



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Xavier PERROT

« Il aura ma peau »

De l'intérêt du cadre thérapeutique en psychomotricité dans l'émergence d'une
enveloppe psychocorporelle efficace pour contenir l'« *incontenable* »

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Audrey MANON

Juin 2020

N° 1574

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. VERHAEGHE Damien

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. COCHAT Pierre**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine
Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences et
Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Fawzia RAMDAN

REMERCIEMENTS

« *La valeur d'un homme tient dans sa capacité à donner et non dans sa capacité à recevoir* ». Albert Einstein

Un incommensurable merci à vous qui m'avez tant apporté.

D'abord à toi Anne-Laure, à ton soutien dans l'élaboration de ce mémoire et face à mes inquiétudes, ainsi que pour avoir été une maîtresse de stage ayant éminemment participé à l'élaboration de mon identité professionnelle.

À toi Delphine, pour les mêmes raisons, et pour avoir été l'orchestratrice et ma référente-ressource de ce plongeon dans le « *grand bain* ».

À mes relecteurs. À Hugo, pour tout, et ce, même si la relecture de ce mémoire « *aura eu ta peau* », mais également à mon infirmière de sœur Laura, à maman et belle-maman. À toi Charlène, une très grande éducatrice de jeunes enfants, sans nul doute. Tout seul, on va plus vite, mais ensemble, on va plus loin.

À Emma et Jaël, membres du trinôme infernal et véritables amies de formation, à la promo 2017-2020, la promo de tous les « *crash tests* », ainsi qu'à toute l'équipe pédagogique, pour leur patience, mise à rude épreuve.

À Sophie, Marine, Ariane, Amandine, Carole et Marie, des maîtresses de stage tant différentes que constructives, en tous points de vue, ainsi qu'à toi Raphaëlle, pour m'avoir indirectement poussée à prendre du recul et à toujours requestionner ce qui me semblait être des certitudes. Merci à toutes les équipes dont j'ai eu la chance de croiser le chemin, au groupement SAGESS et à l'ADAPEI 03.

Merci D^{re} Cécile Bazelle, pour avoir considéré mes paroles, et ainsi permis la poursuite des investigations au sujet de Naïl. Et enfin merci à toi, Naïl, pour m'avoir fait vivre le pire, mais finalement le meilleur de ma clinique de stagiaire en psychomotricité.

Ordre.

L'ordre génère le désordre et le désordre génère l'ordre. (...) La nature est diverse et désordonnée. Toute chose qui est en ordre répète un comportement propre, mais figé. Donc mort. (...) Exit les routines, les certitudes, le savoir-faire. Les pensées doivent courir partout et fureter, tester, goûter à chaque chose comme des fourmis dans une fourmilière grandiose qu'elles n'auront jamais fini d'explorer. Ensuite, du chaos naissent parfois des ordres par pur hasard (...), mais ces ordres doivent pouvoir à nouveau se diluer pour renaître.

(Werber, 2003)

TABLE DES MATIÈRES

LEXIQUE	
INTRODUCTION	1
PARTIE CLINIQUE.....	
1. Le cadre du stage.....	2
1.1. Présentation du fonctionnement de la structure.....	2
1.1.1. L'équipe et son rôle.....	2
1.1.2. Procédure d'intervention.....	3
1.2. Présentation de la prise en charge	4
1.2.1. Un cadre de suivi atypique	4
1.2.2. La place de la psychomotricité au sein de l'équipe mobile.....	5
2. Vignette clinique	6
2.1. Présentation de Léo	6
2.1.1. Histoire de vie et de suivi.....	6
2.1.2. Du bilan d'observation psychomotrice au projet thérapeutique.....	9
2.2. Un début laborieux de prise en charge en psychomotricité	13
2.2.1. Ma première rencontre avec Léo.....	13
2.2.2. Une motricité envahissante, ou le paradoxe de la psychomotricité.....	18
2.2.3. Du constat à l'élaboration d'un travail autour de l'enveloppe corporelle ..	20
2.3. D'importantes modulations, et enfin la rencontre	24
2.3.1. Des appuis pour instaurer un cadre de séances	24
2.3.2. Vers une modulation du cadre pour contenir « <i>l'incontenable</i> ».....	26
2.3.3. Notre dernière rencontre, puis le renversement du cadre	29
PARTIE THÉORIQUE	
1. L'enveloppe psychocorporelle.....	32
1.1. Qu'est-ce qu'une enveloppe ?	32
1.1.1. Généralités à propos de la notion d'enveloppe.....	32
1.1.2. Entre enveloppe charnelle et enveloppe psychique	33

1.1.3.	L'intrication des différentes enveloppes, de la peau à l'enveloppe psychocorporelle	34
1.1.4.	La fonction contenant en lien avec le rôle du psychomotricien	36
1.2.	L'enveloppe psychocorporelle aux fondements du développement psychomoteur du sujet.....	39
1.2.1.	Enveloppe et tonus	39
1.2.2.	Enveloppe et sensorialité.....	42
1.2.3.	Enveloppe, schéma corporel et image du corps.....	43
1.2.4.	Contenance et motricité.....	45
1.2.5.	L'enveloppe symbolisante	47
1.2.6.	La place de l'enveloppe du psychomotricien	47
2.	Le cadre thérapeutique en psychomotricité.....	48
2.1.	Qu'est-ce qu'un cadre ?.....	48
2.1.1.	Généralités quant aux cadres.....	48
2.1.2.	Le cadre thérapeutique externe.....	49
2.1.3.	Le cadre thérapeutique interne.....	52
2.2.	Les fonctions du cadre thérapeutique en psychomotricité.....	53
2.2.1.	Le cadre comme outil d'entrée en relation et <i>vice-versa</i>	53
2.2.2.	La fonction symbolisante du cadre.....	54
2.2.3.	La fonction limitante du cadre.....	55
2.2.4.	Le cadre comme contenant.....	56
2.2.5.	Sortir du cadre.....	58
DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE		
1.	Des bases de réflexion utiles au psychomotricien pour rencontrer la psychomotricité du sujet.....	60
1.1.	L'hypothèse d'une enveloppe psychocorporelle peu efficiente.....	61
1.2.	Léo et la recherche absolue de contenance.....	62
2.	Des outils au service d'un soin contenant.....	63
2.1.	Le cadre spatio-temporel pour contenir.....	64
2.2.	Des règles de fonctionnement.....	65

2.3. Le choix de l'enveloppement vers la symbolisation	67
2.4. Le toucher thérapeutique, entre modelage et percussions osseuses	68
3. Entre stabilité et adaptabilité : une réflexion au sujet du savoir-être du psychomotricien	70
3.1. La question de la propre enveloppe du professionnel	70
3.2. Faire des concessions	72
4. Penser le stable dans l'instable.....	74
4.1. Trouver la constance en équipe mobile.....	74
4.2. Le cadre thérapeutique et l'enveloppe psychocorporelle face à la crise... ..	77
CONCLUSION.....	80
BIBLIOGRAPHIE.....	
ANNEXE	

LEXIQUE

ADOS-2 : *Autism Diagnostic Observation Schedule, second edition*

ARS : Agence Régionale de Santé

CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce

CMP : Centre Médico-Psychologique

CRA : Centre Ressources Autisme

EMA : Équipe Mobile Autisme

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

HAS : Haute Autorité de Santé

IME : Institut Médico-Éducatif

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PECS : *Picture Exchange Communication System*

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

TSA : Troubles du Spectre Autistique

INTRODUCTION

Durant ces trois années d'études, il m'est très fréquemment arrivé d'avoir à réfléchir aux mots que j'allais employer pour parvenir à présenter ma future profession à autrui. La spécificité et l'implication du psychomotricien, au carrefour holistique du psychocorporel, m'amenaient à vouloir expliquer quelle était notre position vis-à-vis des autres professionnels paramédicaux. Puis, j'ai compris que ce métier était si particulier que ses tenants et ses aboutissants ne permettaient de le rapprocher d'aucun autre.

C'est au détour de ma rencontre avec l'une de mes maîtres de stage de deuxième année que m'est parvenue la proposition d'intégrer, par le biais d'un stage en référence, une équipe mobile autisme départementale. Cette dernière n'avait jamais eu en son sein de psychomotricien. Alors, tout était à créer, il s'agissait pour moi de parvenir à prendre ma place, d'apporter ma spécificité dans l'essence mouvante d'une équipe mobile à l'organisation singulière. Dans ce cadre, j'ai rencontré Léo, un jeune garçon au mouvement déconcertant, qui m'a amené à longuement réfléchir à la question de l'enveloppe psychocorporelle, du fait de sa vraisemblable incapacité à percevoir l'unité de son corps et à contenir sa psychomotricité. Nonobstant, je me questionnai : dans un cadre thérapeutique de prise en charge aussi atypique, comment allais-je réussir à proposer une contenance suffisante à l'enfant afin de lui permettre de construire son enveloppe psychocorporelle ? Je remarquai que c'est peut-être en me servant de cette singularité du cadre, que j'allais parvenir à rencontrer cet enfant à la grande agitation motrice. Néanmoins, tout ne se déroula pas comme prévu... Un questionnement me poursuivit tout au long de ces quelques mois de tâtonnement : **en quoi le cadre thérapeutique en psychomotricité peut-il participer à l'émergence d'une enveloppe psychocorporelle contenante pour Léo ?**

Afin de témoigner du cheminement de ma réflexion, je commencerai par présenter le cas clinique de Léo, en notant d'abord la spécificité du cadre du stage pour ensuite développer l'histoire de l'enfant et sa psychomotricité au sein des séances. J'évoquerai nos débuts laborieux de prise en charge ainsi que mes observations psychomotrices, pour rendre compte subséquentement de son évolution. Puis, je développerai différents aspects théoriques propres à l'enveloppe psychocorporelle, de son élaboration à son implication dans la psychomotricité du sujet, et du cadre thérapeutique, de ses composantes à ses fonctions dans la prise en charge. Enfin, je déploierai une réflexion théorico-clinique autour des aspects facilitants et entravants de diverses modulations du cadre thérapeutique dans la construction de l'enveloppe psychocorporelle contenante de Léo. Je clôturerai ce mémoire par une réflexion autour du savoir-être du psychomotricien et de sa capacité d'adaptation vis-à-vis d'une équipe mobile, et de crises mettant à mal la continuité du soin.

PARTIE CLINIQUE

Pour débiter ce mémoire, j'aimerais énoncer les jalons du stage clinique en psychomotricité pendant lequel j'ai rencontré Léo, afin de resituer le contexte particulier au sein duquel la réflexion exposée dans cet écrit a pu prendre vie. Ensuite, je présenterai l'enfant, et j'évoquerai les particularités de sa psychomotricité, ainsi que de sa prise en charge.

1. Le cadre du stage

1.1. Présentation du fonctionnement de la structure

1.1.1. L'équipe et son rôle

Durant cette troisième année, je me suis rendue en stage au sein d'une Équipe Mobile Autisme (EMA) départementale tous les mardis. Les professionnels utilisent l'acronyme de la structure pour la qualifier. Cette dernière dépend d'un groupement de coopération, dont d'autres structures dans tout le département font également partie : Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD), Institut Médico-Éducatif (IME), Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), etc. L'EMA s'inscrit dans le troisième plan national en faveur de l'autisme, dont les axes de travail se structurent autour de l'intervention précoce notamment. L'équipe intervient en direction des enfants et adultes présentant des Troubles du Spectre Autistique (TSA) ayant été diagnostiqués, ou pour lesquels existe une forte présomption. Néanmoins, l'EMA n'effectue pas de diagnostic, mais un repérage : ce sont les médecins du Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) et du Centre Médico-Psychologique (CMP) de la ville qui posent les diagnostics.

Le siège de l'équipe mobile se trouve à ce jour en centre-ville : l'équipe vient par ailleurs d'emménager dans cet endroit lorsque je débute mon stage. Il s'agit d'un petit bâtiment de deux étroites pièces. Dans l'une de celles-ci se trouve un immense bureau central occupant, avec quelques armoires, la presque totalité de l'espace. L'autre pièce sert de salle de repos : micro-ondes, table, chaises, canapé : cette pièce est aménagée de façon à pouvoir se convertir avec rapidité en salle confortable de rencontre avec les familles.

L'équipe mobile apporte un soutien et son expertise aux accompagnants des personnes avec TSA, qu'ils soient parents, proches ou professionnels du secteur médico-social, afin de renforcer le savoir-faire de ces derniers. Sa mission consiste en une prévention quant aux risques d'exclusion des personnes présentant des TSA, retrait bien souvent majoré par l'incompréhension de l'environnement, mais également une inadaptation de l'offre médico-sociale. L'équipe intervient en milieu de vie ordinaire, à domicile ou bien en établissement. Plus rarement, il arrive que des enfants soient reçus au sein du siège de l'EMA : il s'agit de cas exceptionnels, notamment lorsque l'équipe rencontre des enfants n'ayant que peu de suivis au quotidien et pour lesquels elle perçoit un besoin éducatif.

L'EMA est composée de deux éducatrices spécialisées à temps plein, Laura et Rachel, ainsi que d'un psychologue à temps partiel. Elle peut faire ponctuellement appel à des personnes-ressources telles que des ergothérapeutes, des orthophonistes, des médecins, des travailleurs sociaux, des masseur-kinésithérapeutes, et des psychomotriciens par exemple. Pour affiner leur expertise en matière d'autisme, les membres de l'équipe effectuent fréquemment des formations et s'efforcent d'appuyer leur pratique sur les recommandations de bonne pratique énoncées par la Haute Autorité de Santé (HAS), dont la dernière en date a été publiée en février 2018 (Haute Autorité de Santé, 2018).

Les outils utilisés par l'équipe sont multiples, mais les professionnels sont particulièrement formés aux grilles d'observation et aux profils sensoriels tels que l'étape sensorielle de Dufrenoy, ainsi qu'au *Picture Exchange Communication System* (PECS), qui est un système de communication par échange d'images. Le site internet du PECS explique qu'il s'agit d'« *enseigner à l'apprenant à donner l'image d'un objet ou d'une action souhaitée à un 'partenaire de communication' qui honore immédiatement l'échange, comme une demande, en donnant l'objet ou l'action souhaitée* » (Pyramid PECS France, 2020).

Avant que l'EMA programme des évaluations auprès des usagers, il y a toute une procédure à suivre, que je vais m'attacher à décrire.

1.1.2. Procédure d'intervention

La demande de suivi par l'équipe mobile autisme s'effectue en ligne : il s'agit de remplir le formulaire de demande via le site internet du Centre Ressource Autisme (CRA) régional. Le CRA et l'EMA traitent conjointement les demandes et décident de la pertinence ou non d'un suivi, notamment via une visite, dite de pertinence. Lorsqu'un suivi est nécessaire, l'équipe procède à une observation de la personne concernée par la demande. Elle aide ensuite à l'adaptation des modalités d'accompagnement mises en place, puis elle élabore des programmes d'intervention en rédigeant un plan d'intervention. Elle évalue enfin la mise en œuvre des préconisations au fil du suivi.

L'équipe mobile est financée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et son intervention est alors entièrement gratuite pour les usagers. Le suivi par l'équipe mobile est mis en place pour une durée de six mois, renouvelables une fois. En pratique, certaines familles pour lesquelles le besoin est important réeffectuent une demande auprès du CRA lorsque cette année de suivi s'est écoulée.

L'EMA a un rôle important de médiation avec l'ensemble des partenaires intervenant auprès de l'utilisateur. Elle fait appel à des personnes-ressources appartenant au groupement de coopération dans lequel elle s'inscrit, comme je l'ai évoqué, par exemple pour que ces professionnels effectuent des bilans afin de compléter le dossier de l'utilisateur, notamment

dans une optique de diagnostic. Elle récolte alors plusieurs types d'observations en provenance de professionnels du domaine médico-social.

La procédure d'intervention est décrite dans le projet de service de l'équipe mobile autisme : cependant, en pratique, la structure est récente, et certaines exceptions sont notables dans les modalités de suivi des usagers, cela entraînant une fréquente réévaluation du projet. Mon stage possède, dans cette optique, un caractère exceptionnel dans le projet de la structure pour plusieurs raisons que je vais maintenant m'attacher à développer.

1.2. Présentation de la prise en charge

1.2.1. Un cadre de suivi atypique

Mon stage est qualifié de stage en référence. En effet, l'EMA peut faire appel aux psychomotriciens du groupement de coopération, notamment pour qu'ils effectuent des bilans psychomoteurs et/ou pour qu'ils participent aux diagnostics. Cependant, elle ne dispose pas de psychomotricien au sein même de l'équipe. Ma présence était donc expérimentale pour eux. Dans le cadre de mon stage, l'une des éducatrices, Laura, est ma tutrice de stage interne. J'ai également une référente de stage externe, Blandine, qui est psychomotricienne diplômée d'État, et qui travaille au sein de l'IME du groupement de coopération : cette dernière m'aiguille dans les prises en charge que j'effectue avec l'équipe mobile, puisqu'elle connaît bien la structure. Elle est une personne-ressource de l'équipe et effectue pour eux certains bilans psychomoteurs lorsqu'un besoin est décelé par l'EMA.

En théorie, l'équipe n'effectue pas non plus à proprement parler de prises en charge. Elle peut en effet apporter une guidance aux accompagnants ou aux familles, mais le projet de la structure ne stipule pas que l'équipe doive réaliser des prises en charge éducatives ou psychologiques. Cependant, il existe là aussi quelques exceptions qui débordent du projet de service de l'équipe. En effet, certains enfants usagers disposant de peu de suivis institutionnels ou en libéral sont reçus à titre exceptionnel dans le cadre de prises en charge éducatives. De plus, comme un diagnostic n'est pas nécessaire au suivi des usagers par l'équipe mobile, il peut arriver à certains enfants dont le diagnostic n'est pas posé, mais pour lesquels les présomptions vacillent vers d'autres types de troubles, d'obtenir également un suivi d'utilisateur auprès de l'EMA. Ces exceptions constituent tant de situations questionnant fréquemment le cadre d'intervention de l'équipe mobile.

Le cadre spatio-temporel des suivis que j'effectue est aussi atypique. En effet, du point de vue spatial, comme l'équipe mobile se déplace par définition, il a fallu déterminer un lieu de prise en charge dans lequel se trouvent suffisamment d'espace et de matériel. C'est alors au sein du SESSAD de la ville qu'il me fut proposé, par le groupement de coopération duquel l'établissement fait également partie, de rencontrer les usagers que je suis de

manière hebdomadaire. Par ailleurs, c'est dans ce SESSAD que j'ai effectué le premier stage clinique de ma deuxième année d'école de psychomotricité. De plus, les suivis que j'ai débutés au commencement de mon stage en octobre ont été à considérer d'emblée dans un cadre temporel particulier. En effet, ce stage était limité à la durée de mon année scolaire, soit à huit mois, en théorie et je n'avais par ailleurs aucune certitude quant à la poursuite de ces suivis après mon départ.

Au vu de toutes ces particularités de la prise en charge, j'ai d'abord interrogé l'intérêt d'un psychomotricien ou, dans mon cas d'une stagiaire, au sein de la structure : quelles allaient être mes missions dans cette équipe et comment allais-je pouvoir faire une place au suivi en psychomotricité dans ce cadre de stage si particulier ?

1.2.2. La place de la psychomotricité au sein de l'équipe mobile

Il a fallu d'emblée, dès le premier jour de mon stage, que je parvienne à percevoir quelles allaient être mes missions au sein d'une équipe qui, jusqu'alors, n'avait jamais eu de psychomotricien en son sein. De ce fait, mes missions étaient premièrement celles de tout stagiaire psychomotricien auprès d'une population porteuse de TSA. Par exemple, apporter à l'équipe une compréhension holistique, mais si spécifique de la manière d'être au monde des personnes suivies par l'équipe, à la lumière des items psychomoteurs, pouvait être une piste de travail. Mon rôle principal dans ce stage, défini par l'équipe en lien avec ma référente externe et moi-même, était d'assurer le bilan des enfants qui ne pouvaient pas être bilantés par les structures par manque de place et de moyens. J'effectuais également le suivi de certains enfants et adolescents pour lesquels l'équipe et le bilan psychomoteur mettaient finalement en lumière le besoin d'un suivi en psychomotricité.

De manière plus spécifique à l'EMA et après observation du fonctionnement de la structure et de ses acteurs, j'ai pu dégager plusieurs missions au sein de la structure pendant mon année scolaire : par exemple, il m'a fallu réexpliquer la spécificité de ce métier, dans une structure dans laquelle l'équipe avait appris à faire sans psychomotricien. J'ai également pu leur fournir un apport théorico-clinique en psychomotricité pouvant leur permettre de comprendre un peu mieux pourquoi la question du diagnostic était si complexe.

Au fur et à mesure de mon intégration au sein de l'équipe, nous avons pu effectuer des observations communes les uns avec les autres, afin que nos lectures soient complémentaires et permettent une compréhension plus globale du sujet. Ce fut notamment le cas dans le cadre du remplissage de grilles d'observations de particularités sensorielles à propos desquelles nous avons pu débattre de nos points de vue afin d'apporter une plus grande justesse dans nos différentes observations.

La clinique auprès des sujets porteurs de TSA est très hétérogène, qu'il s'agisse de l'âge des personnes rencontrées comme de leurs particularités symptomatiques : de ce fait, il m'a été impossible de me définir un outil particulier dans le cadre des bilans psychomoteurs que j'effectue. Il pouvait alors m'arriver de réaliser des bilans cotés ou non, et je devais par ailleurs adapter ma trame d'observation à chaque usager que je rencontrais. C'est alors avec mes missions en tête et dans ce cadre particulier que je rencontrai Léo, dès ma troisième semaine de stage.

2. Vignette clinique

2.1. Présentation de Léo

2.1.1. Histoire de vie et de suivi

Léo est né en février 2016, il avait donc un peu plus de trois ans et demi lorsque je l'ai rencontré pour la première fois. C'est un enfant d'une taille relativement petite pour son âge, avec des cheveux mi-longs, épais et bouclés, et de profonds yeux marron venant surplomber les fossettes qui se creusent sur ses joues lorsqu'il rit. Pour en comprendre un peu plus sur l'histoire de cet enfant, je décidai de consulter le dossier déjà constitué par l'équipe mobile et d'effectuer un petit entretien avec la mère de Léo, quelques semaines après le début du suivi. C'est d'après les dires de sa maman ainsi que des éducatrices que je reconstituai l'histoire de vie de l'enfant.

Léo est le dernier d'une fratrie de trois enfants : sa mère eut un premier enfant d'une précédente union, puis elle eut ses deux plus jeunes enfants, dont Léo, avec son conjoint actuel. Les éducatrices spécialisées de l'équipe mobile me confièrent dès le début du suivi que la sœur de Léo avait été diagnostiquée comme ayant de multiples troubles spécifiques des apprentissages : ce fait m'a été par la suite confirmé par la mère de Léo qui m'évoqua des troubles « *multi-dys* », mais je n'eus pas plus de détails à ce sujet. C'est un vécu qui semble par ailleurs difficile pour la mère, qui a pu par le passé exprimer aux éducatrices de l'équipe qu'elle était consciente que ses enfants n'étaient « *pas droits, pas dans les cases* ».

Lorsque j'interrogeai la mère de Léo au sujet du développement psychomoteur de son enfant, elle me répondit que celui-ci n'avait pas présenté de particularités notables. En effet, l'enfant a, d'après sa mère, eu un développement normal durant les premiers mois de sa vie, et cette dernière a également pu me donner l'âge de son enfant au moment de certaines de ses acquisitions, sans même que je les lui demande, à la manière d'une récitation, comme si c'était quelque chose qui lui avait souvent été demandé. Elle me raconta que Léo s'est tenu assis à neuf mois environ. Elle ne se souvient pas que son fils se soit beaucoup déplacé à quatre pattes, mais en revanche, il a d'après elle beaucoup rampé lorsqu'il était

plus petit. Léo a finalement commencé à marcher aux alentours de son premier anniversaire.

Elle m'évoqua un point de rupture dans le sommeil de Léo autour de ses neuf mois : les nuits avaient alors commencé à être compliquées. Elle m'expliqua que son fils faisait des « crises » avec de gros pleurs et des cris. Au moment de notre entretien, le déroulé des nuits de l'enfant était correct, sauf si celui-ci faisait la sieste trop tard dans la journée ou bien qu'il se couchait trop tôt le soir, car son temps de sommeil était comme fixé sur une durée précise. Cependant, lorsqu'il se réveillait la nuit parce qu'il avait assez dormi, il pouvait lui arriver de taper ses parents. Sa mère utilisa le terme d'« *agressif* » pour qualifier le comportement de Léo dans ces situations. J'appris par ailleurs que Léo suivait, depuis quelques semaines, un traitement à base de mélatonine : c'est une molécule dont le but est de faciliter le sommeil. Elle me raconta de surcroît que son fils lui tirait beaucoup les cheveux. Elle me dit que dans ces cas-là il pouvait lui arriver de gronder son fils, mais que ce dernier n'écoutait pas ce qui lui était dit et recommençait. Elle ajouta que, lorsque Léo était avec elle, celui-ci ne « *savait pas marcher* » et ne le faisait d'ailleurs jamais, car il ressentait un grand besoin d'être porté par elle. Lorsqu'elle refusait les bras tendus de l'enfant, ce dernier se jetait à terre jusqu'à ce qu'elle cède, et c'est pour cette raison qu'elle m'expliqua porter Léo à longueur de temps, et ce dès la porte du domicile familial franchie. Ainsi, elle m'expliqua être soulagée d'habiter dans la même rue que celle dans laquelle se trouve le SESSAD, car elle amenait son fils en séance en marchant, et que porter son fils sur une plus grande distance la fatiguait grandement.

D'après sa mère, Léo n'a jamais été un enfant qui jouait beaucoup avec les autres, il « *s'en fichait* ». Il a toujours interagi davantage avec les adultes qu'avec les enfants. D'ailleurs, il ne jouait même pas avec ses cousins lorsqu'il était plus petit. Quand il est arrivé à la crèche, cette absence d'interactions a demeuré, malgré le fait d'un lieu dit « *de socialisation* ». C'est un point qui, d'après les dires de ses parents, a pu évoluer positivement : Léo pouvait, après plusieurs semaines de suivi, jouer quelques minutes à la balançoire avec ses cousins et s'asseoir aux côtés de ces derniers pendant un jeu.

Du point de vue de l'alimentation, la mère de Léo m'expliqua que la diversification alimentaire avait été compliquée et que c'était toujours le cas lors de notre entretien. Léo présentait une grande sélectivité alimentaire : il semblait adorer les pâtes, les nuggets, etc., mais ne mangeait pas grand-chose de varié d'après elle. À la crèche, il pouvait lui arriver de ne rien manger de tout un repas, car les plats proposés ne lui plaisaient pas : elle ne savait cependant pas si cela venait de la couleur, de la texture ou du goût des mets proposés. Néanmoins, elle m'affirma que son fils avait une préférence pour les saveurs sucrées, comme le chocolat notamment.

Du point de vue de l'acquisition de la maîtrise sphinctérienne, la mère de Léo m'expliqua que son fils n'était pas propre la nuit. Il commençait par ailleurs à comprendre qu'il fallait aller aux toilettes, il pouvait en ressentir l'envie et la signifier. Il allait d'ailleurs seul aux toilettes chez lui, mais il pouvait également oublier d'y aller. Néanmoins, si on l'accompagnait aux toilettes la journée, il allait y faire ses besoins. La continence était donc encore en cours d'acquisition. De plus, la mère m'évoqua l'adoration de son fils pour les douches, le bain, et de manière plus générale l'eau : « *il y est comme un poisson* », me dit-elle : il lui a d'ailleurs fait extrêmement peur l'été dernier, puisqu'il s'est jeté dans une grande rivière pendant une promenade, car il a été attiré par l'eau. Elle a pu le récupérer, mais cela semble avoir été un vécu difficile pour elle, car elle m'expliqua que personne ne l'a aidée alors qu'il y avait une profondeur d'eau conséquente. Dès notre rencontre, elle m'avoua se sentir parfois dépassée par la grande agitation de son fils, elle demeurait sur le qui-vive de façon permanente et avait parfois même peur qu'il n'arrache le lustre de sa chambre en s'y suspendant, puisque Léo escaladait son lit à échelle et se trouvait alors à la hauteur idéale. Elle avait également peur qu'il ne se blesse, et m'évoqua la mise en danger itérative de son fils qui escaladait chaque meuble de la maison, sans aucune appréhension. Elle m'expliqua se trouver en difficulté pour accompagner Léo dans ses expérimentations et ses explorations du fait de cette grande agitation et des gestes violents que pouvait avoir l'enfant envers elle.

C'est le directeur de la halte-garderie dans laquelle se trouvait Léo qui alerta très tôt les parents. Celui-ci avait repéré un atypisme du point de vue des interactions de l'enfant avec ses pairs, et il lui semblait alors pertinent d'en discuter avec les parents. De plus, il avait apparemment déjà travaillé avec l'équipe mobile autisme du département, c'est donc tout naturellement qu'il leur conseilla d'établir une demande auprès du CRA. Le suivi de Léo par l'équipe mobile débuta finalement, après toute la procédure normale, en juin 2019. La mère m'expliqua qu'elle n'avait cependant pas été dupe et qu'elle avait déjà eu des suspicions : pour elle, quelque chose n'allait pas du point de vue des interactions de son fils avec les autres enfants. Elle s'était même souvent renseignée sur internet, et avait trouvé beaucoup de caractéristiques correspondant à son fils dans les tableaux recensant les particularités des enfants avec TSA.

L'axe de travail de l'équipe mobile auprès de Léo consiste en la mise en place d'un outil de communication afin que l'enfant puisse effectuer des demandes auprès d'autrui, ainsi qu'en un accompagnement des parents et des professionnels entourant l'enfant (personnels de l'école et de la crèche). De plus, d'après le compte-rendu de l'étape sensorielle passée par le psychologue de l'équipe, l'un des objectifs avec la famille sera de travailler à ce que l'enfant puisse atteindre une homéostasie en termes de sensorialité, en parvenant au

niveau de stimulation qui lui est nécessaire. Je m'attacherai par ailleurs à décrire les particularités sensorielles de Léo que j'ai pu noter dans le cadre des séances de psychomotricité lorsque je décrirai son profil psychomoteur.

Pour travailler autour de la communication, l'équipe mit en place le PECS auprès de l'enfant dès le début du suivi. Cet outil est fréquemment proposé pour les enfants n'ayant pas acquis le langage verbal, ce qui était le cas pour Léo. Même si l'expertise de l'équipe mobile met en lumière une suspicion quant à un trouble du spectre autistique chez Léo, ce dernier ne dispose d'aucun diagnostic à l'heure actuelle. Par ailleurs, après avoir demandé à l'équipe du CAMSP de la ville que nous nous rencontrions dans le cadre d'une discussion au sujet de Léo, il fut décidé par la pédopsychiatre de cet établissement de programmer une évaluation fondée sur l'Échelle d'Observation pour le Diagnostic de l'Autisme, seconde édition ou *Autism Diagnostic Observation Schedule, second edition* (ADOS-2) pour Léo. Cela permettrait de confirmer ou infirmer un éventuel diagnostic.

