

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice

**La construction identitaire
à travers les enveloppes corporelle et
psychique chez l'enfant**

**Mémoire présenté par Vanessa ELIE en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

Référent de mémoire : Karine WINGEL

Session juin 2008

Résumé :

Ce mémoire propose tout d'abord de présenter les étapes de la construction identitaire de l'enfant et de l'élaboration des enveloppes corporelle et psychique. Chez certains enfants, comme des enfants autistes ou ayant une faible estime d'eux-mêmes, il y a une altération plus ou moins profonde de ces enveloppes. Ce mémoire s'attachera à essayer de comprendre comment peut-on travailler les enveloppes corporelle et psychique en psychomotricité et leurs influences sur la construction de l'enfant.

Mots-clés :

enveloppe corporelle

enveloppe psychique

identité

relation

toucher

peau

enfant

estime de soi

Sum-up :

My dissertation firstly shows the different steps of the child's identity formation and secondly his corporal and psychological frames. For some children, like the autists ones or those who have a low esteem of themselves, there is more or less a distortion of those frames. This dissertation will try to outline how we can work on corporal and psychological frames regarding psychomotricity and their influence on the child's development.

Key words :

corporal frame

psychological frame

identity

relation

touch

skin

child

self-esteem

*« Les réflexions qui descendent dans le cœur,
Mènent plus loin que celles qui vont au bout du monde. »*

Proverbe chinois

*« Ce que cache mon langage, mon corps le dit. Mon corps est un enfant entêté, mon
langage est un adulte très civilisé... »*

Roland Barthes

*« Sans l'âme, le corps n'aurait pas de sentiment ; et sans le corps,
l'âme n'aurait pas de sensations. »*

Rivarol

Remerciements

Tous mes remerciements à Florian et Maxime qui sont à l'origine de cette réflexion ainsi qu'à l'équipe pluridisciplinaire du CMPP.

Je remercie Karine Wingel, pour son aide durant cette année, ainsi que ses conseils et réflexions très enrichissantes.

Je remercie enfin mes proches pour leur précieux soutien tout au long de ces études.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
<u>PARTIE THEORIQUE</u> :.....	2
1. LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE DE L'ENFANT	3
1.1 Le développement cognitif selon J. Piaget	3
1.1.1 Le stade de l'intelligence sensori-motrice.....	3
1.1.2 Le stade de l'intelligence pré-opératoire.....	4
1.1.3 Le stade des opérations concrètes (7-12 ans).....	4
1.1.4 Le stade des opérations formelles (12-16 ans).....	4
1.2 Le développement psychomoteur de l'enfant	5
1.2.1 L'enfant de 0 à 9 mois.....	5
1.2.2 L'enfant de 9 à 18 mois.....	5
1.2.3 L'enfant de 1 an et demi à 3 ans.....	6
1.2.4 L'enfant de 3 à 6 ans.....	7
1.2.5 L'enfant de 6 à 12 ans.....	7
1.3 Le développement psychoaffectif de l'enfant	8
1.3.1 Le développement psycho sexuel selon S. Freud.....	8
1.3.2 Les positions chez l'enfant de Mélanie Klein.....	9
1.3.3 M. Mahler.....	10
1.3.4 Les soins maternels dans la construction psychique selon D.W. Winnicott.....	10
1.3.4.1 La préoccupation maternelle primaire.....	10
1.3.4.2 La mère suffisamment bonne.....	10
1.3.4.3 Le rôle du miroir de la mère.....	11
1.3.4.4 L'évolution de la relation mère-enfant selon D.W. Winnicott.....	11
1.3.5 L'attachement.....	11
1.3.6 La théorie du développement de H. Wallon.....	12
1.3.6.1 La construction de la personne.....	12
1.3.6.2 Le stade du personnalisme : stade centripète de 3 à 6 ans.....	13
1.3.6.3 L'achèvement de la personne de 6 à 16 ans.....	13
1.3.7 Du corps à la construction identitaire du Moi.....	14
1.3.7.1 La notion d'identité.....	14
1.3.7.2 Le schéma corporel.....	14
1.3.7.3 L'image du corps.....	15
1.3.7.4 Le corps comme moyen d'expression identitaire à travers les communications non verbales.....	15

2. LES ENVELOPPES CORPORELLE ET PSYCHIQUE.....	17
2.1 L'enveloppe corporelle : la peau	17
2.1.1 Neurophysiologie de la peau	17
2.1.2 Les différentes enveloppes.....	18
2.1.3 La grossesse, première enveloppe corporelle.....	18
2.1.4 La peau et le toucher.....	20
2.2 Le Moi-Peau.....	21
2.2.1 Définition.....	21
2.2.2 Les fonctions de la peau.....	22
2.3 Enveloppe psychique	23
2.3.1 Naissance à la vie psychique	23
2.3.2 L'approche des différents auteurs de l'enveloppe psychique	23
2.4 Les enveloppes défailantes.....	24
2.4.1 Les psychoses précoces	24
2.4.1.1 La psychose fusionnelle	24
2.4.1.2 La psychose déficitaire.....	24
2.4.1.3 La dysharmonie psychotique.....	25
2.4.1.4 L'autisme	25
2.4.2 L'étiologie de l'autisme.....	26
2.4.3 L'enveloppe de l'enfant autiste.....	26
2.4.4 L'enveloppe psychique fragilisée des enfants en difficulté	27

PARTIE CLINIQUE : **28**

1. LE CENTRE MEDICO-PSYCHO-PEDAGOGIQUE	29
1.1 L'institution.....	29
1.2 Le fonctionnement.....	29
1.3 La population accueillie.....	29
1.4 Le projet de l'établissement.....	30
1.5 L'équipe pluridisciplinaire.....	30
1.6 Les réunions de synthèse	31

2. LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DU CMPP	32
2.1 Le projet de l'établissement en psychomotricité	32
2.2 Le cadre thérapeutique.....	32
2.2.1 La salle de psychomotricité	32
2.2.2 Le mode de prise en charge.....	33
3. ETUDE DE CAS.....	34
3.1 Maxime.....	34
3.1.1 Présentation	34
3.1.2 Anamnèse	34
3.1.3 Les différents bilans.....	35
3.1.4 Le bilan psychomoteur.....	35
3.1.5 Le projet thérapeutique.....	38
3.1.6 L'évolution de la prise en charge	38
3.1.6.1 Le cadre thérapeutique.....	38
3.1.6.2 L'évolution de la prise en charge en groupe.....	39
3.1.6.3 L'évolution de la prise en charge individuelle	40
3.2 Florian.....	42
3.2.1 Présentation	42
3.2.2 Anamnèse	42
3.2.3 Les différents bilans.....	43
3.2.4 Le bilan psychomoteur.....	44
3.2.5 Le projet thérapeutique.....	45
3.2.6 L'évolution de la prise en charge	45
3.2.6.1 Le cadre thérapeutique.....	45
3.2.6.2 De mai à juillet.....	45
3.2.6.3 Une séance type	46
3.2.6.4 De septembre à aujourd'hui	47
3.2.6.5 Le travail avec la mère	50

<u>PARTIE DISCUSSION :</u>	52
Introduction	53
1. L'IMPORTANCE DE LA RELATION DANS LA CONSTRUCTION DES ENVELOPPES ET DE L'IDENTITE DE L'ENFANT	54
1.1 La relation mère-enfant	54
1.2 La relation père-enfant	56
1.3 Le corps dans la relation	58
1.3.1 La fonction tonique	58
1.3.2 Le dialogue tonico-émotionnel.....	59
1.3.3 Le regard	60
1.3.4 Les mimiques.....	60
1.3.5 Schéma corporel et image du corps	61
1.4 La relation psychomotricien-patient	61
2. L'ENVELOPPEMENT : COMMENT TRAVAILLER LES ENVELOPPES EN PSYCHOMOTRICITE	63
2.1 L'enveloppement corporel	63
2.1.1 Les techniques d'enveloppement utilisées dans la prise en charge par le toucher	63
2.1.1.1 Le toucher par pression.....	65
2.1.1.2 Le toucher lors du portage.....	65
2.1.1.3 Le toucher et l'eau.....	66
2.1.1.4 Le gros ballon.....	66
2.1.1.5 Le tunnel.....	67
2.1.1.6 Les caresses avec le singe en peluche.....	67
2.1.2 Les limites du toucher.....	68
2.1.3 Les autres techniques pour travailler sur l'enveloppe corporelle	68
2.1.3.1 La relaxation.....	68
2.1.3.2 Le pack.....	69
2.2 L'enveloppement psychique	70
2.2.1 L'importance du cadre dans la restauration de l'enveloppe psychique.....	70
2.2.2 L'enveloppement corporel comme soutien à la construction de l'enveloppe psychique	71
2.2.3 Fragilité de l'enveloppe psychique et estime de soi.....	72
CONCLUSION	74
Bibliographie	

INTRODUCTION :

Le vêtement nous habille, c'est un accessoire de mode tenant une place importante dans notre société occidentale. Le port du vêtement, pour l'individu, est aussi une façon d'exprimer son identité. Mais ces vêtements ne se contentent pas d'être le reflet d'une identité, ils contiennent et enveloppent le corps au quotidien. Sans eux, nous sommes mis à nu et c'est alors la peau qui nous contient.

C'est à partir de la peau que l'enveloppe corporelle se constitue très tôt chez l'enfant. Peu à peu, en s'étayant sur cette enveloppe corporelle, va se construire l'enveloppe psychique du jeune enfant. À la naissance l'enfant est en symbiose avec sa mère, il ne se distingue pas des autres. Il forme avec elle une enveloppe commune. Progressivement il va prendre conscience de son individualité : il va grandir, apprendre à se séparer de sa mère, devenir un sujet pensant. Il se construira ainsi une personnalité, une identité notamment aux travers de l'élaboration de ses propres enveloppes. Mais cette identité peut-elle se construire si l'enfant n'est pas suffisamment sécurisé, entouré et encouragé par son environnement dans toutes les étapes de sa vie ? On retrouve une défaillance des enveloppes corporelle ou psychique chez certains enfants autistes ou présentant une fragilité narcissique. Nous pouvons nous demander dans quelle mesure l'altération des enveloppes corporelle et psychique est déterminante dans la construction identitaire de l'enfant et comment elles peuvent être travaillées ou restaurées en psychomotricité ?

Dans une première partie théorique, je décrirai, à travers le développement cognitif, psychomoteur et psychoaffectif, la construction identitaire de l'enfant. J'aborderai ensuite les différents champs théoriques concernant la nécessité de la mise en place des enveloppes corporelle et psychique. Dans une deuxième partie clinique, j'exposerai deux études de cas d'enfants présentant une atteinte de leurs enveloppes, à travers leur histoire et l'évolution de leur prise en charge. Enfin, dans une troisième partie, je discuterai d'abord, de l'importance de la relation dans la construction des enveloppes et de l'identité de l'enfant. Puis de quelle façon ces enveloppes peuvent être consolidées en psychomotricité.

PARTIE THEORIQUE

1. LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE DE L'ENFANT

1.1 LE DEVELOPPEMENT COGNITIF SELON J. PIAGET

J. Piaget a été un des premiers à développer l'intelligence de l'enfant en plusieurs stades :

- stade de l'intelligence sensori-motrice
- stade de l'intelligence pré-opératoire
- stade des opérations concrètes
- stade des opérations formelles

1.1.1 Le stade de l'intelligence sensori-motrice

Il y a six sous stades qui décrivent l'intelligence sensori-motrice :

- Le stade des réflexes (0-1 mois) ; au départ, certains réflexes archaïques sont renforcés par l'environnement alors que d'autres sont au contraire diminués.
- Le stade des premières habitudes (1-5 mois) ; on passe du réflexe conditionné à un schème d'assimilation. C'est un mouvement qui repose sur un schème sensori-moteur.
- Le stade des actions sensori-motrices (5-9 mois) ; il y a une coordination entre vision et préhension, ainsi qu'une répétition d'un geste avec un résultat attendu : c'est une réaction circulaire. J. Piaget dit que l'enfant est au seuil de l'intelligence car il différencie le but et les moyens. Le moyen est que l'enfant a le choix entre divers schèmes moteurs possibles afin d'atteindre un but. Avant, l'enfant n'agissait que sur son corps propre, il peut désormais agir sur son environnement.
- Le stade de l'intelligence pratique (9-12 mois) ; à partir de là, le but s'impose au sujet indépendamment des moyens à employer. La coordination des moyens et des buts se renouvelle dans chaque situation nouvelle. Pour Piaget, c'est une preuve d'intelligence mais les moyens ne sont empruntés qu'à des schèmes d'assimilation connus.
- Le stade des schèmes d'action par réactions circulaires tertiaires et découvertes de nouveaux moyens par expérimentation active (12-18 mois) ; l'enfant recherche

de nouveaux moyens par différenciation active de schèmes connus : il s'agit des tâtonnements. C'est à partir de ce stade que s'élaborent les premières structurations spatiales grâce aux déplacements de l'enfant.

- Le stade d'invention de nouveaux moyens par combinaisons mentales lui permet d'arriver à une compréhension. C'est en réfléchissant et en observant qu'il construit de nouveaux schèmes.

1.1.2 Le stade de l'intelligence pré-opératoire

- La pensée symbolique (2-4 ans) ;
C'est le stade où l'enfant passe de l'action à la représentation. Il peut évoquer des objets ou des situations non perçus.
- La pensée pré-opératoire ou intuitive (4-7 ans) ; l'enfant est encore égocentrique et son égocentrisme le conduit à déformer la réalité, cela l'empêche encore de se décentrer ou de coordonner son point de vue avec autrui. Durant cette période l'enfant se décentre progressivement.

1.1.3 Le stade des opérations concrètes (7-12 ans)

Pour J. Piaget, l'enfant était dans une pensée pré-logique et il passe à une pensée logique. L'enfant a besoin de matériel concret pour appuyer ses opérations et son raisonnement. Il peut construire uniquement sur du réel.

1.1.4 Le stade des opérations formelles (12-16 ans)

Le sujet acquiert une nouvelle forme de raisonnement à partir des hypothèses, de l'abstrait. Il n'est plus obligé de se baser sur du concret pour construire ses raisonnements.

1.2 LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT

1.2.1 L'enfant de 0 à 9 mois

Durant cette période, le développement psychomoteur est très riche car l'enfant fait des acquisitions nouvelles tous les mois. Il s'éveille progressivement, il établit des relations avec l'adulte. Ces temps de veille sont de plus en plus nombreux et plus longs, surtout à partir de 4 mois. Il est encore très dépendant de l'adulte. Il ne possède pas encore de langage verbal mais il existe une communication non verbale qui s'exprime par le dialogue tonique, le regard et les mimiques qui lui permettent d'être en relation avec son environnement.

Le développement moteur est caractérisé par la tenue de la tête, le maintien de la station assise. L'enfant commence à ramper et change de position de façon autonome.

- La préhension : Il existe une préhension de contact due au grasping qui laisse place à une préhension et au relâchement volontaire.
- L'espace : jusqu'à l'âge de 4 mois les perceptions du monde extérieur sont très morcelées. Au fur et à mesure de la tenue de la posture et de la locomotion, l'enfant va pouvoir explorer son environnement proche.
- Le temps : l'existence du temps est liée exclusivement au rythme interne du corps.
- Schéma corporel : l'enfant explore son corps et se différencie peu à peu de sa mère. Son image du corps va être liée à son vécu corporel et aux liens qu'il tisse avec l'environnement.

1.2.2 L'enfant de 9 à 18 mois

Pendant cette période, le processus d'individuation/séparation à la mère est très important :

- Au niveau du développement moteur : acquisition de la position debout et un peu plus tard de la marche.

- La préhension s'affine de plus en plus : il peut manger seul et il fait des gribouillages.
- Au niveau de l'espace : il va acquérir le sens de la profondeur et les notions spatiales haut/bas et dedans/dehors.
- L'enfant va pouvoir se repérer dans le temps en fonction des activités, des soins qui lui sont prodigués.
- Au niveau du schéma corporel : l'enfant ne s'attribue pas son image dans le miroir comme étant la sienne. Il reconnaît celle de l'autre grâce à deux références visuelles : la réalité et le miroir.

1.2.3 L'enfant de 1 an et demi à 3 ans

Le développement de la locomotion va accroître l'autonomie de l'enfant et décupler ses possibilités exploratoires. C'est une période d'intégration des interdictions avec l'apparition du « non » dans le vocabulaire de l'enfant. De plus, il va commencer à jouer avec ses pairs.

- Au niveau moteur il peut courir et alterner les pieds en montant les escaliers.
- La préhension s'affine toujours, il peut s'habiller seul et se servir d'une paire de ciseaux.
- L'espace dans lequel il évolue dépend encore de l'action mais peu à peu, il va accéder à l'espace représentatif.
- Au niveau du temps, il distingue le présent du passé en employant les mots « hier » et « demain ».
- Au niveau du schéma corporel, il reconnaît son reflet dans le miroir, il peut identifier les parties du corps sur lui et sur autrui. Il y a une différenciation des deux sexes et des ébauches de bonhomme têtard.

1.2.4 L'enfant de 3 à 6 ans

- Motricité globale : les coordinations dynamiques générales et la régulation tonique sont de bonne qualité.
- Motricité fine : on observe le développement des praxies et l'apparition de la pince tridigitale.
- Latéralité : la latéralisation main-pied est établie vers 4 ans.
- Schéma corporel : la somatognosie et le dessin du bonhomme s'enrichissent.
- Temps : l'enfant connaît les grands repères de la journée, puis de la semaine.
- Espace : il y a un enrichissement des notions spatiales de base. L'enfant situe les objets en fonction de son corps, il est dans l'espace projectif.
- La socialisation : elle est marquée par l'ouverture au monde et par la prise de conscience de son identité sexuelle.

