la salle). Ce groupe va jouer le rôle de *seconde peau*. C'est une alternative transitoire qui permet le développement global de l'enfant dans un environnement contenant et unifiant. Cette enveloppe groupale va ensuite pouvoir être intériorisée et mentalisée par l'enfant pour qu'il puisse se créer sa propre enveloppe psychocorporelle. A partir du groupe l'enfant va pouvoir s'individualiser. L'éducatrice de jeunes enfants joue le rôle de figure d'attachement essentiel à la sécurité affective de l'enfant.

Pendant la première année passée à l'ITEP, Jean n'a pas eu de prise en charge. Il n'était pas assez accessible ni disponible. Le soin principal a consisté en de **la contenance groupale et soignante**, ainsi que la création d'une relation de confiance avec son éducatrice référente.

Jean a passé toute l'année dernière, enfoui, en position fœtale, dans un hamac, la tête cachée dans le tissu. Il ne sortait uniquement pour manger son yaourt. Les activités proposées au jardin d'enfant ne l'intéressaient pas. Jean se tenait voûté, non stable sur ses appuis lors de ses déplacements comme un tout petit qu'on forcerait à marcher. C'est dans cette attitude voutée que je le rencontre également en début d'année.

Jean ne dit aucun mot. Depuis cette année, il se fait entendre de plus en plus par des cris, des pleurs, des babillages. Lorsqu'il a besoin de moment de maternage, il est capable de se tourner vers une éducatrice en tendant les bras pour être porté. Il est capable de montrer des émotions telle que la tristesse, la colère, ou la joie. C'est un enfant qui sourit et rigole très souvent lorsqu'on interagit avec lui.

Concernant la propreté, Jean est toujours en couche, il ne montre aucune gêne lorsque sa couche est souillée. Il n'apprécie pas les temps de change et d'habillage : il se débat, pleure, serre les jambes.

D'un point de vue social, Jean s'est bien intégré cette année dans le groupe. Il peut partager des temps de maternage avec l'adulte. Il ne semble pas perturbé quand des personnes inconnues entrent dans le jardin d'enfant. Il interagit beaucoup avec un autre petit garçon du groupe mais il se laisse souvent malmené par ce dernier. Jean ne réagit pas face à ses *attaques*.

3) Projet individuel de Jean

A la suite de la réunion de synthèse, voici le projet que l'équipe pluridisciplinaire a écrit pour Jean :

Jean présente des difficultés dans l'accès à une certaine autonomie du fait du trouble de développement et de la difficulté relationnelle. Cela nécessite un étayage et une contenance dans les gestes de la vie quotidienne (temps des repas, changes, sieste). Les temps des repas sont marqués par une sélectivité alimentaire avec des refus nécessitant des aménagements et de la souplesse.

Les troubles de l'enveloppe et de la contenance corporelle, associés à un fonctionnement autarcique, centré sur les expériences sensorielles bénéficieront de l'accompagnement dans le jardin d'enfants proposant différentes situations (glisser, grimper, ouvrir-fermer...) et des interactions avec les autres enfants et les professionnels.

En fonction de son évolution psycho-affective les médiations thérapeutiques *Tissus et Coussins*, et *Boue* lui seront proposées en dehors du groupe.

La communication non-verbale (son attitude corporelle, regards, vocalises, cris...) se développe avec un champ d'investigation qui s'élargit. Il est davantage observateur de ce qui l'entoure et dans l'exploration. Le langage sera à développer par les interactions au sein du jardin d'enfants, par une prise en charge groupale en orthophonie avec la médiation du Makaton, par des chansons, des histoires et des comptines.

La relation à l'autre évolue. Il différencie les adultes et il est plus en interaction avec les adultes et les enfants. Cette évolution est à soutenir par les temps éducatifs en petit groupe ainsi que par une prise en charge psychothérapeutique groupale et la mise en place de soins individuels en piscine sonore.

III- La prise en charge en psychomotricité

1) La piscine sonore

Le dispositif de la piscine sonore est une toute nouvelle médiation thérapeutique mise en place à l'ITEP. Le projet est donc en cours d'élaboration. Elle a été créée par le précédent pédopsychiatre parti en retraite cette année et la psychomotricienne en poste.

La piscine sonore est constituée d'un bassin avec plusieurs niveaux de profondeur. Quatre enceintes étanches sont placées dans l'eau à chaque coin de la piscine. Le lieu est divisé, comme pour la pataugeoire en un espace sec et en un espace mouillé. Pour chaque séance, la présence de deux professionnels est nécessaire. La psychomotricienne est dans l'eau avec l'enfant et interagit directement avec lui. L'observateur prend des notes dans l'espace sec et gère la musique en parallèle. Dans certains cas, comme celui de Jean, la présence de l'éducatrice référente est nécessaire afin de sécuriser l'enfant.

Cette médiation a été pensée pour des enfants atteints de pathologies lourdes dont les problématiques sont davantage archaïques que celles des enfants bénéficiant du dispositif de la pataugeoire. Elle est principalement indiquée pour les enfants dont l'enveloppe psychocorporelle est absente. Pour eux, il faut alors revenir à la base de la construction de cette enveloppe, l'enveloppe utérine. En effet, la piscine sonore est conçue pour recréer l'enveloppe utérine par la présence de l'eau, de sons, des vibrations et de contacts quasi peau à peau avec l'adulte contenant et sécurisant. Comme l'enveloppe utérine, la piscine sonore a pour but d'offrir à l'enfant un espace maintenant, rassurant et protecteur qui permet de recréer un sentiment de première peau. L'enfant va ensuite intérioriser cette première peau, comme sa propre enveloppe corporelle continue et sécurisante.