Pendant la période de nos rencontres, Léo allait à la crèche et était intégré à l'école maternelle tous les matins, sauf le mardi, puisque c'était une journée « *dédiée aux prises en charge* » d'après sa mère. Il disposait en effet d'un suivi hebdomadaire avec une orthophoniste libérale qui précédait ma rencontre avec l'enfant le mardi matin. Je n'avais cependant pas beaucoup d'informations à ce sujet, si ce n'est les succincts comptes-rendus que me rapportait la mère de Léo chaque semaine à ce propos : il semblait cependant que l'orthophoniste parlait d'un travail dont la durée allait être longue, car, d'après elle, Léo ne possédait pas de précurseur à la communication. Cette dernière information m'apporta un questionnement tout au long de la prise en charge, car je remarquai plus tard que Léo était capable d'échanges de regards, d'attention conjointe, et d'imitation, bien que cette dernière était encore pauvre, et que ces trois éléments constituaient des précurseurs de la communication chez le tout-petit (Conparle Famille, 2014).

Léo participait en temps normal à un suivi groupal supplémentaire avec une éducatrice spécialisée et une psychomotricienne autour des interactions précoces au sein du CAMSP de la ville. La mère de Léo expliqua aux éducatrices de l'EMA qu'elle n'était pas satisfaite de la prise en charge de son enfant au CAMSP, car elle disposait de peu de retours des professionnels à propos des séances, et que c'était pour cette raison qu'elle souhaitait que Léo participe au suivi en psychomotricité proposé par l'équipe. Le suivi de Léo fut mon tout premier suivi individuel en tant que stagiaire en psychomotricité en autonomie.

2.1.2. Du bilan d'observation psychomotrice au projet thérapeutique

Je décidai, dès le début de mes rencontres avec Léo, de contacter la psychomotricienne du CAMSP qui était, à ce moment-là, en train d'effectuer le bilan de Léo. Cette

psychomotricienne n'était par ailleurs pas celle que Léo rencontrait en prise en charge groupale au CAMSP. Elle m'évoqua la difficulté avec laquelle elle effectua un bilan d'observation et souligna une mise en danger de l'enfant ainsi qu'une grande agitation sur laquelle il allait être important de travailler. Elle me dit avoir fait remplir une étape sensorielle de Dufrénoy aux parents seuls, et l'éducatrice de l'équipe mobile me dit l'avoir également fait, mais en présence des parents. L'étape sensorielle est une grille d'évaluation des particularités sensorielles fondée sur des questions du quotidien. Face aux discours très différents de la part de chaque professionnel qui me désorientaient, et sur les conseils de ma référente externe, je décidai de prendre du recul sur ce qui a été fait et de rédiger moi-même un compte-rendu de bilan psychomoteur pour Léo.

Je compris rapidement que j'allais devoir effectuer un bilan d'observation, comme m'avait prévenue la psychomotricienne ayant bilanté Léo, car ce dernier ne répondait à aucune de mes demandes et j'avais une grande difficulté à établir un quelconque contact avec lui. Je m'attacherai maintenant à décrire les observations que j'ai pu effectuer au sujet de l'enfant et qui constituent le compte-rendu de son bilan psychomoteur. Cependant, j'ai dû fréquemment réinterroger ce profil psychomoteur et ainsi le reformuler du fait de la quantité d'éléments que l'enfant a pu m'apporter au fur et à mesure de nos rencontres, en voici alors le compte-rendu actualisé. Ce profil s'est esquissé et représente finalement la psychomotricité de Léo à l'instant de notre dernière rencontre, c'est pour cette raison que je choisis d'en laisser la narration au temps du présent de l'indicatif, malgré la conjoncture.

Du point de vue général, Léo se présente comme un enfant aimant expérimenter de façon motrice son environnement. Il semblait fuir ma proximité physique pendant les premiers temps de notre rencontre. Léo n'a pas de langage verbal, mais effectue beaucoup de vocalises différentes durant les séances. Je pus observer, au fur et à mesure de nos rencontres, que l'imitation et l'attention conjointe étaient en cours d'acquisition. Il sait par ailleurs effectuer des demandes par le biais du PECS. Il fait comprendre son mécontentement comme sa satisfaction par des gestes, des mimiques et des vocalises. Il ne répond pas toujours à mes sollicitations verbales lorsque je dis son prénom. Léo se dirige préférentiellement vers ce qu'il connaît et qui l'intéresse, sans prendre en compte les demandes qui lui sont faites. S'il se retrouve confronté à une difficulté, il va longuement persévérer afin de parvenir au but qu'il s'est fixé.

Du point de vue de la sensorialité, sur le fondement du profil sensoriel établi par l'EMA et la famille de Léo, et en lien avec mes observations au sein des séances, plusieurs particularités sensorielles sont notables chez le jeune garçon. En effet, ce dernier présente une hyposensibilité tactile. De ce fait, il porte beaucoup les éléments de son environnement à la bouche ou plus globalement la zone bucco-faciale, et ne réagit pas à la douleur lorsqu'il

se cogne fort. Il est nécessaire de rester vigilant tout au long des séances. Une hypersensibilité gustative est également notable, notamment du fait de la très grande sélectivité alimentaire de l'enfant. Une hyposensibilité vestibulaire est par ailleurs perceptible : Léo recherche ainsi souvent les sensations qui lui sont procurées par les balançoires ou autres hamacs.

Du point de vue de la motricité globale, j'observe chez Léo une grande agitation motrice, particulièrement au début du suivi, difficilement apaisable. L'enfant passe la majorité de son temps en mouvement, à escalader ou à passer sous les éléments de la salle. Il est performant du point de vue de l'équilibre, et semble parfois même provoquer lui-même des situations de déséquilibre afin de les rectifier. De plus, il va rechercher les situations (comme celles du déséquilibre) lui permettant des ressentis proprioceptifs forts.

Léo présente un schéma corporel peu intégré, s'agissant particulièrement des parties de son corps qu'il ne perçoit pas par le regard. Ainsi, alors qu'il réagit au toucher et à la mobilisation de l'avant de son corps, il ne semble pas ressentir ce qui se passe sur tout le pan postérieur de son corps, bien qu'il perçoive l'espace global derrière lui. Sa conscience corporelle est à travailler. Il arrive que Léo évalue mal les espaces sous lesquels il peut passer : de ce fait, il se cogne fréquemment la tête. J'observe qu'il peut malgré tout mettre en place des stratégies pour se faufiler dans de petits espaces s'il est trop sollicité par son environnement, mais également pour récupérer des éléments qui l'intéressent. Par ailleurs, il peut arriver à Léo de s'observer lui-même dans le miroir et d'observer également les autres, et il semblerait qu'il commence à comprendre que l'image qu'il voit est son reflet.

Du point de vue des coordinations globales, Léo se dirige préférentiellement vers des situations facilitantes pour lui, ce qui rend l'item difficile à observer. Je remarque néanmoins que les praxies telles que le quatre-pattes, la montée et descente de modules hauts sont adaptées. Ses parents m'évoquent par ailleurs une difficulté dans certaines autres praxies comme celles permettant de faire de la draisienne et de la trottinette. Cela m'évoque ce qui semble être un manque de coordination de son membre inférieur dans le système de production de geste avec objet, qui nécessite un apprentissage complexe à mettre en place du fait de l'agitation de Léo.

La prise pleine main est préférée par Léo à la pince tri-digitale. Cependant, s'il observe que la précision et la finesse de son geste ne sont pas suffisantes à pleine main pour qu'il accède au but qu'il s'est fixé, il est capable de rectifier sa prise pour utiliser sa pince fine. Dans cette optique, sa précision visuomotrice ainsi que ses coordinations oculo-manuelles sont bonnes, lorsque le but lui est attractif (explosion de bulles de savon par exemple).

Les coordinations bimanuelles sont à préciser, car Léo se sert souvent de ses deux mains pour effectuer une même action, semble-t-il pour faciliter son geste. Dans cette optique, il est nécessaire de solliciter la dissociation de ses deux hémicorps.

Du point de vue de la motricité faciale, Léo commence à apprendre à souffler sur ses bougies d'anniversaire, ou bien pour faire des bulles de savon. Le tonus et le souffle ne sont pas suffisants, cependant sa posture est adaptée, dirigée vers l'objet, et la praxie de gonflement des joues est présente. Ses mimiques sont également très expressives.

Léo présente un fond hypotonique au repos. S'agissant du tonus postural, Léo sait rectifier sa posture et mobilise très fortement son tonus pour résister à la poussée sternale, mais il présente un axe corporel qui semble effondré s'il n'est pas stimulé, ce qui m'évoque un tonus en tout ou rien. Léo peut recruter significativement son tonus dans l'action et lorsqu'il souhaite s'opposer à ce qui lui est proposé, se constituant une importante carapace tonique. J'observe par ailleurs des syncinésies bucco-faciales de diffusion tonique lorsqu'il effectue un effort de concentration dans les activités de motricité fine, ces dernières sont normales à son âge.

Léo ne présente pas encore de latéralisation stricte, du point de vue manuel, oculaire et pédestre. En effet, il utilise préférentiellement le membre le plus proche de l'action à effectuer. De plus, je note que la fatigabilité éventuelle de l'un de ses membres peut l'entraîner à utiliser l'autre.

À propos de l'espace, Léo est capable de nous mener sur le chemin de la salle de psychomotricité du SESSAD. Il sait maintenant, après plusieurs séances à l'y conduire avant de repartir du SESSAD, où se situent les toilettes et s'y dirige spontanément à l'évocation du mot « *toilettes* ». Il sait également retrouver les objets qu'il nous voit cacher, d'une séance à l'autre. La permanence de l'objet est maintenant établie. Néanmoins, la compréhension des notions de vocabulaire spatial n'est pas acquise, et, à l'image de son schéma corporel, l'adaptation spatiale de son corps est à travailler.

Au niveau temporel, le repérage est compliqué pour Léo. Cependant, ce dernier comprend les conséquences de certains événements, s'ils suivent une ritualisation qu'il a intégrée, tels qu'enfiler ses chaussures pour signifier la fin de la séance : il peut lui arriver alors d'aller chercher ces dernières lorsque la séance lui paraît trop longue, afin de signifier sa vraisemblable volonté d'y mettre fin.

Au vu de ces observations et après discussion avec Blandine, ma référente psychomotricienne, afin d'établir un projet de soin qui soit cohérent, je peux en conclure les éléments suivants. Bien que Léo se présente comme un enfant habile dans le domaine moteur, il demeure dans l'expérimentation sensori-motrice de son environnement. Cette

dernière doit être soutenue. Un suivi thérapeutique et d'éducation psychomotrice me semble pertinent pour Léo, afin de lui permettre de développer cette exploration dans un cadre relationnel étayant, contenant, sécurisant et confiant. L'objectif serait de donner un sens à ses vécus corporels afin d'apporter un étayage à l'intégration de son schéma corporel. Il est nécessaire d'accompagner la mise en forme de l'enveloppe psychocorporelle de Léo par le biais d'un travail de contenance et de prise de conscience des surfaces et des appuis corporels non visibles (tels que le dos par exemple). Il s'agira de permettre à l'enfant de construire des repères corporels, tout en lui assurant une homéostasie en termes de stimulation sensorielle, vis-à-vis de ses particularités.

Avant de décrire comment j'ai procédé afin de mettre en place les séances autour de ce projet thérapeutique, je m'attacherai d'abord à narrer ma première rencontre avec Léo, qui, pour resituer le contexte temporel, s'est déroulée avant que j'effectue mon bilan, et qui m'a pour le moins décontenancée.

2.2. Un début laborieux de prise en charge en psychomotricité

2.2.1. Ma première rencontre avec Léo

Beaucoup d'informations me furent données à propos de Léo avant que je le rencontre. J'avais lu son dossier, et comme les éducatrices connaissaient déjà la famille, elles m'avaient également donné leur avis au sujet de l'enfant. Ces dernières tentaient de me rassurer : « *tu vas voir, tu vas t'éclater, il est si mignon* » me dit l'une d'elles, « *il est très moteur, ça va être génial la psychomotricité* », me dit l'autre. C'est donc l'esprit inconsciemment plein d'*a priori* que je me dirigeai vers le SESSAD : c'est là-bas que je rencontrai Léo.

Afin de m'aider à prendre mes marques dans les prises en charge que j'allais devoir effectuer tout au long de l'année, j'étais accompagnée d'une éducatrice spécialisée dans les séances pendant les premières semaines de mon stage. À tour de rôle, Laura et Rachel vinrent en prise en charge avec moi, m'épaulèrent et me conseillèrent. Elles demeuraient observatrices ou participantes selon les propositions que je pouvais effectuer. Ce jour-là, c'est Rachel qui m'accompagna dans mon appréhension à propos de ce qui constitua ma toute première séance de psychomotricité en autonomie. Nous portâmes toutes les deux le cadre de cette première séance et Rachel effectua elle aussi des propositions afin de m'aider dans mes observations, ce qui ne fut le cas que pour la première séance.

Le jour de cette rencontre, lui et ses parents attendaient dans l'entrée de l'établissement lorsque je les rejoignis : je les saluai, et me dirigeai vers Léo, situé dans les bras de sa mère et se trouvant alors à hauteur de mon visage. Ce dernier observa quelques instants mon nez puis se mit à toucher mon visage, sans pour autant que son regard ne croise le mien.

Je leur proposai alors d'aller dans la salle dans laquelle allait se dérouler la séance. C'est Rachel qui précéda Léo et ses parents en direction de la « *salle d'escalade* », je les suivis. Il s'agissait d'une salle assez grande, dont l'un des murs était en fait une haute piste d'escalade. Le plafond de la pièce possédait également des vérins permettant la suspension de grandes balançoires en toute sécurité. Le sol était de fait recouvert dans sa presque intégralité d'épais tapis. La très grande quantité d'objets (jeux de cirque, balles, planches à roulettes diverses, etc.) que l'on pouvait trouver dans la salle était disposée sur des étagères, ce qui nous permettait de trouver ce que nous recherchions en un coup d'œil.

Sur le chemin de la salle, nous discutâmes avec les parents de Léo : en effet, Rachel souhaitait prendre des nouvelles quant au quotidien du couple parental. Je demandai alors aux parents s'ils désiraient assister à la première séance, ce à quoi ils répondirent qu'ils désiraient seulement voir la salle et rester avec nous cinq minutes afin de discuter, et qu'ils s'en iraient ensuite.

Nous pénétrâmes dans cette immense salle : les parents de l'enfant commencèrent par lui ôter son blouson et ses chaussures, puis le laissèrent vagabonder dans la salle. Je sortis un baril d'encastrement d'un grand sac que j'avais spécialement préparé pour la séance, puis en répandis les pièces en bois sur le sol. Léo s'approcha alors des pièces, les observa, puis récupéra le contenant que j'avais mis de côté. Il commença à encastrer les pièces dans les trous du couvercle, comme par automatisme. À ce moment, le père m'expliqua que son enfant « *jouait tout le temps à ce jeu, pendant longtemps* ». Comme il peinait à insérer certaines pièces, je lui proposai mon aide pour les premières fois, mais il me prit toniquement les pièces des mains, j'interprétei alors cela comme une volonté pour lui de jouer seul et le verbalisai. S'il n'y parvenait pas du tout cependant, Léo saisissait mon poignet avec l'une de ses mains pour y insérer, avec son autre main, la pièce, sans jamais diriger son regard vers mon visage. Il poussait ensuite ma main vers le trou, dans le but, me semble-t-il, que j'y mette moi-même la pièce. Il fit cela plusieurs fois, dans ce qui ne me paraissait pas signifier une relation duelle et me faisait vivre une sensation de robot dénué de toute subjectivité.

Comme cette activité durait longtemps et qu'il l'effectuait souvent, d'après son père qui m'expliqua que cela « *enfermait* » son enfant, je proposai à Léo d'y mettre fin, afin de passer à une autre observation. Il ne présenta pas de frustration au changement d'activité, contrairement à ce que j'avais imaginé. Léo se leva alors et observa avec un regard panoramique les modules mis à sa disposition, avant de se diriger vers le trampoline et de s'allonger dessus, en rebondissant très délicatement.

Les parents de l'enfant décidèrent alors de quitter le SESSAD après m'avoir saluée, afin de me permettre de continuer la séance. Après leur départ, Léo, qui n'avait pas émis de frustration à la séparation, se précipita immédiatement sur l'espalier afin de l'escalader de toute sa hauteur d'une incroyable rapidité et sans aucune appréhension. Trop petite pour l'y accompagner de ma main dans son dos jusqu'au sommet, je lui demandai de redescendre. Il ne s'exécuta qu'au bout de plusieurs demandes puis se dirigea immédiatement vers un autre élément de la salle.

C'est à partir de ce moment-là que mes souvenirs de cette séance deviennent confus. En effet, pendant toute la durée de la séance, l'enfant toucha, escalada, expérimenta tout ce qui croisa son regard dans une grande agitation motrice. Il fit tant de choses dans un rythme très soutenu dans cette seconde partie de séance, que lorsque je décidai d'écrire mes notes dans l'après-coup, j'eus beaucoup de mal à restituer mes éléments d'observation dans l'ordre dans lequel ils s'étaient déroulés et à les organiser. Léo n'investissait la multitude d'objets de la salle que pendant quelques secondes, dans une exploration qui me semblait stérile, puis changeait immédiatement d'activité. Dans d'autres cas, il ne se servait des objets, peu importe leur fonction usuelle, que pour les escalader. Je m'attacherai alors maintenant à décrire les instants de cette première rencontre qui, bien qu'ils soient confus, m'ont marquée, mais je ne pourrai tout décrire tant il s'est déroulé d'expérimentations durant la séance. Il est à noter que je n'observai que de très rares vocalises de la part de l'enfant pendant cette première séance, celui-ci demeura préférentiellement silencieux.

Je remarquai d'abord qu'il ne cherchait des yeux ma présence à aucun moment. Lorsque je m'approchais pour jouer avec lui, il ne me prêtait aucune attention visuelle, ou bien au contraire pouvait me fuir en se cachant dans de petits endroits qui m'étaient peu accessibles. Il me semblait alors que Léo avait conscience de ma présence à ces instants, mais évitait ma proximité, et cela se répercutait sur la relation naissante que je tentais d'instaurer.

À plusieurs reprises, Léo s'élança dans d'agiles tentatives de grimpe sur le mur d'escalade. Si je l'avais laissé faire, l'enfant aurait pu escalader la totalité du mur tant il ne semblait éprouver aucune appréhension face à la hauteur de la piste. Je l'en empêchais alors, en limitant la hauteur de grimpe de Léo à ce qui constituait ma propre limite vis-à-vis de sa sécurisation : je n'étais pas en mesure de l'aider à escalader la totalité du mur, et me retrouvais dans une grande appréhension.

Peu de temps après, Rachel décida d'amener Léo à effectuer une demande par le biais du PECS. Elle mit alors à sa disposition l'image correspondant à la pâte à modeler : lorsqu'il la vit, il se jeta sur le pictogramme et le tendit immédiatement à l'éducatrice. Elle lui fournit

alors un morceau : l'enfant se déplaça jusqu'à une petite tente qui se trouvait dans un coin de la salle. En l'observant, je remarquai qu'il s'était installé au fond de la tente, et scrutait la pâte à modeler en la faisant pivoter dans ses mains. L'agitation motrice que j'avais pu percevoir jusqu'ici s'en trouvait considérablement réduite. Je me questionnai alors : cet espace restreint et presque fermé lui permettait-il de retrouver le calme nécessaire à son exploration de la pâte à modeler, ce même-calme qu'il ne parvenait certainement pas à trouver dans cette grande salle et dans la nouveauté de notre rencontre ?

Au bout de quelques minutes, Rachel me demanda d'ôter la pâte à modeler de la main de Léo, car, m'expliqua-t-elle, ce dernier n'explorait plus l'espace que d'une seule main. Lorsque je parvins enfin à lui retirer le morceau de pâte après l'avoir longuement poursuivi dans la salle, Léo se mit à émettre des cris dans ma direction et à pleurer. Je verbalisai alors ce que je pensais comprendre, soit que cela le peinait beaucoup et qu'il n'était pas d'accord avec le fait que je lui retire cette pâte qui semblait lui plaire énormément. Cela m'interrogea sur l'instant : aurais-je dû lui laisser la pâte afin de ne pas venir mettre encore plus de difficulté dans l'établissement de notre relation ? Pourquoi lui enlever cet élément qu'il semblait apprécier particulièrement ? Cela ne faisait que peu sens pour moi à cet instant, mais je ne souhaitais m'opposer dès ce premier jour à l'éducatrice. En effet, cette dernière m'aidait à porter le cadre de cette première séance, du fait de ma béatitude face à l'agitation de l'enfant.

Plusieurs fois au cours de la séance, l'éducatrice installa Léo dans la grande balançoire circulaire sur vérins de la salle : lorsqu'elle le faisait tourner, Léo s'installait en décubitus dorsal, les bras de part et d'autre de la tête, le regard vers les cordes de la balançoire avec un léger sourire. Son agitation motrice se calmait alors dans le va-et-vient de la balançoire. Léo ne bougeait plus, à la manière d'un bébé que l'on berce. À chaque arrêt, Rachel demandait à l'enfant s'il voulait qu'elle le balance une nouvelle fois : Léo s'asseyait alors sur la balançoire sans bouger en scrutant l'éducatrice comme s'il attendait le mouvement, et dès que celle-ci recommençait, il se réinstallait en décubitus dorsal. De la même façon, lorsqu'il se trouvait dans la toupie géante, Rachel le faisait tourner et l'enfant réagissait identiquement. Je décidai alors d'observer son visage dans ces situations, et il s'avéra qu'il parvenait à soutenir son regard dans la direction du mien pour la première fois de la séance.

En dehors de ces courts temps calmes, j'ai finalement passé beaucoup de temps durant la séance à suivre l'enfant partout où il se rendait, car il était pour moi de mon devoir de surveiller une potentielle mise en danger à propos de laquelle tout le monde m'avait mise en garde. Après maintes expérimentations de Léo, la séance prit fin et nous accompagnâmes le jeune garçon dans l'entrée afin qu'il retrouve sa mère. Je ressortis de cette séance profondément fatiguée de cette quantité de mouvement, je me sentais l'esprit

désorganisé. J'étais troublée par l'abondance de choses qui s'étaient déroulées pendant ces soixante minutes de séance, durée définie d'abord par l'équipe mobile ayant planifié le rendez-vous.

Alors qu'il m'avait été conseillé par Blandine, lors de nos discussions, de privilégier l'entrée en relation dès les premières séances, je me questionnai après cette première rencontre déconcertante : comment allais-je attirer l'attention de Léo pendant les séances et comment allais-je initier la relation, cette dernière étant un des aspects primordiaux du soin ?

Je pris premièrement le parti de modifier le cadre temporel de ma séance, d'abord parce que nous devions, avec l'éducatrice qui m'accompagnait, pour des raisons organisationnelles dès la deuxième séance, ramener Léo à la crèche après la prise en charge, et parce qu'une heure entière me semblait être une durée trop longue pour la séance de psychomotricité de cet enfant. Ainsi, l'ensemble des séances suivantes durèrent quarante-cinq minutes. Je décidai également d'en modifier le cadre spatial, en changeant de salle la semaine suivante, au profit d'une salle plus petite. En effet, je me demandais si la motricité de Léo, que je qualifierai d'« *éclatée* » puisque prenant beaucoup de place dans l'espace-temps de la séance, n'était pas le reflet de cet espace trop vaste et rempli d'objets, de couleurs, d'espaces différents : en résumé, plein de trop d'informations sensorielles.

La nouvelle salle dans laquelle nous nous trouvions dès la semaine suivante était appelée « *salle de motricité* » au sein du SESSAD. Son nom était désigné par une toute petite étiquette au niveau de la porte d'entrée. Cette salle sert habituellement préférentiellement aux séances de psychomotricité des trois professionnelles présentes sur l'établissement, mais est accessible à toute l'équipe si elle est au préalable réservée. Le chef de service du SESSAD m'avait donc réservé cette salle ainsi que celle d'escalade dans l'optique de mes prises en charge. Pour ce faire, l'homme avait inscrit mon nom dans le classeur de réservation de salles de l'établissement. Le mardi matin, au moment de ma venue, l'équipe se trouvait en réunion, et il fut alors assez simple de me réserver les deux salles. La première semaine pendant laquelle j'amenaï Léo en salle de motricité, je tombai, en ouvrant la porte, nez à nez avec le masseur-kinésithérapeute du SESSAD, qui n'était pas au courant de ma venue. Je me fis la remarque qu'il me fallait absolument instaurer un cadre sécurisant pour Léo et que, de ce fait, je devais signifier ma présence hebdomadaire dans cette salle à l'équipe de l'établissement. Plus tard, le chef de service installa une petite pancarte sur la porte de la salle signifiant que cette dernière était occupée.

La nouvelle salle était relativement vaste (Annexe I), mais tout de même moins que la salle d'escalade. Elle disposait de quatre grands tapis sur le bord droit de la pièce. Sur le mur droit, au niveau des tapis, un grand miroir était disposé. Au fond de la pièce construite en

longueur, se trouvaient tout un tas de gros modules et deux paravents, ainsi que d'autres tapis plus étroits. On y trouvait également un hamac. Lorsque j'étendais la toile de ce dernier, je plaçai l'un des quatre gros tapis entre le tissu et le support métallique, afin de parer les éventuels coups. À côté de la porte d'entrée, un évier était mis à disposition avec le nécessaire de lavage de mains. Sur ce même mur, un grand placard enfermait tout le petit matériel de la salle, depuis des balles jusqu'à des cubes de construction, en passant par des couvertures, des coussins, et une multitude de petits objets. Sur le bord gauche de la salle enfin, on trouvait un petit bureau ergonomique réglable avec sa chaise adaptable, une deuxième chaise ordinaire et des barres parallèles de rééducation à la marche avec plancher. Mais cette nouvelle salle n'allait, à l'inverse de ce que j'imaginai, pas me permettre de trouver immédiatement l'organisation parfaite de mes séances.

À ce sujet, je me questionne aujourd'hui sur l'existence d'une organisation parfaite de séance : mon perfectionnisme me poussait à rechercher l'aménagement idéal au travail en psychomotricité avec Léo, après cette première séance. Néanmoins, tout n'allait pas se passer comme prévu.

2.2.2. Une motricité envahissante, ou le paradoxe de la psychomotricité

Finalement, ce changement de cadre spatio-temporel ne me permit pas de canaliser immédiatement la grande quantité de mouvement de Léo qui désorganisait ma propre psychomotricité. Chaque semaine, je savais que j'allais retrouver l'enfant et sa course effrénée à travers la salle pendant quarante-cinq minutes. Il me semblait que la décharge motrice que je pouvais observer chez Léo ne servait que « *la sensation pour la sensation* » et ne remplissait pas le rôle symbolisant que l'on peut attribuer au mouvement. Cette motricité n'était pas dirigée vers un objet particulier, et l'enfant agissait de même avec chaque élément de l'espace. Mais Léo ne s'arrêtait pas à la simple observation des modules à disposition. En effet, l'enfant explorait les objets, en les escaladant, mais également en les ingérant.

Dans cette optique, il escaladait tout ce qui croisait son regard, avec une agilité déconcertante. Plusieurs professionnelles psychomotriciennes, lorsque je leur parlais de cette grande propension à tout escalader, m'évoquaient la possibilité pour moi de le laisser faire et de lui faire confiance à ce moment-là, connaissant ses performances en termes d'équilibre statico-dynamique. Cependant, je me confrontai à une limite : le cadre de mon stage en référence ne me permettait pas cette éventualité. Ma responsabilité de stagiaire non professionnelle pleinement engagée, je poursuivais sans relâche Léo à travers la salle dans chacune de ses explorations stériles et il me semblait que ma propre capacité à penser s'en trouvait entravée dans le trop-plein de stimuli et de décharge motrice. Tantôt

fatiguée, tantôt agacée, je ne parvenais plus à prendre le recul nécessaire à l'élaboration de ce qui était en train de se passer.

Léo m'amenait indirectement à aller dans chaque recoin de la salle, au début sans jamais me regarder. Ainsi, il lui arrivait fréquemment de courir vers les barres de marche de kinésithérapie et d'escalader la grosse vis qui permettait de régler l'un des supports verticaux, avant de chevaucher la barre par rapport à laquelle il se trouvait donc à la hauteur idéale. Puis il avançait, sur le ventre, le long de la barre, tenant cette dernière entre ses bras et ses jambes, comme un poteau. Il rampait ensuite le long de la barre, et je me tenais à ses côtés pour parer une éventuelle chute. D'ailleurs, il lui arriva dès sa deuxième montée sur les barres parallèles de basculer sur le côté et de se retrouver en position de cochon pendu dans le vide. J'avais heureusement mis mes mains en dessous de son dos afin de le rattraper. Je n'étais pas persuadée que, sans mes mains, il aurait réellement chuté de cinquante centimètres et se serait blessé, puisque sa poigne était suffisante pour le retenir, mais il était de mon devoir d'éviter qu'un accident se produise. Léo vocalisait et riait énormément dans ces moments de chute et de suspension, et je verbalisai à cet instant dans un mode descriptif ce qui était en train de se passer et ma peur, comme en réponse à ce qu'il exprimait. J'étais moi-même dans une hypertonie certaine, prête à parer la chute de l'enfant. Lorsqu'il n'escaladait rien, Léo déambulait d'un bout à l'autre de la salle dans une inlassable course, passant de recoin en recoin, et ne prêtant aucune attention à ce que je lui verbalisai. Il me semblait que ce mouvement envahissant dans l'espace demeurait de l'ordre de la décharge, tant les explorations de l'enfant s'en trouvaient appauvries. En effet, pendant ces longs instants d'errance, Léo touchait chaque élément à sa portée, mais ne les explorait que peu. Parfois, l'enfant s'arrêtait pour aller mettre à la bouche un quelconque matériau disponible dans l'espace.