1.2.5 L'enfant de 6 à 12 ans

- Tonus : les syncinésies doivent diminuer puis disparaître avec la fin de la maturation neurologique à 12 ans.
- Latéralité : elle est définie et stable.
- Schéma corporel : la somatognosie est acquise. L'enfant est dans l'étape du corps maîtrisé. Il a la capacité de se représenter le corps en mouvement. A 8 ans, l'enfant peut se décentrer, le corps propre n'est plus le seul point de repère.
- Temps : l'enfant a conscience de la succession des événements et connaît les grands repères de l'année. A partir de 10 ans, il peut faire la différence entre le temps personnel et impersonnel.
- Espace : la réversibilité est acquise. A 10 ans, l'enfant peut suivre un plan et avoir une représentation en 3D de l'espace.
- Graphisme : durant cette période, il y a une personnalisation de l'écriture.

Les acquisitions psychomotrices de l'enfant vont être liées à ses affects et à son développement psychique.

1.3 LE DEVELOPPEMENT PSYCHOAFFECTIF DE L'ENFANT

1.3.1 Le développement psycho sexuel selon S. Freud

On part des fonctions du corps pour construire notre vie psychique. S. Freud définit la pulsion comme une force irrésistible qui fait que l'individu ne peut plus se contrôler. La pulsion est caractérisée par une poussée dynamique qui a sa source au niveau du corps. La source correspond à la zone érogène. Le but de la pulsion, c'est le plaisir/déplaisir. L'objet de la pulsion va permettre d'aller jusqu'au but.

L'investissement corporel de la pulsion va se faire au travers des stades libidinaux :

- **Le stade oral (0-1 an)**

La pulsion, c'est la sensation de faim, le besoin vital de se nourrir qui crée un état de tension. L'apaisement se fait par le lait maternel et on observe un investissement de la zone bucco-pharyngée qui va donner lieu aux premières constructions du schéma corporel.

- **Le stade anal (1-3 ans)**

C'est la période de contrôle des sphincters. La zone érogène est la zone anale et l'objet de la pulsion, c'est l'excrément. Durant ce stade, il découvre qu'il peut contrôler l'environnement et qu'il a un pouvoir sur ses parents.

- **Le stade phallique (3-6 ans)**

Ce stade est en lien avec la période oedipienne. Il y a un investissement de la zone génitale et le but de la pulsion c'est le plaisir sexuel infantile.

Le complexe d'Œdipe, c'est le moment où l'enfant se tourne préférentiellement vers le parent du sexe opposé et il y a naissance d'une rivalité avec le parent du même sexe. Cette rivalité va être source d'une grande culpabilité chez l'enfant. Pour les filles c'est l'angoisse de castration qui les fait entrer dans le complexe d'Œdipe alors que pour les garçons, c'est l'angoisse de castration qui les fait sortir de l'Œdipe. A la

sortie du complexe d'Œdipe, l'enfant acquiert la différenciation des sexes et des générations (l'enfant se dirige vers ses pairs). Il s'identifie au parent du même sexe et on assiste à la formation du Surmoi.

- La période de latence (6-12 ans)

C'est une période d'intense élaboration mentale avec des remaniements :

- de la relation d'objet : le centre d'intérêt de l'enfant se déplace des parents vers les pairs. Il y a une intériorisation d'un extérieur.
- du processus défensif : le refoulement permet de se séparer et de sortir de l'Œdipe. La sublimation va permettre un contre-investissement très important de tout ce qui se passe à l'extérieur de sa famille.
- La réorganisation du conflit psychique : c'est l'éloignement par rapport à la problématique oedipienne.

La sexualité est sublimée au profit de la découverte du monde et de l'investissement dans les apprentissages scolaires.

1.3.2 Les positions chez l'enfant de Mélanie Klein

Pour elle le bébé passe par deux positions successives :

- la position schizo-paranoïde (0-6 mois)

Il existe un Moi rudimentaire qui projette, dès la naissance, des pulsions de mort sur les mauvais objets et des pulsions de vie sur les bons objets ou l'objet idéal. Tous les objets sont clivés en bons et mauvais objets. Les bons objets, sources de satisfaction, sont idéalisés et introjectés par le Moi, ils permettent à l'enfant de se sentir omnipotent. Quant aux mauvais objets, leurs existences sont déniées. Lors de cette position, le bébé va avoir tendance à introjecter les expériences positives qu'il vit et à projeter à l'extérieur de lui, ses expériences négatives.

- La position dépressive (6-18 mois)

Le Moi s'unifie, l'enfant passe d'un objet partiel à un objet total, le clivage disparaît. L'enfant a une angoisse de perte de l'objet d'amour car il découvre que bon et

mauvais objet ne font qu'un. A cause de ses fantasmes destructeurs, il a peur d'anéantir le bon objet en même temps que le mauvais. La culpabilité va l'amener à mettre en place des processus de réparation de l'objet. Mélanie Klein pense qu'il s'agit de la formation du surmoi.

1.3.3 M. Mahler

Elle a beaucoup étudié l'enfant dans son interaction avec sa mère. Elle décrit tout d'abord une phase symbiotique (naissance à 8 mois), c'est une période où l'enfant est en situation de dépendance absolue avec sa mère. Cette dépendance lui donne une illusion de toute puissance. Elle parle de phase autistique normale. Ensuite, elle décrit un processus de séparation/individuation de 8 mois à 3 ans où l'enfant va sortir de cette phase fusionnelle avec sa mère notamment grâce au langage et à ses déplacements. C'est une étape qui n'est pas linéaire et qui nécessite des retours en arrière pour vérifier la présence de l'amour maternel.

1.3.4 Les soins maternels dans la construction psychique selon D.W. Winnicott

1.3.4.1 La préoccupation maternelle primaire

Elle se développe au cours de la grossesse, elle atteint son paroxysme à la naissance et elle persiste quelques semaines. C'est une période où le degré de sensibilité de la mère augmente pour se dévouer entièrement au service du développement de son enfant. Elle acquiert la capacité de se mettre à la place de celui-ci afin de répondre au mieux à ses besoins. La mère sort de cette phase grâce à sa bonne santé mentale et au bon développement de son enfant.

1.3.4.2 La mère suffisamment bonne

Elle doit assouvir les besoins de son bébé mais elle doit aussi le faire attendre : il faut que la mère ait des défaillances transitoires. Ce concept de mère suffisamment bonne se caractérise à travers la façon dont elle porte le bébé tant physiquement que psychiquement appelé *holding* ; à travers aussi la manière dont l'enfant est manipulé,

traité et soigné, il s'agit du *handling*. Le mode de présentation de l'objet à l'enfant : *l'object presenting*, c'est la capacité de la mère à mettre devant l'enfant le bon objet au moment où il en a besoin. Le holding moteur est l'ensemble des situations relationnelles qui met en jeu les corps moteurs du bébé et de sa mère. Si le holding est assuré de façon régulière et qu'il est de bonne qualité, il va aboutir à la constitution du Moi et à un sentiment d'unité corporelle et psychique.

1.3.4.3 Le rôle du miroir de la mère

A la naissance, le bébé a une image de lui-même renvoyée par l'expression du visage de sa mère. A ce sujet, D. W. Winnicott parle du visage de la mère comme étant le premier miroir de l'enfant. C'est par l'expression du visage de sa mère que l'enfant va construire progressivement son image de soi.

1.3.4.4 L'évolution de la relation mère-enfant selon D.W. Winnicott

De 0 à 6 mois, le bébé est en état de dépendance absolue à sa mère, formant encore une fusion comme lors de la grossesse.

De 6 à 12 mois, c'est une période de dépendance relative car on assiste à une différenciation entre la mère et l'enfant grâce aux carences d'adaptation mineures qui sont positives. L'enfant commence à prendre conscience de sa dépendance, il comprend le langage et il peut communiquer consciemment en attendant des réponses de sa mère aux signaux qu'il a émis. A ce stade le bébé peut faire le lien entre une impulsion interne et un soin que sa mère lui prodigue.

De 12 à 24 mois, l'enfant est dans une période d'indépendance où il s'identifie à la société et se socialise de plus en plus. Il peut se passer des soins maternels car il a intériorisé le souvenir de ces soins. Il a développé sa confiance vis-à-vis de son environnement, ainsi que sa compréhension intellectuelle.

L'enfant peut s'ouvrir au monde extérieur grâce aux soins maternels et à la relation d'attachement qu'il a tissé, auparavant avec ses parents.

1.3.5 L'attachement

C'est l'ensemble des processus à la recherche ou au maintien de la proximité avec une personne particulière de l'entourage de l'enfant.

On peut dire que l'attachement commence pendant la grossesse et s'installe durant les deux premières années de la vie. Selon John Bowlby, l'attachement est un besoin primaire qui se définit par un lien d'affection entre deux individus et qui est biologiquement déterminé comme tous les autres besoins vitaux. Le besoin d'attachement va conditionner de façon essentielle le développement de la personnalité. Pour J. Bowlby, ce sont les actions de sourire, de sucer, de s'accrocher, de suivre et de pleurer qui permettent à l'enfant de s'attacher à sa mère. Cette affectivité particulière pousse l'enfant à établir un lien et se généralisera pour maintenir le contact avec la mère puis les autres. Sur ce besoin primaire d'attachement, se constitue un véritable capital d'assurance de soi qui va directement résulter de la gestion des angoisses de séparation. Plus les séparations sont importantes et répétitives dans le temps, plus l'enfant atteint un niveau de détresse allant à la dépression voire même aboutissant à la mort. R. Spitz a d'ailleurs observé trois phases de dépression du nourrisson dues à des carences affectives importantes :

- une phase de protestation où les nourrissons expriment toute leur souffrance due à la séparation.
- une phase de désespoir où le bébé se replie sur lui-même.
- une phase de détachement où le nourrisson se trouve dans un état de passivité et d'indifférence.

1.3.6 La théorie du développement de H. Wallon

H. Wallon décrit deux grands cycles de développement : « la construction de la personne » durant les trois premières années de la vie et « l'achèvement de la personne » entre 6 ans et l'adolescence. Il parle du stade du personnalisme entre 3 et 6 ans.

1.3.6.1 La construction de la personne

- Les stades impulsif et émotionnel : période centripète de 0 à 1 an
 - stade de l'impulsivité motrice pure

Le nouveau-né exprime son insatisfaction par des mouvements impulsifs. Ces

mouvements peuvent être d'origine clonique, c'est-à-dire provoqués par des stimulations extérieures ou d'origine tonique provoqués par des stimulations proprioceptives et intéroceptives.

- stade émotionnel

Il existe une symbiose affective entre l'enfant et son entourage. Les expressions émotionnelles (joie, colère, chagrin...) constituent le langage primitif du bébé et sont à la base de sa sociabilité.

- Les stades sensori-moteur et projectif : période centrifuge de 1 à 3 ans

- stade sensori-moteur

Il est caractérisé par la manipulation et l'exploration des objets et de l'espace. C'est une période de développement des différentes postures.

- stade projectif

L'enfant s'exprime autant par des gestes que par des mots. L'imitation est légèrement différée : les gestes témoignent d'un début de représentation mentale.

1.3.6.2 Le stade du personnelisme : stade centripète de 3 à 6 ans

- La période d'opposition

C'est une période d'opposition aux demandes de l'adulte, ce qui permet à l'enfant de prendre conscience qu'il est différent des autres. Il peut affirmer sa personnalité propre et exprimer son autonomie.

- L'état de grâce

L'enfant est soucieux de l'effet qu'il produit sur autrui. Les repères participent à sa construction identitaire, l'enfant imite beaucoup son entourage.

1.3.6.3 L'achèvement de la personne de 6 à 16 ans

- La pensée pré-catégorielle : période centrifuge de 6 à 9 ans

L'appréciation globale et indifférenciée des choses diminue sous l'influence du langage et des transmissions sociales, cela permettra les catégorisations. La scolarisation est d'une grande importance et elle donne l'occasion de nombreux échanges. La pensée devient plus différenciée mais reste concrète.

- La pensée catégorielle : période centrifuge de 9 à 11 ans

La pensée différenciée permet les comparaisons, donc l'abstraction de nouvelles qualités des objets. Il existe une progression dans le raisonnement logique. Cette évolution est aussi liée au contexte social qui permet des progrès intellectuels et psychoaffectifs : l'enfant doit s'adapter à diverses personnes et donc à différentes règles.

- La puberté et l'adolescence : stade centripète de 11 à 16 ans

Les changements ressentis par l'adolescent sont internes et externes. Il y a une véritable prise de conscience de soi qui va unifier ses relations avec autrui et avec lui-même. Ce sont à la fois les facteurs affectifs, intellectuels et sociaux qui interviennent et qui sont indissociables.

1.3.7 Du corps à la construction identitaire du Moi

1.3.7.1 La notion d'identité

La discipline psychosociale définit l'identité comme étant le point d'articulation du social et de la psychologie chez l'individu. G.N. Fischer définit l'identité comme étant « les différentes modalités du sentiment et de la représentation de soi qui découlent des formes d'interaction soi/autrui, dans un contexte social donné, et qui déterminent qui nous sommes. »

1.3.7.2 Le schéma corporel

J. Le Boulch définit le schéma corporel en ces termes : « le schéma corporel peut être considéré comme une intuition d'ensemble ou une connaissance immédiate que nous avons de notre corps à l'état statique ou en mouvement dans le rapport de ses différentes parties entre elles et surtout dans ses rapports avec l'espace et les objets qui nous environnent. »

- De 0 à 3 ans, le schéma corporel se met en place : c'est la période du corps vécu. La multiplicité des expériences vécues, corporelles, sensorielles et motrices va aider l'enfant à prendre conscience de son schéma corporel. Les parties du corps vont être individualisées, en même temps, que sont identifiés les objets

extérieurs. Progressivement, l'enfant va prendre conscience de son unité corporelle.

- Entre 3 et 7 ans, l'enfant passe du corps connu au corps perçu. Petit à petit, le schéma corporel devient conscient, l'intégration des données proprioceptives se fait plus facilement et permet une organisation des praxies de meilleure qualité. Il y a un accroissement du répertoire gestuel et l'orientation du corps propre s'achève vers 6-7 ans.
- Entre 7 et 12 ans, l'enfant est dans la période du corps maîtrisé. La perception corporelle prend un caractère de plus en plus discriminatif ce qui permet un meilleur contrôle de la motricité volontaire. La capacité de représentation mentale et de raisonnement va permettre des actions intériorisées. L'enfant peut se décentrer : le corps propre n'est plus le seul point de référence.

1.3.7.3 L'image du corps

L'image du corps peut être définie comme étant la perception subjective que l'on a de notre corps qui relève plus d'un jugement que d'une réalité. Elle se développe en même temps que le sentiment d'identité et joue un rôle important dans la socialisation. Cette image se construit autour de l'interrelation précoce mère-enfant. La représentation parentale réelle ou imaginaire du corps de l'enfant contribue à la constitution du Moi, de la personnalité et de l'image du corps.

1.3.7.4 Le corps comme moyen d'expression identitaire à travers les communications non verbales

- Le regard

Il tient une place prépondérante dans les tous premiers échanges entre la mère et l'enfant. C'est souvent un moyen d'entrer en relation avec sa mère lorsque l'enfant n'a pas de langage.

- Le dialogue tonique

Le tonus chez le nouveau-né est réparti de façon inégale : le tronc est hypotonique et les membres sont hypertoniques. Ce tonus change en fonction des différentes situations de la vie quotidienne. J. De Ajurriaguerra décrit le dialogue tonique comme étant une relation corporelle qui s'instaure entre le nouveau-né et sa mère. Le tonus

de l'un influence celui de l'autre. Celui-ci varie en fonction des émotions, de l'environnement, de la physiologie et de la relation entre la mère et son enfant.

- La mimique

On peut définir la mimique comme l'art d'exprimer la pensée par le geste. La mimique a encore plus valeur de communication car le visage est le siège des émotions. Le sourire permet d'exprimer un affect bien particulier pour répondre aux sollicitations de son entourage.

- Le toucher, très important dans la communication extra-verbale, sera abordé plus en détails dans la partie sur les enveloppes.

La construction identitaire de l'enfant s'étaye sur le développement psychomoteur, cognitif et psychoaffectif qui sont en étroite corrélation les uns avec les autres. La mise en place des enveloppes corporelle et psychique va permettre au bébé puis à l'enfant de se développer harmonieusement dans ces différents domaines.

2. LES ENVELOPPES CORPORELLE ET PSYCHIQUE

2.1 L'ENVELOPPE CORPORELLE : LA PEAU

2.1.1 Neurophysiologie de la peau

La peau est un organe délimitant l'intérieur de l'extérieur du corps d'un individu. Elle est plus qu'un organe, elle est l'enveloppe protectrice du corps contre les agressions extérieures. Elle est composée, successivement, de l'épiderme, du derme et de l'hypoderme.

L'épiderme se compose de 4 à 5 couches de cellules superposées. Ces couches forment à la surface une couche cornée riche en une substance très résistante : la kératine. C'est une barrière de protection qui se renouvelle sans cesse. Le derme a pour fonction de nourrir et de soutenir l'épiderme. Richement vascularisé, il est formé par des fibres de collagène et des fibres élastiques. Le derme contient une grande densité de fibres sensibles, ce qui fait de la peau un organe sensoriel, très sensible à la douleur, aux pressions, au toucher et aux variations thermiques.

L'hypoderme, quant à lui, est la couche la plus épaisse et la plus profonde de la peau. Il est composé de tissus conjonctifs et de tissus adipeux. Il joue le rôle, principalement, de réserve énergétique.