Cette médiation permet de travailler également sur les vécus sensoriels archaïques comme l'audition, le toucher, la proprioception, les vibrations, ... L'élément eau ajoute également une certaine apesanteur rappelant les premières sensations dans le milieu intra-utérin.

Toutes ces expérimentations vont construire des prémices d'enveloppe corporelle qui manquent cruellement à ces enfants.

La relation avec la psychomotricienne permet de travailler sur les interactions précoces. La thérapeute endosse la fonction d'*enveloppe maternante*. Elle soutient la construction de l'enveloppe psychocorporelle, elle contient les excitations et les débordements par sa fonction de pare-excitation et permet à l'enfant de mentaliser ses vécus corporels. Ainsi, elle donne la possibilité à l'enfant de développer des prémices d'enveloppe psychique, de différenciation Soi / Non-soi et d'individualisation. Dans certains cas, comme celui de Jean, la piscine sonore permet également de travailler des vécus angoissants autour de la naissance.

Mes axes de travail

Le projet étant en cours d'élaboration, les axes thérapeutiques n'ont pas encore été écrits. J'ai donc pris l'initiative de dégager plusieurs axes de travail :

- Favoriser l'émergence de la construction d'une enveloppe corporelle par intériorisation de l'enveloppe thérapeutique.
- Permettre à l'enfant de travailler sur ses vécus corporels et ses angoisses archaïques.
- Développer les prémices d'une enveloppe psychique, d'une différenciation entre soi et l'autre, et par conséquent d'une individuation.

2) La première rencontre

Lors de l'entretien de stage préalable que j'ai eu avec la psychomotricienne de l'établissement, celle-ci m'a parlé d'un enfant, sans le citer, qui lui donnait l'impression de « n'être pas né ». Biologiquement, il l'est, son corps physique existe, mais ses comportements, ses postures évoquaient davantage un fœtus qu'un enfant. Ces propos m'ont questionnée.

En octobre 2020, je rencontre Jean, au cours de sa première séance de psychomotricité. Tout est nouveau, pour lui, pour moi-même et pour la psychomotricienne. Dans ce lieu de médiation qu'il ne connaît pas, et face à moi-même qui lui suis inconnue, Jean commence sa première séance de prise en charge en psychomotricité.

Il arrive, accroché dans les bras de son éducatrice référente qui l'amène et qui se charge de le préparer pour la piscine. Son comportement est archaïque, tel un petit singe accroché à sa mère. Il me fait vraiment l'effet d'un tout petit à ce moment-là. Je fais alors le lien avec l'enfant évoqué par la psychomotricienne. Une fois prêt, l'éducatrice référente ne reste pas avec Jean pour cette séance. Il perd donc le repère qui lui permet de se sentir en sécurité.

Lorsque Jean est posé au sol, il se tient courbé, les jambes fléchies. Ses appuis sont instables. Son axe corporel semble fragile, il manque d'ancrage au sol.

Dans l'eau il s'agite beaucoup. Je note la présence de stéréotypies telles que des flappings surtout lors des changements de musique. Il pousse également des cris rauques, saccadés, qu'il semble aller chercher très profondément en lui. Ces cris révèlent une certaine appréhension voire des angoisses. Peut-être est-ce une angoisse de l'inconnu puisque c'est un médiateur dont il n'a pas l'habitude, ou encore une angoisse d'intrusion corporelle due à

une défaillance de l'enveloppe psychocorporelle... ou encore autre chose. En dehors de ces cris, Jean est un enfant très silencieux qui ne babille pas, il ne rit pas non plus.

Lorsqu'il est dans les bras de la psychomotricienne, il s'agrippe très fortement à cette dernière. J'observe dans ces moments-là d'étranges comportements : Jean, à plusieurs reprises, tire la peau de la psychomotricienne au niveau du ventre puis tire sa peau à lui et tente de rapprocher ces deux peaux. La psychomotricienne le ressent comme une volonté de ne faire qu'un avec elle, de retourner dans le ventre maternel. Il s'agit d'un fantasme qu'une même peau appartient à l'enfant et à sa mère. Jean, par ce comportement voudrait possiblement retrouver la fusion corporelle de l'enveloppe utérine.

Au fil de la séance, Jean semble s'apaiser. Notamment grâce au bras contenant de la psychomotricienne et à la manière dont elle le porte (avec un appui au niveau du dos et de la tête). Et grâce à la musique que l'on avait choisie pour le milieu de séance (Calypso Queen de Calypso Rose), j'observe en effet moins de stéréotypies et moins de cris. Je suppose que les bras de la psychomotricienne offrent un espace protecteur qui vient jouer le rôle de pare-excitation afin d'empêcher les agressions extérieures. De même, le rythme plus dynamique de la musique doit créer davantage de vibrations dans l'eau, ce qui doit stimuler la surface de sa peau mais aussi l'intérieur de son corps et favoriser un sentiment d'unité corporelle. Ces deux éléments participent au développement d'une certaine sécurité chez Jean.

Pendant cette séance, la psychomotricienne reste sur la première marche du bassin, toutes les tentatives d'aller plus loin se soldent par des cris et une agitation. L'eau est encore un objet source d'angoisse que Jean ne peut contenir. A la fin de la séance, Jean ne manifeste aucune réaction lorsqu'il quitte le bassin.