S'agissant de l'ingestion de substances, ce que je connaissais de l'histoire de Léo me fit rigidifier mon cadre vers un évitement de chaque mise à la bouche. En effet, plus jeune, l'enfant avait subi des complications Oto-Rhino-Laryngologiques (ORL) du fait de l'ingestion nasale d'un morceau d'éponge, ce qui avait nécessité une intervention d'extraction chirurgicale inquiétante pour la famille de Léo. Il était donc nécessaire de rester vigilant face à ces ingestions. Effectivement, la mise à la bouche était omniprésente chez l'enfant. Ce dernier mâchait, avalait, léchait, voire buvait tout ce qui croisait sa main, qu'il s'agisse de liquides ou de solides. Ainsi, à plusieurs reprises, je vis Léo se saisir de cailloux qui s'étaient retrouvés par mégarde au sol de la salle et les avaler, avant même que ma tentative de l'en empêcher n'ait le temps d'aboutir. De la même façon, il s'agissait pour moi d'être vigilante à chaque fois que je proposais à Léo de la pâte à modeler, puisqu'il avait tendance à vouloir la manger. Dès la troisième séance également, Léo détériora l'une des poignées en

mousse du vélo d'appartement présent dans la salle : en effet, il en arracha un morceau avec les dents et le mâcha longuement, avant que je parvienne à le lui enlever de la bouche. Là encore, je me confrontai à mon cadre de séance : le matériel que j'avais à disposition n'était ni le mien ni celui de l'EMA, c'est pourquoi il était de ma responsabilité de veiller à ce que les usagers que je prenais en soin ne détériorent rien. Je passais alors le plus clair de mon temps à empêcher Léo de se faire mal, ainsi que d'avaler des éléments de la salle. Dans le même temps, j'essayais d'effectuer quelques observations afin d'établir le bilan psychomoteur de Léo, et ce durant les cinq premières séances de psychomotricité du suivi. Je choisissais consciencieusement, dans le bureau des psychomotriciennes du SESSAD, chaque élément que j'allais proposer à Léo, dans un perfectionnisme certain. Je remplissais un tote-bag de balles sensorielles non dommageables, de sacs lestés, et d'un pot de pâte à modeler puisque je savais que c'était une médiation qu'il appréciait tout particulièrement. Mais la question suivante demeurait dans mon esprit : pourquoi Léo ressentait-il ce besoin presque impérieux de tout mettre en bouche ? L'exploration orale me semblait importante dans le développement de l'enfant, néanmoins elle en devenait envahissante pour Léo, comme si ce dernier ne parvenait pas à s'en empêcher.

Finalement, les premières séances du suivi se clôturèrent par la mise en lumière de la fatigabilité de l'enfant, mais également de la mienne. Je pris d'ailleurs en note et exprimai à ma référente psychomotricienne, après la quatrième séance, la phrase suivante : « *il aura ma peau* ». Je me rendis compte avec du recul que ma propre stabilité et ma propre subjectivité avaient été questionnées durant ces séances. J'étais en réelle difficulté pour saisir ce que m'apportait Léo et pour le transformer afin d'enrichir les séances et l'exploration de l'enfant. Paradoxalement, la motricité et les explorations de l'enfant, quantitativement riches mais qualitativement pauvres, me paraissaient envahir les séances de psychomotricité. Il me semblait qu'il fallait canaliser ces expérimentations et les orienter afin de permettre à Léo d'élaborer autour de cette mise en mouvement de son corps, vers une exploration plus riche d'élaboration psychique.

2.2.3. Du constat à l'élaboration d'un travail autour de l'enveloppe corporelle

Nonobstant, malgré la quantité abondante de choses qui se déroulaient à chaque nouvelle rencontre avec Léo, une chose me marquait, et se confirmait un peu plus chaque semaine : il s'agissait du changement perceptible du point de vue de l'agitation motrice et de l'exploration sensorielle de Léo lorsque ce dernier se retrouvait dans de petits espaces ou bien appuyé sur le dos, en position semi-assise, le buste en flexion. C'est à propos de ce sujet que je vais maintenant m'attacher à décrire quelques instants cliniques représentatifs.

Plusieurs semaines durant, malgré l'omniprésence du mouvement durant les séances, je pris le temps d'effectuer des observations dans le but de rédiger le bilan psychomoteur d'observation de Léo nécessaire au début du suivi. Malgré la grande agitation motrice de l'enfant, sa curiosité envers les éléments que je pouvais mettre à sa disposition me permit d'effectuer les diverses observations nécessaires à la rédaction du compte-rendu de bilan.

Dès ces premières semaines de rencontre, une chose marqua mon esprit à travers tous ces temps de mouvement : la seule condition à laquelle l'agitation permanente de Léo s'apaisait était repérable lorsque l'enfant se dirigeait vers des endroits dans lesquels son dos se trouvait en appui sur un objet, un module, un tissu, une autre personne. Cette situation était également repérable lorsque l'enfant se tapissait dans de petits endroits presque clos. C'était notamment le cas lorsque Léo s'installait dans le hamac. Par ailleurs, je mis plusieurs semaines à m'en rendre compte, puisque je lui avais premièrement ôté cet élément de la salle afin d'éviter qu'il ne se blesse. En effet, Léo découvrit pour la première fois ce qu'était un hamac en séance de psychomotricité. Il semble que cela n'ait été pour lui au début qu'un élément de curiosité de plus à escalader dans la salle sans que je ne puisse l'aider à s'y installer, cependant, c'était un élément dont la stabilité n'était pas la principale caractéristique. Il lui arriva alors plusieurs fois de chuter et de se cogner sur le support métallique imposant. Or, comme Léo ne se plaignait pas de douleurs lorsqu'il se cognait, je décidai de retirer le hamac pour éviter qu'il ne se fasse mal. C'est au bout de plusieurs semaines et après l'instauration d'une relation thérapeutique moins évitante entre Léo et moi, que je remis en place le hamac au sein de la salle, à la condition que je l'y accompagne s'il souhaitait y aller. En effet, j'émis l'hypothèse que la régularité de nos rencontres nous avait permis de mieux nous accepter, et il me semblait que Léo était moins réticent à notre proximité. Dans cette optique, je remarquai également que sa prosodie était de plus en plus riche. Finalement, je parvins à observer à quel point la toile exiguë du hamac, agissant comme un sac berçant pour le corps, permettait à Léo de réduire son agitation motrice. Il s'installait, les premières fois seulement avec mon aide avant d'y parvenir rapidement seul, allongé dans le hamac, me soutenant le regard en souriant et ne bougeant plus, mais en préservant un recrutement tonique important et ses vocalises habituelles à la riche prosodie. Il lui arrivait bien souvent de se tourner dans la toile, afin de se positionner, alternativement sur le dos et sur le ventre. Nous pûmes, au fil des semaines, instaurer dans le mode de communication alternatif constitué par le PECS, l'image du hamac. Léo venait volontiers chercher sur le petit bureau de la salle l'image correspondante et me la donner, afin que j'accroche le hamac à son support, et qu'il monte à l'intérieur de celui-ci. Par la suite, les parents m'évoquèrent, face à cet apaisement de l'enfant dans le hamac, leur volonté d'en acquérir un pour le disposer dans leur jardin.

Je disposais chaque semaine quelques éléments matériels sur les grands tapis avant l'arrivée de Léo, et il demeurait un module en mousse que je mettais à disposition de l'enfant dans la salle chaque semaine depuis que nous étions dans la salle de motricité. Je l'appelais « *le donut* », mais il s'agissait en fait d'un module bloc en forme de grande roue. Que je le place à la verticale contre le mur ou bien que je l'installe directement au sol, Léo s'en saisissait chaque semaine en le positionnant à sa guise, c'est-à-dire à plat au sol, accolé au miroir du mur de droite de la salle, sur les gros tapis. Au début, Léo ne s'en servait que pour marcher sur son rebord, dans une trajectoire circulaire, sans s'arrêter jusqu'à ce qu'un autre élément plus intéressant croise son regard. Au fur et à mesure des séances, il se servait de l'orifice central du module pour se cacher et y emmener des objets que je pouvais lui fournir. Puis, au bout de plusieurs semaines, face à la propension de Léo à se diriger vers le hamac, je décidai de sortir une couverture dépliée et des coussins, que je plaçai dans ce « *donut* ». Spontanément, Léo vint près du module et s'y installa, en prenant le soin d'en jeter loin à l'extérieur les coussins que j'avais pu y déposer. Il se positionna dans le petit orifice dans lequel l'entièreté de son corps, en position d'enroulement, entraînait aisément. Puis il attrapa de sa main gauche la couverture posée sur le rebord pour la rabattre sur lui. Il se débattait afin de l'étaler sur tout son corps, je décidai alors de l'aider en la positionnant de manière à recouvrir la totalité du module, avec Léo au centre de ce dernier. J'écoutais attentivement ce qui se passait sous la couverture : l'enfant ne bougeait plus et émettait quelques discrètes vocalises. Je décidai de le laisser prendre ce temps pour lui, sans intervenir de quelque manière que ce soit. Au bout de quelques instants, je soulevais légèrement un angle de la couverture, afin d'observer Léo du coin de l'œil : il se trouvait toujours en flexion, à examiner attentivement ses mains grâce au léger faisceau lumineux permis par la transparence du tissu. Malgré ma tentative de discrétion, le regard du petit garçon croisa le mien, mais, à ma grande surprise, il se mit à me sourire et à rire dans de plus bruyantes vocalises. Un jeu s'instaura entre nous : je faisais bouger légèrement la couverture par l'extérieur au-dessus de sa tête avec mes doigts, et l'enfant en profitait pour saisir mes doigts avec ses petites mains, le textile nous séparant. Un nouveau « *coucou-caché* » se mit en jeu avec le tissu pour médiateur. Les séances suivantes, lorsque ce jeu se répétait, il s'agissait du même enchaînement, ce dernier ne laissant que peu de place à des variantes.

J'émis, face à ces observations répétées, une hypothèse quant à l'agitation motrice de Léo. Cette dernière ne pouvait se canaliser que si l'enfant parvenait à trouver un endroit suffisamment sécurisant, enveloppant. À cette observation s'ajouta un constat que me répétait la mère de Léo chaque semaine au début du suivi. En effet, elle me dit à plusieurs reprises, comme je l'ai évoqué précédemment, que son fils ne marchait jamais avec elle :

elle arrivait au SESSAD avec Léo dans les bras et m'expliquait qu'elle était, si elle souhaitait que son fils avance en dehors du domicile familial, obligée de le porter dans ses bras, sans quoi il s'allongeait au sol et refusait d'avancer jusqu'à ce qu'elle se résolve à le porter. Je me questionnai alors à ce sujet, puisque lorsque l'éducatrice de l'EMA et moi ramenions Léo à la crèche après chaque séance de psychomotricité, l'enfant ne nous demandait qu'en cas d'intense fatigue à être porté : pourquoi le faisait-il alors constamment avec sa mère ? Que signifiait ce besoin d'être porté pour Léo alors même que sa marche était acquise et efficace ?

Au fur et à mesure des semaines et des séances avec Léo, je remarquai que ses sombres cheveux bouclés poussaient de plus en plus. Sa mère, un matin, m'évoqua la grande difficulté avec laquelle la coiffeuse parvenait à couper les cheveux de l'enfant et elle ajouta qu'il en était de même pour tous ses téguments. En effet, ces moments constituaient une « *réelle épreuve* » pour la famille, et c'est pour cette raison que celle-ci préférait retarder l'échéance. La mère de l'enfant ajouta que la même histoire se répétait lorsqu'il s'agissait d'aller dans des magasins afin de renouveler la garde-robe de l'enfant. D'après sa mère, il était inenvisageable pour Léo de ne serait-ce qu'essayer des chaussures ne lui appartenant pas. Madame était parvenue, quelques jours plus tôt, à sélectionner une paire et la faire essayer à son fils dans le magasin malgré ses cris, mais elle me précisa que cette situation se répétait à chaque achat de nouvelles vêtements. J'émis l'hypothèse d'une insécurité pour Léo vis-à-vis de l'enfilage de vêtements qui n'étaient pas les siens et dont il n'avait pas l'habitude, alors même que les vêtements constituent, me semble-t-il, un élément très personnel pour tout un chacun et protègent le corps du monde extérieur duquel les sensations ne sont pas toujours agréables.

Il me semblait qu'un défaut de conscience corporelle de Léo l'entravait dans ses explorations. En effet, je pouvais percevoir cet aspect de la psychomotricité de l'enfant lorsque ce dernier se cognait, semble-t-il sans s'en rendre compte, ou ne réagissait pas à ce qui pouvait se passer sur l'espace postérieur de son corps. Ceci m'évoquait un défaut d'intégration de toute une partie de son schéma corporel, correspondant à l'espace corporel qui n'était pas atteignable par le regard de Léo. De ce fait, j'émettais l'hypothèse selon laquelle c'est l'absence d'intégration de toute une partie de son corps qui venait entraver l'enfant dans ses explorations. Il me semblait alors important de travailler à l'intégration de cette enveloppe, car cette dernière parvenait, de mon point de vue, à apaiser Léo, à lui permettre d'entrer en relation et de jouer avec l'autre. Cependant, je me questionnai. Par quels moyens parvenir à un tel travail lorsque la motricité du sujet semble désorganisée, alors même que le mouvement est primordial dans le travail en psychomotricité avec Léo ?

2.3. D'importantes modulations, et enfin la rencontre

2.3.1. Des appuis pour instaurer un cadre de séances

Dès le début de la prise en charge, les éducatrices me conseillèrent, en voyant mon désarroi face à Léo qui ne répondait à aucune de mes demandes, de « *resserrer mon cadre* », c'est-à-dire d'être moins permissive. En effet, elles m'évoquèrent la capacité de l'enfant à juguler son agitation et à obéir à des règles dans d'autres cadres plus stricts, tels que l'école ou la crèche, au sein desquels elles avaient déjà pu effectuer des observations. Je décidai alors rapidement d'établir un cadre ferme, à différents points de vue.

D'abord, je choisis de ritualiser en quelque sorte les séances, en instaurant des repères spatio-temporels sur lesquels Léo pouvait s'appuyer. Ainsi, chaque séance commençait de la même façon, par un temps éducatif de pose du blouson et des chaussures, en présence de ses parents, avant que ces derniers s'en aillent. De la même façon, en fin de séance, je gardais une dizaine de minutes pour jouer à la pâte à modeler assis au bureau, et en profitais pour travailler la communication par les signes ou par le PECS. De la même manière, j'imposais à Léo d'effectuer toutes les activités vers lesquelles il se dirigeait qui relevaient de la motricité fine, assis au bureau, dans la chaise adaptable comportant un haut dossier, des accoudoirs et un repose-pieds. Après la pâte à modeler, je rangeais la salle, puis je conduisais l'enfant aux toilettes avant de l'aider à enfiler son blouson et ses chaussures et enfin de me rhabiller moi-même pour quitter le SESSAD afin de nous rendre à la crèche. Ces aménagements permirent à Léo d'anticiper les différents espaces-temps de la séance : il savait par exemple que lorsque je mettais à sa disposition l'image de la pâte à modeler, il pouvait s'installer au bureau pour que nous entamions un échange.

Du point de vue des aménagements, je demandai également aux deux éducatrices, après huit rencontres, et donc dès la rentrée scolaire de janvier, de me laisser seule avec Léo en séance : en effet, il me semblait plus pertinent, dans un souci de travail autour de la contenance, d'instaurer cette dualité en séance. Qui plus est, comme les éducatrices ramenaient à l'école la jeune fille prise en charge juste avant Léo, elles arrivaient, par souci pratique, dans la séance ce dernier en retard, et pénétraient dans l'espace-temps privilégié que je tentais d'instaurer, ce qui me semblait rompre la continuité de la séance.

Il fallut plusieurs séances pour que les bénéfices de ce cadre plus enveloppant se fassent ressentir. J'essayais d'être plus ferme également avec Léo dans mes injonctions d'interdiction. Cependant, il me semblait au début que cela n'avait que peu d'impact, voire avait des conséquences inverses à celles que je m'étais fixées comme but : d'une séance à l'autre, Léo reproduisait continuellement chaque chose que je lui interdisais. Notre relation pénétrait alors dans un cercle vicieux, dont je n'avais pas l'idée, car le recul me manquait :

en effet, il me semblait que plus j'interdisais à Léo de faire des choses, plus il allait vers ces choses précises, et plus à nouveau je l'empêchais. Ce fut par exemple le cas pour toutes les escalades que je m'estimais ne pas être capable de sécuriser et d'accompagner, pour le fait de jeter, ingérer, détériorer les objets, de se servir seul dans les placards fermés, d'aller se cacher avec de la pâte à modeler, etc. Je m'interrogeai alors : nous passions finalement tout notre temps à nous affronter l'un l'autre dans cette dualité nouvellement instaurée, mais était-ce vraiment ce que j'imaginai lorsque je souhaitais travailler autour de la contenance ? Était-ce un jeu, une manière d'entrer en relation, ou une réelle confrontation ?

Il me semblait important que nous parvenions à trouver un terrain d'entente nous permettant à tous les deux de nous épanouir en séance, tout en parvenant au travail psychomoteur résultant du projet thérapeutique de l'enfant. Néanmoins, au fur et à mesure d'un long tâtonnement, je me rendis compte que nos éprouvantes rencontres étaient ponctuées de temps de jubilation répétitifs, amenant une forme de respiration nécessaire à ce que je retrouve mes esprits. Alors, lorsque je percevais que le lien se rompait entre Léo et moi, il m'arrivait de lui sortir le pictogramme du hamac, dont il se saisissait immédiatement. Il venait à moi, me tendait l'image et je m'exécutais dans la mise en place de la toile dans laquelle il se jetait dans un mouvement rapide et un schème atypique : il mettait d'abord sa tête dans la toile, puis enclenchait un élan entraînant le reste de son corps à l'intérieur de celle-ci. Ensuite, il s'installait plus confortablement : sur le ventre, puis sur le dos. C'est ainsi que, lors d'une séance difficile pendant laquelle la fatigue de l'enfant que m'avait évoquée sa mère semblait décupler l'agitation de Léo, je lui proposais la toile comme ultime moyen de retour au calme. Puis je pris mes distances. Je remarquai alors que Léo, tandis que je ne me trouvais pas à ses côtés, me recherchait du regard en émettant de franches vocalises. Son petit visage dépassait de la toile, et semblait analyser tout l'espace de la salle. J'en fis l'observation à de nombreuses reprises, en provoquant à nouveau cette situation : lorsque je me trouvais à distance de Léo, ce dernier ne s'allongeait pas dans le hamac comme pour apaiser son agitation motrice, mais à l'inverse, il s'agitait jusqu'à ce que son regard rencontre le mien. Puis, si je m'approchais, il souriait, le volume de ses vocalises s'abaissait, son regard quittait le mien, comme s'il n'avait plus besoin de ses yeux pour s'assurer de ma présence, et il se réinstallait dans la toile avant de reprendre l'exploration de ses mains. S'ensuivaient des jeux duels jubilatoires, au cours desquels Léo, si je me cachais, sortait sa tête de la toile pour me chercher du regard, puis se mettait à rire lorsque j'apparaissais en lui faisant coucou, avant de se recacher dans la toile. De la même façon, l'enfant riait aux éclats lorsque je lui proposais des chatouilles à travers l'épaisse toile, et son regard semblait me demander de recommencer lorsque je m'arrêtais, dans une

infinie répétition. Parfois, lorsque Léo me regardait en riant et en faisant une des actions interdites, j'accourais vers lui et feignais de le gronder, en lui faisant des chatouilles au niveau des côtes : il s'arrêtait alors de me fuir et se mettait à rire aux éclats, et à s'approcher de mes mains dès lors que je stoppais mon mouvement. Je répétais finalement ce jeu lorsque je sentais que l'enfant commençait à se frustrer et à réadopter une motricité désorganisée. En effet, il me semblait que, dès lors que l'enfant subissait une frustration, sa motricité était son ultime moyen de gestion de la situation. Ces chatouilles me permettaient de recréer du lien avec l'enfant et de rire à nouveau : était-ce le contact qui permettait cela ? Comment Léo, à ce moment-là, vivait-il notre proximité ? Était-ce cette attention privilégiée en dualité permise par le jeu qui plaisait à Léo ?

J'émis alors une hypothèse selon laquelle l'opposition et la propension de Léo à faire ce qui était interdit et ce qui me faisait hausser le ton, pouvaient être un moyen pour lui de rester malgré tout en lien avec moi. Dans cette optique, il me semblait que mon absolue volonté de maintenir un cadre rigide m'empêchait, à ce moment, d'en jouer, et de me servir de cet aspect-là pour travailler autour de la contenance de l'enfant. Lorsque nous pûmes jouer de cela, les séances prirent un tournant important. Je me questionnai sur l'utilité d'un assouplissement des règles, du cadre de la séance, et souhaitai faire des tentatives de modulations, pour que notre relation s'améliore.

2.3.2. Vers une modulation du cadre pour contenir « l'incontenable »

Alors me vint l'idée de me servir de cette opposition, pour voir ce qu'allait m'emmenner Léo. Ainsi, lorsqu'il détruisait les cabanes que je lui créais, je l'imitais en faisant la même chose. Il semblait que le regard de Léo s'interrogeait quant à ce que j'étais en train de faire, puis l'enfant se dirigeait vers une autre chose que j'avais interdite, et si j'avais alors le malheur de ne pas le suivre dans son expérimentation, il désobéissait en m'observant jusqu'à ce que je vienne à lui.

C'est ainsi qu'un peu plus tard dans le suivi, lors de notre onzième rencontre, je pris l'initiative, pour permettre à Léo d'atteindre une homéostasie en termes de stimulations buccales, de lui proposer un outil de mastication, appelé *Ark grabber*. En permettant à l'enfant de mettre quelque chose dans sa bouche, de le mâcher, alors que j'avais justement interdit qu'il mange tous les objets de la salle, je remarquai qu'il s'en trouvait plus disponible. Ainsi, alors que je m'installais sur un pouf entre les deux barres de marche, Léo vint s'asseoir sur mes genoux et je pus enfin effectuer des percussions osseuses de son dos ainsi que de sa tête, sans qu'il me fuie, ou m'évite. Il vocalisait beaucoup malgré l'objet masticateur qui se trouvait dans sa bouche, et tournait son regard vers le mien en stoppant son exploration dès lors que je rompais le contact de ma main dans son dos. J'émis

l'hypothèse à ce moment précis que Léo se sentait suffisamment soutenu par mon contact et ma présence pour effectuer cette exploration buccale de l'objet qu'il recherchait constamment.

De la même façon, j'autorisai Léo à escalader les barres parallèles de marche, en l'y accompagnant et en en profitant pour effectuer un toucher massage de type modelage des zones de son corps dont il ne semble pas avoir conscience. Cependant, j'interdisais à Léo d'aller sur les barres sans que je sois à proximité, et il me semblait que le fait d'imposer des conditions à cette expérimentation que je puisse moduler, ajuster, lui permit de comprendre ce qui était ou non autorisé : il se mit enfin à obéir à mes interdictions. Léo semblait tester cette nouvelle règle chaque semaine : il m'observait, initiait un mouvement de montée sur les barres en me regardant et en riant puis s'arrêtait dès lors que je lui rappelais les règles. Il pouvait même lui arriver de demeurer longtemps dans une ébauche d'action interdite, et de vocaliser de plus en plus fort si jamais je ne l'observais pas, afin, me semble-t-il, que je le regarde et exprime le fameux « *non* ». Lors d'une séance pendant laquelle Rachel était entrée dans la salle pour me donner une information au sujet de l'enfant que je prenais en soin juste avant Léo et qu'elle venait de ramener à son école, j'avais pu remarquer une réaction étonnante de la part de Léo. De la même façon que lorsqu'il semble rechercher mon attention, il s'était mis à vocaliser de plus en plus fort, en nous observant discuter, dans un *crescendo* qui m'avait extirpée de ma conversation avec Rachel, jusqu'à ce que nous nous taisions et le regardions jouer. Je vocalisai à cet instant ce que cela m'avait évoqué, soit qu'effectivement, il n'était pas admissible de parler de mes autres séances de psychomotricité alors même que je me trouvais avec lui. Il se remit alors à son activité et nous cessâmes toute discussion incongrue avec Rachel.

Lors de notre douzième rencontre, j'avais préparé une toupie géante dans la salle afin de travailler la contenance dans le bercement avec l'enfant. Léo était, ce jour-là une nouvelle fois, extrêmement fatigué : sa mère m'avait d'ailleurs prévenue que la séance d'orthophonie avait été « *compliquée* ». L'enfant ignore ce module durant toute notre rencontre. Mais, alors qu'il restait quinze minutes de séance, je décidai de mettre le pictogramme de la pâte à modeler à disposition de l'enfant, afin de travailler les échanges un peu plus longtemps que d'habitude, tout en lui permettant d'utiliser une médiation qu'il apprécie, pendant légèrement plus de temps qu'à l'accoutumée. Il s'en saisit immédiatement et accourut vers moi pour me tendre l'image. C'est alors que me vint une idée. Léo se précipita immédiatement vers le bureau, puisqu'il savait que cet espace restreint était l'endroit habituel dans lequel je lui autorisais la manipulation de la pâte à modeler. Cependant, je l'amenai à me suivre vers la toupie géante, dans laquelle il s'installa volontiers, puisqu'il avait compris qu'il s'agissait de la condition *sine qua non* d'obtention de la précieuse pâte.

Alors que je tentais depuis plusieurs semaines d'apprendre à Léo le signe correspondant au mot « *encore* » (l'index de la main droite venant toucher la paume de la main gauche), et qu'il était difficile pour l'enfant de l'intégrer, il s'avéra qu'il l'effectua, après démonstration, une dizaine de fois, afin que je lui fournisse un morceau de pâte supplémentaire à chaque fois. De plus, après avoir obtenu la totalité du pot de pâte à modeler, Léo s'installa en décubitus latéral, dans une position d'enroulement, et j'en profitai pour effectuer des percussions osseuses de l'arrière de son corps. Léo ne s'y opposa pas, il continuait à explorer attentivement la pâte violette, passant cette dernière délicatement d'une main à l'autre. Lorsque l'heure de fin de séance arriva, il nous fallut rompre le plus long temps d'exploration de Léo que j'avais pu observer jusqu'alors. Cette séance me permit une grande réflexion autour des règles que j'avais pu fixer en début de suivi. Me fallait-il faire des concessions dans cet ensemble de règles que j'avais fixé afin que la relation entre Léo et moi puisse se construire ? M'en fallait-il faire également pour permettre à l'enfant d'explorer différemment le monde afin que je puisse y inclure un travail de contenance ? J'émis l'hypothèse que mes modulations de cadre allaient être l'élément me permettant de travailler de manière sécurisée autour du projet thérapeutique établi pour l'enfant, et qu'il nous avait fallu chacun faire des concessions pour que cela soit possible.

Nous pûmes au fur et à mesure des séances trouver un meilleur équilibre. Afin de lui permettre d'être plus présent à la relation durant les séances, je permis à Léo, lors de notre avant-dernière rencontre, de garder en sa possession un élément sensoriel qui, comme j'avais déjà pu le remarquer auparavant, l'attirait grandement. En effet, j'avais, dès les premières séances, proposé à Léo une espèce de « *monstre à picots* » en caoutchouc, très mou, de couleur verte, possédant deux grands yeux blancs, qui ressemblait à un large asticot à picots. Il avait jeté son dévolu sur cet objet et n'était, à cette période, pas parvenu à répondre à mes demandes et à accorder un quelconque regard à autre chose tant ce petit objet semblait happer toute son attention. J'avais donc fait le choix de ne pas le lui proposer la semaine suivante, et d'essayer d'autres choses. Cependant, il me semblait que je pouvais maintenant m'en servir, après toutes ces semaines et l'établissement d'un climat plus confiant entre nous deux, comme d'un renforçateur positif en séance. Ainsi, Léo comprit rapidement qu'il lui était possible de préserver cet objet aux caractéristiques particulières, à la condition de prendre en compte les règles nouvellement instaurées, qui étaient de plusieurs ordres, et que nous avions pu mettre en place au fur et à mesure du suivi. Par exemple, il devait attendre que je me tienne près de lui pour le sécuriser avant d'escalader des modules qui pouvaient s'avérer dangereux s'il perdait l'équilibre, ou bien il devait effectuer des demandes par le biais du PECS lorsqu'il souhaitait obtenir quelque chose, ou encore il n'avait le droit de mastiquer que les objets prévus à cet effet, etc. Il me

semblait que cette étape de mise en place de règles constituait une grande part du travail autour de la contenance que je mettais en place en psychomotricité. Puis, Léo se mit à répondre à mes demandes directement, comme lorsque je lui demandai de se placer dans la toupie afin d'effectuer des percussions osseuses. Je me questionnai alors, était-ce le fait d'avoir été plus permissive au sujet de ce que j'autorisais ou non à Léo de faire qui lui permit de faire une concession également, en acceptant enfin ma présence à ses côtés ? Ces dernières séances avec l'enfant étaient plus vivables pour moi, et il me semblait qu'elles l'étaient également pour Léo : nous avons trouvé un espace de rencontre respectant chacun nos limites propres, et le cadre était enfin construit et, d'après moi, constructif.

2.3.3. Notre dernière rencontre, puis le renversement du cadre

Notre quinzième et dernière rencontre se déroula pendant une semaine de vacances scolaires précédant mes examens écrits. Ce jour-là, lorsque j'arrivai au SESSAD, la secrétaire présente chaque semaine à l'accueil me demanda une nouvelle fois qui j'étais, comme ce fut souvent le cas avec des membres de l'équipe lorsque je venais dans l'établissement. Je me souviens alors me questionner sur le fait d'avoir tenté d'instaurer un cadre thérapeutique avec Léo, une certaine stabilité dans un type de suivi au cadre institutionnel vraisemblablement atypique, et où, chaque semaine, il était nécessaire de réancrer mon positionnement.

Cette semaine-là, les parents de Léo purent l'accompagner tous les deux en séance afin de me rencontrer. Il était rare que son père puisse se joindre à sa mère pour accompagner l'enfant en séance, puisqu'il travaillait le mardi matin, à l'heure du suivi. Comme sa mère travaillait au sein d'un casino pendant les nuits, c'est elle qui accompagnait l'enfant en psychomotricité chaque semaine et me faisait part des événements de la semaine. Pendant les vacances, Rachel et Laura, pour aider une famille d'usagers de l'équipe mobile, avaient proposé la prise en charge éducative d'une enfant. Qui plus est, pendant les vacances scolaires, il n'y a pas de réunion d'équipe au sein du SESSAD. De ce fait, la salle de motricité était occupée malgré ma présence dans l'établissement, et il ne nous restait alors pour les deux prises en charge de l'EMA qu'une seule et unique salle, la salle d'escalade. Nous n'y étions jamais encore retournés en séance avec Léo, depuis notre première rencontre. Ainsi se mit en place une prise en charge groupale et en co-thérapie, incluant Léo et la jeune fille suivie par les éducatrices, ce qui allait me permettre d'observer comment le jeune garçon allait vivre cette séance à cinq personnes. Lorsque je rencontrai la famille de Léo cette semaine-là, j'interceptai l'enfant dans son élan convaincu, qui courait vers notre salle habituelle : non seulement cela me convainc de son repérage spatial certain, mais en plus l'enfant vint à ma rencontre en dehors des bras de sa mère, à la force de sa propre marche. Le père de Léo fut très heureux de me montrer, grâce à une photographie

prise avec son téléphone, que son enfant pouvait demeurer quelques minutes en présence de ses cousins à regarder une vidéo, alors qu'il les fuyait jusqu'à présent. Cet homme, de nature très positive, m'expliqua comme l'agitation de l'enfant était de plus en plus gérable au domicile. Je pus expliquer aux deux parents la démarche de la prise en charge groupale « *exceptionnelle* » du jour, ainsi que mon absence pour les deux semaines à venir. J'en profitai pour le signifier également à Léo, le premier concerné. Puis les parents s'en allèrent, nous laissant tous les cinq dans la vaste salle.

