

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>

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

=====

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

Professeur Yves MATILLON

**L'ACCORDAGE : UN MOYEN DE SOUTENIR LA
CONTINUITE D'EXISTENCE ALTEREE**

Accompagnement en psychomotricité d'un enfant épileptique
ayant des Troubles Envahissants du Développement

**Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

par

MESLIER Cindy

Juin 2015

N° 1279

Directeur du Département Psychomotricité

Eric PIREYRE

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. GILLET Germain

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

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

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

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

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

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

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

Ecole Polytechnique Universitaire de
Lyon (EPUL)
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (CPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

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

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

Observatoire Astronomique de
Lyon **M. GUIDERDONI Bruno**

REMERCIEMENTS

A ma maître de mémoire, Lucie Matteï, pour toutes ses relectures, ses remarques et commentaires enrichissants, ses précieux conseils et sa grande disponibilité,

A tous les professeurs de la faculté pour m'avoir transmis leur savoir et m'avoir inspirée,

A mes maîtres de stage qui m'ont accompagnée pendant mes années de formation : Marie Peinturier, Béatrice Jobic, Josiane Buscail, Clotilde Carré, Colette Boisson et Arielle Launay, pour m'avoir appris ce merveilleux métier, m'avoir fait partager leur pratique et m'avoir transmis leur savoir et leur passion,

A ma super amie Marëva et mes autres amis de promotion Claire, Estelle, Louise, Lucie, Marie, Olivier et tous les autres avec qui j'ai parcouru ces trois belles années,

A mes amis Mathieu, Barbara, Claire, Agathe, Marion, Sophie pour leur bonne-humeur et leurs sourires même lointains,

A Maëlle qui m'a toujours épaulée, pour son soutien inconditionnel et pour tout le reste,

A ma mère, mes sœurs et toute ma famille qui sont à mes côtés malgré la distance,

A William pour son soutien sans faille, pour m'avoir supportée et soutenue durant cette troisième année et auprès de qui la vie est si belle,

A toutes les équipes avec qui j'ai travaillé et à tous les patients que j'ai rencontrés. Je ne serais pas la psychomotricienne que je deviendrai sans eux,

A Maher,

A tous, un grand merci !

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
PARTIE THEORIQUE	8
I. DEUX PATHOLOGIES DE LA DISCONTINUITÉ	8
I.1 L'épilepsie.....	8
I.1.1. Définition	8
I.1.2. Epidémiologie et étiologie	8
I.1.3. Les manifestations cliniques : la crise d'épilepsie	9
I.1.3.1. Les épilepsies généralisées.....	9
I.1.3.1.1. Les épilepsies généralisées idiopathiques.....	9
I.1.3.1.2. Les épilepsies généralisées symptomatiques.....	9
I.1.3.2. Les épilepsies partielles.....	10
I.1.4. Les conséquences d'une crise	10
I.2. Les Troubles Envahissants du Développement.....	12
I.2.1. Historique	12
I.2.2. Définition et symptomatologie.....	13
I.2.3. Classification.....	13
I.2.4. Epidémiologie	14
I.2.5. Diagnostics.....	14
II. L'ÉLABORATION DE LA CONTINUITÉ D'EXISTENCE	16
II.1. L'établissement de la permanence psychique.....	16
II.1.1. Le « sentiment continu d'exister » de Donald Wood WINNICOTT.....	16
II.1.2. L'alternance intégration / non-intégration	19
II.1.3. La capacité de rêverie maternelle	19
II.1.4. Les premiers rythmes.....	20
II.2. La construction de l'unicité corporelle.....	22
II.2.1. L'intégration de l'enveloppe corporelle.....	22
II.2.1.1. Le Moi-peau.....	22
II.2.1.2. L'interpénétration des regards et l'objet d'arrière-plan	23
II.2.2. L'axe corporel : l'établissement d'un « être au monde » propre à chacun...	25
II.2.2.1. Le rôle du développement postural dans la construction axiale.....	25
II.2.2.2. L'intégration de l'axe corporel	26
II.2.2.2.1. L'enroulement et la préoccupation de soi	26
II.2.2.2.2. S'appuyer et repousser : vers une dimension verticale	26
II.2.2.2.3. Ouvertures et fermetures : vers une dimension horizontale	27
II.2.3. L'instrumentation du corps	28
II.3. L'accordage avec le milieu humain	29
II.3.1. La régulation tonique selon A. BULLINGER	29
II.3.1.1. Les états de vigilance	30
II.3.1.2. Le contrôle des flux sensoriels.....	30
II.3.1.3. Les échanges avec le milieu humain.....	30
II.3.2. Un ajustement réciproque	31
II.3.2.1. La fonction miroir.....	31
II.3.2.2. L'accordage affectif.....	32
II.3.2.3. Le dialogue tonique	32

II.3.2.4. Les interactions comportementales.....	33
II.3.2.4.1. Les interactions visuelles.....	34
II.3.2.4.2. Les interactions vocales	34