Lors du rhabillage, j'observe qu'il s'agite beaucoup lorsque qu'on lui passe la tête dans le col de son pull. En questionnant l'éducatrice, celle-ci me dit qu'il le fait également au jardin d'enfants et que le temps d'habillage est souvent compliqué. Je me demande alors s'il n'y a pas un vécu traumatique par rapport à la naissance et à la prématurité. Peut-être a-t-il vécu de manière très anxiogène le passage du col utérin, et le passage du col du pull lui fait raviver ce souvenir inconscient ?

A la suite de cette première séance, nous avons décidé d'adapter le cadre thérapeutique afin qu'il soit davantage contenant pour Jean.

Ainsi, nous nous sommes mises d'accord de garder qu'une seule musique pendant les 45 minutes de séance ; celle de la chanteuse Calypso Rose. Nous avons dans l'idée de créer une réelle enveloppe sonore continue qui permettrait à Jean de s'apaiser et d'être disponible à la relation.

De plus, avec l'accord de la référente de Jean, nous avons décidé qu'elle resterait lors des séances afin de lui offrir un point de repère. Cela permet également de faire la continuité entre le groupe et la piscine sonore, et d'éviter de potentielles angoisses d'effondrement.

3) Une naissance

Lors de la deuxième séance, Jean est arrivé, toujours accroché tel un petit singe à sa référente. La présence de celle-ci pendant la séance semble l'apaiser. En effet, dans des moments d'angoisse il la cherche et s'assure du regard qu'elle est bien là.

L'enveloppe sonore continue que nous avons mis en place participe fortement à la diminution des angoisses de Jean. En effet, les stéréotypies se sont estompées et les cris rauques et saccadés ont été remplacés par des petits sons liés à son excitation.

Cependant, les comportements de fusion corporelle subsistent. S'ajoutent à cela des comportements de foussement dans le cou de la psychomotricienne. La thérapeute a alors eu l'idée de rajouter une troisième enveloppe. L'eau et la musique constituant les deux premières, elle utilise une écharpe de portage comme une enveloppe « physique » qui l'entoure ainsi que Jean.

Ainsi, une réelle peau commune, une enveloppe commune s'est matérialisée autour de Jean et de de la psychomotricienne. Cette écharpe vient réellement pallier son besoin d'être dans la peau de l'autre, de ne faire qu'un avec l'autre. Jean se retrouve alors serré contre le torse de la thérapeute avec le dos, la tête et les bras contenus dans cette enveloppe. Seules les jambes et les pieds ne sont pas maintenus par l'écharpe. Se rajoutent à cette enveloppe de textile le contact de l'eau, les vibrations, les rythmes et les sonorités, ainsi que le discours de la thérapeute qui vient mettre en mots les expériences corporelles que peut vivre Jean. Elle lui raconte son histoire : sa naissance prématurée, les soins difficiles qu'il a dû avoir, sa relation avec sa mère... il semble à l'écoute de ces paroles. Ainsi porté et contenu, il se laisse aller au relâchement, et pousse parfois des soupirs de contentement. Le dialogue tonico-émotionnel devient plus apaisé et la psychomotricienne ressent un véritable accordage.

A partir de cette étape de la thérapie, les comportements fusionnels de Jean (fouissement dans le cou, recherche d'une peau commune...) se sont estompés. En questionnant quelques semaines plus tard l'éducatrice, elle m'explique que ces comportements se sont arrêtés également pendant les temps de maternage.

Il semblerait qu'à ce stade de la thérapie, le dispositif mis en place permettait réellement à Jean de retrouver l'unité de l'enveloppe utérine, enveloppe à laquelle il a été arraché trop tôt, et ainsi d'intégrer un sentiment d'enveloppe corporelle unie, continue et sécurisante.

Nous utiliserons l'écharpe de portage durant 5 séances. Chacune de ces séances faisant l'objet de surprises et d'étonnements sur l'évolution du petit garçon, il me semble observer sa seconde naissance, une sorte de reviviscence de la sortie de ce monde utérin vers le monde extérieur.

Au fur et à mesure de ces séances, Jean se détache seul de l'écharpe. Tout d'abord, il l'ôte de sa tête et renouvelle ce geste lorsque la psychomotricienne tente de la lui recouvrir. Ensuite, c'est au tour de ses épaules, puis de son dos, et pour finir, il fait le choix de sortir de cette enveloppe en enjambant le reste de lien de tissus qui le reliait à la thérapeute.

En parallèle de cette évolution, Jean explore davantage l'environnement dont il a accès dans son espace de préhension. Il s'amuse à ressentir les sensations de l'eau sur sa main en faisant des va et vient, sous l'eau, puis en tapant des mains sur la surface. Il teste également la solidité du sol en le repoussant de ses pieds et en se balançant de gauche à droite. Par cette stimulation, il vient chercher le dur dans son corps. Chez l'enfant TSA, l'intégration d'un squelette interne est défaillant du fait d'un défaut d'appropriation corporelle et de *holding*. Pour cela il est nécessaire à Jean de s'accrocher au dur afin de trouver de la solidité en lui (Latour, 2014, p. 91).

Jean s'ouvre davantage à la relation. J'observe quelques regards francs entre la psychomotricienne et lui, quelques prémices d'imitations peuvent apparaître notamment lorsque la psychomotricienne tape l'eau de sa main. Il explore également beaucoup le visage de la psychomotricienne comme s'il voulait en appréhender les limites.

S'ensuit de cette *mise au monde* une séance très riche. Jean pousse beaucoup de cris qui laissent une impression de libération, de délivrance. Il tente d'explorer les limites de ce nouveau monde en explorant les rebords durs de la piscine, les arrêtes des marches.