Il me semblait que je retrouvais ce jour-là le Léo du premier jour, dans sa grande agitation motrice et avec lequel aucun compromis n'était envisageable. Alors qu'il escaladait le mur prévu à cet effet, je lui proposais un baudrier, afin d'expérimenter une montée du mur dans une entière sécurité : Léo fondit en larmes et se mit à nouveau à me fuir en criant, ce qui m'évoqua la difficulté ressentie par la mère de l'enfant lorsqu'il s'agissait d'acquérir de nouvelles vêtements. De la même façon, alors que j'ébauchais une tentative d'échange tripartite de pâte à modeler avec la jeune fille et Léo, il m'arriva pendant un court instant de ne porter attention qu'à cette enfant qui présentait quelques difficultés avec la pâte. C'est alors que le jeune garçon s'enfuit avec le morceau de pâte à modeler et l'avala avant même que nous n'ayons, avec les éducatrices, eu le temps de venir à sa hauteur pour l'en empêcher. Il se remit à escalader tous les modules présents, bien que rangés, à sortir tous les objets des placards, et il passa le plus clair du temps de la séance à se cacher dans des petits endroits inaccessibles pour moi. Aucun jeu ne fut possible. À cet instant, je me questionnai : qu'est-ce qui avait pu engendrer de telles modifications chez Léo ? Était-ce le changement de salle ? La présence d'autres personnes et mon attention à leur égard ? L'annonce de mon absence pour les semaines à venir ? Était-ce finalement un mélange de tout cela ? Bien que j'imaginasse cette expérience comme très enrichissante, je ne m'attendais pas à observer le retour d'une telle agitation chez Léo. C'était comme s'il était absent, comme si je ne pouvais observer de lui que son mouvement. Cette situation nous était presque imposée à Rachel, Laura, les deux jeunes usagers de l'EMA et moi du fait du cadre institutionnel, cependant, il semblait qu'il était encore trop tôt pour apporter de telles variations de cadre dans la prise en charge de Léo. Ces changements avaient apporté ce qui paraissait être un éclatement dans ce travail de contenance que nous avions pu ébaucher avec Léo. J'émis alors l'hypothèse que l'ébauche d'enveloppe corporelle de Léo n'était pas suffisamment solidement construite pour lui permettre de se contenir lui-même lorsque l'environnement le déborde du fait d'un trop-plein d'afférences sensorielles.

Finalement, ce qui se passa ensuite allait être encore pire, du point de vue de la contenance que j'avais pu proposer dans les séances de psychomotricité, et je ne l'imaginai pas une seule seconde lors de notre dernière rencontre. En plus des deux semaines d'absence au

sein de l'équipe mobile autisme, ce que je ne savais pas encore, c'est que je n'allais pas revoir Léo avant de nombreuses semaines du fait d'une pandémie. En effet, au lendemain de mes épreuves et alors que je m'apprêtais à retourner en stage, Monsieur le Président de la République française déclara le début d'un confinement qui allait durer. Mon stage fut donc immédiatement suspendu par la directrice de l'EMA. Je ne pus m'empêcher de penser à la famille de Léo. Comment les parents du jeune garçon allaient-ils parvenir à contenir le besoin de mouvement de Léo ? Je ne peux qu'émettre des hypothèses sur leur quotidien, car je n'ai à l'heure actuelle que peu d'informations. Il en est de même pour l'équipe mobile : en effet, après avoir tenté à plusieurs reprises d'obtenir des nouvelles auprès de la famille, les éducatrices, qui n'arrivent qu'à avoir que de très brèves nouvelles, n'ont pu m'affirmer qu'une chose : « *ça va, heureusement qu'il y a le jardin...* ». Il semblait alors que pour contenir la motricité débordante de l'enfant, ses parents se réjouissaient de pouvoir sortir de l'espace restreint, presque un espace de contention, des quatre murs de leur logement. Qu'en était-il alors de l'enveloppe de l'enfant ? Je me rappelai soudain que la mère m'avait évoqué sa volonté d'acquérir un hamac pour le disposer dans leur jardin : je ne pouvais qu'espérer que celle-ci soit parvenue à le faire avant que le confinement soit déclaré. Il me semblait, avant cette crise, que Léo était parvenu à se saisir d'une partie du cadre des séances afin que s'y étaye la construction de son enveloppe psychocorporelle, cependant il restait encore beaucoup de chemin à parcourir. L'efficacité de sa propre contenance ne semblait pas encore suffisante pour lui permettre de se sentir pleinement en sécurité dans l'enveloppe de son corps. Dès lors, un même questionnement demeure dans ma réflexion : **en quoi le cadre thérapeutique en psychomotricité peut-il participer au travail de construction d'une enveloppe psychocorporelle contenant pour Léo ?**

PARTIE THÉORIQUE

Afin d'émettre une précaution de lecture, j'aimerais apporter ici une précision : pléthore d'auteurs ont écrit au sujet du développement de l'enfant en évoquant le rôle prépondérant de la mère dans celui-ci. Je souhaiterais préciser qu'à ce titre, je vais respecter la terminologie des auteurs en nommant la mère, mais que ce terme sera à comprendre comme la fonction maternelle remplie par l'environnement, qu'il s'agisse de la mère ou de ses substituts, quels qu'ils soient. Ainsi, je présenterai maintenant deux développements théoriques, l'un au sujet de l'enveloppe psychocorporelle et de ses caractéristiques psychomotrices, et l'autre à propos du cadre thérapeutique, de ses composantes et de ses fonctions en psychomotricité. Pour chacune des deux notions, des généralités seront premièrement évoquées afin d'amener une réflexion progressivement plus particulière.

1. L'enveloppe psychocorporelle

1.1. Qu'est-ce qu'une enveloppe ?

1.1.1. Généralités à propos de la notion d'enveloppe

D'après le dictionnaire Larousse (s. d.-d), le terme d'enveloppe prend plusieurs sens selon le domaine auquel il se réfère. Ainsi, l'enveloppe est, en biologie, une « *membrane ou un ensemble de plusieurs membranes entourant un organe* ». En parallèle, en littérature, elle correspond à « *l'apparence extérieure de quelqu'un* », et plus globalement au « *corps humain, par opposition à l'âme, à l'esprit* ». L'exemple donné à cette dernière définition est l'expression d'« *enveloppe corporelle* ». Le point commun entre ces différentes définitions repose alors sur ce que l'enveloppe a d'englobant, comme un contour qui retient en son sein différents éléments de l'ordre du vivant.

Cependant, le terme d'enveloppe peut se référer à d'autres domaines que celui du vivant, par exemple aux mathématiques, où elle correspond à une « *courbe ou surface tangente à chacun des éléments d'une famille de courbes ou de surfaces* » (Larousse, s. d.-d). Sans pour autant s'épandre à développer le modèle mathématique des enveloppes, il est possible de faire un parallèle entre cette théorie et celle qui est intéressante en psychomotricité. Comme Houzel (2010, p. 11) le décrit, l'enveloppe mathématique « *renvoie à l'idée d'une forme d'invariance ou de stabilité* », puisque chaque courbe la composant ne se différencie des autres que par un paramètre précis. Dans cette même optique, Thom (cité par Houzel, 2010, p. 11), définit dans sa « *théorie des catastrophes* » deux types d'enveloppes : celles qui demeurent stables malgré une légère modification d'une de leurs composantes, dites « *génériques* », et celles que cet infime changement interne dissout, les « *non-génériques* ». Ce dernier phénomène fut résumé par Lorenz (cité par Houzel, 2010, p. 84) : « *un battement d'aile de papillon au Texas pouvait entraîner une tornade en Floride* ». Il est possible de retenir de cette théorie mathématique un aspect de

l'enveloppe qui demeure primordial dans toutes les définitions, et notamment dans celle qui sera utile en psychomotricité. Il s'agit de sa stabilité structurelle, nécessaire à ce que des contenus stables s'y développent (Houzel, 2010, p. 14).

Si l'on en revient à l'enveloppe intéressante en psychomotricité, la définir ne se fera pas sans difficulté. Je m'attacherai à décrire deux types d'enveloppes dont l'intrication me semble éminemment importante pour comprendre le fonctionnement humain : l'enveloppe corporelle et l'enveloppe psychique. Leur intrication pourra être définie par le terme d'enveloppe psychocorporelle, que je développerai ensuite.

1.1.2. Entre enveloppe charnelle et enveloppe psychique

L'enveloppe charnelle, ou enveloppe corporelle pourrait correspondre aux définitions littéraire et biologique données précédemment. Il s'agirait alors de tout le contour corporel visible, constitué des organes externes des sens. À ce sujet, Anzieu (1985), lorsqu'il définit sa notion de Moi-peau, accorde à l'univers cutané et au toucher une grande importance dans la construction de l'enfant. D'après lui, la peau est « *de tous les organes des sens, le plus vital : on peut vivre aveugle, sourd, privé de goût et d'odorat. Sans l'intégrité de la majeure partie de la peau, on ne survit pas* » (Anzieu, 1985, p. 35-36). Cette enveloppe cutanée est donc primordiale à l'intégrité du corps, puisqu'elle est sensible à plusieurs composantes (thermo-algique, de pression, de tact fin et de tact déplacé). Le toucher est par ailleurs le seul sens réciproque – c'est-à-dire qu'on ne peut toucher sans être soi-même touché – et est connecté à tous les autres sens, y compris kinesthésique et d'équilibration. La peau, dont l'histologie est complexe, remplit donc d'importantes fonctions : la superposition des couches cutanées et leur semi-perméabilité contribuent « *à assurer le maintien global du corps, le pare-excitation et la richesse de la sensibilité* » dit Anzieu (1985, p. 38-39). L'enveloppe corporelle constituée par la peau posséderait donc, en résumé, des qualités de transitionnalité entre l'intérieur du corps et l'environnement externe, paradoxalement capable de robustesse et de fragilité, de solidité et de souplesse, d'absorption et de sécrétion, de douleur et de plaisir, de traces et de régénération, et c'est en son sein que tous les organes de la perception sensorielle sont enchevêtrés.

Je vais maintenant apporter des précisions concernant l'enveloppe psychique à proprement parler, qui n'est pas ou peu définie en dehors d'ouvrages spécialisés. D'après Houzel (2010, p. 40) c'est grâce à l'émergence du Moi freudien que se constituera l'enveloppe psychique, possédant une « *fonction globale de délimitation et de stabilisation du monde intrapsychique* ». Le Moi freudien se rapporte, d'après l'auteur, au sujet pensant, ayant conscience de lui-même et étant apte à la liaison cohérente de ses pensées. Ses caractéristiques, décrites par Freud (cité par Houzel, 2010, p. 49-50), sont les suivantes : il

est la différenciation d'une partie du psychisme entier, empêchant la décharge du psychisme vers l'extérieur, mais également l'effraction dans le psychisme d'un trop-plein d'excitations. De plus, il permet l'attention, dont la filtration est opérante à la fois vis-à-vis de l'extérieur, mais également de l'intérieur et des contenus mnésiques. Ces caractéristiques ramènent à la notion de contenant psychique. En résumé, Houzel explique que le Moi freudien possède « *des fonctions de pare-excitation et de zone frontière entre monde extérieur et monde intérieur* » qui sont indispensables à l'enveloppe psychique.

De ces deux derniers postulats sont notables des ressemblances, propres à l'enveloppe, que sont la délimitation entre intérieur et extérieur et le pare-excitation. Leur grande similitude a permis à nombre d'auteurs d'émettre des théories en prenant en compte les aspects de chacune des enveloppes, corporelle et psychique, et en étudiant leurs relations de cause à effet mutuelles. C'est sur cette mise en lien de l'enveloppe corporelle et de l'enveloppe psychique que je vais m'attarder maintenant.

1.1.3. L'intrication des différentes enveloppes, de la peau à l'enveloppe psychocorporelle

D'un point de vue d'abord purement biologique, il existe dans l'embryogenèse un élément nommé ectoderme, correspondant au « *feuille externe de l'embryon, destiné à former la peau et le système nerveux* » (Larousse, s. d.-c). Cela signifie que la peau et le système nerveux proviennent à l'origine d'une seule et même structure dans la formation du corps humain, ce qui explique leur grande intrication dès l'origine de la vie.

Pour Moyano (1991), qui utilise le terme de contenant psychique pour parler de l'enveloppe psychique, ce contenant est une « *machine à penser les pensées (...) à la fois structure et fonction* » et permet au sujet l'élaboration de son monde interne et (et le terme de contenant confirme cet aspect) sa protection du monde externe (du dehors), mais également sa protection vis-à-vis du monde interne d'autrui. Ce contenant s'élabore, d'après l'auteur, sur les expériences corporelles, et tout particulièrement celle de « *se vivre Soi, contenu dans l'enveloppe corporelle constituée par la peau* ». Cela signifie que le corps agissant dans l'environnement permet qu'une représentation psychique s'élabore et que des capacités symboliques se rapportant aux repères corporels se développent, tels que dedans/dehors et les repères d'orientation, de distance, et de latéralité.

Anzieu (1985/2006) insiste sur le lien qu'il existe tout au long de la vie entre le cerveau et la peau, en partant de l'ectoderme évoqué plus tôt. Il définit dans cette optique le Moi-peau, qui correspondrait au développement du Moi de l'enfant comme « *contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* ». Pour cet auteur, chacune des activités psychiques du sujet s'étaye sur une des fonctions biologiques de son corps.

Pour le Moi-peau, c'est sur la peau, par définition, que le Moi du sujet s'étaye, afin d'instaurer une enveloppe narcissique assurant une permanence et un bien-être de base au psychisme. Anzieu dénombre huit fonctions principales du Moi-peau, mais évoque le fait qu'il en existe bien d'autres, et que les huit décrites constituent une grille à adapter à la réalité des faits. Je m'attacherai, de ce fait, à ne développer ici que les cinq premières fonctions décrites par l'auteur, qu'il me semble pertinent de déployer afin d'éclairer mon propos.

La première fonction du Moi-peau est celle de maintenance (Anzieu, 1985/2006, p. 121-127). En effet, la peau permet une rétention de tous les éléments musculosquelettiques qui se trouvent à l'intérieur du corps, dans une organisation spatiale particulière. De la même façon, le Moi-peau permet une maintenance des contenus psychiques. D'après l'auteur, l'efficacité de cette fonction reposerait sur l'intériorisation pour l'enfant d'un vécu de soutien suffisant de son corps « *dans un état d'unité et de solidité* », permis par le toucher des mains maternelles, ainsi que d'un encerclement de son propre psychisme par le psychisme maternel. Cette fonction du Moi-peau permet à l'enfant de se constituer un axe corporel, un appui interne, étayé sur l'appui externe, le support de son environnement. Anzieu décrit, dans cette optique, des positions permettant l'identification, pour l'enfant, à l'objet support de l'environnement : par exemple, la position d'appui du dos de l'enfant sur le ventre de l'objet environnement donnerait lieu à une protection de cette surface corporelle invisible et intouchable pour le sujet, par l'objet mainteneur.

La deuxième fonction du Moi-peau énoncée par Anzieu est la fonction contenante (ibid.). Les soins corporels offerts par le parent permettraient à l'enfant de ressentir son corps et son psychisme comme enveloppés, la peau constituant, de manière à la fois réelle et symbolique, un sac. Les réponses vocales et gestuelles de la mère ressenties par l'enfant constitueraient une enveloppe tactile et sonore liant les émotions et sensations de ce dernier. Si elles sont appropriées, ces réponses environnementales permettraient à l'enfant de s'approprier ces vécus comme siens, sans pour autant que ceux-ci ne l'envahissent. Le contenant aurait donc une fonction de neutralisation des « *sensations-images-affects du bébé* ». Par ailleurs, Anzieu précise que cette fonction de contenance ne se fera que si une association se crée entre l'espace mental et l'espace concret du corps excitable, dans ce qu'il nomme une pulsion, et si cette dernière se confronte à des limites dans ces deux espaces.

L'auteur décrit ensuite une troisième fonction de pare-excitation du Moi-peau (ibid.). Il s'agit de l'étayage sur le Moi de la fonction que possède la peau de protéger le corps contre les afférences agressives constituées par un trop-plein de stimulations internes et externes. Freud, cité par Anzieu ajoute que la mère pourrait être une auxiliaire au pare-excitation du

bébé, et ce, d'après Anzieu, jusqu'à ce que ce dernier « *trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction* ».

La quatrième fonction du Moi-peau décrite par Anzieu est celle d'individuation du Soi (ibid.). La peau possède des propriétés, des caractéristiques, qui sont propres à chaque sujet (marques, couleurs, etc.). Ainsi, le Moi-peau, s'étayant sur ces distinctions interindividuelles et personnelles, permet au sujet de se ressentir comme un individu unique, différent des autres.

La cinquième et dernière fonction du Moi-peau que je vais développer est celle d'intersensorialité (ibid.). Le Moi-peau est, en effet, une surface psychique mettant en lien les différents stimuli perçus à la surface de la peau par tous les organes sensoriels. L'intersensorialité possède également une réalité neurologique liée au système nerveux central, car c'est ce dernier qui intègre les différentes afférences sensorielles dans l'encéphale. La mise en lien psychique de celles-ci permettrait l'élaboration d'un « *sens commun* » fondé sur l'enveloppe tactile.

Au-delà de cette description de l'élaboration d'une enveloppe psychocorporelle, je vais maintenant m'attacher à décrire plus précisément la fonction contenante sous-tendue par l'environnement et nécessaire à l'élaboration de l'enveloppe, dans le prolongement de la théorie du Moi-peau que je viens de développer, à la lumière d'autres auteurs l'ayant également définie. Cet approfondissement permettra d'intégrer à la théorie de la construction de l'enveloppe psychocorporelle la fonction contenante du psychomotricien. J'évoquerai ensuite les différents rôles de l'enveloppe psychocorporelle en lien avec le développement de la psychomotricité du sujet.

1.1.4. La fonction contenante en lien avec le rôle du psychomotricien

Beaucoup d'auteurs ont développé de manière plus précise le rôle prépondérant de l'environnement dans la construction de l'enveloppe chez le sujet. La notion d'un agent extérieur, environnemental, permettant cet étayage contenant au sujet, me semble importante à développer davantage, en ce sens qu'elle permet d'introduire le rôle potentiel du psychomotricien dans la construction ou la réhabilitation de l'enveloppe psychocorporelle du sujet. Je tenterai alors dans cette partie de faire le lien entre la fonction contenante de l'environnement et l'établissement de l'enveloppe psychocorporelle dans le développement de l'enfant.

Je souhaiterais premièrement définir de manière plus précise la notion de contenance. D'après le dictionnaire Larousse (s. d.-b), contenir, c'est « *empêcher quelque chose, un groupe de s'étendre ou d'avancer au-delà de certaines limites, les renfermer dans certaines limites ; endiguer, retenir* ». Il est dès lors possible de percevoir la contenance comme un

processus se fondant sur l'existence de limites. Il semblerait que, dans cette définition, l'accent soit mis sur la notion physique de la contenance. Cependant, il est possible d'imaginer cette définition sur le plan psychique, puisque par ailleurs, une autre signification proposée pour le verbe contenir, dans le même dictionnaire, est la suivante : « *réprimer un sentiment, empêcher sa manifestation extérieure, maintenir quelqu'un dans un état de calme, l'empêcher de manifester des sentiments violents* ». Il est dès lors possible d'imaginer comme l'utilisation d'un tel terme peut se rapporter à la notion d'enveloppe psychocorporelle, puisque contenir serait alors un processus visant à éviter un débordement en gardant en interne ce qui doit l'être, sur les plans physique et psychique, c'est-à-dire également en maintenant une homéostasie sur le plan émotionnel. Le psychomotricien, travaillant à la fois sur la psyché et le soma aurait donc un rôle important à jouer du point de vue de la contenance.

Winnicott a, dans sa théorie de la relation parent-nourrisson (1960/1969), développé la notion de *holding* maternel. Pour lui, les fonctions de maintenance et de contenance sont en étroite intrication durant le développement de l'enfant, et sont la résultante de soins maternels adéquats, comme a pu le décrire Anzieu. D'après Winnicott, ces soins soutiendraient le Moi de l'enfant, en permettant à ce dernier de se développer correctement, bien qu'il n'ait pas encore la possibilité de maîtriser le bon et le mauvais de l'environnement. L'auteur part du principe que « *le nourrisson et les soins maternels forment une unité* ». Le terme de *holding* renvoie au maintien, au portage physique de l'enfant, et à la réponse à ses besoins purement physiologiques, mais il désigne également tout ce qui est de l'ordre du bain environnemental dans lequel baignent les soins, et du champ psychologique complexe que cela implique, et donc ce que l'on pourrait qualifier de portage psychique. Lehmann (2007) définit le terme de *handling*, lorsqu'il décrit la clinique analytique de Winnicott, comme un prolongement du *holding* qui rajoute à cette théorie toutes « *les caresses et les autres contacts affectifs cutanés* » effectués par la mère durant les soins. Dès lors, non plus seulement la quantité de toucher, mais également sa qualité, propre à chaque sujet présent dans la proximité de l'enfant, seraient bénéfiques à ce dernier. D'après Winnicott (1960/1969), l'empathie de la mère, conjuguée à la continuité et la fiabilité des soins qu'elle prodigue au nourrisson permettrait de développer chez ce dernier un sentiment d'unité, de continuité d'existence. Puis, l'intégration de ces sentiments propres découleraient sur un processus d'individuation de l'existence psychosomatique du sujet. Finalement, le fonctionnement symbolique pourrait prendre place dans la psyché du sujet. Tout ce processus de la dépendance à l'indépendance serait donc étroitement lié, pour le sujet, à la qualité des soins maternels qu'il a pu vivre au stade de nourrisson, et à ses expériences motrices, sensorielles et fonctionnelles. Si l'on rapporte cela au rôle du

psychomotricien, il est possible d'imaginer comme le soin constitué par la prise en charge pourrait agir comme un portage pour le sujet : si l'on suit cette théorie, il s'agirait alors d'assurer au sujet un soin empathique et fiable, permettant à celui-ci de s'appuyer sur le professionnel afin de passer d'une dépendance relative à l'indépendance. Le soin psychomoteur constituant un travail corporel fondé sur le contact, que ce dernier soit cutané, visuel, sonore, ou de toute modalité sensorielle, il se devrait de permettre alors, dans cette optique, la constitution pour le sujet de son sentiment d'unité et de continuité d'existence. Le psychomotricien pourrait établir ces fonctions de *holding* et de *handling* pour le sujet duquel il prend soin, dans une contenance suffisamment qualitative et quantitative permettant à celui-ci la construction de son enveloppe psychocorporelle fiable.

Houzel, en développant le concept d'enveloppe psychique, redonne la primeur de l'utilisation de la notion de fonction contenant à Bion. Ce dernier (cité par Houzel, 2010, p. 64-65) développe l'idée d'un contenant et d'un contenu tous deux en relation et interpénétrés par l'émotion. Cependant, Houzel précise que la fonction contenant ne se résume pas à l'emboîtement mécanique d'un contenant et d'un contenu, mais bien à une « *relation dynamique entre les deux pôles de la relation contenant/contenu que sont le bébé et sa mère* ». Ainsi, par le biais d'une identification projective de l'enfant sur la mère, cette dernière pourra recevoir ce qui embarrasse la psyché de l'enfant, à savoir ce que Bion appelle des éléments bruts bêta, « *impressions des sens* » non représentées, sources d'angoisses archaïques pour le sujet si elles ne parviennent pas à être mentalisées (1962/2003, p. 25-26). Cette identification projective n'est cependant pas pathogène, elle est développementale et normale et a valeur de communication de l'état émotionnel à l'environnement. L'autre « *prédigèrerait* », dans la relation, les contenus psychiques de l'enfant : c'est la fonction alpha. Le nourrisson, en réponse, recevra des contenus psychiques qu'il pourra mentaliser, appelés éléments alpha. Cette fonction alpha peut également être remplie par le psychomotricien, dont l'élaboration pourra permettre un soutien au sujet afin qu'il s'approprie ses vécus non assimilables. Le professionnel peut constituer une aide à l'élaboration psychique des expériences du sujet, et à la constitution de ses représentations, par le biais de ses capacités pare-excitantes et de symbolisation personnelle ainsi que grâce à son aptitude à penser les pensées.

Pour résumer ces notions souvent développées de contenance et d'enveloppe, Ciccone (2001) explique que « *la fonction-enveloppe est une fonction de contenance, qui consiste à contenir et à transformer. La contenance est déjà une transformation, ou a un effet de transformation (...) Contenir une expérience c'est la comprendre* ». Il reprend alors la fonction contenant comme fonction princeps de l'enveloppe permise par la thérapie, et qu'il est possible de transposer à la psychomotricité. Le psychomotricien est un thérapeute

dont le rôle possible est de contenir ce qui émane du sujet, d'en proposer une lecture psychocorporelle propre à son regard professionnel holistique. Les qualités de l'objet contenant sont importantes (fonction alpha, *holding*, etc.), mais il en est de même pour la sollicitation du sujet par l'objet afin de le rendre acteur, la rythmicité des échanges et finalement l'attention de l'objet, dit l'auteur. Ce travail s'effectuerait donc dans un aller-retour entre le sujet et son environnement. De surcroît, l'auteur admet qu'il ne suffit pas d'être contenu, mais bien d'intérioriser la contenance pour que l'enveloppe du sujet puisse se constituer. Suivant ce raisonnement, le psychomotricien peut permettre au sujet de se saisir de la contenance et de l'intégrer afin de constituer sa propre enveloppe psychocorporelle efficiente.

Finalement, il est possible d'imaginer que la fonction contenant de l'environnement dans le développement de l'enfant participe à l'élaboration d'une enveloppe psychocorporelle individuelle et sécurisée. Néanmoins, pourquoi cette élaboration est-elle si importante dans le développement de la psychomotricité du sujet ? Quelles pourraient être les conséquences d'une défaillance dans la constitution de l'enveloppe du sujet, en lien avec sa psychomotricité ?

1.2. L'enveloppe psychocorporelle aux fondements du développement psychomoteur du sujet

La fonction contenant du psychomotricien s'appuie sur toutes ces théories fondamentales du développement de l'enveloppe psychocorporelle, mais comment agit-elle concrètement sur les fonctions psychomotrices ?

Dans la littérature relative à la psychomotricité, il est en réalité plus facile de trouver des écrits relatant de défauts dans la constitution de l'enveloppe psychocorporelle des sujets et des conséquences d'un tel manque sur la psychomotricité des concernés. Ainsi, en m'appuyant sur ce constat, je tenterai maintenant de mettre en lumière le lien entre les défaillances dans la constitution d'une enveloppe psychocorporelle contenant et sécurisée et la psychomotricité du sujet. Cela permettra de comprendre l'importance d'un travail autour de l'efficacité de celle-ci en séance.

1.2.1. Enveloppe et tonus

L'état de tension musculaire permanent, ou tonus, est un item aux fondements de la psychomotricité du sujet, puisque plusieurs auteurs ont pu noter le lien indéniable qu'il existe entre tonus et émotions. Le tonus de fond, premièrement, serait l'outil de maintien des différents éléments constituant le corps entre eux, assurant une « *contenance de soi-même* » à proprement parler, du fait des limites constituées par l'enveloppe-peau. Alors, le tonus soutiendrait « *le sentiment d'unité corporelle et d'individuation* » et constituerait « *une*

véritable 'enveloppe tonique' en support de l'enveloppe-peau », comme une enveloppe de contenance tonique fondamentale (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015).

Wallon (cité par Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015), déclare qu'« *essentiellement fonction d'expression, fonction plastique, les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire* ». L'auteur évoque que la posture du sujet est déterminée « *par l'organisation tonique du moment, ou tonus postural, lui-même sous-tendu par l'émotion* ». S'agissant du tonus d'action, il est le support du mouvement et de l'action, et permet la communication. De Ajuriaguerra (De Auriaguerra & Angelergues, 2008), qui reprend les recherches de Wallon au sujet du tonus, affirme que le tonus exprime les vécus de bien-être et de malaise du sujet, dans une communication non-verbale, notamment de la part de l'enfant pour son environnement. D'après ces auteurs, ce sont les gestes et mouvements effectués par autrui auprès de l'enfant qui vont influencer les premières attitudes toniques de ce dernier. C'est ce que De Ajuriaguerra nomme « *relation tonico-émotionnelle* », ou encore « *dialogue tonique* » (ibid). L'enfant entre, d'après l'auteur, en communion affective avec autrui en instrumentant son corps. Le tonus agit sur un mode vibratoire, dans une communication consciente et inconsciente « *avec des variations qui, par étayage, se chargent d'affects et de représentations, formant un ensemble psychomoteur qui se transforme, se décline, s'enrichit ou s'appauvrit selon les rencontres* » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015). L'environnement, dans les soins et l'accompagnement prodigués à l'enfant, échange avec lui sur un mode verbal et non-verbal et dans un bain émotionnel impliquant directement la fonction tonique. Les premiers schémas affectifs entre le parent et l'enfant se fondent sur les interactions toniques et les émotions qui y sont associées. Ce dialogue tonique va « *s'organiser et s'intégrer dans une expérience des soins contenant, à travers un ajustement adéquat* » (Boscaini, 2004) : la mère transmet par son toucher, ses mots, plus globalement son portage, dans le dialogue tonique, la contenance que l'enfant pourra ensuite intégrer.

En séance de psychomotricité, les messages transmis par le tonus et les échanges dans le dialogue tonico-émotionnel, tel que défini par Wallon et De Ajuriaguerra, nous permettent de détecter des particularités psychomotrices chez les sujets que l'on rencontre. Le psychomotricien se sert ainsi de son propre corps et de son propre tonus pour déchiffrer la communication non-verbale du sujet. Il s'agit pour le professionnel d'une activation consciente, qui nécessite un apprentissage et de l'expérience, à la différence du dialogue spontané et naturel qui se met en place entre le parent et l'enfant (Boscaini, 2004). C'est ainsi que, comme le décrivent Robert-Ouvray et Servant-Laval (2015), le professionnel apprend à déchiffrer, à travers un état d'hypertonicité, un vécu plutôt désagréable avec des « *états d'angoisse, de malaise, (...) de grands conflits, de colère, (...) de stress* », ou au

contraire « *dans le plaisir, dans le désir, dans l'excitation, la curiosité* ». Dans l'hypotonie, le psychomotricien peut lire « *des états de dépression, (...) d'impuissance, de détresse* », de vide, mais aussi « *la détente, (...) la rencontre avec l'autre, (...) elle est très agréable* ». Il s'agira alors d'en étudier tout le contexte afin de lire au mieux l'émotion associée.