De part son innervation sensitive, la peau a un rôle d'information sur les sensations telles que le toucher, la douleur, la pression et la température. C'est aussi une surface d'échange avec l'extérieur : certaines substances peuvent pénétrer dans le corps, grâce à la peau. La peau intervient dans la régulation de la température de notre corps en évacuant l'excès de chaleur par dilatation des vaisseaux sanguins et en limitant l'impact du froid sur notre corps en resserrant ces vaisseaux. La première fonction de la peau est sa fonction de barrière protectrice contre les agressions extérieures telles que les rayons du soleil ou les substances chimiques. La peau nous enveloppe, elle nous contient.

La peau est une surface qui recouvre l'ensemble de notre corps et qui protège ainsi les différents organes. Elle constitue à elle seule une enveloppe corporelle contenante pour l'individu.

2.1.2 Les différentes enveloppes

- L'enveloppe sonore

Pendant la grossesse, le fœtus est continuellement dans un bain sonore, de paroles émanant de l'entourage maternant. C'est par ce bain sonore qu'il est en lien avec l'environnement et ce sont par les cris qu'il pourra, à sa naissance, exprimer ses besoins. La voix maternelle produit, dans la plupart des cas, un apaisement immédiat de l'état de tension du nourrisson. Selon Didier Anzieu, l'enveloppe sonore est composée de sons alternativement émis par l'environnement et par le bébé. La combinaison de ces sons produit :

- un espace-volume commun permettant l'échange bilatéral
- une première image spatio-auditive du corps propre
- un lien de réalisation fusionnelle avec la mère

- L'enveloppe thermique

La chaleur est une sensation qui enveloppe tout le corps. Par ailleurs, la sensation de froid produit un effet d'enveloppement encore plus protecteur pour l'individu que la chaleur.

- Les odeurs telle que la transpiration ou les parfums constituent des enveloppes olfactives.

- L'enveloppe musculaire

Esther Bick parle de l'existence d'une seconde peau musculaire contenant notamment en cas de défaillance de la peau. Ainsi la musculature peut constituer à elle seule une enveloppe qui peut se substituer ou s'ajouter et renforcer la protection de la peau.

2.1.3 La grossesse, première enveloppe corporelle

Lors de la vie intra-utérine, le fœtus, dans le ventre de sa mère, se trouve dans un espace fermé, rassurant, qui l'enveloppe en entier. Le liquide amniotique dans lequel il baigne a lui aussi un effet enveloppant et protecteur. Le fœtus peut recevoir des coups douloureux qui seront atténués par l'enveloppe abdominale de la mère

contenant le liquide amniotique. Il faut souligner l'importance des sensations physiques que peut avoir le fœtus, mais aussi l'importance et la recherche de l'échange avec la mère comme moyen de communication.

Il reçoit des sensations provenant de ses déplacements, de ceux de sa mère, mais aussi de ses états affectifs. Le fœtus reçoit des informations sensorielles qui peuvent être :

- extéroceptives, qui viennent de l'extérieur comme la voix de la mère ou les odeurs qu'il sent dans le ventre de sa mère.

- ou intéroceptives, ce sont toutes les sensations provenant de l'intérieur du corps dont fait partie la proprioception, concept central en psychomotricité, qui est une sorte de sixième sens du corps.

Au début ces sensations seront dépourvues de sens et après le bébé leur en attribuera une. Le toucher est un des premiers sens présent dans la vie intra-utérine, la peau du bébé est en contact avec le liquide amniotique et c'est une zone d'échange entre le fœtus et sa mère. Il reçoit des informations tactiles provenant de lui-même et de l'extérieur.

Pendant toute la grossesse, le fœtus est parfaitement contenu et enveloppé, il est dans un état fusionnel avec sa mère qui va lui permettre de se développer et de grandir.

Le passage de la vie intra à la vie extra-utérine entraîne de grands changements pour le nouveau-né. Tout d'abord il passe d'un environnement amphibien au monde aérien dans lequel il va être obligé de respirer pour vivre. Il passe de l'état d'apesanteur à celui de pesanteur. A la naissance, il y a une rupture de l'enveloppe sécurisante et le bébé est soumis à un bombardement sensoriel. Ce n'est que par les soins maternels que le nourrisson aura l'illusion d'être en symbiose corporelle et psychique avec sa mère. D. Anzieu parle à ce sujet du fantasme de l'existence d'une peau commune, symbole d'une union symbiotique. C'est par les soins que la mère va donner à son enfant qu'il pourra éprouver de nouveau ce sentiment de sécurité interne : il pourra se créer sa propre enveloppe corporelle.

La peau occupe la plus grande place de notre corps. La peau, recouvrant entièrement la surface de notre corps, possède beaucoup plus de récepteurs sensoriels que les autres sens. Les mains et les lèvres sont, chez le bébé, les principales et les premières surfaces de la peau qui lui permettent d'apprécier le monde environnant. Les autres sens du bébé à la naissance fonctionnent moins bien car ils sont encore peu stimulés. Réva Rubin a décrit l'évolution du toucher entre la mère et l'enfant au fil du temps. Le toucher de l'enfant, pratiqué par la mère, d'abord timide, s'accroît de façon progressive. Le toucher de la mère est tout d'abord prudent sans implication affective puis devient peu à peu plus sûr et plus empreint d'affectivité. Le toucher est un mode de communication qui permet d'établir ou non une relation de confiance entre la mère et le nourrisson. Le toucher maternel va être une source de plaisir corporel et psychique pour l'enfant. Contrairement à Réva Rubin pour qui le contact physique avec la paume de la main met quelques jours à s'établir à la naissance, les résultats de l'expérience de Klaus et son équipe observent qu'il ne faudrait que quelques minutes à la mère pour que ce contact s'établisse. Pour Klaus, il serait préférable que les bébés malades ou prématurés, soient immédiatement confiés à leur mère. D'ailleurs d'autres expériences montrent que cette méthode est bénéfique pour le nouveau-né. A la naissance le bébé, au contact maternel, perçoit les émotions de sa mère sans tenir compte de l'attitude de cette dernière.

2.2 LE MOI-PEAU

(D'après ANZIEU D., 1995)

2.2.1 Définition

Didier Anzieu définit le Moi-Peau comme étant : « 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 de son corps ». De plus, D. Anzieu ajoute que le jeune enfant « acquiert la perception de la peau comme surface à l'occasion des expériences de contact de son corps avec le corps de sa mère et dans le cadre d'une relation sécurisante d'attachement avec elle ». Le Moi-Peau s'étaye sur les différentes fonctions de la peau. Il a cherché à mettre en corrélation les fonctions de la peau et le développement des fonctions psychiques.

2.2.2 Les fonctions de la peau

Ces fonctions du Moi-Peau s'établissent grâce à la relation entre le nourrisson et son environnement, c'est-à-dire plus précisément sa mère.

D. Anzieu définit neuf fonctions du Moi-Peau :

- Une fonction de maintenance du psychisme. Le psychisme se développe par une intériorisation du holding maternel. L'intériorisation du portage unifié et rassurant de la mère va participer à la maintenance du psychisme de l'enfant.
- Une fonction contenante qui s'étaye sur le handling maternel. Cette fonction va être déterminée par la façon dont la mère va interpréter et répondre aux besoins de son enfant.
- Une fonction de pare-excitation, c'est l'idée qu'il existe un double feuillet de la peau qui assure un rôle de pare-excitation.
- Une fonction d'individuation de soi qui va permettre à l'enfant de différencier l'intérieur de l'extérieur. Par sa fonction protectrice et par sa nature, la peau permet la différenciation de soi par rapport à autrui.
- Une fonction d'intersensorialité. La peau est porteuse des quatre organes des sens en plus de celui du toucher. Le Moi-Peau va avoir une fonction d'intersensorialité.
- Une fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle. Cette fonction est liée à l'investissement libidinal de la mère et des rapports peau à peau qu'elle a avec son enfant.
- Une fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique. Il y a une répartition inégale de la tension présente dans le corps et dans l'appareil psychique.
- Une fonction d'inscription des traces sensorielles et tactiles car la peau reçoit des informations sensorielles de l'environnement. Cette fonction s'appuie sur la manière dont la mère présente l'objet à l'enfant.
- Une fonction d'autodestruction de la peau et du Moi : le Moi devient alors toxique pour le psychisme.

2.3 ENVELOPPE PSYCHIQUE

2.3.1 Naissance à la vie psychique

Pendant la grossesse le fœtus est baigné dans un liquide amniotique. D. Houzel avance que la naissance fait passer l'enfant d'une situation d'inclusion à un bombardement sensoriel qui l'amène à un état de discontinuité dans lequel le psychisme va se construire en continu. Cette continuité psychique est une base sécurisée apportée par l'entourage. Les affects et les émotions vont survenir grâce à une réponse apaisante à un stimulus sensoriel. C'est à partir de cet enchaînement stimulus-réponse que l'enfant va avoir un vécu, une première représentation. La répétition de cet enchaînement lui permettra de créer des liens et d'accéder ainsi à la vie psychique.

La constitution de l'enveloppe psychique s'appuie sur la qualité des soins maternels.

2.3.2 L'approche des différents auteurs de l'enveloppe psychique

- L'enveloppe de S. Freud

Freud parle de l'instance du Moi comme ayant la même configuration qu'un sac englobant. De plus le Moi est la projection de la surface du corps sur la surface de l'appareil psychique.

- La peau psychique d'Esther Bick

Elle pense que la personnalité de l'enfant est composée de parties qui ne sont pas liées entre elles. C'est grâce à l'introjection d'un objet externe contenant que l'enfant fait l'expérience d'une « peau psychique » unifiant les différentes parties entre elles.

- Pour D. Anzieu, l'enveloppe psychique est composée d'une couche externe en relation avec l'environnement qui a une fonction de pare-excitation et d'une couche interne ayant une fonction d'interface, de communication. Cette dernière est en relation avec le monde intérieur et extérieur au corps. Le fonctionnement du psychisme dépend de multiples facteurs :

- L'investissement plus ou moins inégal des deux couches de l'appareil psychique.
- La topographie et la configuration de ces deux couches.

- La nature des représentations des pulsions et de leur investissement corporel.
- De l'enveloppe sensorielle affectée ou des conséquences de la pathologie de l'individu sur ses enveloppes.

Dans certains cas, la mise en place des enveloppes corporelle et psychique peut être déstructurée. Certaines fonctions essentielles ne pourront pas être assurées. Il existe une défaillance de ces enveloppes dans certaines pathologies comme la psychose infantile.

2.4 LES ENVELOPPES DEFAILLANTES

2.4.1 Les psychoses précoces

C'est une altération globale des capacités de communication, des perturbations dans la relation à l'autre, des activités et des intérêts restreints et répétitifs souvent stéréotypés, souvent associés à des troubles anxieux majeurs. C'est une altération progressive de la personnalité avec, dans certaines situations, une incapacité d'adaptation à la vie sociale liée aux exigences de l'entourage et à leur angoisse.

2.4.1.1 La psychose fusionnelle

Le noyau autistique est présent mais le tableau apparaît plus tardivement que l'autisme infantile. Il arrive que ce soit à la suite d'un événement que l'enfant perd brutalement ses acquisitions. La relation à la mère est au centre de la problématique. L'enfant a une grande dépendance vis-à-vis de la mère avec une angoisse massive de séparation. Ce sont des enfants qui n'ont pas accès au langage symbolique, qui jouent peu et qui ont des troubles de l'organisation espace/temps.

2.4.1.2 La psychose déficitaire

C'est l'association de symptômes psychotiques et de symptômes déficitaires. Le rapport à la réalité est très perturbé. Ces enfants présentent des troubles de l'alimentation associés à une perturbation des conduites sphinctériennes. Les troubles du langage et les comportements autoagressifs sont fréquents. De plus, des troubles psychomoteurs sont souvent constatés, ces enfants sont souvent très dyspraxiques.

2.4.1.3 La dysharmonie psychotique

Roger Mises a introduit le terme de dysharmonie psychotique, c'est un tableau complexe où les enfants présentent des signes autistiques associés à des troubles affectifs importants. Cette dysharmonie est caractérisée par la présence de symptômes psychotiques et névrotiques et par un déficit intellectuel. Les enfants ont des difficultés à se reconnaître comme soi différencié, ils sont toujours dans la relation duelle. Ils sont fréquemment agités et peuvent présenter une hétéroagressivité.

2.4.1.4 L'autisme

L'autisme infantile a été décrit par Léo Kanner en 1943. C'est un trouble du développement de l'enfant qui touche les capacités de communication avec autrui. Il entraîne des perturbations majeures affectant la socialisation, la communication verbale et non verbale mais aussi les fonctions psychophysiologiques plus élémentaires comme l'attention, la régulation posturale et l'association d'idées. L'autisme affecte les domaines suivants :

- La communication

Le langage verbal est absent ou n'apparaît que très tardivement. Lorsqu'il est présent, il est écholalique et il y a souvent une inversion pronominale. Les émotions peuvent être exprimées rarement ou de manière inadéquate.

- Relation avec les personnes et les objets

Il y a un refus du contact marqué par le retrait autistique. L'utilisation des objets est détournée : l'autiste peut s'attacher à des objets inhabituels et utiliser l'individu comme un objet. Si l'environnement est modifié, il peut avoir des réactions de colère, de vive angoisse ou d'agressivité.

- Activités sensorielles et motrices

L'activité motrice spontanée est réduite ou anormalement augmentée et les attitudes posturales et la marche sont généralement inhabituelles. Il existe une indifférence à l'environnement ou une crainte de certains bruits courants.

- Les fonctions intellectuelles

Il est difficile d'évaluer les fonctions intellectuelles de l'enfant autiste. Ces fonctions varient beaucoup d'un enfant à l'autre et sont caractérisées par une difficulté de leur évaluation en raison du comportement autistique. Elles sont généralement marquées par une certaine dysharmonie.

2.4.2 L'étiologie de l'autisme

Les points de vue divergent sur les origines de l'autisme. Ces origines sont souvent multiples :

Au niveau organique, dans 10 à 20 % des cas, on constate une dilatation ventriculaire, une augmentation de la sérotonine sanguine et dans 30 à 50 % des cas, l'électroencéphalogramme est pathologique. Il se pose alors la question de la place des facteurs génétiques dans l'autisme infantile.

Au niveau des approches psychanalytiques, l'autisme serait le résultat d'une dysharmonie dans les interactions précoces mère-enfant.

2.4.3 L'enveloppe de l'enfant autiste

Nous avons vu précédemment que le fœtus et la mère ne forment qu'un durant la grossesse. Celle-ci peut être considérée comme la première enveloppe corporelle et psychique de l'enfant. A la naissance, il y a une rupture de cette première enveloppe au profit de celle du nouveau-né, qui se construira grâce aux soins maternels et au bon développement de l'enfant. Dans les premiers moments de la vie, la mère et l'enfant sont en symbiose, puis progressivement, le processus d'individuation va se mettre place. L'enfant autiste semble être resté dans cet état de fusion avec sa mère avec une enveloppe commune.

Francès Tustin émet l'hypothèse d'une intolérance de la séparation corporelle chez les enfants autistes. D. Anzieu, lui, observe des déformations de l'enveloppe de pare-excitation. L'enfant autiste, n'ayant pu se constituer une enveloppe sécurisante, cherche à travers ses comportements moteurs stéréotypés de balancements,

d'autoagressivité, à se créer une enveloppe qu'Esther Bick qualifie de « seconde peau ». Ces comportements participent à la différenciation des limites entre le monde intérieur et extérieur. Geneviève Haag met en avant la confusion corporelle de l'autiste où l'image du corps n'est pas intégrée. L'enfant ne perçoit pas de différenciation avec sa mère et il présente une angoisse de séparation majeure, associée à des angoisses liées aux orifices et à l'absence de peau.

2.4.4 L' enveloppe psychique fragilisée des enfants en difficulté

Sans aller jusqu'à une pathologie telle que l'autisme ou la psychose, l'enveloppe psychique peut se voir fragilisée. Certaines atteintes comme un handicap ou un retard dans le développement de l'enfant, le rendent différent des autres et le fragilisent narcissiquement. Dans le corps et sa mémoire, P. Mazet nous écrit : « Parmi les expériences vécues par l'enfant et susceptibles d'engendrer une telle défaillance dans l'organisation de l'estime de soi, dans l'investissement du soi,[...] celles qui s'appuient sur une atteinte corporelle occupent une place essentielle ». Le narcissisme est un état précoce où l'enfant est dans la toute puissance, il investit toute sa libido sur lui-même, puis ensuite sur des objets externes. Le narcissisme a un rôle de gardien de la vie. C'est une véritable force qui pousse l'individu à faire des choses. L'estime de soi est un héritage du narcissisme infantile, ce sont les besoins de la personne à être satisfaite d'elle-même. Elle correspond à une jubilation d'avoir réussi quelque chose et est très dépendante de l'environnement. L'estime de soi est un état fragile car elle est constamment remise en cause par la réalité extérieure. L'environnement soutient le narcissisme par le biais de l'estime de soi. Il peut y avoir des failles narcissiques dans le développement de l'enfant surtout lorsque son développement est entravé par des difficultés. Dans certains cas, l'enfant a une faible estime de lui-même qui fragilise son enveloppe psychique car il se sent différent des autres personnes qui l'entourent.

PARTIE CLINIQUE

1. LE CENTRE MEDICO-PSYCHO-PEDAGOGIQUE

1.1 L'INSTITUTION

Le centre de phonétique appliquée est constitué de deux établissements :

- Un externat médico-pédagogique destiné à la prise en charge d'enfants, d'adolescents et de jeunes sourds.
- Un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) spécialisé dans le diagnostic et le traitement des troubles du langage oral et écrit. C'est au CMPP que j'effectue mon stage tous les vendredis depuis le mois de septembre. Les enfants adressés en psychomotricité présentent des troubles psychomoteurs, associés dans la majorité des cas à des troubles du langage.