Jean réalise ses explorations en marchant, debout, dans la piscine. Il fait des petits pas, avec un polygone de sustentation large, comme un enfant qui apprend à marcher. Il semble davantage s'ériger, s'axer ce qui montre qu'il investit davantage sa corporéité.

Lorsqu'il se sent un peu trop loin de la psychomotricienne, il retourne très vite vers elle afin de se lover dans ses bras puis de repartir en exploration. Cela montre qu'il y a un accordage affectif entre la psychomotricienne et le petit garçon puisqu'il revient se sécuriser dans ses bras lorsqu'il n'arrive plus à maîtriser ses angoisses.

Je note également qu'à partir de ce moment-là, les résistances de Jean lors du passage de sa tête dans le col de son pull s'estompent. J'émet l'hypothèse que cette seconde naissance lui a peut-être permis de surmonter le vécu angoissant de sa naissance prématurée.

En reprenant le processus d'individuation de M. Mahler, je fais l'hypothèse que Jean évolue progressivement de la *phase symbiotique normale* à la *phase de différenciation - développement du schéma corporel*. En effet, j'observe qu'il passe d'une période où il constitue, avec la psychomotricienne, une unité duelle toute puissante à l'intérieur d'une frontière commune (représentée par l'écharpe de portage) à un plaisir à investir l'environnement externe (exploration des limites de la piscine par exemple). Ainsi, l'enveloppe contenante du dispositif de la piscine sonore lui a permis de retrouver cet état de fusion avec l'objet maternant pour ensuite pouvoir s'en détacher et explorer. Des prémices du Moi corporel commencent donc à se construire.

4) Un enfant qui grandit

Au fil des séances, j'observe un enfant qui grandit, un enfant qui s'ouvre au monde.

Ces dernières séances, Jean arrive en marchant, tenant la main de son éducatrice. Il monte également les quelques marches qui donnent accès à la piscine. Il est davantage érigé, verticalisé. Ce redressement corporel est lié à l'aspect contenant et global de la prise en charge de Jean au sein de l'ITEP. En effet la verticalisation de l'être humain n'est pas seulement due au redressement anatomique de la colonne vertébrale, ce processus inclut aussi des dimensions émotionnelles, affectives et cognitives (Meurin, 2018, p. 67). Les enveloppes construites autour de lui ont permis à ce petit garçon d'intérioriser suffisamment de solidité et de stabilité pour qu'il puisse s'ériger et construire son axe corporel. Ce redressement lui permet de se découvrir et de percevoir le monde dont il fait partie. Ses explorations

s'enrichissent ; il saute, danse au rythme de la musique. Il ressent avec ses mains les différentes particularités des sols : le linoléum des vestiaires, les petits carreaux de la piscine.

Jean observe aussi longuement les enceintes lorsque la psychomotricienne lui en donne la possibilité. Il explore de ses doigts, de sa bouche les différentes rainures de l'enceinte. (Celles-ci sont en forme de coquille Saint Jacques avec des reliefs sur le dessus.) Il compare la qualité et l'intensité du son en plongeant puis ressortant l'enceinte de l'eau.

Les vibrations qu'émet l'enceinte l'intéressent beaucoup également. Il place ses mains bien à plat dessus ou alors il la place sur son ventre ou ses pieds. Jean reste ainsi silencieux plusieurs secondes à ressentir les vibrations dans son corps. Il manifeste son mécontentement lorsque l'enceinte lui échappe des mains, en poussant de petits cris.

J'é mets l'hypothèse que les vibrations viennent stimuler ses récepteurs tactiles et ses récepteurs internes au niveau viscéral et osseux. Toutes ces sensations permettent à cet enfant de vivre son corps et lui donnent des informations sur ses limites corporelles et en conséquence sur son enveloppe. La stimulation de son enveloppe corporelle vient alors nourrir son sentiment de soi.

Jean est dans une certaine bidimensionnalité. Il s'agirait, pour D. Meltzer (cité par (Latour, 2014, p. 79)), d'une métaphore spatiale où l'enfant percevrait le monde uniquement sur un mode sensoriel : la chose n'existe plus dès que la stimulation cesse. Cela correspond à un mécanisme autistique qui limite la pensée expérimentale, la mémorisation et l'anticipation.

Jusque-là, la structure de la séance s'inscrivait dans une certaine routine afin que Jean puisse se sentir sécurisée. Mais aux vues de l'évolution de Jean, la psychomotricienne lui propose alors davantage de petits jeux.

Elle lui propose notamment d'utiliser le tapis à trous. Il s'agit d'un tapis en mousse flottant confortable percé de petits trous. Les trous laissent passer l'eau afin que l'enfant reste au contact de cet élément. L'idée de la proposition de ce tapis est que Jean puisse s'y allonger afin d'avoir les oreilles immergées. Mais cela reste encore trop compliqué pour lui. Lorsqu' on lui propose de se mettre sur le dos, il se tend et s'agite.

Au niveau spatial, Jean explore davantage le secteur. Au cours des dernières séances, il s'est avancé de lui-même dans le grand bassin. Il avait alors de l'eau jusqu'au cou. Cette exploration était mêlée d'excitation et d'angoisse.

Il se montre plus téméraire, s'éloigne physiquement de l'adulte et ne revient dans les bras de celui-ci que lorsque les angoisses deviennent trop importantes.

Sur le plan relationnel, Jean est beaucoup plus en lien. Il réagit intensément aux sollicitations de la psychomotricienne. Il sourit, éclate de rire. Il prend plaisir dans la relation avec l'autre.