Robert-Ouvray (2002/2007c, p. 155-165) développe à ce sujet que l'absence de jeu tonique aura de réelles conséquences psychomotrices pour le sujet. Il existerait, d'après elle, une bipolarité tonique entre hypotonie et hypertonicité, d'abord en tout ou rien, permettant au développement psychique de s'étayer sur les expériences du corps, et induisant ensuite des positions intermédiaires. Ces alternances toniques participeraient à la constitution des enveloppes psychique et corporelle en aidant « *à la différenciation du dedans et du dehors, ainsi que de soi et de l'autre* ». Robert-Ouvray suggère néanmoins la place prépondérante de l'hypertonicité dans le développement de l'enfant, en ce sens qu'elle possède des fonctions d'autoconservation comme dans le cas des réflexes du nouveau-né pour signifier la maturation de son système neurologique, des fonctions de pare-excitation pour suppléer cette même fonction chez l'environnement, les fonctions d'appétence, normative et de communication. Elle évoque la fonction d'enveloppe tonique remplie par l'hypertonicité : « *prototype moteur d'une première enveloppe psychique (...) L'hypertonicité pose les limites corporelles et les limites psychiques* ». Cependant, elle n'oublie pas de préciser le rôle de l'hypotonie, dont elle fait l'analogie avec la passivité de l'enfant, puisque c'est ce « *mou* » qui entraînera sa dépendance à l'environnement. C'est ce passage par la dépendance qui lui permettra d'introjecter la dimension d'appui sécurisant de l'environnement pour se constituer ensuite sa propre axialité, son propre « *dur* » contenant, à l'intérieur de lui-même. Ainsi, Robert-Ouvray assume le rôle péjoratif des troubles d'intégration de l'enveloppe dans le développement psychomoteur du sujet, celle-ci étant étayée sur le tonus et ses variations en lien avec la rencontre de l'environnement.

Le psychomotricien, du fait de sa formation et de son expérience de l'observation du tonus du sujet, peut repérer ce qui pourrait être la conséquence tonique d'un défaut de construction de l'enveloppe psychocorporelle. C'est ce qu'a énoncé Bick lorsqu'elle a développé le concept de *seconde peau*. Il s'agit d'un modèle paradigmatique de malaise du sujet se manifestant par un tonus anormal. Bick (citée par Houzel, 2010, p. 21, 78) dit que « *faute de cette expérience d'une relation à un objet extérieur contenant, (...) l'enfant s'engage dans la constitution d'une seconde peau, sorte de coquille protectrice formée par un surinvestissement de sa musculature (seconde peau musculaire)* ». L'enfant, sans le vécu de ladite contenance de son parent, ou « *objet d'arrière-plan d'identification primaire, d'un objet du dos sécurisant* » (Ciccone, 2001), n'aurait pu interioriser et construire son enveloppe psychocorporelle. De ce fait, afin de retrouver la stabilité perdue et ainsi éviter

la menace de désorganisation, il met en place un autoagrippement à sa propre motricité, dans une hyperactivité notable. Une difficulté à trouver un étayage contenant amène ainsi un surinvestissement tonique de la part de l'enfant, comme une tentative de se contenir lui-même. Ciccone ajoute à cette réflexion que l'enfant a besoin d'expérimenter à la fois le dur et le mou, l'étanchéité et la perméabilité, la consistance et l'élasticité, dans ses interactions précoces, afin d'intégrer cette contenance ajustée de l'environnement.

Le rôle du tonus est donc prépondérant dans l'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle dans le développement du sujet, mais également pour le professionnel psychomotricien dans le repérage d'une anomalie de l'efficacité sécurisante et contenante de l'enveloppe. Cependant, Bick (citée par Houzel, 2010, p. 21) évoque également que la non-efficacité de l'enveloppe peut avoir des conséquences repérables du point de vue de l'investissement de la sensorialité du sujet. Je développerai alors maintenant cet aspect de la psychomotricité en lien avec l'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle.

1.2.2. Enveloppe et sensorialité

J'ai déjà pu amplement évoquer le rôle prépondérant de la sensorialité en développant les conditions de constitution de l'enveloppe psychocorporelle : toutes les modalités sensorielles associées à la contenance, le portage physique et psychique, le bain de paroles, le toucher et la plénitude ou le malaise que ressent le sujet face aux capacités ou à l'absence d'adaptation de son environnement à ses besoins. Je développerai donc quelques théories au sujet d'une défaillance dans l'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle du point de vue de la sensorialité.

D'après Houzel (2010, p. 21), résumant la théorie de Bick susmentionnée, l'échec de l'intégration par l'enfant de la contenance proposée par son environnement amène un autre type de « *seconde peau* » en plus de la seconde peau musculaire. En effet, pour retrouver la stabilité qui lui fait défaut, l'enfant peut avoir recours à une « *sensation quelconque* », dit l'auteur. C'est ce que Bick appelle un « *agrippement sensoriel* » : l'enfant retrouve une ébauche de la stabilité dont il a besoin en s'accrochant à une sensation, seulement pour la sensation et l'effet qu'elle lui procure, afin de parer à la désorganisation. Les sensations peuvent être visuelles, auditives, olfactives, tactiles, gustatives, vestibulaires. Le fonctionnement est semblable à celui de la seconde peau musculaire en ce sens qu'il s'agit d'un surinvestissement d'une qualité corporelle pouvant s'avérer pathologique si son recours est l'unique modalité utilisée par le sujet (Houzel, 2010, p. 21).

Si l'on reprend les fonctions du Moi-peau, et notamment la fonction d'intersensorialité (Anzieu, 1985, p. 127), le fait est que la conséquence de l'échec de la fonction d'intersensorialité est précisée par Anzieu. D'après ce dernier, si cette fonction n'est pas

remplie dans le portage physique et psychique de l'enfant par son environnement, le risque pour celui-ci est « *l'angoisse de morcellement* ». Concrètement, l'enfant ne faisant pas le lien entre les structures le composant, ne ressent pas son unité psychomotrice, sa globalité, ce qui peut entraîner des angoisses profondes. Cette théorie signe l'importance des afférences sensorielles pour l'enfant dans son développement, mais également de leur étayage par l'environnement.

En lien avec l'intersensorialité et les représentations mentales du corps du sujet qu'elle permet, il est des items psychomoteurs qui sont particulièrement concernés par l'enveloppe psychocorporelle : il s'agit du schéma corporel et de l'image du corps, à propos desquels je vais m'attarder maintenant.

1.2.3. Enveloppe, schéma corporel et image du corps

Il me semble important de développer le concept de schéma corporel, puisqu'étroitement lié à la problématique de l'enveloppe psychocorporelle. En effet, Guiose (2001), dans sa *Rétrospective des concepts de schéma corporel, image du corps et enveloppes psychiques*, rapporte plusieurs théories quant au schéma corporel. L'auteur explique que, d'après Head, le terme de schéma corporel se référerait à un « *modèle postural du corps* ». Guiose précise que l'on repère préférentiellement le schéma corporel lorsqu'il est pathologique. Pour Potel (2010/2019c), « *le schéma corporel sera la résultante de toutes ces actions/explorations auxquelles l'enfant recourt pour utiliser son corps et ses potentialités, pour connaître son corps dans l'espace et dans le temps* ». Robert-Ouvray (2002/2007a, p. 90) ajoute à cette définition la nécessité de maturation neurologique : « *le schéma corporel, dépendant de l'intégrité neuromotrice, va se construire et se définit comme la connaissance affectée que chacun a de son organisation motrice dans l'espace et le temps* ». Il se construirait sur la base de l'expérience précoce, en lien avec la maturation neurologique, et évoluerait au fur et à mesure de l'investissement du corps, afin que ce dernier se construise « *comme une entité et non pas comme une somme de parties dissociées et ajoutées les unes aux autres* » (Potel, 2010/2019c).

L'image du corps, quant à elle, correspondrait à la dimension psychique de la représentation du corps, « *éminemment inconsciente, (...) support du narcissisme* » d'après Dolto (citée par Guiose, 2001) et donc inévitablement chargée d'affects, mais demeurerait en lien étroit avec le schéma corporel.

Guiose (2001) évoque lui aussi la théorie de Wallon. Pour ce dernier, l'enfant doit acquérir des données qui ne lui sont pas innées afin de comprendre ce qui est de l'ordre de son monde intérieur et le différencier du monde extérieur. Ces données pourront lui permettre d'avoir « *une notion de son corps cohérente et unifiée* ». Pour ce faire, il lui faudra intégrer

l'interdépendance entre des afférences sensorielles lui provenant du monde extérieur, de son environnement, des personnes l'entourant, et ses sphères kinesthésique et posturale propres, le tout en lien avec les activités auxquelles son corps propre s'adonne. C'est à cette condition que s'élaborera son schéma corporel, sans oublier l'importance de « *la relation de l'enfant avec autrui* ». En effet, le corps, touché et regardé par l'environnement, porté physiquement et psychiquement, laisse une empreinte sur l'enfant, lui permettant petit à petit de devenir sujet.

C'est également ce que développe Winnicott dans *La théorie de la relation parent-nourrisson* (1960/1969) après avoir défini le *holding*. Pour cet auteur, il existe donc un stade du « *maintien* », pendant lequel les soins maternels et le développement psychologique du sujet sont interdépendants, comme je l'ai précédemment évoqué. Durant ce stade, l'enfant intègre petit à petit son Moi : si les soins sont fiables, l'enfant pourra accéder à un « *état d'unité* » le constituant comme une personne à part entière, individuelle au sens strict du terme. En parallèle « *l'existence psychosomatique de l'enfant prend forme et commence à suivre un schéma personnel* », ce que l'auteur nomme « *l'installation de la psyché dans le soma* ». En effet, les expériences sensori-motrices de sujet propre de l'enfant lui permettent de distinguer le moi du non-moi, et ainsi « *le nourrisson en vient à avoir un intérieur et un extérieur et un schéma corporel* ». Il est donc intéressant de pouvoir faire le lien entre l'enveloppe et le schéma corporel, la première permettant au sujet de percevoir, si elle est efficiente, l'intérieur et l'extérieur, le soi et le non-soi et de permettre au second d'être intégré par le sujet. Un maintien, ou *holding* « *suffisamment bon* », serait la condition *sine qua non* du passage de l'enfant d'une dépendance absolue à une dépendance relative, vers l'indépendance ensuite. C'est ce qu'explique Robert-Ouvray (2002/2007a, p. 90), lorsqu'elle évoque que « *si tout se passe bien dans la relation, ce sont des rapports topographiques et topologiques élémentaires qui vont se complexifier en fonction de la coordination motrice et des relations affectives* ».

Guiose (2001), décrivant toujours la théorie de Wallon, explique que la reconnaissance de l'image du miroir comme sienne est une étape importante dans ce processus d'individuation. En effet, c'est par cette reconnaissance que « *l'accès à une représentation mentale du corps* » sera possible pour l'enfant : l'image spéculaire du corps de ce dernier, relativement différente de l'espace corporel vécu jusqu'alors, permettra de compléter sa représentation mentale de lui-même. L'auteur évoque plus loin la théorie de Dolto, cette dernière ayant plus particulièrement défini la notion d'image du corps, comme précisé plus tôt. Celle-ci résulterait de l'intégration des zones du corps ayant été investies pendant les échanges avec l'environnement dans l'histoire du sujet. Dolto insiste sur la différence entre le schéma corporel et l'image du corps, tout en précisant leur intrication évidente.

Si l'on fait le lien entre toutes ces théories, il est possible de noter le rôle prépondérant de la qualité de l'enveloppe psychocorporelle à des fins d'organisation du schéma corporel, ainsi que de l'image du corps du sujet. Liée à la délimitation entre ce qui est de l'ordre du corps propre et de l'environnement, l'intégration de ces éléments permettra au sujet de développer sa conscience de Soi grâce à la reconnaissance de l'Autre (ibid.). En conclusion, le sujet pourra donc, du fait d'un environnement adapté, accéder à l'indépendance et l'individuation : sans l'intégration de son enveloppe psychocorporelle sécurisante et contenante, la distinction soi/non-soi et intérieur/extérieur sera floue. Ces différenciations étant à la base de la constitution du corps propre, de l'individuation et de l'intégration du schéma corporel, ce dernier s'en trouvera alors troublé.

1.2.4. Contenance et motricité

J'ai évoqué plus tôt la manière dont la coordination des gestes dans l'espace permet au sujet d'intégrer son schéma corporel. De la même façon, sa motricité lui permet d'intégrer ce qui est de l'ordre des limites de son corps, dans une optique d'individuation. L'intégration de l'enveloppe psychocorporelle dépendrait alors des agirs du corps dans le temps et dans l'espace. Cependant, il semblerait que cette enveloppe psychocorporelle ait réciproquement un rôle primordial par rapport à la motricité du sujet.

Rappelons en effet que Bick, lorsqu'elle décrit sa seconde peau musculaire, évoque la manière dont l'enfant peut entrer dans un processus d'instabilité motrice et d'hyperinvestissement de sa musculature afin de pallier un défaut de contenance. En effet, Golse (2001), évoquant la théorie de Bick, précise que « *l'agitation d'un enfant peut prendre la valeur d'une enveloppe motrice défensive face à un défaut de contenance primordiale* ». Du point de vue de son enveloppe psychocorporelle, et pour compléter l'explication de la théorie de Bick, Ciccone (2001) évoque la manière dont la seconde peau « *de nature musculaire, ou motrice, le raidissement du corps tout comme l'agitation permanente* » pourraient permettre au sujet de lutter « *contre des angoisses agonistiques primitives* ». L'investissement exagéré de la motricité du sujet aurait donc un effet pare-excitant pour la stabilité psychique du sujet, en supplément de l'effet contenant évoqué.

Deux aspects de la motricité sont donc évocables : celle-ci peut permettre au sujet de retrouver sa stabilité perdue du fait d'une enveloppe qui ne serait pas suffisamment contenante, mais elle sert également à celui-ci afin qu'il élabore son sentiment de contenance suffisante. Cet aspect de la psychomotricité du sujet possède donc un rôle non négligeable, non seulement pour que s'élabore son enveloppe psychocorporelle, mais également pour signifier un trouble dans l'efficacité de celle-ci.

Notons de surcroît que les limites de son propre corps ainsi que du corps de l'autre constituent des aspects permis par l'intégration d'une enveloppe corporelle sécurisée, comme j'ai déjà pu l'évoquer. Potel (2015) écrit à ce propos que « *quand on parle de l'intégration des limites du corps, on se doit de parler également des limites des actions du corps, des limites de la jouissance par le corps* ». Pour ce faire, dit-elle, il faut imposer au sujet des « *castrations symboligènes* », ces dernières résultant en un « *ajustement de la balance désir/déplaisir/plaisir/renoncement et son équilibrage* ». Tout cela permettrait de limiter le sentiment tout-puissant du sujet, nécessaire dans la jeune enfance, mais qui peut s'avérer « *catastrophique (...) s'il perdure* ». Ainsi, l'enfant aurait besoin de différents couplages par l'environnement, qui sont les suivants : ferme/dur, sécurité/expériences, autorité/permission, protection/liberté, réalité/imaginaire et concret/symbolique, dans une alternance pertinente pour intégrer ces limites particulières de son corps.

Dans cette continuité, Ciccone (2001) évoque la manière dont l'étayage contenant doit être considéré au-delà d'un travail thérapeutique, en rappelant son rôle primordial dans le travail pédagogique et éducatif. Cela permet de rajouter que l'étayage contenant de l'environnement, s'il est adapté, pourra permettre au sujet d'intégrer des règles de vie, des limites également éducatives. Ainsi, le sujet, étayé par un psychomotricien et un cadre de séance contenant, pourra intégrer des limites socio-éducatives qui peuvent également se référer à sa motricité, dans une optique éducative : par exemple, l'interdiction de blesser l'autre ou de se faire mal, pour n'en citer que deux.

Ce dernier aspect me permet de noter un point rapide au sujet d'une notion importante, qui porte souvent à confusion lorsque l'on parle de contenance : la contention. D'après la Haute Autorité de Santé (2017), il existe deux types de contentions : la camisole chimique et la contention mécanique. La contention se réfère à l'« *utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements* », ce qui comprend l'utilisation de substances chimiques, de moyens mécaniques ou humains, « *empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui* » (Haute Autorité de Santé, 2017). Elle est souvent retrouvée en institution psychiatrique et est opérée par des soignants. Elle est une mesure d'entrave exceptionnelle dans une situation de crise, et est strictement encadrée par des mesures de bonne pratique. L'efficacité de l'enveloppe psychocorporelle interroge lorsque la question de la contention se pose : cette dernière serait le témoignage de l'échec de la fonction contenante du sujet envers lui-même, mais également de la fonction contenante du soignant, lorsque les mots et l'écoute ne permettent pas l'apaisement escompté et que la symbolisation est impossible (Durand & Alary, 2014).

C'est d'ailleurs le sujet du lien entre l'enveloppe psychocorporelle et la symbolisation que je vais tenter de développer maintenant.

1.2.5. L'enveloppe symbolisante

La fonction symbolisante de l'enveloppe a déjà été développée plus tôt, notamment lorsque j'ai énoncé la fonction alpha élaborée par Bion. Comme l'explique Ciccone (2001), « *dans la 'rêverie' – la fonction alpha est tributaire de la 'capacité de rêverie' – commence le processus de formation du symbole et de la pensée* ». L'élaboration de l'enveloppe psychique repose sur une capacité de l'environnement à symboliser ce qui n'est pas représentable dans le début de la vie. Puis, le sujet intègre cette fonction symbolisante et élabore son appareil à penser les pensées.

Winnicott (1960/1969) explique que pendant ce stade de *holding*, de maintien, un processus essentiel s'élabore. Il s'agit de « *l'éveil de l'intelligence et la formation des fonctions mentales comme quelque chose de différencié du psychisme* ». Il s'agit pour lui d'une période de développement « *des processus secondaires et du fonctionnement symbolique, ainsi que (...) de l'organisation du contenu psychique personnel qui offre une base aux relations de la vie et des rêves* ». C'est un aspect du développement psychomoteur éminemment important du sujet qui se construit en partie du fait d'un holding de l'environnement « *suffisamment bon* ».

Dans cette optique, j'essaierai maintenant de développer l'influence de l'enveloppe psychocorporelle du psychomotricien vis-à-vis de celle du sujet qu'il rencontre en séance.

1.2.6. La place de l'enveloppe du psychomotricien

L'environnement, comme je l'ai évoqué plus tôt, aurait un rôle prépondérant à jouer pour permettre au sujet de consolider son enveloppe psychocorporelle, notamment à la lumière de son développement psychomoteur. Alors, par quels moyens le psychomotricien peut-il participer à cette consolidation ?

Veesser (2015) exprime qu'« *au moyen du cadre thérapeutique, de l'engagement corporel, (...) des verbalisations du vécu corporel, des mises en situation corporelles adaptées et des stimulations proposées, la prise en charge psychomotrice cherche à favoriser l'émergence d'une enveloppe contenant* ». Ainsi, chaque aspect de la prise en charge, depuis son aménagement jusqu'à la capacité à penser du psychomotricien, mais également le dialogue tonique et la posture professionnelle de celui-ci, permettraient un travail contenant dans une optique de consolidation de l'enveloppe psychocorporelle. Veesser ajoute que « *par ses interventions psychiques et corporelles, le psychomotricien transforme ce qui est difficilement supportable et angoissant en éléments assimilables, base de la*

sécurité corporelle et psychique ». Le psychomotricien pourrait donc, en résumé, servir la fonction alpha à sa manière en s'engageant dans le soin et en modulant les aspects de ce dernier, afin d'assurer la sécurité psychocorporelle du sujet.

Il semble important dans cette optique de réfléchir à l'enveloppe psychocorporelle propre du psychomotricien. Potel (2015) émet une mise en garde, dans ce travail d'intégration des limites, « *il nous faut assumer que nos actions et nos actes ont une valeur à la fois concrète et symbolique, et que cette double valeur de notre engagement corporel et verbal va faire 'levier thérapeutique'* ». Ainsi, il semblerait que l'entière psychomotricité du professionnel lui permette d'incarner dans le soin un maximum des aspects de l'environnement favorisant le développement d'une enveloppe psychocorporelle, à la lumière de tout ce qui a été évoqué plus tôt. Le psychomotricien doit, de surcroît, avoir la capacité de différencier ce qui est de l'ordre du moi, du non-moi, de l'intérieur de son cadre thérapeutique, mais également de l'extérieur. Afin de jouer son rôle contenant, de proposer au sujet un véritable « *holding psychomoteur* », terme repris à Robert-Ouvray (2002/2007b, p. 111), il doit avoir intégré lui-même une contenance propre. Le psychomotricien doit pleinement s'impliquer corporellement, tout en conservant sa propre capacité à penser et sa subjectivité (Gatecel et al., 2015, p. 333), ce qui semble nécessiter que sa propre enveloppe psychocorporelle soit suffisamment solide pour ne pas s'en trouver « *effractée* » par les actions et les émotions du sujet qu'il rencontre en séance.

Parmi les outils dont le professionnel dispose et qui sont l'essence même de sa pratique, il en est un au sujet duquel je vais m'attarder à présenter les aspects théoriques. Ces aspects m'aideront, en lien avec la problématique de l'enveloppe psychocorporelle, à réfléchir à propos du cas que j'ai exposé plus tôt. Il s'agit du cadre thérapeutique et de ses rôles dans la pratique psychomotrice.

2. Le cadre thérapeutique en psychomotricité

2.1. Qu'est-ce qu'un cadre ?

2.1.1. Généralités quant aux cadres

Si l'on se réfère au dictionnaire Larousse (s. d.-a), le terme de cadre possède une multitude de définitions. Il peut s'agir d'une fonction, d'un objet, d'un contexte, etc. En tant qu'objet, un cadre est une « *bordure rigide limitant une surface* », mais il peut également constituer symboliquement les « *limites d'un espace* ». Du point de vue contextuel, il peut s'agir de « *ce qui borne, limite l'action de quelqu'un, de quelque chose ; ce qui circonscrit un sujet* ». Plus loin, mais sur une autre page du dictionnaire, on apprend que le terme de cadre se réfère à la fonction d'un sujet ayant acquis une formation particulière et possédant de ce fait des responsabilités de contrôle, de direction ainsi qu'un statut particulier. Par ailleurs,

en anglais, chaque cadre que l'on peut trouver défini dans un dictionnaire français aura son propre terme : « *frame* », « *surroundings* », « *manager* », « *framework* », etc. (Collins, s. d.). Le point commun à la plupart des définitions du cadre semble ainsi être le rapport à la délimitation, aux bordures. Ainsi, ce terme, si l'on se réfère aux définitions fondamentales évoquées dans le dictionnaire, se trouve directement en analogie avec le terme littéral de contenance.

Le type de cadre qui m'intéressera ici est le cadre thérapeutique. Il s'avère difficile de trouver une définition du cadre thérapeutique exhaustive se référant directement à la psychomotricité, mais il est possible d'en trouver plusieurs, chacune définissant un des aspects du cadre, au sujet de la thérapie de manière plus générale. Je tenterai, en m'appuyant sur le cadre tel que défini en psychologie, d'en saisir les éléments importants pour la prise en charge en psychomotricité. Potel (2010/2019a), à la fois psychothérapeute et psychomotricienne, en propose une première définition : « *le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre* ».

Pour Mendiburu (2003), le cadre est « *un noyau rigoureux, ajusté créativement selon les personnalités en présence et la nature du lien thérapeutique* ». Cette définition apporte le caractère primordial de l'élaboration d'un cadre thérapeutique en séance, à des fins notamment d'alliance thérapeutique. Il est un système dynamique et souple, mais qui doit également être dûment défini dès le début de la prise en charge. Pour cet auteur, il en existe quatre composantes qui sont intriquées les unes dans les autres, en interaction, et qu'il faut penser ensemble : le cadre professionnel, le cadre conceptuel, le cadre pratique et le cadre interne du thérapeute. Ce qu'il est possible de noter est le fait que le cadre, de manière globale, possède plusieurs composantes, concrètes et abstraites, que je vais m'intéresser à définir maintenant. Je les présenterai succinctement dans un premier temps, en développant les composantes du cadre dans deux catégories : le cadre interne et le cadre externe. Je développerai ensuite les fonctions du cadre thérapeutique, en lien avec les composantes de celui-ci.

2.1.2. Le cadre thérapeutique externe

Le cadre thérapeutique externe concerne ce qui se réfère à tout ce qui englobe le processus, le travail mis en place en séance, par opposition aux cadres internes du psychomotricien et du sujet pris en charge. Il s'agit des différentes modalités de la prise en charge : cadres spatio-temporel et institutionnel, règles de fonctionnement, matériel à disposition ou encore rémunération.

Premièrement, parlons du cadre spatial d'une prise en charge, que Mendiburu (2003) appelle « *l'espace de rencontre* ». Il s'agit d'espaces à la fois concrets et symboliques, passant de l'espace de la salle à la détermination de la distance relationnelle et physique entre les sujets de la rencontre. Il peut également s'agir de l'espace de l'institution recevant le sujet, avec son équipe et la place respective physique et hiérarchique de chacun de ses membres, ainsi que la place des personnes reçues, au milieu de tout cela. Dans certaines prises en charge, une partie du cadre peut également se retrouver dans le lieu du domicile, celui de la salle d'attente, et dans la place des objets, leur appropriation ou non (Delourme, 2003). Notons qu'au sein même d'un espace, plusieurs sous-espaces peuvent être définis, de manière concrète ou symbolique.

Ensuite, il existe un cadre temporel dans chaque prise en charge. D'après Delourme (2003), « *les trois modalités temporelles du cadre sont la durée des séances, leur fréquence et la longueur du processus* ». Cela signifie que chaque aspect temporel des séances, du rythme à la répétition, mais également la durée totale du suivi, fait partie intégrante du cadre thérapeutique.

Ces deux premiers paramètres du cadre thérapeutique forment ensemble le cadre spatio-temporel. Ils vont souvent de pair puisqu'ils sont fréquemment pensés dans le même temps dans leur élaboration. Ils forment un environnement de soin, des paramètres, une installation importante à considérer dans chaque prise en charge.

Le matériel utilisé par le psychomotricien constitue également une des composantes particulièrement concrètes du cadre, qu'il est possible de rapprocher de la notion de cadre spatial. Potel (2010/2019a) précise ainsi que « *le psychomotricien implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets – jeux, tissus, coussins, matières, couleur – qui sont autant de supports aux intégrations et à l'imaginaire* ». Les conditions matérielles de chaque séance permettront à des processus de prendre place et au professionnel de s'en saisir afin d'y fonder son travail. Le matériel peut, selon les prises en charge, se trouver imposé par le lieu d'exercice, mais il peut également être très personnel au psychomotricien. Notons qu'il arrive parfois que le matériel personnel du sujet pris en charge se retrouve au sein même des séances.

Il existe également un cadre de fonctionnement. Ce dernier reprend le cadre institutionnel, et rend compte des conditions humaines des séances, depuis les conditions d'encadrement, individuel ou en co-thérapie, jusqu'à des conditions de prise en charge, individuelle ou groupale. D'après Potel (2010/2019b), le cadre thérapeutique fait partie intégrante d'une « *institution qui a un projet global pour les patients, s'appuie sur le travail d'une équipe où chacun est censé avoir sa place et sur un certain nombre de règles qui lui*

permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée ». En effet, elle permet d'apporter à ce cadre de fonctionnement la notion de place de chacun, mais également la notion de règles qu'il existe dans le cadre thérapeutique, et ces règles peuvent être de différents ordres. Il est d'abord possible d'évoquer les règles de l'institution et tout ce qui se réfère au cadre légal de toute prise en charge, desquelles le professionnel ne peut faire fi. Le secret professionnel et le caractère déontologique et éthique peuvent être évoqués ici, ainsi que la responsabilité du professionnel, qui font partie du cadre du soin dont je reparlerai plus loin. De plus, n'oublions pas la règle de sécurité physique et morale des sujets, qui est une règle primordiale dans tout cadre de soin (Mendiburu, 2003). Il existe également des règles faisant partie du choix du psychomotricien, et qu'il peut adapter presque à sa guise au sein même des prises en charge, et qui ne relèvent pas de celles citées ci-dessus. Potel (2010/2019b) rapproche le cadre matériel au cadre du fonctionnement, ce dernier répondant au projet thérapeutique du patient élaboré à partir des hypothèses de l'équipe. Ainsi, elle explique que pour le psychomotricien, « *ce peut être une médiation très précise (relaxation, graphomotricité, danse), ou toutes les médiations qui impliqueront le corps dans ses constructions fondamentales et qui favoriseront la relation à soi, la relation à l'autre* ».

Je rajouterai enfin à ce cadre externe la notion de rémunération, que je ne développerai pas de manière exhaustive, mais qu'il est indispensable de citer, puisqu'elle engage une responsabilité professionnelle certaine qui peut colorer la prise en charge. Mendiburu (2003), à ce sujet, évoque que « *l'argent qui est l'obstacle social entre le désir et le pouvoir est forcément un piment thérapeutique* ». L'argent confère une fonction particulière à celui qui le reçoit comme à celui qui le fournit. Dans une relation dans laquelle le psychomotricien a pour mission de prendre soin d'un sujet, la rémunération par ce dernier peut être un moyen de rééquilibrer la relation vers une pseudo-dépendance mutuelle entre les différentes parties, vers un échange réciproque.

Delourme (2003) affirme que le caractère stable des éléments définis par le cadre externe d'une prise en charge est indispensable à son bon déroulement, permettant le lâcher-prise du sujet dans une sécurité certaine. Cependant, il met en garde sur le fait que cette stabilité n'est pas synonyme de rigidité : « *cette stabilité globale du cadre n'empêche pas que sa géométrie soit variable et les règles d'échange adaptables* ». Il évoque ensuite le fait qu'en effet, « *tout cela n'est pas fixe et définitivement établi, mais au contraire ouvert et évolutif parce que situé dans un contexte affectivo-relationnel stable et sécurisé* ». C'est également ce que résume justement Namer (2012), lorsqu'il dit que l'espace du cadre thérapeutique, « *contenant et contenu, nécessite le besoin d'une structure solide pouvant être le support de l'évolution du traitement, sans que la fermeté se transforme en rigidité* ». Il s'agit dès lors

de pondérer la fermeté absolue du cadre thérapeutique en le maintenant adaptable tout au long du suivi.