1.2 LE FONCTIONNEMENT

Le diagnostic comporte six séances obligatoires pour effectuer des bilans orthophoniques, psychologiques et psychomoteurs. A l'issue du diagnostic, la décision d'admission proposée à la famille se fait par le médecin responsable du CMPP. Cette décision doit être validée par la sécurité sociale. Ensuite, des prises en charge thérapeutiques adaptées à l'enfant sont soumises aux parents. Les prises en charge sont assurées en individuel ou en petit groupe à raison d'une à trois séances par semaine.

1.3 LA POPULATION ACCUEILLIE

Le CMPP accueille des jeunes de 0 à 20 ans sur la demande des parents pour les enfants mineurs.

1.4 LE PROJET DE L'ETABLISSEMENT

Le projet du CMPP est d'offrir aux jeunes un soutien thérapeutique pour leur faciliter l'usage de la langue française à l'oral et à l'écrit.

1.5 L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

L'équipe du CMPP est constituée par :

- Un directeur : il a pour fonction de gérer le fonctionnement du CMPP et de l'externat médico-pédagogique.
- Un chef de service : il encadre et anime les équipes de soins en s'occupant de la gestion et de l'organisation du service.
- Un médecin responsable : médecin ORL qui effectue l'admission des familles. Il fait passer les bilans orthophoniques et évalue les difficultés de l'enfant. Il demande dans un second temps des bilans complémentaires (psychométrique, psychomoteur et logico-mathématiques).
- Un médecin pédopsychiatre : il est spécialisé dans l'étude et le traitement des maladies mentales, des troubles psychiques de l'enfant.
- Une assistante sociale : elle assiste les personnes, les familles qui connaissent des difficultés sociales en facilitant leur insertion.
- Des psychologues : ils assurent le soutien psychologique des enfants en souffrance psychique par le biais d'entretiens psychothérapeutiques.
- Des orthophonistes : ils sont spécialisés dans la rééducation du langage écrit, oral et en logique mathématiques.
- Des psychomotriciens : ils étudient et traitent les conduites motrices inadaptées à diverses situations et généralement liées à des problèmes psychologiques ou psychoaffectifs.
- Des accompagnatrices : elles permettent le bon déroulement des prises en charge en accompagnant les enfants du CMPP à l'école.

- Un service administratif : il s'occupe de la gestion administrative de l'établissement (gestion du personnel, budgets, consultations...).

1.6 LES REUNIONS DE SYNTHESE

Les réunions se déroulent tous les lundis et mardis matins afin de parler de quatre enfants du CMPP chaque semaine. Elles sont animées par le médecin responsable. Le chef de service, le pédopsychiatre et l'assistante sociale sont présents à chacune des synthèses. Le psychologue et/ou l'orthophoniste et/ou le psychomotricien référent de l'enfant y assistent en fonction de leur disponibilité. Sur demande de l'équipe, l'école et ses intervenants peuvent être conviés. Ces réunions ont pour but d'aborder l'évolution de l'enfant, de réajuster le projet professionnel de chacun en adaptant, si nécessaire, les prises en charge. L'intérêt de ces réunions est aussi d'aborder la question de l'orientation de l'enfant en milieu scolaire ou en milieu spécialisé.

2. LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DU CMPP

2.1 LE PROJET DE L'ETABLISSEMENT EN PSYCHOMOTRICITE

L'objectif des prises en charge est d'une part d'aider l'enfant à retrouver un équilibre psychique, une plus grande confiance en lui et de favoriser la relation avec son environnement. D'autre part à s'intégrer à la vie en groupe et à favoriser les apprentissages scolaires, éducatifs, pédagogiques et moteurs. Les objectifs généraux de la psychomotricité sont de :

- Favoriser l'intégration du schéma corporel et de l'image du corps chez l'enfant afin qu'il appréhende son corps de façon plus harmonieuse.
- Renforcer les connaissances et les repères spatio-temporels.
- Permettre à l'enfant de jouer et ainsi de développer son imaginaire et sa créativité.
- Favoriser les communications verbales et corporelles.
- Privilégier l'autonomie et la socialisation de l'enfant.

Bien évidemment, ces objectifs généraux sont à rattacher aux objectifs individuels fixés dans le projet thérapeutique de l'enfant.

2.2 LE CADRE THERAPEUTIQUE

2.2.1 La salle de psychomotricité

Elle est située au sous-sol du bâtiment. C'est une grande salle meublée de deux armoires, d'un bureau et d'une petite table. Le matériel regroupe tous les éléments pour construire des parcours psychomoteurs, des ballons, des instruments de musique ainsi qu'un grand nombre de jeux d'éveil et de jeux de société permettant de travailler tous les items psychomoteurs.

2.2.2 Le mode de prise en charge

Le bilan psychomoteur est un outil indispensable pour l'évaluation des compétences et des difficultés de l'enfant. Il se compose d'un entretien avec les parents et de différents tests d'évaluation. La conclusion de ce bilan déterminera la nécessité ou non d'une prise en charge et sera exposée au médecin responsable. Les prises en charge en psychomotricité peuvent se faire en individuel, pour réaliser au mieux les objectifs du projet thérapeutique de l'enfant, ou en groupe pour favoriser la communication entre les enfants. Le groupe améliore la confiance en soi et met l'individualité de chacun au sein du groupe. De plus, les enfants mettent en avant leur personnalité, leur autonomie et leur compréhension de la langue française.

Les prises en charge peuvent être de courte, de moyenne ou de longue durée selon les besoins de l'enfant. Les moyens utilisés sont le jeu spontané, la relaxation et les jeux corporels afin d'aborder, avec l'enfant, les différents concepts psychomoteurs.

3. ETUDE DE CAS

3.1 MAXIME

3.1.1 Présentation

Maxime a 5 ans et il vient au CMPP depuis un an et demi. Il est suivi en psychomotricité à raison de deux fois par semaine pour un retard psychomoteur important. Il est actuellement en grande section de maternelle.

3.1.2 Anamnèse

Maxime est né le 20 décembre 2002. Il est le premier enfant d'un couple de parents non consanguins, sans antécédent familial particulier. La grossesse s'est déroulée normalement, sans particularité. Programmé à 38 semaines et demi, l'accouchement se fait par césarienne. Le poids de naissance est de 3.480 kg, la taille de 51 cm, le périmètre crânien de 37.5 cm soit un périmètre crânien à + 2 DS à la naissance. L'Apgar est à 10/10. L'examen initial révèle une légère hypotonie avec une hyperlaxité.

Par la suite, l'enfant bénéficie d'un bilan dans un hôpital parisien pour une macrocéphalie persistante avec un PC à +3 DS à 4 mois. Le caryotype réalisé montre une délétion d'un fragment du chromosome 17.

Maxime a tenu assis à 9 mois, a marché à 18 mois et a été propre à 2 ans et 10 mois. Le langage a été acquis sans difficulté. Les parents signalent un certain retard de motricité en particulier dans la course. Lorsque Maxime a 2 ans, ses parents se séparent. Il voit son père, parti dans le sud, pendant les vacances scolaires. Ses parents ont de bons rapports entre eux. Maxime présente des difficultés à se séparer de sa mère, surtout au moment d'aller à l'école.

3.1.3 Les différents bilans

Examen ophtalmologique :

A 2 ans et demi, sont diagnostiqués une myopie moyenne à forte et un astigmatisme assez important nécessitant l'utilisation de lunettes. Il s'y associe une subluxation bilatérale du cristallin. Un bilan de contrôle a été effectué en septembre 2007 qui n'a révélé aucune aggravation.

Examen psychologique du 29 mai 2006 :

Maxime accepte de se séparer de sa maman dans la salle d'attente. Il va s'adapter avec aisance à la situation proposée. C'est un petit garçon coopérant et agréable, qui participe activement. Au test du Merrill Palmer, il paraît organisé, comprenant vite les consignes, mais il a l'air très gêné par ses problèmes de vision qui paraissent être au devant de la scène. Maxime est par ailleurs un petit garçon intelligent, de bon contact, qui s'adapte bien.

3.1.4 Le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur a été effectué le 2 juin 2006, Maxime a 3 ans et demi. Il porte des lunettes.

Au niveau du comportement :

Maxime est un enfant volontaire pendant tout le bilan. Au niveau de sa motricité, des activités peuvent l'angoisser ou lui faire peur, ce qui aura tendance à l'inhiber (peur de tomber, de se faire mal...).

Maxime a des difficultés à porter son attention sur l'activité proposée, il veut faire ce qu'il souhaite et quand il le désire. La compréhension des consignes orales est très limitée, cela implique de faire un bilan sur imitation.

Au niveau psychomoteur :

- Les coordinations dynamiques générales :

Maxime peut marcher et courir. La course est tonique, les membres inférieurs sont en extension, ce qui ralentit son déplacement et le rend peu sûr au niveau de l'équilibre. Il ne peut monter ni l'escalier, ni sur le banc tout seul. Il pourra effectuer quelques pas en marche avant sur le banc en tenant les deux mains de l'adulte.

Maxime peut aller dans le tunnel sans réticence. Il refuse de sauter. En lui tenant les deux mains, il y a une ébauche de sauts à pieds joints. Il ne peut pas slalomer entre les plots, ni sur modèle, ni avec l'aide de l'adulte.

Lors de déplacements plus fins et plus précis comme sur une corde, par exemple, l'équilibre est précaire. De plus, Maxime a des difficultés à se positionner soit sur l'objet soit sur un trait au sol. L'attention visuelle est assez réduite lors des différentes activités motrices. Il peut monter et descendre d'une petite chaise avec appui, mais ne peut pas sauter de cette dernière.

- Coordinations/ dissociations :

Maxime peut faire rouler un ballon dans la salle en le poussant des deux mains, mais il n'a aucun but précis. Il a peu de maîtrise sur l'objet : il le pousse et le laisse rouler. Il peut le lancer à deux mains mais ne peut le lancer à l'adulte.

Lors du jeu de quilles, il peut viser, les faire tomber et les ramasser.

La coordination des membres inférieurs se situe dans une moyenne inférieure à sa classe d'âge.

- Motricité fine :

L'organisation visuo-manuelle lors des épreuves de motricité fine met en évidence des difficultés chez cet enfant : aussi bien au niveau des manipulations diverses avec une préhension encore palmaire, une lenteur de réalisation à chaque épreuve, qu'au niveau de l'anticipation et de la perception spatiale.

Maxime ne peut pas dissocier différentes formes, son attention est très courte dans le temps. Lors de l'épreuve du découpage, Maxime a tendance à regarder par-dessus ses lunettes. Il peut lui arriver de perdre patience et de déchirer la feuille au lieu de prendre des ciseaux.

- Latéralité :

Maxime manifeste une dominance latérale homogène à droite.

- Schéma corporel :

Celui-ci est en cours de structuration, Maxime peut nommer et montrer sur lui et sur autrui différentes parties du corps. Le dessin du bonhomme est constitué de cycloïdes et de balayages. Cependant, il peut dire ce qu'il dessine et nommer la place des éléments corporels. Un début de verticalité apparaît dans son dessin, celui-ci reste cependant très immature.

Au test de Bergès-Lézine, Maxime peut reproduire des imitations de gestes plutôt en tâtonnant qu'en réalisation immédiate. Il se situe dans la moyenne de sa classe d'âge.

La psychomotricienne remarque qu'il réussit mieux les imitations avec les mains qu'avec les bras. Ainsi, la perception corporelle est assez réduite, utilisant très peu les articulations des épaules.

- L'espace :

Maxime connaît les notions devant/derrière sur lui mais les notions dessus/dessous ne sont ni connues, ni reconnues. Le vocabulaire spatial est pauvre. La structuration et la perception spatiales sont déficientes.

- Le temps :

Maxime a de grandes difficultés au niveau du repérage dans le temps social. Au test de Mira-Stambak, il a d'importantes difficultés dans la perception et dans la

reproduction de frappes simples. Il manifeste une importante fatigabilité et un trouble de l'attention lors de cette épreuve.

- Le graphisme :

Maxime tient l'outil prescripteur de la main droite avec une tenue palmaire. Il a des difficultés à reproduire des formes géométriques simples et ne peut écrire son prénom en lettres scriptes.

En conclusion :

Étant donné l'immaturation affective de Maxime, associée à un retard global du développement psychomoteur, il semble important de lui proposer un suivi en psychomotricité.

3.1.5 Le projet thérapeutique

Une prise en charge en psychomotricité pour Maxime permettrait de lui offrir un cadre contenant, structurant, et sécurisant, afin de consolider son enveloppe psychique. Il pourrait se relâcher, bénéficier d'un étayage corporel et mettre en corps et en forme ses angoisses à travers le jeu.

Le projet thérapeutique s'oriente sur deux axes :

- Un axe visant à enrichir ses acquisitions psychomotrices par l'intermédiaire de parcours psychomoteurs et d'exercices mettant en jeu le corps.
- Un axe visant à favoriser la relation à l'autre pour qu'il soit moins inhibé et travailler sur l'estime de soi pour améliorer l'image que Maxime peut avoir de lui.

3.1.6 L'évolution de la prise en charge

3.1.6.1 Le cadre thérapeutique

Maxime est suivi au CMPP en psychomotricité à raison de deux fois par semaine, en séance individuelle et en groupe. Maxime a intégré le groupe d'éveil musical en

septembre 2006. Il est également suivi depuis le mois de septembre 2007 en séance individuelle afin de soutenir ses acquisitions et le travail de groupe dans lequel Maxime a quelques difficultés. Chaque séance, en individuelle ou en groupe dure en moyenne trois quarts d'heure.

Le groupe éveil musical est encadré par une psychomotricienne et une orthophoniste. Ce groupe est composé de cinq enfants scolarisés en moyenne ou grande section de maternelle. L'objectif de ce groupe est d'aborder la notion de socialisation car Maxime apprécie fortement la relation duelle et plus particulièrement avec l'adulte. C'est pour cela qu'il a été proposé à Maxime deux types de séances en psychomotricité :

- en individuel pour renforcer, enrichir ses acquisitions au niveau de la motricité globale et pour renforcer son estime de soi.
- en groupe afin de se confronter aux réalisations motrices des autres car il a tendance à la dévalorisation et au peu d'estime de ce qu'il est et de ce qu'il fait. Ce groupe lui permet par l'intermédiaire du jeu et de la compétition de se dépasser et d'être dans le « vouloir faire comme l'autre ». Ce groupe est très stimulant pour Maxime.

3.1.6.2 L'évolution de la prise en charge en groupe

Lors des premières séances dans le groupe, Maxime était seul. Il profitait au maximum des deux adultes et des jeux effectués. Puis au fur et à mesure, d'autres enfants ont intégré le groupe, ce qui rendait Maxime jaloux. Il supportait difficilement la frustration et se positionnait souvent dans la toute puissance. Maxime arrive de mieux en mieux à profiter des autres enfants mais il a des difficultés pour trouver sa place. Il arrive régulièrement au groupe en boudant. Il se plaint d'être fatigué essentiellement par opposition à une activité. Il participe très peu spontanément. Au niveau moteur, Maxime a fait des progrès lors de parcours psychomoteurs. Il peut maintenant grimper, monter à l'espalier ce qui lui était impossible avant. C'est un petit garçon fragile et très sensible qui avant pleurait devant chaque difficulté. Maintenant, il s'aperçoit de ses réussites et il en est très content. Il chante et participe beaucoup plus lors des comptines. Il a énormément besoin d'être valorisé. C'est un enfant volontaire qui aime que l'on s'occupe de lui.

3.1.6.3 L'évolution de la prise en charge individuelle

C'est un enfant de petite taille et qui porte des lunettes avec d'importants troubles visuels. A mon arrivée au CMPP, Maxime ne semble pas être timide, il va spontanément vers moi et accepte facilement ma présence. Tout au long de cette séance, nous avons fait des jeux de lancés avec différents types de ballons ainsi que des jeux de reconnaissance d'objet. J'ai remarqué que pendant toutes ces activités, Maxime avait besoin d'être soutenu et étayé dans tout qu'il entreprenait.

Lors du bilan psychomoteur, Maxime avait 3 ans et demi, j'ai donc effectué un nouveau bilan psychomoteur, en octobre 2007, étalé sur quatre séances.

Tonus : Maxime peut adapter son tonus aux différentes situations. Il ne présente pas de paratonie d'action à l'épreuve des bras tendus. Il a une bonne capacité de résolution musculaire.

Motricité globale : Maxime peut marcher, courir mais les sauts à pieds joints et sur un pied sont difficiles à réaliser. Les équilibres statiques et dynamiques sont de mauvaise qualité. Maxime a des difficultés dans les épreuves de coordination oculo-manuelle.

Graphisme : Maxime tient le crayon de la main droite avec une pince tridigitale de bonne qualité.

Schéma corporel/image du corps : La somatognosie est acquise, Maxime a une bonne représentation des différentes parties de son corps qu'il peut nommer sur lui et sur autrui. Son vocabulaire est riche. Au test du Daurat-Meljac, Maxime se situe dans sa classe d'âge. L'imitation de gestes est de bonne qualité et s'effectue en miroir.

Latéralité : Maxime manifeste une dominance latérale homogène à droite.

Temps : Les reproductions rythmiques sont quasiment impossibles à réaliser et révèlent des troubles de l'attention et une importante fatigabilité.

Espace : Les connaissances spatiales de base sont acquises. La reproduction de figures simples est difficile.

Comportement : L'attention de Maxime est labile et c'est un enfant très fatigable. Néanmoins Maxime est un enfant volontaire et participant pendant toute la durée du

bilan même si certaines situations peuvent l'angoisser. Il a un très bon niveau de langage et il entre facilement en relation avec l'adulte.