De manière générale, Jean semble venir à la piscine sonore avec plaisir. Il montre de l'impatience et de l'excitation à entrer dans l'eau et commence à montrer des signes de frustration pendant que l'éducatrice le prépare pour la séance.

5) Un enfant qui s'individualise

Au fil de cette prise en charge, Jean se construit une enveloppe psychocorporelle plus stable et plus unifiée. Cela lui permet d'être suffisamment rassuré pour explorer son environnement et investir la relation à l'autre.

Les regards sont plus francs, moins fuyants. Il investit peu à peu le jeu de « coucou caché ». Ces jeux de présence/ absence permettent d'appréhender la notion de permanence de l'objet. Il n'initie pas le jeu mais réagit lorsque la psychomotricienne y joue.

Il est également sensible à l'imitation. Il prend plaisir dans cet échange rigole et propose parfois l'action à imiter.

Enfin il développe un intérêt pour les objets extérieurs à lui-même et leur manipulation. Il voit ce qui l'entoure, il est attentif aux caractéristiques des objets. Il sort de son enfermement. Je le sens davantage ancré ; il a plus de force pour affronter le monde extérieur.

Toutes ces observations me font penser à la deuxième étape de la phase de différenciation du développement du schéma corporel dans la théorie de M. Mahler.

Il s'agit de l'étape des essais. L'enfant investit davantage l'extérieur en explorant des secteurs plus larges. Il se sépare de plus en plus de sa figure d'attachement mais il revient se sécuriser lors des angoisses. L'exploration est teintée d'excitation et d'angoisse.

Si l'on suit la théorie de Mahler, Jean se situerait à un âge entre 9 et 15 mois dans le processus d'individuation.



Le dispositif de la piscine sonore vient soutenir Jean dans son enveloppe psychocorporelle, son unité et son individualité.

Par le cadre contenant de cette thérapie et l'enveloppe instituée par la thérapeute et moi-même, Jean montre une évolution sur le plan psychocorporel et relationnel.

Il semble que Jean amorce le processus d'individuation. Il commence à différencier le soi/non soi. Il se montre ainsi plus sécurisé et présent. Il commence à s'intéresser à l'autre comme à un être différencié de lui.

IV- Evolution dans les autres cadres

1) Dans le jardin d'enfants

L'évolution que nous observons à la piscine sonore s'observe également dans d'autres cadres comme le jardin d'enfants.

Jean est sorti définitivement de son hamac. Il y retourne avec l'adulte uniquement lorsqu'il a besoin de contenance.

Ce petit garçon profite davantage de la salle du jardin d'enfants pour courir, sauter, se laisser tomber sur les coussins, grimper. Tous ces jeux qu'il ne faisait pas auparavant enrichissent ses capacités motrices.

Ses sens sont également plus en éveil, il accepte de manipuler la pâte à modeler, il patouille lors des repas avec la nourriture. Il aime mettre la compote sur ses doigts, se frotter les mains avec cette matière un peu collante. Il barbouille son visage, et même les murs avec cette mixture. Il investit également davantage sa sphère orale : il sort sa langue et peut lécher ses doigts, voire un morceau de gâteau sec. Cependant Jean garde la bouche fermée lorsqu'on lui présente la cuillère de yaourt ou de compote. Cela montre que l'enveloppe psychocorporelle est encore fragile puisque Jean n'a pas encore accès à la sphinctérisation.

Sa relation aux autres évolue également. Il ne manifeste pas ses besoins (par exemple lorsque sa couche est souillée) mais il sait ce qu'il veut et ne veut pas (par exemple lors du repas, il repousse la main de l'éducatrice s'il ne veut plus manger). Il est de plus en plus en lien avec les éducatrices et les autres enfants.

Jean a un copain avec qui il interagit souvent. Tous les deux font la course et rigolent beaucoup. Cependant il se laisse malmené par ses pairs et n'exprime pas sa douleur : il ne réagit ni ne crie.

Des prémices de comportement d'imitation commencent à poindre. Il est capable d'attendre lorsqu'il veut l'attention de l'adulte et que ce dernier n'est pas disponible. Il comprend certaines consignes et arrive à supporter la frustration de l'interdiction.

Une certaine agressivité commence à apparaître. Il réagit lorsqu'une éducatrice porte un autre enfant dans ses bras. Cet enjeu de rivalité marque le fait que Jean prend peu à peu conscience qu'un autre existe. Il peut aussi mordre les adultes lorsque ces derniers tentent de le contenir dans ses moments de débordements.

Les soins du quotidien sont moins compliqués mais Jean résiste toujours lors de l'habillage et du change.

Aux vues de son évolution significative, Jean devrait intégrer l'année prochaine le groupe 2.

Il s'agit d'un groupe axé sur le développement sensori-moteur et la socialisation. A cela est ajoutée une organisation temporelle selon le rythme circadien (dans la journée) et infradien (hebdomadaire). Cela est possible car l'organisation des activités et les thérapies s'effectuent dans une autre salle que celle du groupe marquant une discontinuité dans les espaces.

Ce groupe est un intermédiaire entre le groupe 1 orienté vers le champ thérapeutique et les groupes 3 et 4 dont les axes de travail se tournent vers la pédagogie et le développement de la pensée.

2) Dans la famille

La famille de Jean observe également des progrès significatifs depuis la prise en charge en piscine sonore.

En effet elle remarque que Jean est davantage en relation. Les regards sont plus adressés et il semble content lorsqu'il joue avec ses parents.