Il est alors possible de remarquer comme tous les aspects du cadre externe doivent être pensés ensemble, selon le projet global et thérapeutique du patient. Selon les situations de prise en charge, une ou plusieurs personnes différentes « *porteront* » le cadre, dit-on, c'est-à-dire qu'elles en seront les garantes afin que demeurent sécurité et stabilité. D'ailleurs, Boutinaud (2010, p. 169) explique que la notion de cadre ne se réfère pas seulement aux éléments, concrets et abstraits, que l'on retrouve dans le cadre externe, mais aussi dans « *le positionnement du psychomotricien en tant que garant de cet espace. Il inclut donc également le thérapeute et son engagement* ». C'est ce qui est appelé le cadre interne du professionnel, duquel je vais maintenant évoquer quelques aspects. Je noterai également que le cadre interne du sujet pris en charge a toute son importance dans le suivi.

2.1.3. Le cadre thérapeutique interne

Le cadre interne maintenant, très important dans le domaine de la psychologie puisqu'au centre de la thérapie, concerne également le psychomotricien. Cependant, le patient que l'on rencontre en psychomotricité possède aussi un cadre interne qu'il est important de considérer. La séance constituerait la rencontre de deux mondes internes dans un espace-temps particulier, et ce sont ces deux mondes internes et leurs caractéristiques qui constituent le cadre interne d'une prise en charge.

Le cadre interne du professionnel a été décrit par beaucoup d'auteurs et est aux fondements de la prise en charge en psychomotricité. Aucouturier (2017), lorsqu'il décrit le déroulement de la formation en psychomotricité qu'il a créée, dit que les trois volets de cette dernière sont les formations personnelle, théorique et pratique. Il indique également que ces trois aspects s'entremêlent et sont interdépendants. Finalement, cela crée un tout, que l'on appelle le cadre interne.

Si l'on en croit Mendiburu (2003), le cadre conceptuel dont le professionnel s'imprègne correspondrait à la théorie « *qu'il a cuisinée, assimilée, métabolisée jusqu'à la faire sienne et qui lui permet de structurer son intuition* ». L'étudiant, ainsi que le professionnel, intègrent un contenu qui viendra colorer leur manière d'être, dans un enchevêtrement au carrefour de quatre aspects du savoir transmis de professionnel en professionnel : « *une transmission de savoir, une transmission de savoir-faire, une transmission de savoir être et de savoir penser* » (Potel, 2010/2019a). Pour Potel, il s'agit en effet d'un don important modifiant la personnalité, la connaissance et la « *technicité* » de l'apprenant, qui nécessite la maturité de ce dernier et qui rendra chaque prise en charge unique, à l'image de chaque psychomotricien formé.

Il me semble important de rappeler qu'à la croisée des trois formations nommées par Aucouturier se situe l'éthique. Si l'on en croit Martin (2001), l'éthique est « *l'ensemble des signes, des conduites, des contenus verbaux et non-verbaux qui signifient cette reconnaissance, attestent de cette relation de respect* ». Elle prend tout son sens en psychomotricité, puisqu'elle témoigne d'une obligation de sécurité physique et psychique que le professionnel se fixe à lui-même et qui lui permet d'être au plus juste dans sa relation. D'ailleurs, il existe pour la profession de psychomotricien une charte définissant le cadre éthique et déontologique de la pratique libérale, rédigée par l'Association française des Psychomotriciens Libéraux, et à laquelle les membres doivent se tenir sous peine de radiation de l'association. Elle permet de poser les jalons de la pratique, entre respect, justice et bienveillance (Association française des Psychomotriciens Libéraux, s. d.).

Pour résumer le cadre interne du psychomotricien, il est possible de citer Mendiburu (2003), une nouvelle fois, qui dit que « *l'encadrement intersubjectif interactif que le thérapeute met en œuvre est le produit d'une existence riche et consistante, imprégnée d'une sécurité intérieure et d'une formation métabolisée en profondeur* ». Il ajoute que cette existence lui confère un crédit particulier, « *fait de lui une personne de référence et (...) valide son message thérapeutique* ».

Cependant, si le professionnel possède tout ce bagage lorsqu'il pénètre dans la rencontre, il en est de même pour le patient, qui arrive en séance avec son cadre interne propre. Il ne faut pas négliger le fait que le sujet que l'on rencontre possède une histoire pleine, cette dernière n'ayant pas débuté au moment de notre premier rendez-vous. Il s'agit de prendre en compte le sujet dans sa globalité, comme se doit de le faire le psychomotricien, avec son vécu corporel, son vécu psychique, son vécu psychomoteur. Namer (2012) évoque d'ailleurs à ce propos que le manque de structure du cadre interne du thérapeute comme du patient peut amener l'un ou l'autre à prendre appui sur le cadre externe. Il invite à considérer la manière dont les différents cadres, externes et internes, sont à penser ensemble.

Le cadre thérapeutique n'est ainsi pas seulement un ensemble de règles et de fonctionnements intriqués les uns dans les autres, mais possède plusieurs rôles éminemment importants en séance de psychomotricité, dont je tenterai de recenser maintenant les principaux.

2.2. Les fonctions du cadre thérapeutique en psychomotricité

2.2.1. Le cadre comme outil d'entrée en relation et vice-versa

Comme je l'ai déjà défini précédemment, le cadre est premièrement l'espace-temps privilégié qui permet la rencontre. Pour que cette dernière serve le soin, le psychomotricien

se doit d'adopter une posture particulière, de s'impliquer corporellement. C'est pour cette raison que, d'après Potel (2010/2019b), « *son premier outil est la connaissance qu'il a de lui-même : une connaissance sensorielle, 'psychomotrice', une connaissance avertie et pensée, pour servir ses projets thérapeutiques* ». C'est cet outil, partie intégrante de son cadre interne, qui lui permettra de comprendre le plus justement possible les modifications repérables au sein du cadre thérapeutique. En effet, le professionnel se servira de tout ce qui fait écart au cadre établi pour élaborer son suivi, ce dont je reparlerai plus loin.

Le psychomotricien doit utiliser son cadre interne afin que la relation s'établisse. Cependant, celui-ci doit s'impliquer pleinement, et non pas demeurer dans une neutralité bienveillante, afin que le sujet puisse jouer sa psychomotricité dans la relation (Gatecel et al., 2015, p. 333-334). Ce sont ainsi le psychomotricien, son savoir, son savoir-être et son savoir-faire qui vont permettre que le cadre se forge et les choix de celui-ci seront autant de facteurs à adapter afin que l'espace de la rencontre se crée dans le soin. Martin (2001) rappelle ainsi que le cadre doit garantir « *la réalité interne, la réalité psychique, construite sur la perception, organisée par la mémoire, la classification, la structuration en signes et significations, colorée par l'émotion. Et à partir de ça, la rencontre* ».

Enfin, le psychomotricien, s'il est le garant du cadre, doit trouver un équilibre dans son cadre interne entre rigueur et souplesse. D'après Delourme (2003), « *encadrer ne consiste pas seulement à énoncer des règles. Il ne s'agit pas uniquement de mettre en place les conditions concrètes de réalisation du processus de changement, mais d'adapter ces données au style et à la problématique personnelle du patient* ». En effet, c'est l'expérience du psychomotricien qui lui permettra de trouver ce juste milieu indispensable au travail du soin. L'auteur ajoute qu'en créant une ambiance relationnelle répondant au besoin du sujet, « *on peut optimiser ses chances d'amélioration* ».

Ainsi, l'entrée en relation, qui semble primordiale dans le soin psychomoteur et dont le cadre thérapeutique constitue la scène première de déploiement du processus, permet la mise en place d'une autre fonction du cadre thérapeutique, la fonction symbolisante.

2.2.2. La fonction symbolisante du cadre

Le professionnel a plusieurs moyens pour étayer la symbolisation de ce qui se déroule en séance, en passant par la parole et le corps. Potel (2010/2019b) exprime que le projet du psychomotricien dans ses séances serait une « *mise en pensée du corps* », vers une symbolisation plus élaborée, fondée sur l'implication du psychomotricien précédemment définie.

Loury-Iliona (2003), qui recherche une définition au plus juste du cadre thérapeutique, évoque le fait que « *le cadre (...) fait référence à un processus au service du*

développement de la personne ». En effet, le cadre a une réelle importance dans l'élaboration psychique du sujet. Le psychomotricien est le support d'élaboration du sujet, et c'est grâce au cadre des séances de psychomotricité que certains sujets pourront accéder à la représentation.

Kaës (2013) évoque une fonction distincte qu'il appelle la fonction d'étayage, que je choisis de rapprocher de la fonction de symbolisation, qu'il définit également. Il rapproche celle-ci de la fonction d'adossement : le cadre constituerait l'arrière-plan sur lequel l'appui du sujet est possible et dont le rôle est majeur « *dans la formation du sentiment de sécurité et d'identité* ».

Qui plus est, le professionnel fait des choix de médiations qui joueront, en plus du professionnel, le rôle de support à une élaboration : les caractéristiques de la médiation choisie auront telle ou telle valeur symboligène et permettront « *de proposer d'autres supports à la symbolisation, là où les modes de symbolisation habituels ont échoué* » (Gatecel et al., 2015, p. 334). Le professionnel devra se saisir de ce que lui amène le sujet, en lui permettant d'une part de trouver un endroit adéquat au dépôt des expressions de son corps et d'autre part en travaillant ces dernières, afin qu'elles « *prennent toute leur valeur créative et transformatrice* » (Potel, 2010/2019b).

2.2.3. La fonction limitante du cadre

Comme j'ai pu le définir plus tôt, la fonction limitante du cadre thérapeutique est premièrement remplie du fait de la constitution d'un espace-temps particulier dans lequel se déroule le soin. Cette considération des paramètres du cadre permet de conclure au fait qu'il existe un avant, un pendant et un après aux séances, ainsi qu'un dedans et un dehors. Ce sont tant de caractéristiques qui constituent la première fonction limitante du cadre.

Cette dernière peut également s'entendre du point de vue de ce qui est permis et de ce qui est interdit. Il s'agit ici de l'un des aspects primordiaux définis par le cadre. D'après Boutinaud (2010, p. 170), les interdits jouent un rôle essentiel dans la fonction pare-excitante du cadre thérapeutique, puisque le psychomotricien constituerait une référence surmoïque pour le sujet, et viserait « *non seulement à ce que l'enfant ne se trouve pas englué dans une activité pulsionnelle qui peut par ailleurs le mettre en danger, mais aussi à ce qu'il puisse rencontrer une limite structurante* ». Il est alors possible d'imaginer le besoin de penser les règles, comme je les ai définies précédemment, afin que ces dernières ne deviennent pas simplement arbitraires, mais demeurent le fruit d'une réflexion constructive en lien avec la psychomotricité du sujet. Boutinaud ajoute par ailleurs que les interdits fondamentaux, en séance de psychomotricité, « *concernent le respect de son propre corps et de celui de l'autre ainsi que celui du matériel qui ne doit pas être cassé* ».

Ainsi, en poursuivant quant à la question du respect de soi et de l'autre, la fonction limitante peut se référer à la possible élaboration d'une différenciation interindividuelle pour le sujet. Bléandonu (1992), pour parler de la fonction limitante, l'appelle fonction de séparation, puisque « *le cadre comme l'enveloppe indiquent une frontière entre le Moi et le non-Moi, entre le lieu thérapeutique et le lieu de vie* ». Il ajoute à cette fonction la notion de la prise en compte de l'autre, qui n'est pas Moi, et permet un rapprochement de la fonction d'individuation du Moi-peau.

Au sujet du rapprochement notable qu'il est possible de faire entre l'enveloppe psychocorporelle et le cadre thérapeutique du fait des fonctions liées à leurs élaborations respectives, je vais maintenant m'attacher à parler du cadre dans sa fonction de contenant.

2.2.4. Le cadre comme contenant

Houzel (2010, p. 133) évoque la manière dont « *l'expérience (...) montre que plus un patient souffre de défaillances de la fonction contenant, plus il a besoin d'un cadre thérapeutique stable et rigoureux* ». Beaucoup d'auteurs ont développé le caractère contenant du cadre thérapeutique. Mais qu'en est-il plus précisément en psychomotricité ? Je tenterai de faire le lien ici entre cette fonction et la prise en charge psychomotrice.

Premièrement, reprenons les fonctions évoquées plus tôt. Le cadre thérapeutique, comme je l'ai évoqué, permet une première ébauche de différenciation entre Moi et non-Moi pour le sujet. Pour que s'élabore cette individuation, la notion de contenance est inévitable : le sujet, comme évoqué lorsque j'ai développé la notion d'enveloppe psychocorporelle, nécessite, pour se constituer en tant qu'individu, d'être contenu et de ressentir ses propres limites ainsi que les celles de l'autre, qu'elles soient corporelles ou psychiques. Ce rôle d'élaboration de limites peut être joué par le professionnel, pour peu que ce dernier fonde sa pratique sur des théories de son cadre interne telles que la fonction alpha décrite par Bion (1962/2003), ou le Moi-peau d'Anzieu (1985/2006) par exemple. Il peut, dans un travail d'élaboration, préciser l'individuation du sujet. D'ailleurs, Anzieu (cité par Martin, 2001) définit le cadre comme un « *contenant maternel* » et le thérapeute aurait le rôle « *d'une seconde peau psychique* » permettant aux pensées du sujet de se déployer, et, si l'on en croit Martin (2001), cela expliquerait que « *l'excitation, qu'elle soit d'origine interne ou externe, est limitée dans ses effets désorganisateurs* ».

Dans cette optique, la mise en place d'interdits, de limites pare-excitantes dans l'instauration du cadre thérapeutique, telles qu'elles ont été décrites plus haut par Boutinaud (2010, p. 170-171), permettent également de poser les jalons de la séance. Ces derniers viendraient alors contenir les agirs de chacun des sujets présents dans le cadre, afin d'assurer stabilité et sécurité. À ce propos, Martin (2001) caractérise le cadre de

« *contenant formel et dynamique* », définissant ainsi deux caractéristiques majeures permettant le caractère contenant du cadre thérapeutique, qui sont l'adaptabilité de ce dernier au contexte en présence et ainsi que son explicitation claire.

Il est également possible de noter le caractère contenant du cadre externe. En lien avec la fonction limitante décrite précédemment, l'espace défini permet d'élaborer une contenance de ce qui est de l'ordre de l'intériorité de la salle, du psychisme, du corps, ainsi que de l'extériorité de toutes ces entités. Du point de vue temporel, la séance marque un instant précis, et définit un avant, un passé, un maintenant, un présent, un après, un futur. Elle contient ce qui se joue durant la rencontre, à la fois dans l'espace de la salle, ou du lieu de prise en charge, et dans le temps de la séance. Toutes ces limites sont, comme je l'ai évoqué, fixées par le cadre thérapeutique.

Namer (2012) explique que « *le cadre externe se structure à travers des règles préétablies (...) et devient un espace contenant en ayant à certains moments une fonction transitionnelle. L'espace se transforme en un cadre à partir d'éléments concrets et matériels* ». Ces éléments peuvent aussi bien être la salle, la fréquence des rencontres, la durée de séance, ou le matériel choisi.

Plus concrètement, dit Miglioranza (2006), la fonction contenante de l'espace et son appropriation en psychomotricité nécessite une « *représentation matérielle* » afin de remplir le rôle de contenant psychique. Par ailleurs, elle ajoute que les espaces étroits, construits durant les séances et dans lesquels vont pénétrer et demeurer les sujets pris en charge, permettent de répondre à la recherche de sécurité : « *ce besoin de délimiter, de partager, de tracer l'espace, c'est un travail de constitution du contenant physique et psychique, de symbolisation, de contention des pulsions, peurs et angoisses* ». Elle exprime plus loin le caractère « *contenant en soi* » du psychomotricien du fait de son rôle de garant du cadre.

Cette fonction contenante du cadre pourra permettre au psychomotricien de tisser une ébauche d'enveloppe psychique au sein même de ses séances : « *une enveloppe mentale se constitue grâce à un cadre canalisant le va-et-vient entre le contenant et le contenu et il s'institue un cadre thérapeutique par la mise en commun des enveloppes psychiques* » (Bléandonu, 1992). Cette remarque de l'auteur permet de comprendre comme chaque aspect des cadres, interne comme externe, permet l'élaboration d'une enveloppe psychique. Cependant, la réciproque est juste, c'est-à-dire que la rencontre des enveloppes psychiques de chaque participant à la séance de psychomotricité permet l'instauration du cadre thérapeutique. Ces deux entités que sont le cadre thérapeutique et l'enveloppe psychique et, plus globalement l'enveloppe psychocorporelle en psychomotricité, sont des notions à considérer ensemble.

Pour conclure sur la fonction contenante du cadre, Martin (2001) évoque que, dans le fond, les thérapeutes n'apprécient pas le terme de « 'cadre' ; *'enveloppe' serait plus juste* ». Il ajoute qu'« *une multiplicité de facteurs internes et externes vont aboutir à autant de mises en question et d'évolutions de la notion de cadre* ». Ce postulat évoque le caractère inévitablement dynamique du cadre thérapeutique. D'ailleurs, au sujet des remises en question du cadre, il est souvent évoqué en séance le fait que le patient « teste le cadre » : mais qu'est-ce que cela signifie réellement ? J'évoquerai maintenant cette notion de sortie du cadre, qui a également été amplement théorisée.

2.2.5. Sortir du cadre...

Comme l'explique Martin (2001), le cadre, qui permet le repérage et la continuité, est d'abord explicite. Puis, « *il devient (...) implicite, il est intériorisé, comme une instance psychique, et ne redevient explicite que dans les moments de rupture ou de crise du processus* ». Ces moments de rupture ou de crise permettant une remise en lumière du dispositif du cadre thérapeutique sont souvent nommés des « *attaques* ». Martin ajoute que, si l'enveloppe stabilisante permise par le cadre est rompue, « *c'est la réalité psychique du patient, du thérapeute ou des deux qui risquent d'être atteintes ou détruites* ». En effet, le risque qu'il évoque est celui d'un passage à l'acte évinçant la pensée : « *la membrane est rompue, l'énergie se libère en acte, en réalisation où l'on ne pense plus* ». Il semble donc primordial de veiller à préserver une stabilité du cadre thérapeutique durant les séances.

Néanmoins, les attaques du cadre ne sont pas à penser de manière entièrement péjorative. D'après Namer (2012), « *tous les éléments qui peuvent prendre la forme d'une transgression du contrat convenu ne sont pas nécessairement l'expression de pulsions destructrices, ni systématiquement de résistances* ». En effet, ces écarts ne sont pas forcément volontairement annihilateurs pour le cadre, mais peuvent témoigner du « *manque d'un cadre interne comme espace relativement organisé et organisateur* ». Ainsi, le rôle du thérapeute sera d'aider les patients dans la construction et l'élaboration de ce cadre interne, avec patience, et ainsi par étayage à son propre cadre interne.

Ajoutons que les écarts au cadre peuvent s'avérer éminemment utiles dans la thérapie. Mendiburu (2003) évoque le terme d'« *incartades* » pour signifier ces transgressions au cadre. Il exprime le fait que celles-ci permettent de se « *cogner au réel du cadre* ». Ainsi, d'après l'auteur, « *le traitement de l'incartade est un moment essentiel du processus, celui d'un ajustement (conservateur ou créateur) entre l'affect et la loi, une mise à l'épreuve, un test de réalité pour le lien thérapeutique* ». Cela signifie qu'à la fois les écarts au cadre

permettent que celui-ci soit mis en lumière, mais également qu'une élaboration et un ajustement des modalités du cadre thérapeutique se fassent.

Tout ce qui est repérable dans le cadre permettra en effet que s'élabore la réflexion, comme l'évoque Boutinaud (2010, p. 170), puisque toute modification des invariants de celui-ci, « *volontaire ou non, doit faire l'objet d'un travail d'accompagnement symbolique auprès de l'enfant* ». Cet aspect se rapproche donc de la fonction symbolisante du cadre notée plus tôt. De la même façon, la transgression des limites fixées par le cadre, spatio-temporelles ou plus implicites, permet au cadre d'apparaître.

Alors, le cadre semble n'apparaître que lorsqu'il fait défaut, à la manière du schéma corporel. Les écarts au cadre peuvent s'avérer désorganisateurs, mais peuvent également constituer l'objet sur lequel s'étaye le travail en psychomotricité. Le rôle du cadre est essentiel pour la compréhension de la séance de psychomotricité, mais les conséquences de ses incartades sont à relativiser vis-à-vis du travail effectué. Dès lors, il est possible de considérer les écarts du cadre thérapeutique comme faisant partie intégrante de ce dernier dans les séances de psychomotricité.

DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE

Durant toutes les séances de psychomotricité effectuées avec Léo, et lors de mes rencontres avec les différents acteurs de prise en charge de l'enfant, qu'il s'agisse de l'équipe mobile autisme ou des autres acteurs de soin extérieurs à la structure, cette même réflexion autour de la problématique d'une enveloppe psychocorporelle suffisamment contenantante me revint régulièrement. Il me semblait qu'il était nécessaire de proposer à l'enfant de se construire dans un cadre sécurisé et enveloppant afin de lui permettre d'organiser pleinement sa psychomotricité et de bien grandir. La relation avec Léo était compliquée à établir pour chacun des acteurs le rencontrant, mais pour autant, il me semblait que les séances de psychomotricité et leurs aménagements auraient pu permettre, du fait d'une compréhension particulière de la manière d'être au monde de l'enfant, une amélioration, dans une mesure certaine, de l'investissement constructif de son mouvement. La psychomotricité a l'avantage de pouvoir se servir des agissements du corps pour aider le sujet, imiter, symboliser, verbaliser, etc. du fait du cadre particulier des séances. **Dès lors, en quoi le cadre thérapeutique en psychomotricité peut-il participer au travail de construction d'une enveloppe psychocorporelle contenantante pour Léo ?**

J'ai choisi d'élaborer ma réflexion théorico-clinique de manière à témoigner de l'agencement entre les différentes modulations des cadres thérapeutiques, à la fois interne et externe, durant cette rencontre entre Léo et moi. J'évoquerai des conséquences que les variations ont pu avoir sur le travail de construction d'une enveloppe psychocorporelle efficiente pour l'enfant, dans une optique d'intégration d'une contenance physique et psychique pour Léo et à la lumière des postulats théoriques qui ont permis ma réflexion. Il ne s'agit néanmoins pas ici d'une recherche d'explication ou d'une quelconque généralisation quant à l'intégration ou non de l'enveloppe psychocorporelle de Léo pendant son développement, mais de témoigner de la réflexion ayant pu émaner d'une mise en lien entre le travail autour de l'enveloppe de l'enfant et la contenance permise ou non par le cadre thérapeutique des séances de psychomotricité de ce stage. D'abord, j'énoncerai les paramètres pouvant s'avérer utiles au psychomotricien dans le but de percevoir la manière d'être de l'enfant, pour ensuite exposer quelques outils dont j'ai disposé pour répondre au projet thérapeutique. Je proposerai enfin une réflexion plus particulière au sujet de l'intérêt que j'ai eu à penser ma propre psychomotricité afin d'aller à la rencontre de l'enfant, pour finalement développer une réflexion au sujet de l'adaptabilité professionnelle.

1. Des bases de réflexion utiles au psychomotricien pour rencontrer la psychomotricité du sujet

« Le cadre conceptuel est la théorie dont le thérapeute s'est imprégné, qu'il a cuisinée, assimilée, métabolisée jusqu'à la faire sienne et qui lui permet de structurer son intuition »

(Mendiburu, 2003). Lorsque je découvris Léo, c'est mon cadre interne qui me permit de rencontrer le sien. En effet, comment émettre l'hypothèse d'un défaut d'efficience de son enveloppe psychocorporelle sans avoir au préalable élaboré ma réflexion à partir d'un cadre conceptuel ?

1.1. L'hypothèse d'une enveloppe psychocorporelle peu efficiente

Je remarquai chez Léo une grande agitation motrice dès notre rencontre, ainsi qu'un défaut de conscience du schéma corporel de tout le pan postérieur de son corps après le bilan d'observation psychomotrice que j'effectuai. La lecture du dialogue tonique de l'enfant, qui est l'un des modes de travail du psychomotricien (Boscaini, 2004), me permit de percevoir la carapace tonique et motrice que Léo avait pu mettre en place et dont il semblait se servir comme d'une défense face à l'inconnu ou la frustration. C'est en me fondant sur la métabolisation du savoir fourni par mes formations pratique, théorique et personnelle, comme l'a évoqué Aucouturier (2017), que je parvins à rencontrer le cadre interne de Léo.

Face à cet enfant qui ne possédait pas le langage verbal, le langage corporel et le dialogue tonique constituaient mon unique repère pour rencontrer la subjectivité de l'enfant. Comme l'a évoqué Potel (2010/2019b), c'est le propre corps du psychomotricien et la connaissance de ce dernier vis-à-vis de lui-même qui permettra que s'élabore un projet thérapeutique en psychomotricité. Le vécu de désorganisation psychomotrice que m'a induit l'enfant m'a évoqué la théorie de l'hyperinvestissement kinétique et tonique : comme l'ont expliqué Robert-Ouvray (2002/2007c) et Bick (citée par Houzel, 2010, p. 21, 78), le sujet, face à un défaut de contenance primordial initialement permis par une alternance entre les différents états toniques dans l'enfance, peut développer un autoagrippement musculaire ou sensoriel lui permettant de retrouver la stabilité et de parer d'éventuelles angoisses. Ici, l'agitation de l'enfant, ainsi que son agrippement à la mise en bouche pourraient constituer, si l'on se réfère à cette théorie, une seconde peau pour Léo, qu'il réinvestit notamment beaucoup lorsque la frustration le gagne et que la menace de désorganisation pèse sur lui. Ce fut le cas, semble-t-il, dès le départ des parents de l'enfant durant notre première rencontre. Cette carapace tonique ainsi constituée serait venue pallier le défaut de contenance psychomotrice vécu. De plus, le mouvement exacerbé et l'incapacité à demeurer immobile de Léo pourraient témoigner d'un défaut de contenance de sa propre motricité et de ses émotions (Larousse, s. d.-b) : ce mouvement deviendrait alors un moyen de décharge du vécu pénible de Léo lui permettant de réaccéder à une homéostasie sensorielle et émotionnelle.

Mais le tonus de l'enfant ne se situait pas toujours du côté de l'hypertonie. En effet, j'ai qualifié son tonus de « *tout ou rien* », puisque sans ces vécus désagréables de l'enfant, je

pus remarquer un aspect effondré de son corps. Il semblait difficile pour l'enfant de s'adosser à son propre axe corporel, et il lui arrivait fréquemment de venir chercher l'appui sur l'environnement. Comme l'a évoqué Anzieu (1985, p. 121-127), la fonction de maintenance du Moi-peau permet à l'enfant que son axe corporel se construise comme un appui interne étayé sur l'appui de l'environnement. Il ajoute que la position d'appui-dos permettrait d'intégrer cette maintenance en protégeant le dos, surface intouchable du sujet. Je remarquai que cette position particulière, dans le hamac, la toupie ou les balançoires, offrait un adossement nécessaire à l'enfant, permettant à ce dernier de libérer son regard. Léo supportait finalement de croiser mon regard sans se sentir « *intrusé* » corporellement et/ou psychiquement, et il lui était alors possible d'explorer les objets qu'il avait en main. Or, il me semblait que c'est ce même espace du dos de son propre corps dont n'avait pas conscience Léo. J'émis alors l'hypothèse que cet appui venait pallier le défaut de conscience corporelle du dos de l'enfant et lui faire ressentir une unité de son enveloppe corporelle qu'il ne semblait pas ressentir en temps normal.

Il me semblait également que la manière dont Léo se servait de mes mains pour parvenir à ses fins tout en évitant mon regard lors de nos premières rencontres venait me permettre d'être présente dans son jeu en échappant à l'intrusion possible de mon regard et de cette nouvelle relation dans son enveloppe psychique. Ces diverses observations me permirent de faire le lien avec une enveloppe psychocorporelle peu efficiente, qui ne permettait pas à l'enfant de se sentir en sécurité face à la nouveauté ou la frustration, face à l'environnement, vis-à-vis duquel il semblait ne pas avoir encore élaboré de différenciation, entre Moi et non-Moi (Winnicott, 1960/1969). Le travail autour de l'enveloppe psychocorporelle de Léo avait alors pour objectif de lui permettre de parer d'éventuelles angoisses vis-à-vis de lui-même et de l'environnement et de lui permettre de s'appuyer sur son propre corps, en lui faisant vivre la constance et l'unité de son enveloppe corporelle.

1.2. Léo et la recherche absolue de contenance

Il me semblait, dans cette optique, que Léo recherchait des sensations de contenance. En effet, je remarquai que je ne pouvais jouer avec lui qu'à partir du moment où son corps se trouvait enveloppé, appuyé : sans cela, c'est son mouvement qui reprenait le dessus et il m'était impossible de le rencontrer. Ainsi, Léo se dirigeait, pour fuir l'inconnu ou la frustration, dans de petits espaces venant constituer, me semble-t-il, une sorte de seconde peau : ce fut le cas notamment pour le hamac ou pour le « *donut* ». De plus, la mère de Léo me rapportait elle-même le besoin de son fils d'être porté constamment. De la même façon que dans la nouveauté de notre rencontre, dès que Léo sortait de l'enveloppe constituée par son environnement familial, ce portage pouvait constituer pour lui un tutorat,

un support rassurant auprès de sa figure d'attachement. Ainsi, il semblait que Léo recherchait en son environnement la contenance qui lui faisait défaut.

De plus, Léo, dès notre première rencontre, venait rechercher des jeux qu'il connaissait déjà par cœur. Cet agrippement à un jeu qu'il possède au sein de son domicile m'évoquait la fonction transitionnelle permise par ce cadre médiatif, évoquée par Namer (2012). Il me semblait alors que ce jeu venait rassurer Léo en lui permettant de retrouver du connu dans l'inconnu. Cet « *enfermement* », pour reprendre les mots du père de Léo, aurait possiblement permis une contenance à l'enfant, puisque cela le ramenait de manière transitionnelle à la réassurance de son domicile familial.

La notion de contenance est une notion importante en psychomotricité, que j'avais pu rencontrer auparavant au sein de la clinique. C'est forte de ce cadre interne que j'ai finalement pu émettre l'hypothèse d'une recherche de contenance de la part de l'enfant. Miglioranza (2006) évoque que « *ce besoin de délimiter, de partager, de tracer l'espace, c'est un travail de constitution du contenant physique et psychique, de symbolisation, de contention des pulsions, peurs et angoisses* ». Ces petits espaces recherchés en séance, de la part de l'enfant, pouvaient constituer le pare-excitation dont avait besoin Léo dès lors que l'environnement lui apportait trop d'afférences qu'il ne parvenait pas à symboliser.

Cicccone (2001) explique que la fonction enveloppe est à proprement parler une fonction contenante qu'il faut intérioriser dans l'optique de parvenir à se contenir soi-même. Intégrer sa propre contenance, ce serait pouvoir mettre du sens à ses vécus qui mettent à mal le sentiment de bien-être physique et psychique induit par la stabilité psychomotrice. Il me semblait alors primordial de venir rétablir l'efficacité de cette enveloppe psychocorporelle afin que Léo puisse s'appuyer sur ses propres capacités de contenance. Pour ce faire, le psychomotricien dispose de plusieurs outils que je vais maintenant m'attacher à développer en lien avec la prise en charge de Léo.