Durant la prise en charge de Maxime, nous avons fait beaucoup de parcours psychomoteurs afin de travailler sur sa motricité globale. Les parcours psychomoteurs sont élaborés par Maxime, la psychomotricienne et moi-même. C'est un enfant qui a très peur de monter à l'espalier. Il est très angoissé à l'idée de tomber, il n'alterne pas les pieds sans aide, ni dans les escaliers, ni en montant à l'espalier. Il ne sait ni sauter à pieds joints, ni à cloche pied mais il accepte assez facilement de travailler les sauts au fil des séances. Petit à petit, même si les parcours sont encore difficiles et angoissants pour Maxime, il progresse au niveau de sa motricité globale.

Maxime a de grosses difficultés à rester concentré sur une activité, qu'elle soit choisie ou proposée. L'attention de Maxime est très labile et il présente une grande fatigabilité. Il utilise souvent sa fatigabilité pour refuser d'essayer de nouvelles expériences ou activités. Il a une grande angoisse de l'échec, ce qui l'empêche d'accomplir des activités seul. Il a besoin d'être accompagné par l'adulte dans toutes les nouvelles étapes de son développement. Maxime a un très bon niveau de langage, il arrive facilement à exprimer ses sentiments de craintes ou de plaisir mais il parle toujours avec une voix de bébé. C'est un enfant qui cherche à éviter certaines activités en discutant avec l'adulte pour le distraire de l'activité qui lui est proposée. Maxime est arrivé en séance, tout au long de l'année systématiquement enrhumé et il somatise beaucoup.

Maxime est un enfant intelligent, qui se rend compte de sa différence avec les autres enfants de son âge et il en souffre. Sa mère nous informe qu'il s'isole beaucoup à l'école, il n'a pas de copain et préfère rester en compagnie des adultes. Notre travail en psychomotricité avec Maxime a été, d'une part, de le soutenir dans ses acquisitions motrices et de les enrichir. D'autre part, notre travail a consisté à soutenir Maxime dans toutes les activités qu'il faisait, c'est un enfant qui a une faible estime de lui-même, il est très fragile et a besoin d'être constamment valorisé. Ainsi, nous avons cherché à renforcer son enveloppe psychique en le contenant aussi bien verbalement que physiquement. C'est en partie grâce à cet étayage corporel et

psychique que Maxime a pu progresser dans ses acquisitions. Sans ce soutien Maxime était continuellement en échec.

Le travail en psychomotricité a permis à Maxime d'enrichir ses acquisitions psychomotrices grâce au jeu spontané et aux parcours psychomoteurs. Durant toutes ces séances, nous avons cherché à renforcer l'enveloppe psychique de Maxime afin qu'il se sente plus en confiance et qu'il puisse exprimer ses angoisses. La prise en charge en psychomotricité est bénéfique pour Maxime et doit être poursuivie.

3.2 FLORIAN

3.2.1 Présentation

Florian a 4 ans et 6 mois, cela fait 9 mois qu'il vient au centre médico-psychologique et pédagogique (CMPP) où il a été adressé, par l'école, pour des troubles du comportement et de la relation mère-enfant. Il est actuellement scolarisé en moyenne section de maternelle, deux demi-journées par semaine et est accompagné d'une assistante de vie scolaire. Il est suivi au CMPP en psychomotricité à raison de trois fois par semaine en individuel. La maman participe aux séances de psychomotricité une fois par semaine depuis le mois de janvier. D'autre part, il y a eu la mise en place d'une guidance parentale avec un psychologue.

3.2.2 Anamnèse

Florian est né le 23 octobre 2003, il est l'aîné d'une fratrie de deux enfants. Le père est d'origine turque, la mère d'origine russe. Ils parlent peu le français.

La grossesse s'est déroulée normalement, ainsi que l'accouchement à 41 semaines et 5 jours avec un poids de naissance de 3 250 g, une taille de 49 cm, un périmètre crânien de 34 cm et un score d'Apgar à 10/10.

C'est un enfant qui n'a pas eu d'antécédent familial particulier. Florian s'est présenté aux urgences à 3 ans et demi pour un malaise raconté de la façon suivante par le père : il appelle Florian qui est en train de manger, l'enfant n'arrive ni à se lever, ni à tenir sur ses jambes. Les yeux sont déviés vers le haut, l'enfant n'émet pas de son et il y a un mâchonnement. Ceci dure peu de temps puis l'enfant s'effondre et dort.

Lorsque l'enfant est vu aux urgences, aucun trouble neurologique n'est décelé. Devant une suspicion de crise convulsive, plusieurs investigations ont été faites qui se sont toutes révélées normales. L'électro-encéphalogramme réalisé le jour même est lui aussi normal. Suite à deux nouvelles crises au mois de septembre et novembre 2007, un diagnostic d'épilepsie a été posé. Florian suit désormais un traitement anti-épileptique.

La station assise a été acquise à 7 mois, Florian a marché seul à 17 mois, il aurait prononcé des syllabes doublées à l'âge de 15 mois, mais actuellement il ne parle pas. La propreté n'est pas acquise. Il s'exprime avec des grognements ou communique avec les mains. C'est un enfant qui n'aime pas explorer les jouets, qui ne fait pas d'encastrement. De même il ne joue pas avec les autres enfants. En revanche, il aime faire tourner les roues des voitures, jouer avec la lumière et son comportement est globalement agité. De plus on observe des troubles du sommeil importants : c'est un enfant qui s'endort vers 1 h du matin et qui se réveille à 7 h.

3.2.3 Les différents bilans

Examen pédiatrique : Florian présente un retard des acquisitions avec une hyperactivité et un comportement de type autistique ; il n'a pas de langage mais s'exprime par des grognements lors d'un mécontentement face à l'intrusion de l'autre. Il présente un certain isolement et se comporte comme s'il était seul. Il fixe les objets qu'il tourne avec un intérêt compulsif. Il peut regarder furtivement mais il existe chez lui un net refus de contact. Le bilan étiologique est actuellement négatif et l'IRM cérébrale montre quelques anomalies de la substance blanche.

Des examens neurologique, cardiaque, pulmonaire, abdominal, cutané et ORL ont été réalisés mais les résultats n'ont présenté aucune anomalie.

Un suivi en orthophonie a été mis en place en ville à raison de deux fois par semaine en individuel.

3.2.4 Le bilan psychomoteur

Étant donné les difficultés de type relationnel de Florian, la psychomotricienne n'a pas réalisé de bilan psychomoteur à son arrivée. Florian présente un retard psychomoteur en lien à ses traits autistiques. A mon arrivée au CMPP au mois de septembre, j'ai effectué un bilan d'observation de Florian.

Bilan psychomoteur (septembre 2007) :

- **Tonus** : le tonus est adapté lors des mouvements volontaires mais certaines situations affectives entraînent une hypotonie générale.
- **Motricité globale** : les coordinations dynamiques générales sont acquises. Florian est autonome dans la plupart des déplacements de la vie quotidienne. Les équilibres statique et dynamique sont de bonne qualité.
- **Motricité fine** : les coordinations bi-manuelles sont bonnes. Lors de la manipulation de petits objets, Florian utilise une pince digito-palmaire. Les mimiques faciales commencent à apparaître comme le sourire et le froncement de sourcils.
- **Espace** : Florian reconnaît la salle de psychomotricité, ce qui laisse supposer qu'il peut avoir une représentation d'un espace donné.
- **Langage** : Florian ne parle pas, mais il émet des vocalises et des grognements pour manifester ses émotions et pour communiquer. Il sait se faire comprendre de l'adulte malgré l'absence de parole. En effet, son attitude tonique, ses mimiques et ses vocalises sont riches et nombreuses.
- **Schéma corporel** : les limites corporelles de Florian semblent floues. Il a besoin d'être contenu pour limiter son agitation. Par ailleurs, le contact corporel n'est pas accepté sauf s'il en a l'initiative.
- **Comportement/relation à l'autre** : Florian peut présenter des comportements auto-agressifs (il se mord les mains) et des stéréotypies (il fait tourner les objets). Il

semble investir les séances de psychomotricité, il aime y venir. De plus, il reconnaît la salle et la psychomotricienne à qui il fait des sourires. Il peut fixer son regard et regarder dans les yeux. Florian est un petit garçon très attachant.

Au vu des progrès de Florian, la prise en charge en psychomotricité semble bénéfique et doit être poursuivie.

3.2.5 Le projet thérapeutique

Le projet thérapeutique s'oriente dans un premier temps sur deux axes :

- un axe visant à favoriser la relation à l'autre et à induire un comportement plus adapté par le biais des regards, des sourires, des mimiques et du dialogue tonique.

- un deuxième axe pour favoriser une unité corporelle à travers des enveloppements, des bercements et des comptines.

Dans un second temps, le projet thérapeutique s'orientera vers un travail de la relation mère-enfant avec des séances intégrant la maman de Florian.

3.2.6 L'évolution de la prise en charge

3.2.6.1 Le cadre thérapeutique

Florian est pris en charge en psychomotricité à raison de trois fois par semaine en séance individuelle. La prise en charge de Florian implique de respecter au maximum le cadre thérapeutique afin de sécuriser Florian. Il y a eu des moments dans la prise en charge où au contraire la psychomotricienne a fait varier des éléments du cadre afin d'observer et de travailler sur les réactions de Florian face aux changements.

3.2.6.2 De mai à juillet :

Quand Florian arrivait en séance, il était généralement très angoissé. Il allait chercher tous les objets tels que les cerceaux, la poubelle, les couvercles de la

dînette pour les faire tourner. Ces stéréotypies sont fréquentes, surtout si Florian est angoissé. C'est un enfant qui était très agité en séance et qui grimpait un peu partout, sur le fauteuil, la table et sur les chaises. Durant ces séances, il criait, voulait voir sa maman et ne faisait pas du tout attention à l'adulte. Puis il a commencé à s'intéresser à un singe en peluche dont il a progressivement accepté les caresses. Florian peut malgré tout se mordre les mains et avoir des stéréotypies. C'est un enfant qui apprécie beaucoup la musique pendant les séances. Petit à petit, Florian a pu jouer avec le gros ballon, il monte dessus et se laisse bercer alors qu'avant ce dernier lui faisait peur. Il peut fixer son regard et regarder la psychomotricienne dans les yeux.

C'est un enfant qui n'a pas de langage verbal mais il existe un babillage. Il supporte difficilement le contact corporel, le toucher. Si Florian ne peut plus tourner d'objets car la psychomotricienne les cache, alors il manifeste son mécontentement en grognant. C'est un enfant qui est très expressif au niveau du visage avec de nombreuses mimiques.

3.2.6.3 Une séance type

Florian arrive en séance en courant vers la salle de psychomotricité. Il reconnaît la psychomotricienne et moi-même. En entrant dans la salle, il se dirige la plupart du temps soit vers le gros ballon, soit vers des objets afin de les faire tourner. Nous lui enlevons ses chaussures afin qu'il puisse mieux se détendre, mais aussi parce qu'elles sont trop petites. Régulièrement, il lui arrive de tourner ses mains autour de ses oreilles ; ces mouvements s'exagèrent lorsqu'il ne va pas bien. Si la musique n'est pas présente, il va aller automatiquement vers le poste en émettant des vocalises. Il aime les berceuses, si il n'y a pas de musique, il est beaucoup plus difficile pour Florian d'aller sur le gros ballon ou de s'enrouler dans la couverture. Le plus souvent, il choisi d'aller soit sur le gros ballon, soit dans le drap pendant quasiment toute la durée de la séance.

- Quand Florian se retrouve dans le drap, on ferme le drap afin qu'il puisse se retrouver seul, en sécurité, comme dans un cocon. Un travail d'enveloppement et de contenance peut être effectué par cet intermédiaire. Dans ces moments là, Florian gazouille comme un bébé, on travaille beaucoup sur sa détente et sur l'effet

d'enveloppement. C'est un enfant qui a de grosses difficultés d'endormissement et dans ces moments où il est tout à fait détendu, il peut lui arriver de s'endormir. Nous effectuons des balancements et verbalisons ses actions. Pour rétablir le contact il nous arrive de jouer à un jeu de « coucou » en fermant puis en ouvrant le drap. C'est un jeu qui amuse beaucoup Florian.

- Quand il ne va pas dans le drap, Florian aime beaucoup le gros ballon, il se fait bercer, on lui fait toucher ses pieds et ses mains en le balançant en avant puis en arrière, à droite puis à gauche. Ainsi, ces exercices nous permettent de travailler sur ses limites corporelles. On tape aussi sur le ballon, on varie les positions, sur le ventre, sur le dos afin de lui faire ressentir des sensations différentes pour favoriser la prise de conscience du corps. Tous ces exercices lui plaisent beaucoup et le font rire. Ce sont des moments privilégiés pour le dialogue tonique et pour les nombreux échanges de regards et de sourires.

- Généralement en milieu ou fin de séance, Florian va chercher un singe en peluche, il se caresse lui-même le visage et le cou, en souriant avec les mains du singe. Ensuite, il nous donne la peluche pour qu'on fasse la même chose que lui sur son visage. Il peut même lui arriver de nous demander de lui caresser le visage directement avec nos mains, mais ceci arrive plus rarement.

Au moment de se quitter à la fin de la séance, c'est toujours difficile pour Florian de se séparer.

3.2.6.4 De septembre à aujourd'hui

Lors de ma première séance avec Florian, au CMPP, la psychomotricienne m'avait demandé de me mettre à l'écart, par précaution, afin de mieux observer le comportement de Florian. Durant cette séance, Florian a tout de suite remarqué ma présence et a échangé beaucoup de regards avec moi. J'étais assise dans un coin de la salle, Florian est venu me voir à plusieurs reprises, en souriant et en me sollicitant. Ce qui m'a étonné, c'est la facilité que Florian a eu d'entrer en relation avec moi, malgré ses traits autistiques. Il m'a tout de suite semblé que Florian se sentait suffisamment sécurisé par la psychomotricienne pour pouvoir accepter une autre personne pendant la séance. Ce premier échange s'étant très bien passé, j'ai pu, dès la deuxième séance, participer et m'impliquer dans cette prise en charge.

La psychomotricienne me fait part de l'apparition de nouvelles stéréotypies chez Florian : il se tourne les poignets au niveau des oreilles. Pendant quelques séances, nous avons amené Florian dans une salle du CMPP, dans laquelle se trouvait une piscine à balles pour lui permettre d'explorer, d'expérimenter des sensations nouvelles et en même temps, de modifier le cadre thérapeutique. Dans ces moments là, Florian manifestait à la fois une grande envie d'y aller et en même temps une angoisse importante. Il a pu s'y rendre quelques minutes mais il voulait très vite sortir car l'angoisse était trop vive. Après quelques tentatives, et voyant que ça ne lui convenait pas, les séances de psychomotricité ont repris dans le cadre spatial habituel. En séance, il peut réaliser des parcours psychomoteurs mais avec l'aide de l'adulte. Il lui arrive souvent de ne pas faire attention aux obstacles et il n'a aucune notion du danger : il peut se laisser tomber, par exemple dans les escaliers.

- **Le tunnel**

C'est un enfant qui au début avait très peur de rentrer dans un tunnel. Il peut aujourd'hui entrer dedans, s'allonger et nous regarder à travers la paroi transparente. Dans ce cas là, on joue à travers la paroi à poser nos mains dessus et Florian vient toucher notre main avec la sienne ou avec son pied. Le tunnel semble servir à Florian d'enveloppe corporelle de substitution qui lui permet ainsi d'entrer en contact avec l'adulte, plus facilement, sans être angoissé.

- **Le drap**

Au début, Florian se tenait face à la psychomotricienne et son état tonique était plutôt élevé. Il a pu, petit à petit, faire des sourires. La psychomotricienne chante pour augmenter les contenants mais il reste seulement quelques minutes dans le drap. Le comportement de Florian a énormément changé, il peut maintenant passer toute la séance dans le drap. De temps en temps, il y va avec le singe et il chantonne l'air des berceuses qu'il entend et qu'il connaît depuis le début de l'année. Il gazouille et babille beaucoup, il y a une importante régression durant ces séances, et il peut même parfois s'endormir. Ces gazouillis donnent vraiment l'impression d'être ceux d'un enfant de quelques mois, ils proviennent du ventre.

Quand Florian n'est pas porté dans le drap, j'ai pu à plusieurs reprises effectuer un travail de pression de la tête aux pieds afin d'enrichir ses sensations corporelles mais aussi afin de renforcer l'enveloppe corporelle préexistante. Au début, ça n'a pas duré longtemps car Florian manifestait des signes de rejet mais aux séances suivantes, il se laissait faire et semblait bénéficier de ce toucher thérapeutique. Ces pressions visant à favoriser la contenance, permettent aussi un ressenti des volumes du corps, et s'effectuent toujours à travers le drap, il n'y a pas de contact peau à peau, ce serait trop angoissant pour Florian.

- **Le gros ballon**

Alors qu'il ne pouvait même pas jouer avec le gros ballon, Florian peut à présent monter dessus et se détendre facilement. C'est un médiateur qui entraîne beaucoup d'échanges paraverbaux tels que les sourires auxquels il peut répondre mais il peut désormais en avoir l'initiative ; les regards ainsi que les bruits de bouche en claquant la langue et en bourdonnant des lèvres.

Au fil de la prise en charge, Florian s'est intéressé avec beaucoup d'attention à son reflet dans le miroir ce qui a permis de travailler sur le gros ballon en face du miroir; au début ce sont beaucoup de réactions d'étonnement, puis ça ne semble plus l'étonner mais son reflet semble encore lui poser questions. Il fait beaucoup de grimaces tout en étant sur le gros ballon.