Sa mère rapporte également que Jean est attentif à son petit frère. Lorsque celui-ci pleure et que maman ne réagit pas assez vite ; Jean prend la main de sa mère et l'amène vers son frère. Elle remarque aussi que Jean est très doux avec le bébé.

Au quotidien, la vie de famille est plus facile ; le rituel du bain se déroule mieux. Jean réussit à rester assis dans la baignoire et il accepte qu'on lui lave la tête.

Depuis quelques semaines, la famille a changé les tenues vestimentaires de Jean. Il est habillé comme un petit garçon et non plus comme un tout-petit avec des bodys et des collants. Sa place dans la famille change, il devient un grand. J'émetts l'hypothèse que ce changement est également en relation avec le développement du petit frère. Il grandit et cela aide Jean et sa famille dans son individuation et son autonomie. Elle reste cependant inquiète au sujet de son devenir.



L'accompagnement de Jean tout au long de cette année a conduit à une nette évolution à la fois à l'ITEP et à son domicile. Les enveloppes à la fois thérapeutiques et groupales lui permettent progressivement d'intérioriser une enveloppe psychocorporelle propre à lui, unie et sécurisante. Cela l'engage dans la voie du processus d'individuation.

Conclusion :

J'ai choisi, dans la construction de ce mémoire, d'aborder et de lier plusieurs notions : l'enveloppe psychocorporelle, l'individuation, et la psychomotricité.

Je me suis, tout d'abord, questionnée sur la notion d'enveloppe psychocorporelle, son élaboration au cours du développement de l'enfant et son lien avec l'individuation. Cela m'a amené à comprendre que pour pouvoir s'individuer, il faut pouvoir se différencier de l'autre, exprimer ses désirs et ses besoins. Pour faire tout cela, il faut se constituer une enveloppe psychocorporelle contenant, sécurisante et unifiée. A travers elle, un sentiment d'être un individu à part entière peut naître.

Suite à cette conclusion, je me suis demandée comment l'enveloppe psychocorporelle pouvait faire défaut et quelles étaient les conséquences sur le processus d'individuation de l'enfant. Les enfants présentant un défaut d'enveloppe montrent une certaine fragilité dans leur sentiment d'unité, de continuité d'existence et d'individuation.

Je me suis alors interrogée sur la manière dont la psychomotricité pouvait étayer l'enveloppe psychocorporelle afin de soutenir le processus d'individuation. Le psychomotricien, par ses qualités et ses compétences soutient l'acquisition d'une enveloppe corporelle. Ceci par des contacts corps à corps, un dialogue tonico-émotionnel, en permettant à l'enfant de vivre des expériences corporelles unifiantes. Par la symbolisation de ces vécus corporels et le cadre thérapeutique contenant, il soutient la construction d'une enveloppe psychique. En étayant ces bases, le psychomotricien permet à l'enfant d'amorcer son processus d'individuation. Ainsi, par le travail que nous avons mené avec la psychomotricienne, Jean a pu établir une enveloppe psychocorporelle plus solide ce qui lui a permis d'amorcer le processus d'individuation. La question de l'enveloppe psychocorporelle se trouve au cœur de notre pratique. Nous participons à son élaboration par la contenance de notre présence, de notre regard, de nos médiations et de notre cadre.

L'écriture de ce mémoire m'a permis de faire évoluer ma réflexion et mes observations cliniques lors de ce stage. J'ai ainsi pu approfondir mes questionnements sur ce sujet. Cela m'a apporté une autre façon de penser, fondamentale pour ma future pratique.

Bibliographie :

- Albaret, J.-M., Scialom, P., & Giromini, F. (2018). Chapitre 5. Manifestations psychomotrices du prématuré. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 361-377). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0361>
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-Peau* (Dunod).
- Blanquet, E. (2009). Réflexions sur la pratique de la supervision en Gestalt-thérapie. *Gestalt*, 35(1), 41-56. <https://doi.org/10.3917/gest.035.0041>
- Bonandrini, B. (2014). Le développement du schéma corporel. *Soin et psychiatrie*, 35(292), 39-43. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2014.02.010>
- 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>
- Brun, A. (2014). Chapitre 8 - Médiation de l'eau dans la clinique de l'autisme : Construction d'une première peau psychique. In *Médiations thérapeutiques et psychose infantile* (p. 259-274). Dunod. <https://www.cairn.info/mediations-therapeutiques-et-psychose-infantile--9782100708307-p-259.htm>
- Bullinger, A. (2013). Les représentations de l'organisme dans l'autisme, perspective développementale. *La revue lacanienne*, 14(1), 173-177. <https://doi.org/10.3917/lrl.131.0173>
- Ciccione, A., & Lhopital, M. (2019). Chapitre 15. La formation « seconde peau ». In *Naissance à la vie psychique: Vol. 3e éd.* (p. 345-355). Dunod. <https://www.cairn.info/naissance-a-la-vie-psychique--9782100761807-p-345.htm>
- CNRTL. (2012). *ENVELOPPE: Définition de ENVELOPPE*. Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/enveloppe>
- CNRTL. (2012). *INDIVIDUATION : Définition de INDIVIDUATION*. Centre National de Ressources Textuelle et Lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/individuation>
- 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. (2013). VIII. La pataugeoire : Contenir et transformer les processus autistiques. Anne Marie Latour. In *Quand lire, c'est faire* (p. 273-278). Hermann.
<https://www.cairn.info/quand-lire-c-est-faire--9782705686765-p-273.htm>
- Dubertrand, E. (2020). *L'eau enveloppe : Apport de la psychomotricité et de la médiation eau dans le soutien de l'enveloppe psychocorporelle* (02894626) [Mémoire de DE psychomotricité, IFP de Bordeaux]. Dumas.
- Flémal, S. (2011). Pour un processus d'individuation délirante dans la psychose. *Cliniques méditerranéennes*, 83(1), 217-233. <https://doi.org/10.3917/cm.083.0217>
- Gauberti, M. (1993). *Mère—Enfant : À corps et à vie—Analyse et thérapie psychomotrice des interactions précoces* (Masson).
- Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S., & Vachez-Gatecel, A. (2022). *Chapitre V. Une théorie du développement psychomoteur* (p. 52-74). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/la-psychomotricite--9782715403932-p-52.htm>
- Golse, B. (2015). Développement affectif. In *Développement affectif et cognitif de l'enfant*. Elsevier Masson.
- Hochmann, J. (2007). L'étayage du soin aux enfants psychotiques sur le corps de l'institution. In *Corps, psychose et institution* (p. 111-118). Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.delio.2007.02.0111>
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique* (2e édition actualisée et argumentée) Sous presse). Sous presse.
- Joly, V. (2018, mai 13). Le holding chez Donald Winnicott : L'importance du portage de l'enfant. *Cabinet Psy-enfant*. <https://psy-enfant.fr/holding-donald-winnicott/>
- Latour, A.-M. (2014). *La pataugeoire : Contenir et transformer les processus autistiques* (Erès).
- Légifrance. (s. d.). *Décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé*. Légifrance. Consulté 13 mai 2023, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034485262>