2. Des outils au service d'un soin contenant

« *Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler, ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre* » (Potel, 2010/2019a).

Je pensais d'abord que le toucher thérapeutique allait pouvoir permettre à Léo d'élaborer la conscience corporelle de l'espace postérieur de son corps. Cependant, comme l'enfant fuyait ma présence et mon toucher lors de nos premières rencontres, il me fallut d'abord trouver une alternative au contact afin de travailler autour de la contenance, c'est pour cette raison qu'il me fallait aménager le cadre thérapeutique externe. En effet, le cadre est à lui

seul, d'après Bléandonu (1992), une enveloppe mentale dans laquelle se rencontrent plusieurs enveloppes psychiques, et il me semblait que c'est cette rencontre qui allait me permettre de travailler avec Léo.

2.1. Le cadre spatio-temporel pour contenir

« *L'expérience (...) montre que plus un patient souffre de défaillances de la fonction contenante, plus il a besoin d'un cadre thérapeutique stable et rigoureux* » (Houzel, 2010, p. 133). Il me semblait que la rigueur du cadre thérapeutique des séances avec Léo, dans cette optique, allait lui permettre dans un premier temps de pallier son défaut de contenance. C'est pour cette raison que j'effectuai quelques aménagements d'abord spatio-temporels.

« *Le cadre externe se structure à travers des règles préétablies (...) et devient un espace contenant en ayant à certains moments une fonction transitionnelle. L'espace se transforme en un cadre à partir d'éléments concrets et matériels* » (Namer, 2012). Au vu de la propension de Léo à rechercher des espaces restreints lorsque l'environnement, me semble-t-il, lui amenait un vécu désagréable, j'émis l'hypothèse que cela lui ramenait une sensation de calme. Ainsi, il me semblait important de penser l'espace des séances, afin d'apporter un bien-être à l'enfant qui nous permettrait de nous constituer un « *espace de rencontre* » (Mendiburu, 2003). De plus, le lieu de notre rencontre, cette salle close de motricité, le matériel constant que l'on pouvait y trouver ainsi que tous les petits espaces dans lesquels l'enfant pouvait se cacher et dont il se saisissait souvent, nous amenaient une représentation matérielle permettant une contenance spatiale (Miglioranza, 2006). Pour assurer la stabilité, il me semblait également important d'essayer, lorsque cela était possible, de garder d'une semaine à l'autre la même salle dans un premier temps, afin que l'enfant puisse se créer des repères dont il allait ensuite pouvoir se saisir pour finalement intégrer cette contenance que je pouvais lui proposer de vivre. De plus, notre rencontre se situait dans l'intérieur de la salle, ce qui impliquait un extérieur également, duquel l'enfant venait et vers lequel il retournait dès lors que la séance se terminait. Cette salle permettait l'ébauche d'une différenciation entre ce qui est de l'ordre du dedans et du dehors, entre le lieu thérapeutique et le lieu de vie (Bléandonu, 1992).

Ainsi, la régularité hebdomadaire de nos séances et leur durée ajustée à quarante-cinq minutes constituaient un début de stabilité. La séance possédait ainsi un avant (la séance d'orthophonie de Léo en temps normal), un après (le retour à la crèche), et un pendant, ritualisé avec une suite d'événements calqués sur un modèle peu changeant. Cette délimitation temporelle plus abstraite allait également permettre, si l'enfant parvenait à s'en saisir, une limitation entre le temps de la séance, cet instant privilégié et sécurisé de

rencontre entre lui et moi, et le temps extérieur à la séance, le temps quotidien qui possédait des qualités différentes de celles du temps de psychomotricité.

La limitation spatio-temporelle de la séance en psychomotricité permettrait par extension une ébauche supplémentaire de différenciation entre séance et non-séance, entre Moi et non-Moi (Bléandonu, 1992), et se rapproche ainsi de la fonction d'individuation de Soi étayée sur le Moi-peau (Anzieu, 1985/2006, p. 126). Dans cette optique, il me fallut également éviter toute intrusion dans le cadre de nos séances. Je me saisis alors d'une pancarte à l'entrée de la salle et mon nom fut inscrit dans le classeur des salles pour signifier à chacun ma présence : il me semblait que cette constance et cette délimitation vis-à-vis de l'environnement extérieur allaient également être plus contenantantes pour Léo. L'individuation et la différenciation de ce dernier n'étant pas encore bien établies, du fait du manque d'efficacité de son enveloppe, chaque intrusion pouvait lui amener un vécu éminemment désorganisateur du point de vue psychomoteur, et sa décharge pouvait reprendre le pas.

2.2. Des règles de fonctionnement

De manière analogique à la première limitation spatio-temporelle, les règles constituent une limite entre ce qui est possible et ne l'est pas, notamment en séance de psychomotricité. Ainsi, ce qui est envisageable en séance ne l'est pas forcément dès lors que la séance est terminée, et *vice versa*. Lorsque j'interdisais à Léo de mettre à la bouche tout ce qui atteignait ses mains, il me semblait qu'il fallait que j'élabore une réflexion autour de ce sujet, et que j'explique à l'enfant les raisons de telles règles. Il en était de même lorsque je lui interdisais de fouiller dans les placards ou d'escalader des modules dangereux. En effet, il était tout à fait possible que je lui interdise en ce lieu des choses qui lui étaient autorisées en dehors du lieu thérapeutique.

D'abord, le cadre légal de mon stage me plaçait comme stagiaire non professionnelle, malgré la possibilité pour moi de demeurer seule en séance : je possédais donc une responsabilité particulière vis-à-vis du matériel que je mettais à disposition de l'enfant, notamment parce que celui-ci n'appartenait ni à moi, ni même à l'équipe avec laquelle j'effectuais mon stage. Je me heurtais alors également au cadre institutionnel dans lequel était défini mon stage. Mon autre responsabilité concernait la sécurité physique et psychique de Léo, à la manière de tout thérapeute (Mendiburu, 2003). Ainsi, la mise en danger de l'enfant était inenvisageable en séance, et je me devais de la parer, comme ce fut le cas lorsque je l'empêchai d'escalader l'espallier car je ne pouvais physiquement pas assurer sa sécurité. Toutefois, il me fallait expliquer ces règles et leur intérêt à Léo, afin qu'elles puissent prendre sens.

À ces limites infranchissables s'ajoutaient d'autres règles plus modulables, faisant partie de mon cadre de fonctionnement, qui allaient me permettre de servir le projet thérapeutique de l'enfant : ce fut le cas lorsque j'obligeai Léo à effectuer la pâte à modeler sur le bureau, puisqu'il me semblait que la contenance permise par le bureau et la chaise adaptable lui permettait une meilleure présence lors de nos échanges et que le fait de donner des repères concrets à l'enfant était important. Les interdits constituent un outil permettant qu'une enveloppe éducative se crée (Ciccone, 2001) : cette enveloppe permet de poser les jalons de la séance. Je déterminai d'autres règles comme celle de ne pas mettre à la bouche tout ce qui était à sa portée, d'abord puisque cela pouvait porter atteinte à sa sécurité, et parce que le matériel n'était pas approprié à cela. D'après Potel (2015), il faut imposer des castrations symboligènes à l'enfant afin qu'il intègre les limites des actions de son corps. Ces règles me permettaient de contenir les actions de l'enfant et de ce fait, parer le risque de la toute-puissance catastrophique dont parle Potel. Ces limites structurantes pour l'enfant prenaient la fonction pare-excitante et limitante pour le corps propre de l'enfant, le corps de l'autre et le matériel (Boutinaud, 2010, p. 170). Finalement, la fonction permise par les règles est également l'intégration du Moi et du non-Moi (Bléandonu, 1992), et il me semblait, dans cette optique, indispensable de les intégrer aux séances de Léo.

De ce fait, je pouvais expliquer à l'enfant les règles de fonctionnement grâce à des verbalisations, dans le but qu'il s'approprie les vécus des séances. C'est la fonction de symbolisation que je cherchais à remplir à ce moment-là. Anzieu (cité par Martin, 2001) évoque d'ailleurs que le cadre est un contenant maternel, une sorte de seconde peau psychique dans lesquels les pensées peuvent se déployer. Martin ajoute qu'il n'aime pas le mot cadre, car le terme d'enveloppe lui semble plus juste pour décrire les processus qui se déploient en séance. Le cadre thérapeutique peut constituer l'objet d'arrière-plan, le support primordial, également appelé « *objet du dos sécurisant* » par Ciccone (2001), le contenant utile à l'intégration du sentiment de sécurité et d'identité de Léo (Kaës, 2013). J'émis alors l'hypothèse que ce dernier ne se saisissait pas des règles imposées par sa mère, comme elle me l'avait expliqué, ou par quiconque lui en proposait de manière arbitraire, car ces limitations avaient besoin d'être accompagnées afin de prendre leur rôle symbolique, à la manière de l'incartade du cadre thérapeutique (Boutinaud, 2010, p. 170). Or, cette femme m'expliquait se trouver en grande difficulté pour accompagner son fils dans ses expérimentations du fait de la grande agitation motrice de celui-ci et de sa propension à lui désobéir. Dès lors, comment proposer un support de symbolisation en séance afin que ces limites, physiques et psychiques, prennent sens ?

2.3. Le choix de l'enveloppement vers la symbolisation

« *La contenance (...) a un effet de transformation. Contenir une expérience c'est la comprendre* » (Cicccone, 2001).

Contenance et symbolisation sont deux fonctions intriquées et prépondérantes dans la prise en charge de Léo. Il me semblait qu'il était nécessaire pour l'enfant de venir trouver un enveloppement et une contenance matérielle permises par les objets, et ceux-ci étaient également mon seul moyen d'entrer en relation avec lui. Cet enveloppement constituait le support d'élaboration d'un jeu jubilatoire pour l'enfant, il me semblait alors important de me servir de ce support, qui le mettait à l'aise, pour élaborer le travail de réhabilitation de son enveloppe psychocorporelle.

Face à un enfant n'ayant pas le langage verbal, le psychomotricien peut prendre le rôle de la fonction alpha définie par Bion (cité par Houzel, 2010, p. 64-65). En effet, face aux vécus désorganiseurs de l'enfant, le psychomotricien peut se saisir de ce que projette en lui le sujet, afin de lui renvoyer des éléments bêta qu'il pourra ensuite assimiler. C'est sur cette fonction que je me fondai lorsque je décidai de verbaliser à Léo ce qui semblait se passer pendant les séances du point de vue de sa psychomotricité. Je tentai alors d'élaborer autour de ce que je pensais percevoir de Léo, et lui expliquai ce que nous vivions l'un et l'autre, afin de lui permettre de s'approprier les situations de séance. La verbalisation et l'enveloppement servaient dès lors, grâce à la fonction alpha, plusieurs fonctions du Moi-peau (Anzieu, 1985/2006, p. 121-127), telles que la pare-excitation et la contenance lorsque l'agitation motrice de Léo venait bouleverser le déroulement des séances. Mettre un sens à l'instant présent était primordial, et me permettait, de surcroît, de prendre du recul sur la situation.

Au fur et à mesure, il me semblait que ce travail pouvait prendre plus de sens, et je parvenais à entrer en contact physique et psychique avec Léo, à symboliser ses vécus dans la relation, à faire le lien de manière concrète entre l'espace topologique de son corps et son vécu corporel dans la continuité de ce qu'évoque Robert-Ouvray (2002/2007a, p. 90), lorsqu'elle dit que « *si tout se passe bien dans la relation, ce sont des rapports topographiques et topologiques élémentaires qui vont se complexifier en fonction de la coordination motrice et des relations affectives* ». Ainsi, ce contact à la fois physique et psychique pourrait permettre à Léo de ressentir l'unité de son schéma corporel, en lien avec ses émotions afin d'investir au mieux sa motricité et, par extension, son image du corps. Alors, les jeux effectués par le biais du hamac, couplés au bain de parole que j'effectuais formaient une enveloppe symbolisante dans l'espace de la séance, dans un *holding* psychomoteur (Robert-Ouvray, 2002/2007b, p. 111). Il en était de même pour la pâte à

modeler : cette médiation dont il avait l'habitude et dont les particularités sensorielles lui plaisaient grandement me permettaient d'élaborer autour des échanges, des interactions.

Potel (2010/2019b) explique que le psychomotricien, grâce au cadre, aura comme objectif la mise en pensée du corps. Elle évoque également le fait que « *le processus de construction originare qui s'inaugure dans le corps – les sensations, les éprouvés et les émotions du corps – fait défaut quand celui-ci est incapable de se taire pour laisser place aux mots et à l'imaginaire* » (Potel, 2015). Les actions de Léo, ses émotions, ses expressions, si elles sont accompagnées, participent à l'ébauche d'une symbolisation, et le psychomotricien sera ici le médiateur du passage de la décharge à la construction individuelle. Léo, en se repérant dans l'espace-temps des séances et au travers des médiations proposées, pourrait intégrer, par appui sur sa propre symbolisation, une élaboration plus contenante de ses vécus, lui permettant d'accéder aux processus secondaires dans une pensée liée (Winnicott, 1960/1969). Cette intégration pourrait aider Léo à passer par un autre biais que celui de la décharge motrice non-symbolisée et ne servant que la sensation, au profit d'une construction psychique.

Je pris finalement le parti de choisir le toucher thérapeutique en tant que médiation, pour que l'enveloppe psychique de l'enfant puisse prendre corps dans son enveloppe charnelle unifiée. En effet, la stabilité du cadre thérapeutique externe permet à l'enfant de mieux accepter ma proximité en séance. Je pus finalement proposer dans un cadre ludique la médiation à laquelle j'avais initialement réfléchi.

2.4. Le toucher thérapeutique, entre modelage et percussions osseuses

Quand il est question de corps agité, excité, énervé, en danger, de corps « en dehors de soi », avant de nous intéresser à un contenu fantasmatique, le premier travail à faire est de remettre en chantier les inscriptions psychiques via le corps.
(Potel, 2015)

Afin que la sécurité psychique de Léo soit assurée et que ce dernier puisse développer ses processus secondaires, il aura besoin de « *se vivre Soi, contenu dans l'enveloppe corporelle constituée par la peau* » (Moyano, 1991). C'est dans cette optique qu'il semble nécessaire de travailler la conscience corporelle et l'intégrité du schéma corporel de l'enfant. D'après Wallon (cité par Guiose, 2001), ce dernier doit en effet intégrer des données posturales, kinesthésiques et sensorielles qui ne lui sont pas innées afin d'avoir une « *notion de son corps cohérente et unifiée* ».

Selon Potel (2010/2019b), le choix médiatif fait partie intégrante du cadre thérapeutique. En effet, le choix du psychomotricien, éminemment teinté de sa personnalité, « *peut être une médiation très précise (...), ou toutes les médiations qui impliqueront le corps dans ses*

constructions fondamentales et qui favoriseront la relation à soi, la relation à l'autre ». Dans cette optique, je choisis rapidement le toucher thérapeutique, et plus particulièrement le modelage profond et les percussions osseuses du fait de l'hyposensibilité tactile de l'enfant.

Anzieu (1985/2006, p. 36) insiste sur l'importance de la peau dans le développement de l'enfant afin que ce dernier élabore son enveloppe psychocorporelle de façon efficace. Je m'interrogeais alors sur la manière dont Léo avait intégré la contenance dans son développement psychomoteur, et souhaitais lui permettre, grâce au toucher, de ressentir l'unité de son enveloppe corporelle. D'après la théorie du Moi-peau, conjointement à la symbolisation et l'enveloppement verbal, le toucher va venir étayer l'intégration de la contenance de son propre corps. Ainsi, dans le soin, en lien avec la contenance psychique permise par la fonction alpha, l'intégration du schéma corporel et la conscience corporelle permettraient que se développe chez Léo l'intégrité de son enveloppe psychocorporelle. Les fonctions de contenance, de maintenance, de pare-excitation pourraient alors, grâce au toucher thérapeutique, s'étayer sur le corps propre de l'enfant.

De plus, ma capacité à penser pourrait venir, en séance, faire vivre à Léo la fonction d'intersensorialité de son enveloppe, afin que l'enfant puisse faire le lien entre le vécu de ses particularités sensorielles et son corps unifié : les percussions osseuses satisfont l'hyposensibilité tactile et créent une homéostasie, une unité corporelle et psychique venant parer d'éventuelles angoisses de morcellement (Anzieu, 1985/2006, p. 127). Le corps unifié permettrait également à ce que l'enfant ne sente ni son corps, ni sa psyché « *intrusés* » par l'environnement, mais individués, grâce à des repères topologiques et mentaux permis par l'« *installation de la psyché dans le soma* » (Winnicott, 1960/1969). Lorsque Léo ne parvenait pas à essayer de nouveaux vêtements qui n'étaient pas les siens, il semble que son enveloppe corporelle ait trouvé un étayage sur le vêtement, et qu'en porter des différents de ceux dont il avait l'habitude constituait une réelle épreuve psychique. Dès lors, intégrer l'espace concret de son corps pourrait permettre à Léo d'étayer son individuation sur son propre corps, sans qu'un changement de l'ordre de l'environnement vienne menacer son intégrité.

Cependant, au-delà de la régularité recherchée dans le cadre externe, je me confrontai à un cercle vicieux : plus je recherchais la rigueur, et plus Léo venait tester la solidité des règles de fonctionnement nouvellement établies. C'est alors que mon cadre interne dut prendre le relais afin d'élaborer autour des incartades de l'enfant. Je proposerai maintenant un développement autour de cette réflexion.

3. Entre stabilité et adaptabilité : une réflexion au sujet du savoir-être du psychomotricien

Il arrive que l'existence de certaines failles dans la structure psychique de l'analyste l'oblige à s'appuyer sur le cadre externe. S'il est vrai que la fermeté concernant les objets matériels et concrets a l'avantage de susciter une protection du processus, favorisant ainsi sa continuité en solidifiant une forme de contenance, l'intensité de l'investissement sur le cadre externe risque de déséquilibrer la relation entre les cadres externe et interne de l'analyste fragilisant ainsi un espace d'élaboration et de créativité. (Namer, 2012)

3.1. La question de la propre enveloppe du professionnel

C'est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques. Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique. (Potel, 2010/2019b)

Le psychomotricien, pour venir en aide à un sujet dont la contenance fait défaut, doit pouvoir s'appuyer sur son propre corps. En effet, il semble vain de tenter d'instaurer chez autrui une fonction de l'enveloppe psychocorporelle qui serait défaillante chez soi. Ainsi, le psychomotricien doit garder sa part de subjectivité et doit avoir une certaine capacité à penser tout en s'impliquant pleinement dans le soin (Gatecel et al., 2015). Pour aider Léo, il me fallait engager mon propre corps et ma subjectivité, et m'assurer de ma propre capacité à contenir. Comme l'évoque Potel (2015), l'engagement corporel et verbal du professionnel est un levier dans la thérapie, et il me fallait avoir une enveloppe psychocorporelle suffisamment efficiente, afin que le travail avec Léo soit pertinent.

Le psychomotricien est le garant de l'espace de soin, il a donc une responsabilité vis-à-vis de son positionnement et de son engagement (Boutinaud, 2010, p. 169), mais pour ce faire, il lui faut trouver en lui une certaine sécurité intérieure (Mendiburu, 2003). C'est également cet aspect de son cadre interne qui confèrera à son projet thérapeutique une validité certaine. Dans cette optique de responsabilité, c'est finalement tout naturellement que je choisis de suivre le conseil des éducatrices me proposant de poser des limites plus strictes à l'enfant en séance afin que ses actions ne viennent pas envahir les séances. Au début de la prise en charge, il semble que cette importante responsabilité ait entaché ma sécurité intérieure puisqu'elle était plus considérable que ce à quoi j'étais préparée. Il s'avéra que le défaut de contenance de Léo venait mettre à mal ma propre capacité à contenir ses vécus. Dans le dialogue tonique, il est possible de ressentir la désorganisation de l'autre et

cette dernière peut finalement devenir annihilatrice de notre capacité à contenir et à penser les pensées (Boscaini, 2004) (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015). Ainsi, c'était comme si, par le biais du dialogue tonico-émotionnel, la désorganisation de Léo venait me désorganiser dans ma propre psychomotricité, et c'est finalement ce qu'évoquait la phrase « *il aura ma peau* » sur mes notes : j'avais l'impression que l'enfant m'avait ôté toute ma capacité à contenir ma propre psychomotricité. C'est aussi cette situation qui se traduisait lorsque j'évoquais me sentir moi-même totalement décontenancée par nos rencontres. Étais-je décontenancée ou bien était-ce la séance qui était « *incontenable* » ? Était-ce un peu des deux ? Ce néologisme me permit de qualifier ce qui se déroulait pendant nos rencontres.

Or, rappelons la citation de Namer ci-avant (2012), qui s'est ici avérée, selon laquelle une défaillance dans le cadre interne du psychomotricien l'amènerait à s'appuyer sur le cadre externe de sa prise en charge, pour pallier un manque personnel de contenance. Ainsi, je ritualisai les séances pour finalement apporter un cadre plus sécurisant à la fois pour Léo, mais également pour moi. Le but premier de la prise en charge était que Léo puisse passer de l'appui à ma propre capacité à penser à une indépendance relative (Winnicott, 1960/1969). Il me semble que la présence des éducatrices au sein des séances durant le début du suivi ait finalement permis de remplir cet objectif vis-à-vis de mon propre cadre interne. Grâce à leurs cadres internes à elles, et à leur expérience, elles ont en quelque sorte rempli la fonction alpha de symbolisation à la fois de mes vécus personnels, mais également de ceux de Léo, qui me désorganisaient, en rétablissant une unité dans le soin, se faisant les médiatrices de la prise en charge entre Léo et moi. J'ai finalement pu, grâce aux éducatrices et au recul pris sur les vécus de chacun, prendre suffisamment confiance en mes propositions pour demander à celles-ci, après quelques semaines, de me laisser seule en séance avec l'enfant puisqu'il me semblait que d'autres choses allaient pouvoir apparaître dans la dualité. Elles ont, à la manière de l'objectif que je voulais suivre en psychomotricité avec Léo, permis que je passe d'une dépendance à une relative indépendance. Potel (2010/2019b) explique que, par « *résonance émotionnelle 'en écho'* » face au sujet qu'il accompagne, le professionnel, en décryptant ses propres éprouvés, peut déchiffrer les vécus corporels de l'autre. C'est la combinaison entre l'aide des éducatrices et la prise de recul global sur la situation qui permirent, semble-t-il, à la situation de se débloquer.

Lorsque le psychomotricien devient le garant du cadre de ses séances, comme ce fut le cas au fur et à mesure de nos rencontres avec Léo et mon émancipation de la présence des éducatrices, celui-ci doit s'engager et prendre part pleinement aux séances. Ainsi, j'engageais, en lien avec mes choix d'aménagements, ma propre psychomotricité au

service du travail autour de l'enveloppe psychocorporelle de Léo grâce à des médiations spécifiques, comme évoqué plus tôt, mais également des règles rigoureuses pour parer l'éventualité de la mise en danger de l'enfant. Des interdits s'installaient, mais c'est finalement à cet instant précis que je remarquai que Léo venait se confronter aux limites constituées par les règles établies.

3.2. Faire des concessions

« Une enveloppe mentale se constitue grâce à un cadre canalisant le va-et-vient entre le contenant et le contenu et il s'institue un cadre thérapeutique par la mise en commun des enveloppes psychiques » (Bléandonu, 1992).

La stabilité du cadre externe permettrait un bon déroulement de la thérapie, et un lâcher-prise du sujet qui se sentirait alors en sécurité (Delourme, 2003). La stabilité des règles établies me permit de percevoir Léo sous un autre angle que celui de son mouvement exacerbé : en effet, il se servait du cadre nouvellement établi pour y effectuer des transgressions. Ainsi, chacune de mes interdictions prenait la valeur d'un aspect du cadre externe que l'enfant devait venir tester pour en percevoir la rigueur. Martin (2001) évoque le fait que le cadre thérapeutique ne devient explicite que lorsqu'apparaissent des incartades à celui-ci. Ces dernières peuvent être le témoignage d'une difficulté du sujet dans l'élaboration de son cadre interne (Namer, 2012) et j'é mets l'hypothèse que cette difficulté amena Léo à venir percevoir la solidité ou la faiblesse de la structure des séances. Le cadre externe ayant été réfléchi pour permettre à l'enfant de s'y adosser, il me semblait, après mûre réflexion, intéressant de voir que l'enfant venait en vérifier la fiabilité.

Les incartades ne sont pas forcément destructrices pour les séances (ibid.), et le professionnel peut se servir de ce que dépose le sujet, grâce aux expressions corporelles de ce dernier, afin que le cadre thérapeutique puisse subir un réaménagement créateur et transformateur (Potel, 2010/2019b). Mon perfectionnisme très omniprésent a amené une certaine rigidité du cadre externe, ce qui a, me semble-t-il, entravé la rencontre avec l'enfant. Or, celle-ci est indispensable pour que se tisse une alliance thérapeutique et afin que le cadre soit symboligène. Ainsi, le cadre thérapeutique doit s'adapter aux personnalités en présence, comme l'explique Delourme (2003), dans une « *géométrie variable* », afin de constituer une enveloppe commune constructive pour l'un comme pour l'autre des sujets de l'alliance thérapeutique. En effet, la relation, dans le cadre, permettrait l'amélioration, d'après l'auteur. Durant nos séances avec Léo, il m'a fallu prendre un certain recul et enrichir mon cadre interne des théories de chacun des acteurs du soin de l'enfant, afin de me rendre compte que ce que Léo venait d'après moi tester, et qui me mettait en difficulté, allait finalement peut-être pouvoir m'aider à élaborer le travail de contenance au

sein même du processus des séances. Finalement, passer par cette phase de test avait vraisemblablement été indispensable pour permettre que des concessions cheminent de notre part à tous les deux, et pour que nos cadres internes se rencontrent enfin. C'est le fait de jouer de sa façon de désobéir au cadre externe des séances que j'instaurai, qui me permit de m'adapter : cela a finalement amené une évaluation de mon adaptabilité.

Ainsi, c'est d'abord en me servant de l'agitation motrice de Léo que l'on put créer un jeu tous les deux. Comme l'explique Potel (2015), la motricité et le mouvement du sujet lui permettent d'intégrer les limites de son propre corps, du corps de l'autre, des actions du corps. Finalement, transformer le défaut de contenance des agirs du corps de Léo en un jeu pouvait lui permettre d'intégrer la contenance, pour peu que des limites soient instaurées. Ainsi, j'autorisai à Léo d'escalader divers modules, dont les barres de marche, tout en lui précisant cependant qu'il lui était interdit de le faire sans que je ne vienne assurer sa sécurité. J'étais alors présente pour lui verbaliser l'action en cours, lui proposer mes mains comme tuteur et ainsi permettre que son intégrité corporelle trouve la contenance à la fois physique et symbolique nécessaire à ce que prenne place une élaboration psychique. De ce fait, en devenant plus permissive, mais en maintenant tout de même quelques règles relativisées, les intégrités de nos deux cadres internes semblaient s'en trouver préservées. Je permis également à Léo, dans cette optique, de disposer de l'objet masticateur, dont j'encadrais l'utilisation afin de m'assurer que Léo ne se mette pas en danger avec, mais qui laissait place à la stimulation buccale de l'enfant visant son homéostasie sensorielle. Je remarquai par ailleurs qu'atteindre ce bien-être sensoriel lui permettait d'être finalement plus présent à la relation.

Lors de notre antépénultième rencontre, je proposai à Léo de garder à ses côtés le petit « *monstre* » vert à picots en caoutchouc. Les caractéristiques sensorielles visuelles, tactiles et olfactives de ce dernier étaient une grande source de satisfaction pour l'enfant. Cependant, il était plus dangereux pour lui de mettre à la bouche cet objet que l'*Ark grabber* précédemment évoqué. Alors, cet objet venait constituer en séance un renforçateur positif pour nous permettre de travailler : l'enfant avait le droit de le garder, mais il ne devait en aucun cas le mettre en bouche. Nous pûmes finalement jouer avec ce petit objet, et Léo riait aux éclats, ce qui laissa place à une riche possibilité de symbolisation de l'instant.

Lorsque Léo se mit à protester face à notre discussion avec Rachel, vis-à-vis d'une autre enfant, je commençai à remarquer qu'il semblait finalement avoir besoin que ce temps de séance privilégié soit le sien. Ainsi, à plusieurs reprises, il me cherchait dès lors que je m'éloignais de lui, et devenait capable de jeux de « *coucou-caché* » jubilatoires. Il me semblait que cet instant constituait l'ébauche d'une première élaboration autour de l'espace des séances qui lui était consacré. La réalité émotionnelle permet d'aller à la rencontre de

l'autre (Martin, 2001), et c'est la prise en compte du vécu de chacun qui permet que soit finalement possible la jubilation en séance.

Au fur et à mesure des séances, la contenance s'élabora entre stabilité et adaptabilité, et il m'était possible de proposer des temps de toucher thérapeutique à l'enfant qui les acceptait si son homéostasie sensorielle était respectée : ce fut le cas lorsqu'il pouvait se balancer dans la toupie, ou qu'il possédait un morceau de pâte à modeler dans les mains par exemple, ou lorsque, assis sur mes genoux, il se tenait dos à moi en gardant en bouche le masticateur.

Les parents de Léo, les éducatrices et moi percevions des signes évocateurs d'une amélioration dans la construction de l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant, au fur et à mesure que passaient les semaines. Il lui arriva également d'exprimer, pour la première fois, lors de notre antépénultième rencontre, une mimique de douleur après s'être cogné la tête. Finalement, Léo vint, lors de la dernière rencontre, hors des bras de sa mère : il arriva en vocalisant et en souriant dans la salle ce matin-là, étayé par le propre support constitué par son corps. Sa mère m'exprima le soulagement de ses bras délestés du poids de l'enfant. Néanmoins, ce même-jour, la réalité me rappela à l'ordre : le cadre institutionnel nous obligea à effectuer une séance groupale, et j'observai le malaise de Léo au travers de ses comportements et de son dialogue tonique, car l'enfant réinvestissait une hyperkinésie notable, et aucune entrée en relation n'était envisageable. L'enveloppe groupale n'était, semble-t-il, pas permise à ce stade de la construction de l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant. J'émis l'hypothèse que cette dernière n'était pas encore suffisamment efficiente pour lui permettre de rencontrer autant de personnes en séance, et notamment une enfant inconnue pour lui, sans que cela ne vienne lui faire vivre la menace d'une intrusion. Cet aménagement spécifique m'amena une grande réflexion autour de la stabilité qu'il est possible, ou non, de trouver au sein d'une équipe, par définition mobile.