- **L'eau**

Au mois de janvier, nous avons introduit un autre médiateur dans la prise en charge de Florian : l'eau. Grâce à une grande caisse que l'on remplissait d'eau, nous avons pu faire découvrir à Florian le plaisir d'avoir les mains et les pieds dans l'eau. Florian semble découvrir les sensations que lui procure l'eau comme s'il ne les avait jamais ou rarement vécues. Il apprécie beaucoup ce moment et cherche même parfois à se laisser tomber dans la bassine.

3.2.6.5 Le travail avec la mère

L'intégration de la maman aux séances du jeudi s'est faite au mois de décembre. Ce travail a pu commencer car il a été porté par le travail psychologique de guidance parentale. Le travail en psychomotricité a commencé au bout de deux mois de prise en charge psychologique de la maman. Les objectifs de la psychomotricité avec la maman sont multiples :

- la maman peut bénéficier d'un temps et d'un espace pour observer son enfant jouer.
- Elle est en relation avec son enfant et en présence d'un tiers.

Le but est aussi que la maman puisse prendre plaisir dans la relation avec son enfant. C'est aussi pour favoriser la communication avec autrui car c'est une maman étrangère qui a de fortes inhibitions. Ces séances permettent de travailler la place de la mère dans une relation mère-enfant. Elle cherche l'approbation dans le regard du thérapeute de tout ce qu'elle fait et là se jouent des échanges importants dans la relation mère-enfant. Un des axes est bien sûr, de revaloriser la mère de Florian sur ses compétences. Dans ces séances, la psychomotricienne cherche à améliorer et à favoriser le contact corporel entre la mère et l'enfant. La maman apprend aussi à dire « non » à son enfant afin de créer des limites, un cadre limitant et sécurisant.

Les moyens utilisés sont :

- la participation active de la maman aux séances en proposant des enveloppements à son enfant.
- L'utilisation de l'eau pour montrer à la maman les bénéfices et les échanges dans le bain tout en travaillant les questions d'hygiène et de propreté.
- Le portage, la maman apprend à savoir tenir son enfant dans les bras de manière sécurisante avec tout un travail sur le dialogue tonique.
- le gros ballon pour travailler sur la détente.
- des ballons de tailles différentes pour travailler sur les échanges, c'est très difficile pour Florian mais la maman peut le contenir dans ces moments là.

L'évolution de la maman : elle est investie et participe activement aux séances de psychomotricité. Elle a une présence physique et parle de plus en plus à la

psychomotricienne. Elle peut faire le lien entre ce qui se passe à la maison et en séance. Elle est plus observatrice : elle a pu dire qu'elle avait remarqué que son enfant avait un autre comportement avec elle. Elle a pu faire le lien que le comportement de son fils avait changé parce qu'elle se caractérisait comme ayant une attitude de « mère plus gentille ».

Elle est plus souriante, plus détendue et plus investie dans la relation aux autres. Elle est beaucoup plus douce dans les échanges corporels avec son enfant. Elle se pose beaucoup de questions sur le diagnostic « traits autistiques » de l'hôpital : « Florian est-il vraiment autiste? », « Pourra-t-il parler un jour? ». Elle peut manifester des angoisses au sujet de Florian dont elle ne faisait pas part avant.

Le papa a participé à une séance de psychomotricité durant laquelle il n'est pas actif physiquement, mais il y a un gros investissement verbal avec le thérapeute. Il se culpabilise beaucoup de ne pas être assez présent auprès de ses enfants. C'est un papa en grande demande de cadre et de structure au sein de la famille mais dont la femme ne répond pas. Florian manifeste une certaine indifférence à la présence de son père en séance.

Florian a fait beaucoup de progrès, il a vraiment bénéficié de la prise en charge en psychomotricité. Il peut entrer en relation plus facilement avec l'adulte et de sa propre initiative. Son comportement est de plus en plus adapté aux différentes situations sociales même si les moments de séparation sont encore angoissants pour Florian. Nous pouvons désormais introduire de nouveaux médiateurs en séance qui lui permettent d'explorer son environnement. La prise en charge en psychomotricité est bénéfique pour Florian et doit être poursuivie.

PARTIE DISCUSSION

INTRODUCTION :

Une élaboration solide des enveloppes est nécessaire pour que l'enfant puisse se construire une identité. Je me suis alors interrogée sur la façon dont le psychomotricien peut travailler sur ces enveloppes pour une meilleure construction de soi. J'ai choisi dans mon étude clinique de prendre deux enfants dont la problématique sur les enveloppes corporelle et psychique était différente. Ces enveloppes ne sont pas forcément défailantes toutes les deux. Pour le cas de Florian il y a une altération de ces deux enveloppes mais pour Maxime il s'agit seulement d'une fragilité de l'enveloppe psychique. En choisissant ces études de cas, il m'a semblé important de pouvoir aborder différents outils permettant de travailler sur la restauration des enveloppes corporelle et psychique. Je vais tout d'abord souligner l'importance de la relation dans la construction des enveloppes et de l'identité de l'enfant. Puis j'exposerai le travail réalisé en psychomotricité auprès de ces enfants.

1. L'IMPORTANCE DE LA RELATION DANS LA CONSTRUCTION DES ENVELOPPES ET DE L'IDENTITE DE L'ENFANT

1.1 LA RELATION MÈRE-ENFANT

Le petit Larousse définit la relation comme étant un « lien existant entre des choses, des personnes. »

Pendant la grossesse, la mère et le bébé partagent un même espace corporel. Puis à la naissance, cette relation corporelle fondamentale n'existe plus, la mère et l'enfant possèdent désormais leur propre corps, leur propre peau et plus tard leur propre psychisme. Pour que ce processus puisse se mettre en place, il faut que la relation mère-enfant soit suffisamment étayante pour que la distinction entre la mère et l'enfant soit clairement définie. Winnicott définissait la nécessité du rôle de la mère en ces termes : « D'abord, je dirai que la mère est nécessaire en tant que personne vivante. Le bébé doit pouvoir sentir la chaleur de sa peau, de sa respiration, il doit pouvoir goûter et voir. Cela est d'une importance vitale. Le bébé doit pouvoir accéder totalement au corps vivant de la mère. Deuxièmement la mère est nécessaire pour faire connaître le monde au bébé» (WINNICOTT, 1978).

Cette individuation sera le résultat de la formation d'une enveloppe corporelle contenante donnant lieu à une enveloppe, à un espace psychique propre à l'enfant. Avant cette individuation, la mère et l'enfant sont dans une sorte de symbiose corporelle et psychique. Cet état de fusion primitive est nécessaire à une séparation future. Maxime et sa mère semblent d'ailleurs être encore dans ce mode de relation fusionnelle. Maxime a 5 ans, il est de petite taille, parle avec une voix de bébé et semble avoir besoin d'une grande proximité avec sa maman. Dans la salle d'attente, Maxime a toujours des difficultés à dire au revoir à sa maman et ce n'est qu'après de multiples câlins-bisous qu'il peut venir en séance de psychomotricité. C'est un enfant qui apprécie beaucoup la relation duelle avec l'adulte et dans laquelle il s'investit de façon importante. Au contraire, la présence de plusieurs personnes, et notamment dans un groupe, perturbe Maxime et le met en difficulté. Cette « fusion » entre Maxime et sa mère leur est sûrement nécessaire puisqu'elle existe mais il faudra tôt

ou tard qu'une séparation s'opère afin que Maxime puisse se construire une identité et avoir ses propres désirs.

Winnicott parle de l'importance de la qualité des soins maternels dans la construction de l'enfant. Ce lien primaire, va non seulement conditionner le développement de l'enfant mais aussi sa relation à son environnement. Cependant certaines carences dans cette relation fondamentale mère-enfant entraînent des difficultés dans cette séparation physique et psychique. Il me semble important de définir les différentes dimensions de la carence affective qui sont à prendre en compte dans l'interaction mère-enfant :

« - L'insuffisance d'interaction qui renvoie à l'absence de la mère ou du substitut maternel (placement institutionnel précoce).

- La discontinuité des liens qui met en cause les séparations quels qu'en soient les motifs;

- La distorsion qui rend compte de la qualité de l'apport maternel (mère chaotique, imprévisible) » (MARCELLI, 2006).

Ces carences, qui peuvent survenir à n'importe quel moment de la vie de l'enfant, ont des conséquences d'autant plus importantes quelles sont précoces. Lébovici et Soulé, cités par D. Marcelli, exposent les conséquences de ces carences affectives en ces termes : « La situation d'isolement des afférences produit un déplacement où l'équilibre entre les données intéro, proprio et extéroceptives se fait au détriment de ces dernières et en faveur des premières. Cette modification d'équilibre dynamique modifie les frontières du Moi et altère le sentiment d'identité personnelle » (MARCELLI, 2006).

Pour Florian et sa maman, on peut supposer que certaines carences dans cette relation primaire ont eu lieu. La maman de Florian a toujours gardé Florian depuis qu'il est né à la maison. Elle ne travaille pas, elle a donc été présente physiquement auprès de son enfant durant tout son développement. C'est une maman qui semble rencontrer beaucoup de difficultés relationnelles avec son fils. Elle présentait de

fortes inhibitions, dans la salle d'attente, elle ne parlait jamais à Florian et ne le regardait pas. Elle paraissait tout simplement « absente » et désespérée face au comportement de Florian. Par exemple, pour l'habiller, elle le maintenait de force, s'il tombait et se cognait contre le mur, la maman n'avait aucune réaction. J'avais l'impression qu'elle ne savait pas quoi faire ni comment se comporter avec son enfant. Cette maman semblait déprimée, dépassée et avait des difficultés pour entrer en relation avec l'autre. La mise en place de la guidance parentale ainsi que sa participation une fois par semaine aux séances de psychomotricité, nous a permis de découvrir une autre femme. On sent aujourd'hui qu'elle a confiance en elle, elle est souriante et beaucoup plus présente dans la prise en charge de son enfant. Elle pose de plus en plus de questions sur son fils et sur son avenir. Les difficultés que peut rencontrer un enfant dans son développement modifient plus ou moins fortement la relation mère-enfant. Il ne faut pas oublier ce que Daniel Marcelli dit : « il est difficile de faire la part des choses de ce qui est cause ou conséquence dans le comportement du parent et de l'enfant » (MARCELLI, 2006).

C'est dans ces tous premiers moments de la vie que l'enfant, grâce aux liens qu'il tisse avec sa mère, va pouvoir se différencier et se construire. On pourrait croire que la naissance est une séparation entraînant la perte d'un lien entre la mère et l'enfant. Au contraire, c'est la création d'un lien impalpable : l'attachement que la mère a pour son nouveau-né. Dans le cas de Florian, cet attachement précoce semble s'être tissé de façon difficile et paraît fragile. Entre Maxime et sa mère cet attachement semble être de bonne qualité, ce qui se passe d'ailleurs fort heureusement dans la plupart des cas. C'est cet attachement premier qui va ensuite permettre à l'enfant de s'attacher à d'autres personnes dans sa vie future. Winnicott disait que : « le seul fondement véritable de la relation d'un enfant avec son père et sa mère, avec les autres enfants et, enfin de compte, avec la société, est la première relation réussie entre la mère et le bébé, entre deux personnes » (WINNICOTT, 2002).

1.2 LA RELATION PERE-ENFANT

Il me semblait important de parler de la relation père/enfant et de la place qu'occupe le père dans la famille. Il y a malheureusement peu d'apports théoriques sur la place

du père dans la relation avec son enfant. Dans la relation fusionnelle mère/enfant, au début de la vie du bébé, le père va jouer le rôle de tiers dans la relation. Il va permettre une triangulation de la relation qui va aboutir à l'ouverture de l'enfant sur le monde extérieur. Dans la théorie de l'attachement, Bowlby propose que le père soit avant tout « un compagnon de jeu » et particulièrement pour les jeux moteurs. Pour lui, le père peut faire partie des figures d'attachement de l'enfant, même si dans la plupart des cas, c'est la mère qui assurait la fonction de « figure principale ». Des études de psychologie expérimentale exposées par Jean Le Camus sont arrivées à la conclusion que les pères « étaient capables de se montrer sensibles, émotionnellement compétents et en mesure d'assurer la fonction de sécurisation primitivement réservée à la mère »(PIERREHUBERT, et al., 2007).

Quand les parents sont divorcés, comme dans le cas de Maxime, on peut se poser la question de l'enjeu que cela peut avoir sur la relation entre l'enfant et son père. Dans le cadre de la prise en charge, nous n'avons jamais rencontré le père de Maxime qui vit depuis son divorce, dans le sud de la France. Maxime est encore dans une relation très fusionnelle avec sa mère, ses parents se sont séparés lorsqu'il avait deux ans et on peut se demander comment le père de Maxime a pu intervenir et intervient toujours en tant que tiers dans cette relation mère/enfant. A-t-il eu des difficultés à trouver sa place en tant que tiers?

Dans le cas de Florian, lors d'une séance de psychomotricité prévue avec la maman, c'est le père de Florian qui est venu en séance. Il parle alors à la psychomotricienne de ses difficultés à élever ses enfants et il culpabilise beaucoup de ne pas s'occuper plus souvent de Florian. L'autisme enferme la mère et l'enfant dans une relation symbiotique ; comment le père de Florian peut-il occuper la place de tiers dans cette situation difficile ? Je trouve dommage de ne pas avoir rencontré les pères de Florian et Maxime dans le cadre de la prise en charge de leurs enfants. Je pense qu'ils ont en effet une place tout aussi importante et nécessaire que la mère à la construction identitaire de l'enfant.

1.3 LE CORPS DANS LA RELATION

1.3.1 La fonction tonique

« La communication apparaît bien dès que l'on est plus seul » (BALLOUARD, 2006).

On sait que 80% de la communication entre deux personnes est non verbale. C'est donc notre corps qui laisse transparaître le plus de choses sur ce que nous voulons transmettre à l'autre. Quand nous sommes en relation avec une autre personne, notre corps est aussi engagé dans cette relation. Le nouveau-né, n'ayant pas de langage verbal, communique avec son environnement par l'intermédiaire de son corps et plus particulièrement, au début de sa vie par son tonus : « la fonction tonique du corps est donc une fonction primitive et essentielle de la communication » (BALLOUARD, 2006).

Cette fonction tonique se développe grâce à la relation corps à corps du bébé et de sa mère et le suivra dans sa vie future : « L'enfant gardera une empreinte indélébile de ce vécu tonique qui est issu de ces contacts avec le corps de la mère, avec lequel il se confond, s'identifie avant de s'en différencier » (BALLOUARD, 2006).

L'état tonique d'un individu est d'ailleurs une marque de son identité. Certaines personnes sont depuis la naissance, plus ou moins toniques ce qui correspond le plus souvent à des traits de personnalité. La plupart du temps, le tonus de Maxime est adapté dans sa vie quotidienne mais certaines situations angoissantes provoquent une hypertonie générale et le figent sur place : si Maxime monte à l'espalier, il est fréquent qu'il ait peur de ne pas réussir et de tomber. Il se crispe en s'accrochant aux barreaux et ne peut plus bouger même si on le tient pour le rassurer.

Quant à Florian, certes il n'a pas de langage verbal et s'exprime par des grognements, mais son état tonique nous renseigne sur son état émotionnel. La plupart du temps, Florian est très tonique dans tous ses déplacements mais certaines situations entraînent une hypotonie de tout le corps qui provoque sa chute. Au moment de se séparer en fin de séance Florian est hypotonique, il ne tient plus sur ses jambes et refuse de bouger. Il faut lui expliquer que c'est la fin de la séance et que l'on va se revoir bientôt. Dans ce cas, l'hypotonie semble exprimer le mécontentement de Florian. A ce moment là, les variations du tonus de Florian ont valeur de communication avec l'adulte. Nous observons aussi une variation du tonus

au cours de la séance : Florian court partout au début, puis il arrive à se poser en allant vers le gros ballon ou le drap, et là son tonus diminue significativement, il est ensuite beaucoup plus calme et détendu, son visage n'est plus crispé et il peut davantage entrer en relation avec l'adulte. Le tonus a valeur de communication, mais la communication est avant tout un échange entre deux personnes, ainsi le tonus de l'un va influencer sur celui de l'autre. Le nouveau-né « dispose d'un potentiel inné de communication infra verbale qui lui permet de transmettre à l'adulte attentif ses intentions, ses besoins et une certaine forme de son vécu » (FRANCOIS, 2002).

1.3.2 Le dialogue tonico-émotionnel

« Le dialogue tonique est le fait d'une relation corporelle qui se fonde dans un ajustement mutuel du tonus de chaque partenaire, et en particulier du tonus axial. Il fait partie des interactions précoces qui transmettent à l'enfant un sentiment de sécurité physique et psychique durant les premiers mois de la vie » (FRANCOIS, 2002). Ce dialogue tonique est primordial dans la relation mère-enfant, le plus souvent ce dialogue est inconscient et les deux personnes ne se rendent pas compte de ce qui se joue entre leur deux corps : « il s'agit d'une façon de communiquer qui s'établit entre l'enfant et sa mère : la communication est essentiellement affective et le corps en est l'instrument » (FRANCOIS, 2002).

Cette relation tonique entre la mère et l'enfant permet de percevoir l'état émotionnel de l'autre : « L'enfant, dans la façon dont sa mère va le porter dans les bras, le manipuler, lui dispenser des soins corporels, va percevoir l'état affectif de sa mère » (BALLOUARD, 2006).

Grâce à ce dialogue tonique, l'enfant peut lui aussi, par le biais de son tonus, exprimer ses affects. « Le bébé assimile la permanence de la tenue maternelle pour assurer progressivement la permanence de son propre tonus » (ATHANASSIOU-POPESCO). Ainsi ce dialogue tonico-émotionnel permet à l'enfant de sentir son corps plus rassemblé et unifié.