- Lemp, F. (1996). « survivre ne suffira pas » Thérapie psychomotrice en unité de soin intensif néonataux. *Evolution psychomotrice*, 32(8), 80-86.
- Lheureux-Davidse, C. (2012). De l'agrippement sensoriel à la métaphore partagée dans la clinique de l'autisme. *Chimeres*, 78(3), 75-85.
- Maquin, A. (2016). `` Une enveloppe à fleur de peau '' . *La psychomotricité : Une relation thérapeutique contenant pour panser l'enveloppe psychocorporelle défaillante des enfants trachéotomisés*. [Mémoire du DE de psychomotricité, Pitié Salpêtrière].
Dumas
- Marion, L. (2020). La psychomotricité : une réponse singulière au défaut d'enveloppe psychocorporelle [Mémoire du DE de psychomotricité, IFP Bordeaux]. Dumas
- Mataush, C. (2004). Psychomotricité et oralité : Une approche spécifique en réanimation néonatale. Rééducation Orthophonique. *Rééducation Orthophonique*, 220, 107-116.
- Mathelin, C. (2014). Le bébé prématuré et ses médecins. *Enfances & Psy*, 64(3), 109-117.
<https://doi.org/10.3917/ep.064.0109>
- Meurin, B. (2018). L'axe corporel : Un appui postural, émotionnel et représentatif. *Motricité Cérébrale*, 39(2), 66-70. <https://doi.org/10.1016/j.motcer.2018.04.002>
- Noël, R., & Cyr, F. (2009). Le père : Entre la parole de la mère et la réalité du lien à l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 52(2), 535-591.
- Noël-Winderling, M. (2014). 11. Identification adhésive. In *Autisme et syndrome d'Asperger* (p. 103-108). Érès. <https://www.cairn.info/autisme-et-syndrome-d-asperger--9782749240442-p-103.htm>
- Pinelli, A., & Sanejouand, C. (2010). Un être de relation. In *Porter le bébé vers son autonomie* (p. 19-58). Érès. <https://www.cairn.info/porter-le-bebe-vers-son-autonomie--9782749202525-p-19.htm>
- Pireyre, É. W. (2021a). Chapitre 2. Le problème des références théoriques. In *Clinique de l'image du corps: Vol. 3e éd.* (p. 33-47). Dunod. <https://www.cairn.info/clinique-de-l-image-du-corps--9782100794911-p-33.htm>

- Pireyre, É. W. (2021b). Chapitre 4. L'enveloppe : La peau dans l'image du corps. In *Clinique de l'image du corps: Vol. 3e éd.* (p. 57-71). Dunod. <https://www.cairn.info/clinique-de-l-image-du-corps--9782100794911-p-57.htm>
- Pireyre, É. W. (2021c). Chapitre 10. Vers une compréhension psychomotrice du morcèlement. In *Clinique de l'image du corps: Vol. 3e éd.* (p. 139-153). Dunod. <https://www.cairn.info/clinique-de-l-image-du-corps--9782100794911-p-139.htm>
- Pireyre, É. W. (2021d). Chapitre 11. L'effondrement et l'angoisse d'effondrement. In *Clinique de l'image du corps: Vol. 3e éd.* (p. 155-167). Dunod. <https://www.cairn.info/clinique-de-l-image-du-corps--9782100794911-p-155.htm>
- Potel, C. (2009). Du corps à l'enveloppe corporelle. In *Le corps et l'eau* (p. 33-39). Érès. <https://www.cairn.info/le-corps-et-l-eau--9782749211305-p-33.htm>
- Potel, C. (2010). *Etre psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (Erès).
- Robert-Ouvray, S. (1997). *Intégration motrice et développement psychique* (Desclée de Brouwer).
- Rousseau-Salvador, C., & Louvel, J.-P. (2019). Chapitre 31. L'accompagnement du patient douloureux. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p. 391-400). Dunod. <https://www.cairn.info/le-grand-livre-des-pratiques-psychomotrices--9782100798940-page-391.htm>
- Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Vol. Tome 1 : Concepts fondamentaux.*
- Valentin, S. (1997). Le caractère et son armure : À propos de Wilhelm Reich. *Revue française de psychosomatique*, 11(1), 133-150. <https://doi.org/10.3917/rfps.011.0133>
- Winnicott, D. W. (1970). Le passage de la dépendance à l'indépendance dans le développement de l'individu. In *Processus de maturation chez l'enfant : Développement affectif et environnement* (p. 43-54). Eddition Payot.
- Winnicott, D. W. (1975a). *Jeu et réalité—L'espace potentiel* (Gallimard).
- Winnicott, D. W. (1975b). Le rôle miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. In *Jeu et réalité : L'espace potentiel* (Gallimard, p. 203-2014).