4. Penser le stable dans l'instable

4.1. Trouver la constance en équipe mobile

Un cadre thérapeutique s'intègre dans une institution qui a un projet global pour les patients, s'appuie sur le travail d'une équipe où chacun est censé avoir sa place et sur un certain nombre de règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée. (Potel, 2010/2019b)

La stabilité du cadre thérapeutique n'est pas la caractéristique première du travail en psychomotricité au sein d'une équipe mobile. Cela semble être d'autant plus le cas lorsque l'équipe n'effectue en temps normal pas de séances, de prise en charge à proprement parler et ne dispose pas non plus de psychomotricien. Dans cette optique, le fait d'avoir pu

m'appuyer sur le groupement de coopération afin d'obtenir une salle au sein du SESSAD a évité que l'instabilité du cadre spatio-temporel de mes séances ne soit trop marquée. Néanmoins, le risque était, dans une équipe à laquelle je n'appartenais pas, de voir l'enveloppe de mes séances « *effractée* » par d'autres professionnels. Ce fut le cas quelquefois, mais cela entraîna finalement un réajustement créateur de l'aménagement des séances : ainsi furent pensés la signification de ma présence sur le classeur de réservation des salles ainsi que le petit panneau d'occupation à l'entrée de la salle que j'occupais.

Le dispositif particulier du stage en référence induisait que je devais indispensablement considérer le cadre légal, car ma responsabilité était pleinement engagée, comme j'ai déjà pu l'évoquer plus tôt. Ainsi, comme l'équipe mobile est, par définition, en mouvement, elle proposait aux familles un accompagnement des enfants à l'école ou à la crèche, dès que leur prise en charge était terminée. Cependant, il m'était interdit de le faire moi-même d'un point de vue légal, et c'est pour cette raison que j'étais chaque semaine obligatoirement accompagnée d'une éducatrice au sein du SESSAD, même si j'effectuais mes prises en charge seule. Malgré cela, nous pûmes trouver un arrangement pour que les éducatrices puissent travailler dans un bureau pendant que je recevais les enfants, puisqu'il a fallu réfléchir à un dispositif au sein duquel je ne serais pas dérangée par les allées et venues des éducatrices au sein de l'espace-temps de ma rencontre avec Léo. Comme les deux prises en charge du matin se suivaient de peu, après que les éducatrices avaient ramené à l'école la jeune fille que je recevais juste avant Léo, elles revenaient au SESSAD alors que la séance du jeune garçon avait déjà débuté. Elles pénétraient alors dans la séance alors que cette dernière était déjà commencée : le fait de choisir de rester seule avec l'enfant me permit donc de juguler les effractions dans l'enveloppe contenante que je tentais d'instaurer auprès de Léo.

Finalement, lors de notre dernière rencontre, comme je l'ai évoqué plus haut, mon hypothèse de départ revint. Face au cadre institutionnel des prises en charge de l'EMA, nous fûmes contraintes, avec les éducatrices, à utiliser une unique salle pour les deux prises en charge prévues ce jour, et donc à effectuer une séance groupale. Me confronter au cadre institutionnel et aux obligations d'organisation me permit de me rendre compte que l'enveloppe psychocorporelle de Léo n'était pas suffisamment efficiente pour lui permettre de se confronter à notre cadre de fonctionnement et à l'ouverture aux autres. Ainsi, malgré le vécu de malaise consécutif à cette séance, cela me permit finalement de bien cerner l'intérêt de proposer à l'enfant une prise en charge d'abord individuelle, afin de lui permettre, après un travail de longue haleine, d'accéder éventuellement à la groupalité sans se sentir menacé dans son intégrité psychomotrice.

Malgré le fait d'avoir demandé à être seule avec l'enfant en séance, l'équipe mobile a apporté une lecture transdisciplinaire indispensable des difficultés et capacités de Léo. À la lumière des dires de Potel (2010/2019b) concernant l'enveloppe institutionnelle, chacun possédait sa place et sa spécificité. Les lectures des comportements de l'enfant étaient colorées par le cadre interne de chacun, ce qui a ainsi permis à la compréhension de chaque particularité de Léo d'être la plus complète possible. Or, permettre cette lecture complémentaire était l'une des missions premières de mon stage au sein de l'EMA. Cette transdisciplinarité a cependant eu quelques limites, qui n'en étaient pas moins constructives. En effet, l'équipe mobile intervient en direction des familles, mais également des équipes intervenant auprès de ses usagers : ainsi, avant même que je rencontre l'enfant, j'avais déjà eu l'avis de chacun des professionnels de l'EMA ainsi que du CAMSP concernant la manière d'être au monde de Léo. Or, il s'est avéré que tout le monde n'avait pas la même interprétation concernant celui-ci. De ce fait, il me semble que sans un cadre interne suffisamment construit pour penser par soi-même, il est parfois facile, au travers de conflits ou de différends entre diverses équipes, de se trouver influencé. Finalement, cela peut devenir délétère pour le psychomotricien dont l'observation singulière de la manière d'être du sujet peut se retrouver partielle, avant même d'avoir rencontré l'utilisateur dont il est question. L'équipe mobile a cet avantage, mais également cet inconvénient d'intervenir dans des cadres institutionnels et familiaux totalement différents, vis-à-vis desquels elle peut devenir l'intermédiaire. Le psychomotricien, du fait de sa capacité à contenir ce qui déborde, peut finalement prendre ce rôle de médiateur et permettre qu'une certaine stabilité, qu'un lien émerge des différents points de vue de chacun. Une mutualisation des savoirs entre les professionnels permet donc d'avoir un champ d'informations très enrichissant, pour peu que le psychomotricien préserve la capacité de jugement qui lui est propre. Pour que l'enfant intègre une certaine contenance, il faut que la stabilité persiste malgré les différents postulats. Ainsi, le rôle du psychomotricien, particulièrement en équipe mobile, pourrait être de faire du lien et de permettre à chaque acteur de l'accompagnement d'apporter une contenance au sujet, autant que faire se peut. Dans cette optique, une intervention auprès de la crèche, du CAMSP, voire de la famille de Léo, à des fins de conseil, peut être envisagée.

Enfin, il s'est avéré que le caractère récent de l'équipe mobile autisme, créée deux ans auparavant, a amené de fréquentes interrogations du projet d'établissement. En effet, à l'image de ma prise en charge avec Léo, le projet demeure à l'heure actuelle en mouvance, puisque des entorses sont parfois faites afin d'apporter aux enfants et aux familles en grande difficulté une prise en charge éducative courte. Rappelons les dires de Mendiburu (2003) qui exprime le fait que les écarts au cadre permettent de se heurter à la réalité et

que ce n'est qu'après cela qu'un ajustement créateur est possible. Peut-être est-il possible d'imaginer que le fait d'avoir eu une stagiaire psychomotricienne dans leur équipe, alors que cela ne répondait pas initialement au projet d'établissement, aura permis une réflexion au sujet du besoin en psychomotricité de l'équipe. Malgré l'essence changeante du cadre institutionnel de l'équipe mobile, les écarts visibles notamment du fait de la prise en charge de Léo peuvent, dans une certaine mesure, entamer une réflexion institutionnelle profonde.

Je souhaite émettre une succincte parenthèse à propos de l'aspect financier dont parle Mendiburu (2003) au sujet du cadre thérapeutique, et de ses conséquences quant à l'équilibre relationnel des prises en charge. Le fait d'avoir été une stagiaire non rémunérée dans l'équipe, mais également le fait que l'intervention auprès de la famille par l'EMA soit totalement gratuite car financée par l'ARS a pu permettre, me semble-t-il, une moindre pression de la part des deux parties. En effet, l'équilibre s'en est ainsi trouvé respecté et l'aspect pécuniaire n'a vraisemblablement pas influencé l'alliance thérapeutique entre la famille de Léo et l'équipe mobile autisme.

Trouver la stabilité dans une équipe mobile n'est donc pas chose aisée. Des aménagements sont possibles pour que le cadre thérapeutique ne soit pas constamment perturbé. Néanmoins, il est une crise face à laquelle le cadre de mon stage n'a pu préserver l'équilibre.

4.2. Le cadre thérapeutique et l'enveloppe psychocorporelle face à la crise...

« *'La prédictibilité : le battement d'ailes d'un papillon au Brésil déclenche-t-il une tornade au Texas ?' (...)* L'effet papillon traduit le fait qu'une infime modification des conditions initiales peut engendrer rapidement des effets très importants » (Larousse, s. d.-e).

Dans l'optique de ce stage, comme j'ai pu l'évoquer plus tôt, le cadre temporel de durée globale du suivi a dû être d'emblée interrogé. Initialement d'une période de huit mois correspondants à la durée de mon année scolaire, il m'a fallu me confronter à la réalité du suivi : nous n'allions finalement nous rencontrer qu'un peu moins d'une trentaine de fois avec Léo, si l'on ôte qui plus est les périodes de vacances scolaires pendant lesquelles l'EMA est fermée, et les absences diverses de l'enfant. C'est dans cette optique que la question d'un éventuel relais s'est posée. Or, comme l'enfant possédait déjà une prise en charge groupale en co-thérapie avec une éducatrice spécialisée et une psychomotricienne au sein du CAMSP de la ville, il était compliqué d'envisager un autre suivi en psychomotricité. L'opportunité de mon suivi possédait un caractère exceptionnel pour la famille n'ayant pas les moyens financiers suffisants pour se saisir d'un suivi en libéral. De plus, je remarquai la grande difficulté avec laquelle nous étions finalement parvenues, avec l'aide de Blandine, ma référente externe, à proposer la pérennité du suivi aux parents d'une

autre enfant que je rencontrais avec l'EMA, après la fin de mon stage, auprès d'une psychomotricienne libérale. Malgré cela, une solution envisageable afin d'assurer une certaine continuité dans le soin, était de maintenir une communication auprès des acteurs du soin de l'enfant, au sein de l'équipe du CAMSP notamment, grâce au contact étroit maintenu durant le stage avec l'une des psychomotriciennes de l'équipe. C'est ainsi qu'après une rencontre avec la pédopsychiatre du CAMSP, qui suivait Léo et sa famille, une ADOS-2 fut envisagée puis programmée, la confirmation ou l'infirmité du diagnostic de TSA permettant hypothétiquement de débloquer la situation de prise en charge de l'enfant et d'adapter au mieux le suivi de ce dernier et de sa famille.

Cependant, malgré cette relative prévision du futur de la prise en charge de Léo, le confinement annoncé en France vint perturber la continuité de soin de l'enfant. En effet, le cadre légal changeait constamment du fait de nouvelles recommandations, et la décision fut prise, à la fois par l'école, mais également par la directrice de l'EMA, de mettre en pause nos stages cliniques du fait de la dangerosité de la pandémie. Alors, après mes deux semaines d'absence du fait des examens que j'avais pu annoncer aux parents de Léo, et à laquelle ils étaient donc préparés, s'ensuivirent finalement de nombreuses semaines d'absence de prise en charge. À ce jour, l'EMA est fermée pour une durée indéterminée, et la famille de l'enfant n'a fourni que peu d'informations à l'équipe quant aux conditions de son confinement.

Ainsi est-il possible de retrouver l'« *effet papillon* » dont parlait Lorenz (cité par Houzel, 2010, p. 84) expliquant qu'un infime changement des conditions initiales d'un système pouvait venir modifier durablement la stabilité globale de celui-ci. De la même manière, un microscopique virus présent à l'autre bout de la planète vint briser de manière considérable la continuité du soin, la constance et la contenance nouvellement instaurées dans le suivi de Léo.

Comme l'a évoqué Delourme (2003) cependant, le cadre thérapeutique peut également se retrouver dans le lieu du domicile. Le projet institutionnel de l'EMA prévoit que l'équipe puisse se rendre au domicile des usagers. Dès lors, une prise en charge au domicile aurait pu être envisageable en dehors de ce cadre sanitaire strict. Néanmoins, j'ose imaginer que la moindre guidance permise grâce à mes rencontres avec les parents de Léo a permis à ces derniers de se saisir de quelques conseils. Dans cette optique, la mère m'avait évoqué sa volonté d'acheter un hamac et de le placer dans le jardin familial, comme je l'ai évoqué plus tôt, afin de permettre à l'enfant de « *se calmer* » d'après ses dires, donc de réduire son agitation motrice. Rappelons que les rares informations que sont parvenues à récupérer les éducatrices, vis-à-vis du quotidien confiné de la famille de Léo, sont qu'ils arrivent à s'en sortir grâce à l'existence de leur jardin. Le quotidien de familles confinées avec un enfant à

la grande agitation motrice pose question pendant cette période : je rapproche cet aspect de celui d'une contention, en ce sens que cette immobilité est imposée à chacun du fait du cadre légal. Finalement, la question de l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de Léo se pose. Il me semble difficile pour Léo qu'il intègre de quelconques limites sans pouvoir vivre l'expérience du dehors, et sans pouvoir vivre son mouvement.

J'avais pu expliquer l'intérêt de l'accompagnement de l'enfant dans son expérimentation aux parents de Léo, et leur avais donné l'idée du hamac, mais j'avais également évoqué les bienfaits du bain pour travailler à la construction de l'enveloppe psychocorporelle de Léo. En effet, l'enfant étant éminemment intéressé par l'eau, il était alors possible de lui proposer au quotidien un travail autour de l'intérieur, de l'extérieur, des ressentis des limites du corps permis par l'eau, du bien-être conséquent aux aspects tactiles et à la flottaison du corps dans l'eau. Je sais également que les éducatrices ont transmis aux parents des conseils quant à la mise en place de règles et de repères pour l'enfant, et que le PECS continue à être utilisé au domicile. Cependant, je ne peux avoir, à l'heure actuelle, aucune certitude quant au fait que les parents se sont saisis des propositions que nous leur avons faites, ni s'ils parviennent à accompagner leur enfant, au vu de la conjoncture. Cet aspect montre l'intérêt certain de la prise en compte de l'environnement familial de l'enfant lors d'un travail autour de la contenance et de l'enveloppe psychocorporelle : créer une enveloppe familiale pourrait permettre une certaine continuité de soin là où le cadre ne permet pas une prise en charge physique. Ainsi, il me semble important de prendre également en compte l'espace-temps du domicile dans une optique contenante pour l'élaboration d'une enveloppe psychocorporelle efficace pour Léo.

Pour terminer, j'imagine donc qu'un travail à distance est envisageable pour apporter une guidance aux parents et permettre une continuité de soin dans le projet thérapeutique initial. Il ne m'est pas permis à ce jour du point de vue légal, mais il peut être à réfléchir. L'adaptabilité permettrait ainsi la stabilité et la continuité, le cadre interne du psychomotricien se métabolisant un peu plus à chaque nouvelle crise et s'élaborant chaque jour davantage afin de proposer un travail pertinent du point de vue projet du sujet.

CONCLUSION

Lors de ma rencontre avec Léo dans le cadre d'un stage avec une équipe mobile autisme, j'ai rapidement émis l'hypothèse que l'atypisme du cadre de ce stage avait un impact certain quant à la psychomotricité de l'enfant. L'agitation motrice de ce dernier était telle qu'aucun mode d'entrée en relation ne semblait envisageable. Puis, à force d'observation, l'hypothèse selon laquelle l'enveloppe psychocorporelle de Léo n'était pas suffisamment efficiente s'est esquissée. Alors, au fur et à mesure de nos rencontres, je me rendis rapidement compte qu'il me fallait, si je voulais parvenir à faire intégrer les limites de son corps à l'enfant, instaurer des limites inhérentes au cadre thérapeutique. J'émis l'hypothèse que la contenance physique et psychique allait être mon moyen de travail autour de la réhabilitation de son enveloppe psychocorporelle. Il s'avéra que c'est en modulant le cadre, d'abord trop rigide, puis petit à petit plus permissif, qu'un jeu se créa entre Léo et moi et que nous pûmes enfin nous rencontrer. Nous fîmes tous deux des concessions à partir de nos cadres internes afin de préserver nos intégrités respectives. Il me semble que chacune des composantes du cadre thérapeutique des séances de psychomotricité de Léo a eu un impact relatif sur le projet thérapeutique émanant du bilan d'observation psychomotrice de l'enfant. La fonction contenante des aménagements concrets et symboliques effectués dans le cadre de la prise en charge de l'enfant posséderait une fonction étayante vis-à-vis de la construction de l'enveloppe psychocorporelle efficiente de celui-ci. Le cadre thérapeutique nécessiterait d'être mûrement réfléchi, néanmoins sans perdre son caractère dynamique, l'adaptabilité étant l'essence même du psychomotricien.

Nonobstant, comment conclure cette réflexion alors même que la conjoncture et l'arrêt prématuré de ce stage ne m'a pas permis de poursuivre le travail entamé ? En effet, il demeure des éléments subis par le professionnel, vis-à-vis desquels ce dernier peut se sentir impuissant : face à la crise qui renverse le cadre thérapeutique instauré, des aménagements peuvent être réfléchis afin qu'une continuité de soin s'opère. Alors qu'une ébauche de différenciation s'élaborait pour l'enfant, les événements ont changé la donne, au profit d'une contenance très rigide pour Léo, à la limite de la contention, au sein de son propre domicile familial. Finalement, ces événements ont permis à mon cadre interne une réflexion d'actualité : **entre contenance et contention, dans quelle mesure envisager un soin psychomoteur à distance auprès d'enfants agités pendant le confinement, en vue de la construction d'une enveloppe psychocorporelle sécurisée ?** Je ne peux à l'heure actuelle qu'espérer revoir Léo et poursuivre le travail entamé. Pour (ne pas) conclure, je me résous à mettre un point final à cet écrit, mais je ne peux clôturer la réflexion autour de cette situation, qui continue à fureter.

BIBLIOGRAPHIE

- Anzieu, D. (2006). *Le Moi-peau* (2^e éd.). Dunod; (Œuvre originale publiée en 1985).
- Association française des Psychomotriciens Libéraux. (s.d.). *Charte éthique & déontologique*. <https://a-f-p-l.net/charte-ethique-et-deontologique>
- Aucouturier, B. (2017). La formation à la pratique psychomotrice. In *Agir, jouer, penser, étayage de la pratique psychomotrice éducative thérapeutique* (p. 117-128). De Boeck Supérieur. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/agir-jouer-penser--9782807313392-page-117.htm>
- Bion, W. R. (2003). *Aux sources de l'expérience* (F. Robert, Trad.). Presses universitaires de France; (Œuvre originale publiée en 1962).
- Bléandou, G. (1992). Les notions de cadre thérapeutique et d'enveloppe psychique. In G. Bléandou (Dir.), *Cadres thérapeutiques et enveloppes psychiques: quatrième journées d'étude francophones sur les hôpitaux de jour* (p. 11-19). Presses universitaires de Lyon.
- Boscaini, F. (2004). Le rôle du dialogue tonique dans la genèse de la relation parentale et thérapeutique. *Évolutions Psychomotrices*, 16(63), 12-20.
- Boutinaud, J. (2010). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*. In Press; (Œuvre originale publiée en 2009).
- Ciccione, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenant : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 2(17), 81-102. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>
- Collins (s. d.). Cadre. In *Collins French-English Dictionary*. Consulté le 16 avril 2020, à l'adresse <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/french-english/cadre>
- Conparle Famille. (2014, avril 15). *Les précurseurs à la communication*. Autour des tout-petits. Consulté le 27 janvier 2020, à l'adresse http://www.autourdestout-petits.ca/tccf/wp-content/uploads/2015/01/precurseurs_15_04_14_sans_marques.pdf
- De Ajuriaguerra, J., & Angelergues, R. (2008). De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui, à propos de l'œuvre de Henri Wallon. In F. Joly, G. Labes, & A. Berthoz, *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité* (p. 185-196). Éditions du Papyrus.
- Delourme, A. (2003). La souplesse du cadre. *Gestalt*, 2(25), 29-47. <https://doi.org/10.3917/gest.025.0029>
- Durand, B., & Alary, P. (2014). Avant-propos. *Pratiques en santé mentale*, 4(60), 2-2. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/psm.144.0002>
- Gatecel, A., Massoutre-Denis, B., Canchy-Giromini, F., Moyano, O., Scialom, P., & Corraze, J. (2015). La relation en psychomotricité. In P. Scialom, F. Canchy-Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1 – Concepts fondamentaux* (p. 327-351). De Boeck-Solal.

- Golse, B. (2001). L'enfant excitable. *Enfances & Psy*, 2(14), 49-56. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/psm.144.0002>
- Guiose, M. (2001). Rétrospective des concepts de schéma corporel, image du corps et enveloppes psychiques. *Évolutions Psychomotrices*, 13(51), 3-11.
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Recommandation de bonne pratique. Isolement et contention en psychiatrie générale*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale
- Haute Autorité de Santé. (2018). *Recommandation de bonne pratique. Trouble du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. In Press.
- Kaës, R. (2013). Le groupe comme situation psychanalytique. In *Un singulier pluriel* (p. 69-84). Dunod. <https://www.cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/un-singulier-pluriel--9782100566341-page-69.htm>
- Larousse. (s. d.). Cadre. In *Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le 15 avril 2020, aux adresses <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cadre/12054> & <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cadre/12057?q=cadre#11902>
- Larousse. (s. d.). Contenir. In *Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le 10 février 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contenir/18568>
- Larousse. (s. d.). Ectoderme. In *Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le 3 février 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ectoderme/27768>
- Larousse. (s. d.). Enveloppe. In *Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le 3 février 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enveloppe/30124?q=enveloppe#30035>
- Larousse. (s. d.). Edward Lorenz, l'effet papillon. In *Encyclopédie Larousse*. Consulté le 2 mai 2020, à l'adresse https://www.larousse.fr/encyclopedie/images/Edward_Lorenz_leffet_papillon/1003235
- Lehmann, J.-P. (2007). Holding et Handling. In *La clinique analytique de Winnicott* (p. 170-206). Érès. <https://www.cairn.info/la-clinique-analytique-de-winnicott--9782749201160-page-170.htm>
- Loury-Iliona, C. (2003). Question de définition. *Gestalt*, 2(25), 123-123. <https://doi.org/10.3917/gest.025.0123>
- Martin, M. (2001). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité. *Cahiers de psychologie clinique*, 2(17), 103-120. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0103>
- Mendiburu, J.-P. (2003). La fonction du cadre. *Gestalt*, 25(2), 11-25. <https://doi.org/10.3917/gest.025.0011>

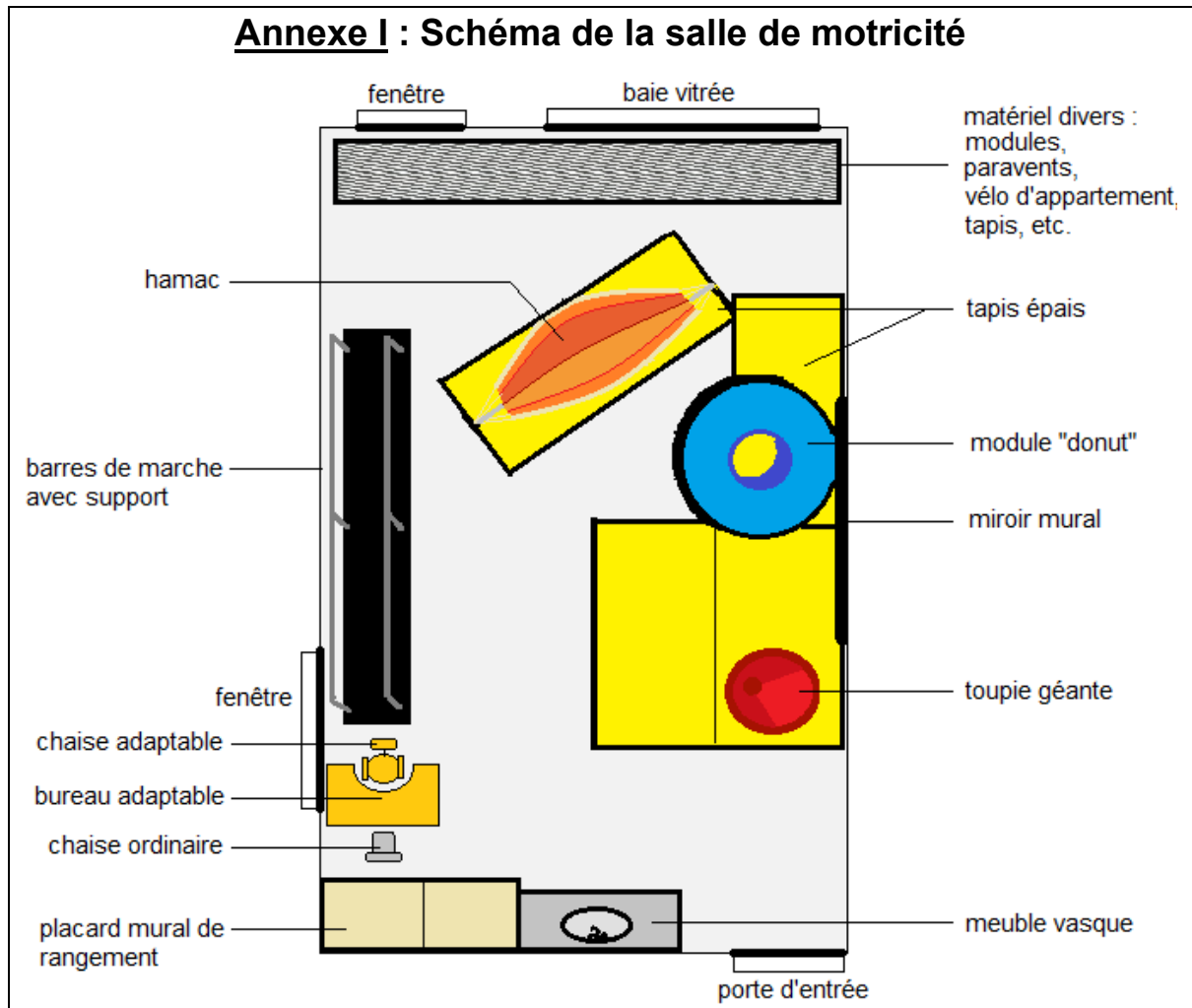
- Miglioranza, S. (2006). L'utilisation de l'espace en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 4(33), 104-112. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/ep.033.0104>
- Moyano, O. (1991). Du corps au contenant psychique. *Thérapie Psychomotrice*, 4(92), 34-49.
- Namer, A. (2012). L'espace, le cadre et les limites. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 661-687. <https://doi.org/10.3917/jpe.004.0661>
- Potel, C. (2015). La flexibilité du cadre thérapeutique. In *Du contre-transfert corporel : Une clinique psychothérapique du corps* (p. 65-73). Érès. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/du-contre-transfert-corporel--9782749247830-page-65.htm>
- Potel, C. (2019a). Introduction. Psychomotricité, un métier du présent, un métier d'avenir. In *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (nouvelle éd. argumentée) (p. 15-21). Érès; (Œuvre originale publiée en 2010). <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/etre-psychomotricien--9782749264264-page-15.htm>
- Potel, C. (2019b). 8. Quelles constructions fondamentales pour la psychomotricité ? In *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (nouvelle éd. argumentée) (p. 117-154). Érès; (Œuvre originale publiée en 2010). <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/etre-psychomotricien--9782749264264-page-117.htm>
- Potel, C. (2019c). 19. La question du cadre thérapeutique. In *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (nouvelle éd. argumentée) (p. 357-381). Érès; (Œuvre originale publiée en 2010). <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/etre-psychomotricien--9782749264264-page-357.htm>
- Pyramid PECS France. (2020, janvier 27). *Qu'est-ce que le PECS ?*. Pyramid PECS France. Consulté le 27 janvier 2020, à l'adresse <https://pecs-france.fr/picture-exchange-communication-system-pecs/>
- Robert-Ouvray, S. B. (2007a). II. L'intégration psychomotrice. In *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité* (2^e éd. révisée) (p. 57-109). Desclée de Brouwer; (Œuvre originale publiée en 2002).
- Robert-Ouvray, S. B. (2007b). III. Le holding psychomoteur. In *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité* (2^e éd. révisée) (p. 111-149). Desclée de Brouwer; (Œuvre originale publiée en 2002).
- Robert-Ouvray, S. B. (2007c). IV. Hypertonie et hypotonie. In *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité* (2^e éd. révisée) (p. 152-215). Desclée de Brouwer; (Œuvre originale publiée en 2002).
- Robert-Ouvray, S. B., & Servant-Laval, A. (2015). In P. Scialom, F. Canchy-Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1 – Concepts fondamentaux* (p. 161-199). De Boeck-Solal.
- Veesser, A. (2015). Chapitre 8. Contenance en psychomotricité. In É. W. Pireyre (Dir.), *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 136-153). Dunod. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/cas-pratiques-en-psychomotricite--9782100721399-page-136.htm>

Werber, B. (2003). Ordre. In *Le livre secret des fourmis : Encyclopédie du savoir relatif et absolu* (p. 158-159). Librairie Générale française.

Winnicott, D. W. (1969). La théorie de la relation parent-nourrisson. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (J. Kalmanovitch, Trad.). Payot; (Œuvre originale publiée en 1960).

ANNEXE

Annexe I : Schéma de la salle de motricité



Vu par la maître de mémoire,
À Vichy, le 7 mai 2020,
Anne-Laure EUZET
Psychomotricienne D.E.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'A. EUZET', with a long horizontal stroke extending to the right.

Auteur : Audrey MANON

Titre :

« *Il aura ma peau* » : De l'intérêt du cadre thérapeutique en psychomotricité dans l'émergence d'une enveloppe psychocorporelle efficiente pour contenir l'« *incontenable* »

Mots-clés : enveloppe psychocorporelle – contenance – cadre thérapeutique – agitation motrice — body-mind envelope – holding – therapeutic environment – motor restlessness

Résumé : Il me semblait, en m'engageant dans un stage en référence auprès d'une équipe mobile autisme, que mon cadre thérapeutique en séance allait parfois être difficile à instaurer. Lorsque je rencontrai Léo, son agitation motrice et son trouble de conscience corporelle me firent émettre l'hypothèse que l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant n'était pas suffisamment efficiente. Mais comment permettre à un sujet d'intégrer la stabilité dans ce qui constitue l'essence même de l'instable ? Finalement, j'observai que les modulations du cadre thérapeutique que j'instaurai et la propension de l'enfant à faire écart à ce même-cadre constituaient des outils indispensables à l'intériorisation de la contenance physique et psychique que je souhaitais proposer à Léo afin qu'il se construise une enveloppe psychocorporelle efficiente.

It seemed to me, when I joined a supervised internship beside an autism mobile team, that my therapeutic environment during the care I was going to offer would sometimes be difficult to settle. When I met Leo, his motor restlessness and his body awareness trouble made me hypothesise that the child body-mind envelope wasn't efficient enough. But how to help someone integrate a kind of stability in what constitutes the essence of instability? In the end, I observed that the settings of the therapeutic environment and the Leo's disobedience tendency were an essential part of the body-mind holding work I wanted to offer Leo, in order to help him integrate an efficient body-mind envelope.