Ce dialogue tonique est très important à prendre en compte dans notre travail de psychomotricien. Notre premier outil de travail étant le corps, beaucoup d'échanges de type tonique ont lieu durant les séances. J'ai toujours fait attention durant les

séances de psychomotricité aux variations de mon propre tonus. Ce n'est pas un exercice facile au début, mais c'est très enrichissant. Avec Florian, ce dialogue tonique tient une grande place dans la relation, nous cherchons toujours à être le plus détendu possible afin que Florian bénéficie au maximum de cet échange.

1.3.3 Le regard

Il tient une place prépondérante dans la communication. C'est d'ailleurs une façon privilégiée d'entrer en contact avec l'autre. Beaucoup d'auteurs s'accordent pour souligner l'importance que tient le regard entre la mère et l'enfant lors de l'allaitement. Le regard peut être à l'initiative de la mère et de l'enfant, il permet de capter l'attention de l'autre. Winnicott parle d'ailleurs de l'importance du regard dans le stade du miroir : le regard que la mère porte sur son enfant est le premier miroir de l'enfant, il se voit à travers l'expression de sa mère qui le regarde. Dans certaines pathologies comme l'autisme, Geneviève Haag nous dit à propos de ces enfants que « le regard est absent, fuyant ou traversant, ou collé, sans pénétration et dans ce cas il s'agit le plus souvent d'un regard périphérique » (HAAG, et al., 1995). Florian n'a pas de difficulté à regarder dans les yeux, il peut fixer son regard, c'est un regard transperçant, profond qui peut être intrusif pour l'autre. Le regard chez cet enfant est d'ailleurs le plus souvent accompagné de mimiques au niveau du visage.

1.3.4 Les mimiques

Les mimiques permettent de transmettre à l'autre l'expression de notre ressenti et de notre humeur à un instant précis. Il peut s'agir de sourire, de boudier, de froncer les sourcils, de gonfler les joues... Dans la plupart des cas, les mimiques sont présentes chez tous, de façon plus ou moins importante. Dans le cas de Florian, j'ai pu observer l'évolution de ces mimiques faciales. Au début de la prise en charge, Florian fronçait souvent les sourcils mais n'avait aucune autre mimique. Puis au fil des séances, il a commencé à pouvoir sourire quand il était content. Ce sont des moments très riches car je n'avais pas conscience qu'un geste aussi naturel que le sourire pouvait être difficile pour lui.

1.3.5 Schéma corporel et image du corps

C'est aussi grâce à la relation avec son environnement et aux expériences vécues que l'enfant va se construire un schéma corporel et une image de son corps. « Ce schéma va s'élaborer à partir de la connaissance de nos limites corporelles et de nos possibilités motrices au travers des perceptions que l'on reçoit de son corps et des contacts avec l'environnement » (STAES & DE LIEVRE, 2006). Le schéma corporel de l'enfant va se construire en s'appuyant sur les différentes expériences corporelles qu'il aura vécues. Le bain sensoriel dans lequel le nouveau-né baigne à sa naissance participe à l'édification de son image du corps et à la construction de ses limites corporelles et psychiques. Parallèlement à l'ébauche du schéma corporel va se constituer une image du corps de l'enfant. Cette image du corps va être directement liée à ce que nous renvoie l'autre de notre corps : « pôle essentiel de l'expérience vécue, l'image du corps influencée par la moindre pensée qui s'applique au corps est une « auto construction relationnelle » » (BALLOUARD, 2006). Maxime a une image de son corps en relation avec ses difficultés. Il ne peut pas faire ce qu'il veut de son corps et se rend compte que les enfants autour de lui ont plus de capacités motrices que lui. Sa maman nous raconte qu'il ne peut pas courir avec les autres garçons très longtemps car il y a un moment où il n'arrive plus à suivre et ça le met à l'écart du groupe. Maxime souffre de cette différence et l'image qu'il a de son corps est dévalorisée et affectée par ce genre d'expérience. Il semble plus subir son corps que le maîtriser. Nous avons cherché en séance à montrer à Maxime qu'il avait lui aussi le pouvoir de maîtriser son corps. Mais les angoisses vis-à-vis de son corps sont importantes et il a très peu confiance en lui.

1.4 LA RELATION PSYCHOMOTRICIEN-PATIENT

Tout d'abord, la neutralité bienveillante me semble être un postulat de rigueur dans toute relation thérapeute/patient. G.B. Soubiran reprend la classification d'Halkides concernant les déterminants de la conduite à tenir du thérapeute :

- « - le degré de compréhension empathique du patient manifesté par le thérapeute,
- le degré d'affectivité positive manifesté par le thérapeute envers le patient,
- le degré de concordance dans l'intensité affective de la réaction du thérapeute aux paroles du patient » (SOUBIRAN & COSTE, 1975).

La relation psychomotricien/patient est un échange constant entre deux corps en relation. Le psychomotricien doit pouvoir s'adapter et être disponible physiquement et psychiquement pour ses patients. Pour que la relation soit thérapeutique, il faut qu'une relation de confiance se tisse entre le psychomotricien et son patient. Nous avons vu précédemment que comme la mère, le psychomotricien engage son tonus dans la relation et il doit y être très attentif. La place de chacun dans la prise en charge me semble être d'une importance capitale : même si avec Florian, notre attitude était maternante, avec Maxime elle était renarcissisante (fonction de la mère avec son enfant) ; en aucun cas le psychomotricien ne doit se substituer aux parents. Ce dernier doit garder une certaine distance dans la relation, à la fois proche afin d'investir suffisamment l'enfant, et en même temps avoir le recul nécessaire afin de ne pas être trop impliqué personnellement. Dans ce cas il ne serait plus en mesure de remettre en question sa pratique et la prise en charge du patient.

Le psychomotricien doit aussi prendre en compte le transfert et le contre-transfert se jouant durant les séances. Il faut être vigilant à ses sentiments et mouvements internes dans sa relation avec le patient. Régulièrement en stage depuis deux ans, j'ai rencontré de nombreux patients, j'étais très investie dans certaines prises en charge et moins dans d'autres où les patients me renvoyaient des affects négatifs voire de l'agressivité. En discutant avec mes maîtres de stage, j'ai pris conscience que nous investissions toutes différemment les enfants. Cet investissement diffère selon la personnalité du psychomotricien et de l'enfant. Je me suis posé la question de l'effet thérapeutique que nous espérions dans le cadre d'une prise en charge où l'enfant nous renvoie de l'agressivité. La question est de savoir pourquoi nous réagissons ainsi et comment peut-on orienter la prise en charge pour qu'elle soit thérapeutique pour l'enfant.

2. L'ENVELOPPEMENT : COMMENT TRAVAILLER LES ENVELOPPES EN PSYCHOMOTRICITE

2.1 L'ENVELOPPEMENT CORPOREL

2.1.1 Les techniques d'enveloppement utilisées dans la prise en charge par le toucher

Le toucher est le plus fondamental et le plus important des sens, il unit deux personnes : celui qui touche et celui qui est touché. Il s'agit du premier langage, avec le dialogue tonique, qui s'établit entre la mère et l'enfant : « Les sensations que l'enfant éprouve au contact du corps de sa mère constituent son premier mode de communication, son premier langage, son premier contact avec les autres êtres humains, l'origine du « tact humain » » (MONTAGU, 1979). Le sens du toucher fait partie des tous premiers systèmes matures au cours de la grossesse. Lors de la vie intra-utérine, le fœtus reçoit de façon continue, des informations tactiles de son environnement, et il est baigné constamment dans le liquide amniotique, sans arrêt en contact avec sa peau. Il semble donc normal que le toucher fasse partie des soins nécessaires à l'enfant dès sa naissance. Dans le passé, certaines recommandations, de ne pas toucher les enfants avaient des conséquences désastreuses sur leur développement, les conduisant parfois jusqu'à la mort. Puis après de nombreuses recherches, Ashley Montagu écrit : « On découvrit que pour s'épanouir l'enfant a besoin d'être touché, pris dans ses bras, caressé, cajolé » (MONTAGU, 1979). A partir de ce moment là, dans les hôpitaux, les bébés eurent les soins nécessaires à leur état de santé associés à des conduites de maternage. Ces découvertes ont aussi permis de prendre conscience de l'importance du peau à peau entre la mère et l'enfant dans des services de néonatalogie : « par rapport à la peau comme première relation, la notion de toucher n'est pas suffisante ; c'est l'ensemble complexe peau à peau et contact corporel à travers les vêtements, proprioceptivité, échanges de postures, communication gestuelle et verbale, qui a un sens » (FRANCOIS, 2002).

A la naissance, le nouveau-né est plongé dans un bain sensoriel, il n'a plus ce contact doux, chaud constamment appliqué sur sa peau du liquide amniotique ; il reçoit d'autres informations tactiles : le chaud, le froid, le mouillé, le sec, le toucher par différents objets et l'absence d'être touché. Le toucher procure des modifications

tant sur le plan physiologique que psychologique : « Bien que le toucher ne procure pas en soi une émotion, ses éléments sensoriels induisent des changements d'ordre nerveux, glandulaire, musculaire et mental, qui l'apparentent à une émotion » (MONTAGU, 1979).

Nous avons vu précédemment, que la peau est un organe qui recouvre en totalité notre corps, elle nous enveloppe et nous contient. Les conséquences de carences tactiles pour le jeune enfant sont désastreuses, l'enfant a besoin d'être touché, porté, consolé pour qu'une relation d'attachement sécurisée se tisse entre sa mère et lui. Le toucher permet ensuite de communiquer avec les autres. Le toucher peut être vécu comme agréable pour certains, alors que pour d'autres, il constitue une véritable intrusion et est insupportable. Au début de la prise en charge de Florian, le toucher n'était pas accepté, il semblait le vivre comme une agression. Puis au fil des séances, il a accepté ce contact corporel. Aujourd'hui il recherche ce contact et le réclame spontanément. Dans certains cas, on peut supposer que ce toucher était intrusif pour l'enfant et qu'il cherchait à s'en défaire. Avec le temps, ce contact corporel peut être apprécié voire adoré par l'enfant.

On peut faire deux hypothèses :

D'une part, le toucher peut rappeler à l'enfant la fusion qu'il vivait avec sa mère lors de la grossesse, il y a une indistinction des limites corporelles. Dans ce cas, le toucher favorise une régression qui peut permettre à l'enfant de se reconstruire des limites corporelles solides. Le thérapeute doit être conscient de cette régression afin de la verbaliser à l'enfant. D'autre part, l'expérience du toucher peut être unifiante, contenante, permettant à l'enfant de sentir son corps comme un tout unifié. Durant les séances de psychomotricité, le toucher thérapeutique demande au psychomotricien une capacité à pouvoir verbaliser les échanges corporels qui se jouent. En psychomotricité, le toucher thérapeutique agit sur le tonus. Le toucher peut provoquer une hypertonie s'il est mal vécu ou au contraire une hypotonie obtenue par une détente de tous les muscles. Le toucher thérapeutique a aussi des retentissements sur le schéma corporel et l'image du corps. Il favorise la prise de conscience du corps par l'expérience vécue du toucher. Cette prise de conscience corporelle va participer à l'ébauche du schéma corporel et va permettre au patient de prendre conscience de la totalité de son corps et de l'état tonique dans lequel il est.

2.1.1.1 Le toucher par pression

Ce toucher consiste à effectuer des pressions avec les mains autour du corps du patient de façon symétrique. Ce travail de pression permet d'enrichir les sensations corporelles et de favoriser la sensation de contenance, de délimiter les frontières entre l'intérieur et l'extérieur du corps, il permet donc de ressentir son corps comme un tout unifié. Florian n'a pas tout de suite accepté ce contact, il n'en n'avait pas l'habitude en séance. Au début je n'arrivais pas à faire tout le corps, il demandait d'arrêter puis j'ai pu faire un premier passage, puis plusieurs passages de suite afin de renforcer son enveloppe corporelle. Cette technique permet aussi de faire ressentir au patient le volume que représente son corps ce qui paraît intéressant surtout pour des enfants autistes. Il me semble important de préciser que j'ai pu effectuer ce travail de pressions uniquement parce que la prise en charge était avancée et que Florian me faisait confiance. D'autre part, ce toucher se faisait par l'intermédiaire d'un drap dans lequel Florian était enveloppé. Il n'y a pas eu de contact peau à peau qui aurait été sûrement vécu comme très intrusif pour Florian.

2.1.1.2 Le toucher lors du portage

Le portage avec Florian a été travaillé à la fois en séance individuelle et en séance de psychomotricité avec la maman. Le portage s'effectuait à l'aide d'un drap que nous tenions de chaque côté, nous effectuions des balancements. Durant ces moments, Florian avait toute la surface du dos, de l'arrière de la tête et des jambes en contact avec le drap. Le mouvement de balancement permettait de sécuriser Florian. Au début, il ne restait que quelques minutes alors qu'il peut maintenant y passer toute la séance. Ce portage a permis à Florian de diminuer son état tonique et de très largement calmer son agitation motrice. Après ce portage, il semblait plus détendu et plus disponible pour entrer en relation avec l'autre. Lors de la participation de la mère aux séances de portage, elle a pris conscience de comment elle pouvait apaiser son enfant. Elle a dit à la psychomotricienne que ce moment lui rappelait celui de la grossesse. Ces échanges corporels entre Florian et sa mère sont primordiaux. Au fil des séances, le portage de son enfant a permis de lui redonner confiance en elle : « Le portage renforce le sentiment de compétence et de confiance en soi des parents » (FRANCOIS, 2002). De plus, en verbalisant les impressions et le ressenti de la psychomotricienne, le toucher permet aussi de verbaliser pour

différencier les personnes présentes dans la séance. « En effet, le « port » de l'enfant, au sens physique et fantasmatique du terme, de même que la continuité des soins maternels dont il bénéficie, constitueraient pour lui, au tout début de l'existence, une sorte de « membrane de délimitation » qui se confond d'une certaine manière avec la surface de la peau et qui se situe entre le « moi » et le « non-moi » » (FRANCOIS, 2002). De ce fait, on comprend bien évidemment l'importance de la présence de la mère dans ces séances de portage.

2.1.1.3 Le toucher et l'eau

La psychomotricienne a introduit comme médiateur l'eau afin de faire varier les sensations corporelles liées au toucher. Ce médiateur permet de faire revivre des sensations tactiles du fœtus baignant dans le liquide amniotique. Ce toucher favorise une certaine régression qui va participer à la consolidation et à la reconstruction de l'enveloppe corporelle de Florian. Ce toucher permet d'aborder partie par partie le contact corporel à même la peau. Avec Florian nous avons d'abord travaillé sur les pieds puis sur les mains en contact avec l'eau tiède. Au début avec la bassine d'eau, Florian a peur de toucher celle-ci (et probablement d'être touché par l'eau !). Ce n'est que timidement qu'il met ses orteils puis petit à petit tout un pied. Les sensations que lui procure l'eau semblent beaucoup l'étonner puis elles se transforment vite en sensations agréables. A chaque séance, il nous est de plus en plus difficile de le sortir de la bassine. Il cherche d'ailleurs à y plonger entièrement. Catherine Potel nous dit à propos de l'eau que « l'une des qualités spécifiques est justement son effet d'enveloppement et de sensations à même la peau » (POTEL, 1999).

Le toucher peut être un mode pour entrer en relation avec l'autre surtout pour des enfants comme Florian qui ne parlent pas. Chez ces enfants autistes qui n'ont pas de langage verbal, ils ne peuvent exprimer leurs angoisses qu'à travers le corps : agitation, réactions tonico-émotionnelles et auto-agressivité.

2.1.1.4 Le gros ballon

Toute la partie antérieure du corps de Florian se trouve en contact avec la surface du gros ballon. Lors du portage, c'est au contraire, la partie dorsale de Florian qui est en

contact avec le drap. Au début le gros ballon faisait peur à Florian, il ne voulait ni monter dessus, ni jouer avec. Il peut maintenant aller spontanément vers celui-ci et chercher à monter dessus. Le gros ballon permet de « porter » Florian, il se laisse aller et il sait que nous le tenons au niveau du dos pour qu'il ne tombe pas. En le tenant, nous cherchons à sécuriser Florian et à ce qu'il se sente contenu. Le gros ballon permet d'obtenir chez Florian, une véritable détente musculaire, une baisse de la vigilance et une ouverture sur le monde extérieur : il y a de nombreux échanges de regards et de sourires. Les séances sont accompagnées de musique, de chants et de comptines, Florian fredonne l'air des comptines qu'il reconnaît. En sortant de la séance, Florian conserve cette détente et il est moins agité.

2.1.1.5 Le tunnel

En milieu de prise en charge, Florian a su lui-même trouver un endroit qui lui permettrait de se sentir enveloppé, contenu : le tunnel. Il va dans le tunnel, s'allonge à l'endroit où la paroi du tunnel est transparente, il nous regarde et nous sourit. Lorsqu'il se trouve à l'intérieur, il donne vraiment l'impression d'être à l'abri, plus serein et plus favorable à la communication. En collant nos mains sur la paroi, Florian vient les toucher sans appréhension. Le tunnel semble véritablement agir comme un filtre et comme une seconde enveloppe corporelle plus rassurante que la sienne.

2.1.1.6 Les caresses avec le singe en peluche

Lorsque Florian accepte et réclame ce toucher au niveau du visage, c'est la plupart du temps, en fin de séance, lorsqu'il est calme et détendu. C'est dans ces moments là que nous avons eu des échanges à même la peau puisque Florian prenait nos mains et les appliquait sur son visage. Nous nommons les parties du corps que nous touchons, Florian sourit mais ce contact corporel semble être intrusif et en même temps bénéfique pour Florian.