Winnicott, D. W. (1992). La mère ordinaire normalement dévouée. In *Le bébé et sa mère* (Payot&Rivages, p. 19-32).

Image 1 : Source : <https://www.pileje.ch/fr-ch/revue-sante/peau-plus-gros-organe-corps-humain>

Annexes :

Annexes 1 : L'axe de développement de A. Bullinger

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

Annexe 2 : La piscine sonore



Table des matières :

Remerciements.....	2
Sommaire.....	3
Introduction.....	4
<u>Partie I – La construction d’une enveloppe psychocorporelle pour être un soi individué</u>	6
I- La notion d’enveloppe	6
1) Qu’est-ce qu’une enveloppe ?.....	6
2) L’enveloppe psychocorporelle.....	7
II- La construction d’une enveloppe psychocorporelle dans le développement de l’enfant	7
1) De la vie intra utérine aux premières interactions précoces.....	7
1.1) L’enveloppe utérine.....	7
1.2) Naissance.....	8
1.3) Enveloppe maternante.....	9
2) De la peau à l’enveloppe corporelle : un premier sentiment d’unité.....	12
2.1) La peau physique.....	12
2.2) Les enveloppes sensorielles.....	14
2.2.1) L’enveloppe tactile.....	14
2.2.2) L’enveloppe olfactive et gustative.....	15
2.2.3) L’enveloppe sonore.....	15
2.2.4) L’enveloppe visuelle.....	16
2.3) Le tonus : une enveloppe psychotonique.....	16
2.3.1) Le développement du tonus.....	17
2.3.2) Fonctions et rôles.....	18
2.3.3) L’enveloppe tonique.....	19
3) Intériorisation de l’enveloppe corporelle en une enveloppe psychique.....	20
3.1) Le Moi-Peau de D. Anzieu.....	20
3.2) La peau psychique D. Houzel.....	22
3.3) Du schéma corporel à l’image du corps.....	24
III- En marche vers une individuation	26
1) Qu’est-ce que l’individuation ?.....	26

2) De la dépendance à l'individuation	27
2.1) La fusion/ dépendance.....	27
2.2) La construction du Soi.....	28
2.3) La séparation-individuation.....	29
IV- L'individu entouré de différentes enveloppes	32
1) L'enveloppe familiale.....	32
2) L'enveloppe groupale.....	32
3) Le cadre thérapeutique : la psychomotricité.....	34
4) L'enveloppe institutionnelle.....	34

Partie II – Enveloppe défaillantes ? Ses conséquences sur le développement du Soi de

<u>l'enfant et sur le processus d'individuation</u>	37
I- Qu'est-ce qu'une enveloppe défaillante ?.....	37
1) Des fonctions défaillantes.....	37
1.1) Défaillance de la fonction de contenance.....	38
1.2) Défaillance de la fonction de maintenance.....	39
1.3) Défaillance de la fonction d'inter-sensorialité.....	41
1.4) Défaillance dans la fonction de pare-excitation.....	41
2) Des stratégies compensatrices de l'enveloppe.....	42
2.1) L'hypertonie : une enveloppe de substitution.....	42
2.2) Les agrippements.....	44
II- Le traumatisme de la naissance.....	46
1) La prématurité.....	46
2) Une désorganisation de l'enveloppe corporelle.....	47
3) Une intégrité psychique mise à mal.....	50
3.1) La construction d'une enveloppe psychique entravée.....	50
3.2) La relation parents – bébé.....	51
III- L'enveloppe psychocorporelle chez un enfant porteur de Trouble du Spectre de l'Autisme	55
1) Les clivages de l'espace du corps.....	56
2) Les clivages sensoriels.....	57
IV- Les conséquences sur l'individuation	57

1) Une absence de différenciation	57
2) Des conséquences pathologiques.....	58
2.1) Le cas de la psychose	58
2.2) Le cas du Trouble du Spectre de l'Autisme.....	59
Partie III : Du côté de la clinique	60
I- Présentation de l'institution	60
1) L'Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique.....	60
2) Place de la psychomotricité	62
3) Ma place de stagiaire	64
II- Présentation de Jean	66
1) Présentation succincte.....	67
2) Anamnèse	70
3) Projet individuel de Jean.....	70
III- La prise en charge en psychomotricité	70
1) La piscine sonore	70
2) La première rencontre.....	72
3) Une naissance	74
4) Un enfant qui grandit.....	76
5) Un enfant qui s'individualise ?.....	78
IV- Evolution dans les autres cadres	79
1) Dans le jardin d'enfants.....	79
2) Dans la famille	80
Conclusion	82
Bibliographie	83
Annexes 1	88
Annexe 2	89
Table des matières	90