2.1.2 Les limites du toucher

Je pense qu'il est important de préciser que ces techniques d'enveloppement corporel utilisant le toucher comme médiateur ne peuvent pas convenir à tous les patients. Quand je parle de toucher thérapeutique, c'est au sens large, toucher avec les mains du thérapeute n'est pas pareil que d'être touché par un objet, comme un ballon ou un drap, mais cela demeure tout de même du toucher. Le toucher est possible que s'il n'est pas trop intrusif et agressif. Il y a différents paliers appartenant au toucher : nous avons commencé à travailler sur le portage avec Florian parce que cette forme de toucher lui convenait et que toute autre méthode aurait été trop violente au début de la prise en charge. Dans certains cas, surtout chez certains patients autistes ou psychotiques, il y a un net refus du contact qui certes peut s'amoinrir au fil des séances, mais qui peut aussi être refusé durant toute la durée de la prise en charge. Je pense que pour que le toucher soit contenant, il faut nécessairement que le patient l'accepte. Quoi qu'il en soit, toucher et être touché, reste une expérience intrusive et intime. L'imposer serait très violent pour le patient. La majorité du travail sur les enveloppes corporelles s'appuie sur le sens tactile du patient, si ce dernier ne supporte pas le toucher, la prise en charge en psychomotricité s'avère bien plus difficile et atteint ses limites. Il existe d'autres techniques que celle utilisées en prise en charge pour travailler sur l'enveloppement tel que la relaxation et le pack.

2.1.3 Les autres techniques pour travailler sur l'enveloppe corporelle

2.1.3.1 La relaxation

La relaxation permet au patient d'apprendre petit à petit à se détendre physiquement pour obtenir un bien-être corporel et psychique.

Selon R. Durand de Bousingen : « les méthodes de relaxation sont des procédés thérapeutiques bien définis visant à obtenir chez l'individu une « décontraction musculaire et psychique » à l'aide d'exercices appropriés ; la décontraction neuromusculaire aboutit à un « tonus de repos », base d'une détente physique et psychique. La relaxation est ainsi une technique de recherche d'un repos plus

efficace possible, en même temps que d'économie des forces nerveuses mises en jeu par l'activité générale de l'individu ».

La relaxation permet avant tout de se centrer sur soi et de prendre conscience de son propre corps à travers les différentes sensations qu'elle procure. La relaxation permet de se centrer sur soi, elle peut donc être utilisée si le patient présente des troubles du schéma corporel et de l'image du corps. La relaxation pratiquée régulièrement peut vraiment modifier en profondeur le schéma corporel d'une personne. Par la régression et la prise de conscience du corps qu'elle induit, elle permet le renforcement de l'enveloppe corporelle et psychique pour former ainsi une unité psycho corporelle plus solide.

Lors des séances de relaxation le thérapeute remplit une fonction de contenance qui est primordiale. La relaxation peut entraîner une régression plus ou moins importante, ainsi il faut que le patient se sente soutenu et contenu durant les séances. Une telle régression peut être angoissante si le thérapeute n'assure pas sa fonction contenante. C'est l'attitude du thérapeute à travers ses mobilisations, sa voix, son état tonique qui va porter le patient et l'accompagner dans cette régression et cette recherche de renforcement de l'enveloppe corporelle.

2.1.3.2 Le pack

Le pack peut se définir comme étant une technique d'enveloppement humide qui enserre le corps du patient par l'intermédiaire de linges mouillés. Tout le corps du patient est enserré dans les linges humides, puis il est enveloppé dans une couverture afin qu'il puisse se réchauffer petit à petit. L'enveloppement physique s'associe à un accompagnement psychique du fait de la présence des soignants tout autour du malade. Le patient peut communiquer avec eux, s'il le souhaite, à tout moment. Le corps réagit par une intense chaleur se rapprochant de celle du fœtus au contact humide et froid des linges. « Après une phase relativement brève d'angoisse liée à l'impression d'un environnement global par le froid, l'enveloppé expérimente un sentiment d'omnipotence, de complétude physique et psychique » (ANZIEU, 1995).

En effet, le pack apporte des sensations tactiles qui amènent le patient à une importante régression où les limites corporelles se font ressentir de façon plus intense : c'est l'expérience du dedans et du dehors. « le pack fournit au patient la sensation d'une double enveloppe corporelle : une enveloppe thermique, enveloppe qui commande la termo-régulation interne ; une enveloppe tactile » (ANZIEU, 1995).

De par ces vertus nous comprenons pourquoi le pack est indiqué dans le traitement de patients autistes et psychotiques. L'effet d'enveloppement du pack ne dure pas mais il devient plus durable dans le temps avec la répétition des enveloppements.

2.2 L'ENVELOPPEMENT PSYCHIQUE

2.2.1 L'importance du cadre dans la restauration de l'enveloppe psychique

Le psychomotricien est le garant du cadre en psychomotricité. Le cadre thérapeutique est composé du cadre physique et psychique. Il est important que le psychomotricien respecte le lieu et l'heure de la prise en charge. Il ne faut pas oublier que la salle en psychomotricité est un repère non négligeable pour le patient. Je pense qu'il est important, notamment quand on travaille sur la restauration des enveloppes, de faire attention à fermer la porte pour garantir un cadre contenant. La porte de la salle est ce qui délimite l'extérieur de l'intérieur. Pour Florian présentant des traits autistiques, cette notion de dehors et de dedans n'est pas encore acquise, d'où l'importance d'un cadre physique bien délimité pour travailler sur ses limites corporelles floues. La régularité du cadre est fondamentale car elle est rassurante et contenante pour l'enfant qui peut s'exprimer et communiquer en séance. Pour Florian, dans les premières séances en septembre, le cadre physique a été modifié : nous nous sommes rendus dans une salle où il y avait une piscine à balles au sein du CMPP. Même si une régularité du cadre physique est nécessaire pour l'enfant, je pense qu'il est important que des modifications soient apportées au cadre, sinon cela renforcerait le sentiment d'immuabilité de certains enfants ayant des pathologies comme l'autisme ou la psychose. Le changement de cadre a désorienté Florian mais il était intéressant de voir quelle était sa résistance au changement et comment il s'adaptait à de nouvelles situations. Voyant que ce changement de cadre ne semblait pas être bénéfique pour Florian, les séances ont repris dans leur lieu habituel. Le cadre doit être stable mais il peut évoluer afin de montrer à l'enfant que

le monde extérieur ne peut pas s'adapter à ses désirs. Que ce soit pour Maxime ou pour Florian, le matériel dans la salle de psychomotricité est toujours le même et disposé au même endroit. Nous avons vu précédemment que Florian s'intéressait de façon répétitive spécifiquement à certains objets, comme le drap, le gros ballon ou le singe en peluche. Nous avons amené, en séances, certains changements dans l'utilisation de ces objets : le gros ballon nous a permis d'amener Florian à se faire bercer tout en se regardant dans le miroir et le drap m'a servi d'intermédiaire afin de travailler par pression sur son corps. Le fait que Florian aille toujours vers les mêmes objets nous a aussi permis de nous rendre compte de ce qu'il désirait faire et de ses besoins, ce qui me semble primordial dans la prise en charge en psychomotricité.

Le cadre physique est rassurant pour les patients mais il existe aussi un cadre psychique. Le psychomotricien, garantit au patient un cadre psychique par sa présence, ses gestes, ses paroles, par l'ensemble des communications non-verbales qui se doivent d'être contenant pour le patient. Le psychomotricien assure un rôle de pare-excitation : il sert de barrière de protection au patient face à des stimulations extérieures qui pourraient se révéler trop envahissantes ou agressives. Ce cadre psychique se construit sur la relation de confiance qui s'établit entre le patient et le psychomotricien.

2.2.2 L'enveloppement corporel comme soutien à la construction de l'enveloppe psychique

Pour de nombreux auteurs comme S. Freud et D. Anzieu, la naissance à la vie psychique s'étaye sur la peau et plus précisément sur la construction de l'enveloppe corporelle. La peau comme contenant n'est pas opérante dès le début de la vie. Elle ne permet pas de distinction suffisante entre le dedans et le dehors tant que le moi n'est pas suffisamment élaboré. Cette élaboration de l'enveloppe psychique n'est possible que si les perceptions cutanées de l'enfant se sont faites dans de bonnes conditions. A la naissance, les sensations cutanées introduisent le nouveau-né dans un univers d'une grande richesse et d'une grande complexité. Cet univers, encore diffus, éveille le système de perception qui sous-tend un sentiment global épisodique d'existence fournissant la possibilité d'un espace psychique originaire. Tout en cherchant à renforcer les limites corporelles de Florian, nous nous sommes appuyées à consolider, à restaurer l'enveloppe psychique de Florian, cherchant à ce qu'il se constitue un espace psychique propre à lui. G. Haag insiste sur la

concomitance de l'éprouvé tactile du dos et de la pénétration des regards qui doit s'allier à de la douceur. C'est grâce à tous ces facteurs réunis que l'enfant pourra se construire un fond psychique étanche. Associés aux enveloppements corporels, le cadre thérapeutique ainsi que les attitudes du thérapeute sont essentiels pour renforcer l'enveloppe psychique de Florian. Par l'intermédiaire de notre empathie, de nos gestes de contenance et de la verbalisation de ce qui se passait en séance, nous avons cherché à favoriser l'élaboration de son enveloppe psychique. Cette élaboration ne peut se faire que dans un climat de confiance, pour limiter les angoisses de Florian et le sécuriser. C'est aussi tout simplement par la présence d'une personne, que l'enfant peut commencer à se sentir distinct de l'autre et à se construire un espace psychique à lui. Chez les enfants autistes, l'enveloppe psychique est souvent très déstructurée s'associant à des limites corporelles floues. Cependant j'aimerais parler de la fragilité de l'enveloppe psychique de certains enfants. Maxime et Florian ont en commun d'avoir un développement différent des autres enfants de leur âge. Cette différence se fait ressentir pour les parents et pour les enfants.

2.2.3 Fragilité de l'enveloppe psychique et estime de soi

Je me suis demandé quel impact la différence d'un enfant pouvait avoir sur son estime de soi, qui elle-même, se répercute sur son image du corps ainsi que sur sa construction identitaire. Lors de la grossesse, la mère et le père pensent séparément et ensemble un enfant imaginaire. L'enfant imaginaire va correspondre aux souhaits conscients et inconscients des parents. Le fœtus est immédiatement investi des désirs conscients et inconscients des parents, ces désirs étant liés à leur propre histoire. Des relations très intenses vont se créer avec un sentiment de responsabilité de la part des parents de l'enfant à venir. L'annonce d'un handicap ou de difficultés dans le développement de leur enfant va avoir des répercussions psychologiques notables sur les parents. Les parents ressentent souvent un grand sentiment de culpabilité associé à une modification de l'image de soi, du narcissisme. Si les parents présentent des failles narcissiques ou simplement une faible estime d'eux-mêmes, il est fort probable qu'ils le transmettent inconsciemment à leur enfant. Cette construction narcissique commence très précocement avec le premier miroir de l'enfant étant la mère selon Winnicott. Chez ces enfants les prises

en charge médicales peuvent être plus ou moins nombreuses en fonction des difficultés de l'enfant. P. Mazet met en garde sur l'excès de ces prises en charge : « Ce que nous venons de dire montre bien qu'un des objectifs essentiels est ici la restauration de l'image de soi, restauration que certains abords thérapeutiques sont parfois loin d'engendrer, notamment lorsqu'ils contribuent par le centrage sur le manque, à maintenir voire à renforcer chez l'enfant l'image d'un enfant abîmé à réparer » (HERMANT, 1986). L'image du corps c'est la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes. C'est un reflet subjectif qui aboutit à une façon d'être au monde. Mais quand notre corps n'est pas à la hauteur de ce qu'on voudrait lui faire faire, on comprend bien l'impact que cela peut avoir sur le narcissisme, sur l'estime de soi de l'enfant.

Le narcissisme, c'est ce qui permet de se sentir bien, c'est la croyance qu'un individu peut être aimé et aimer, c'est un sentiment d'unité, de cohésion de soi qui implique une distinction entre le dedans et le dehors. L'estime de soi s'appuie sur la construction narcissique du sujet. Elle est très dépendante de l'environnement. Dans la prise en charge de Maxime, j'ai remarqué qu'il avait une très faible estime de lui-même, tout comme sa mère qui a toujours peur de ne pas être à la hauteur et de ne pas faire ce dont a besoin son fils. Il a toujours peur de rater, de tomber, c'est un enfant fragile qui croit échouer dans chaque activité qui lui est proposée. L'enveloppe psychique de Maxime s'est construite, mais elle reste néanmoins très fragile. Nous avons cherché en séance, à renforcer l'estime que Maxime a de lui-même en lui prouvant qu'il était tout à fait capable de réussir des activités motrices que les autres enfants arrivaient à faire et dont il pensait lui en être incapable. De même que pour Florian, le cadre thérapeutique ainsi que la relation psychomotricien/patient ont été des instruments précieux dans la prise en charge. Nous avons mis en place des activités motrices que Maxime était capable de réaliser tout en introduisant une difficulté qu'il pourrait vite apprendre à surmonter. Ainsi, au fil des séances, malgré une grande appréhension, Maxime essaie ce qu'on lui propose. Même si il a des difficultés, ce qu'il pensait échouer, il le réussit en prenant son temps et confiance en lui. Aujourd'hui, il se sent plus sûr de lui.

CONCLUSION :

La psychomotricité m'a permis d'entrevoir comment dans la pratique, on pouvait travailler sur les enveloppes corporelle et psychique. Ce travail ne peut s'effectuer que grâce au cadre thérapeutique et à la relation que le psychomotricien entretient avec son patient. Je tiens à souligner l'importance de la place de l'équipe pluridisciplinaire du CMPP dans le travail réalisé en psychomotricité. J'ai exposé le cas de deux enfants dont la problématique par rapport à l'enveloppe diffère, j'ai ainsi pu d'aborder la question de l'enveloppement sous deux angles différents.

Florian présente une altération des enveloppes corporelle et psychique. Le travail réalisé en séance s'est appuyé sur le toucher thérapeutique et les enveloppements, cherchant ainsi à structurer au mieux les enveloppes préexistantes chez cet enfant. Maxime montre une fragilité de l'enveloppe psychique se traduisant par une faible estime de soi. Notre travail a consisté à l'étayage et à la réassurance de Maxime par l'intermédiaire de jeux corporels.

Cette étude clinique m'a permis de mesurer l'impact que pouvait avoir l'altération des enveloppes corporelle et psychique sur la construction identitaire de ces enfants. Je pense que ma réflexion aurait d'autant plus été enrichissante si j'avais pu suivre le travail d'enveloppement au delà de cette année de stage.

Les enveloppes corporelle et psychique des autistes sont défailtantes. En psychomotricité, notre travail est de les aider à se structurer. Le programme TEACCH est une méthode éducative rigoureuse offrant aux autistes un cadre solide. On peut se demander dans quelle mesure cette méthode, associée à des prise en charge thérapeutiques adaptées, peut contribuer à l'élaboration de limites corporelle et psychique chez ces autistes.

Le travail effectué sur les enveloppes corporelle et psychique s'avère très intéressant mais non exhaustif. Son objectif est d'aider à se sentir bien dans sa peau, et donc bien dans sa tête.

BIBLIOGRAPHIE :

- ANZIEU, D. (1995). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.
- ATHANASSIOU-POPESCO, C. Etude du tonus et des premiers auto-erotismes à travers l'observation du bébé en famille selon la méthode d'esther Bick., pp. 1-15.
- BALLOUARD, C. (2006). *Le travail du psychomotricien*. Paris : Dunod.
- FRANCOIS, S. (2002, juin). Le Holding psychomoteur. *Psychomotricités n°44*, pp. 6-17.
- HAAG, G., TORDJMAN, S., CLEMENT, M.-C., DRUON, C., CHATELLIER, A. M., CUKIERMAN, a., et al. (1995). Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *Psychiatrie de l'enfant*, pp. 495-517.
- HERMANT, G. (1986). *Le corps et sa mémoire*. Paris : Doin, pp. 227-232.
- HOUZEL, D. (2002). *L'aube de la vie psychique*. Thiron : Esf éditeur, pp. 197-209.
- MARCELLI, D. (2006). *Enfance et psychopathologie*. Paris : Masson, pp. 292-336 et pp.465-475.
- MONTAGU, A. (1979). *La peau et le toucher*. Paris : Edition du Seuil.
- ORJUBIN, J.-M., & TORDJMAN, M. (2003). Interview de Geneviève Haag. *Thérapie psychomotrice et recherches n°134*, pp. 4-22.
- PIERREHUMBERT, B., BADER, M., BALLEYGUIER, G., FAVEZ, N., FRASCOLO, F., GOLSE, B., et al. (2007). *L'attachement, de la théorie à la clinique*. Ramonville Saint-Agne : Editions érès.

- POTEL, C. (1999). *Le corps et l'eau*. Ramonville Saint-Agne : Editions érès, pp. 37-44.
- RELIER, J.-P. (2002). *Adrien ou la colère des bébés*. Paris : Robert Laffont.
- SARRE IGUINIZ, E. (2004). De la peau au corps en relation. *Evolutions psychomotrices n°63*, pp. 24-27.
- SOUBIRAN, G., & COSTE, J. (1975). *Psychomotricité et relaxation psychosomatique*. Paris : Doin, pp. 23-35 et pp. 204-208.
- STAES, L., & DE LIEVRE, B. (2006). *La psychomotricité au service de l'enfant*. Bruxelles : Editions De Boeck.
- Une histoire de liens. (2004). *Thérapie psychomotrice et recherches n°138*, pp. 10-70.
- WINNICOTT, D. W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris : Editions Gallimards.
- WINNICOTT, D. W. (1978). *L'enfant et le monde extérieur : le développement des relations*. Paris : Payot.
- WINNICOTT, D. W. (2002). *L'enfant et sa famille*. Paris : Payot.