PARTIE CLINIQUE..... 36

I. CADRE D'INTERVENTION.....	36
I.1. Présentation de l'institution	36
II.2. Ma place en tant que stagiaire.....	36
II. MAHER	36
I.1 Description.....	36
II.2. Diagnostic	37
II.3. Anamnèse	37
II.4. Son parcours institutionnel.....	39
III. LA PRISE EN CHARGE.....	40
III.1. Le cadre du groupe	40
III.2. Maher : sa manière d'exister	41
III.2.1. De la rêverie à la réalité	41
III.2.2. Premières observations	41
III.2.3. Des agrippements corporels.....	42
III.2.3.1. Comment se raccrocher au corps qui lâche ?.....	42
III.2.3.2. Les stimulations sensorielles : un rappel au vivant ?	44
III.2.4. L'importance de la sphère orale	45
III.3. Les appuis extérieurs : se sentir soutenu pour aller vers l'autre.....	45
III.3.1. L'espace arrière : une façon d'être avec	45
III.3.2. Autres appuis proposés	46
III.3.2.1. Des appuis recherchés ?.....	46
III.3.2.2. Propositions de portage	47
III.3.2.3. Le monde physique : une figuration de son vécu ?.....	48
III.3.3. L'appui groupal : Maher et les autres	49
III.3.4. Les appuis de la dyade mère / enfant.....	50
III.4. Ce que les appuis trouvés permettent de vivre.....	52
III.4.1. Des moments partagés source de plaisir	52
III.4.1.1. Et si on dansait ?.....	52
III.4.1.2. Un échange matérialisé.....	53
III.4.2. Une agressivité adressée ?	53
III.4.3. Mes éprouvés contre-transférentiels.....	54

PARTIE THEORICO-CLINIQUE 56

I. VERS UNE RECHERCHE DE SENS	56
I.1. Un vécu de désintégration ?	56
I.2. L'angoisse menace la continuité d'être	57
I.3. Des agrippements pour lutter contre l'angoisse.....	58
I.4. Quand l'autre s'absente... ..	59

II. LE POSITIONNEMENT DU PSYCHOMOTRICIEN	61
II.1. Une observation du détail	61
II.1.1. Quand la pathologie met à mal l'entourage... ..	61
II.1.2. L'observation fine : une clé pour ne pas sombrer ?	62
II.2. Un étayage corporel.....	63
II.2.1. Source de sécurité	63
II.2.2. Source d'individuation.....	64
II.2.3. Vers une intersensorialité.....	65
 CONCLUSION.....	 67
 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	 69
I. LIVRES	69
II. CHAPITRES DE LIVRES	69
III. ARTICLES	70
IV. SITES INTERNET	71

INTRODUCTION

Ecrire un mémoire... Cette tâche me paraissait insurmontable au début de cette troisième année. Une question me hantait : quel sujet vais-je choisir pour rédiger cet écrit qui clôturera mon cursus ? Je me suis rapidement intéressée au dispositif de la flaque thérapeutique qu'utilise ma maître de stage. Cette pratique a été, pour moi, une découverte très enrichissante. J'étais observatrice d'un suivi d'un enfant pour lequel les problématiques de la contenance et de la continuité me semblaient importantes. Je me dirigeais alors vers ce thème pour mon mémoire. En parallèle, je participais à un groupe composé de quatre enfants, seule avec deux infirmières. Ce groupe était passionnant tant au niveau clinique qu'au niveau de mon positionnement professionnel en construction. Dès la première séance, Maher, un enfant épileptique et ayant des Troubles Envahissants du Développement, a retenu mon attention. J'avais envie d'écrire à son sujet, autour des situations cliniques très intéressantes qu'il apportait. Cependant, j'étais « sans filet », seule actrice de l'observation psychomotrice dans ce groupe, sans second avis pour m'étayer... Plus les séances se poursuivaient, plus le travail avec Maher m'appelait. Je ressentais cette envie d'écrire et d'élaborer et de partager mes hypothèses à son sujet. Une question autour de cet enfant m'habitait : comment être et être avec ? C'était décidé, j'écirais mon mémoire à partir de la prise en charge de Maher au sein du groupe.

Les nombreuses crises d'épilepsie de Maher en séance m'ont beaucoup questionnée quant à l'absence répétée qu'il subit quotidiennement et ses conséquences. Que vit-il à travers cette discontinuité imposée ? Quels impacts celle-ci aurait-elle sur sa relation à lui-même et aux autres ? En effet, le lien semble difficile à établir avec Maher. Comment construire un dialogue entre les autres et lui ? Et comment rester en lien dans cette discontinuité ? Toutes ces questions m'ont suivie tout au long de la prise en charge de Maher. Elles m'ont amenée à penser autour de cet enfant, de ce qu'il vit et de ce que l'on pourrait lui proposer en tant que psychomotricien.

Dans une première partie théorique, j'exposerai les deux pathologies de la discontinuité dont Maher est atteint : l'épilepsie et les Troubles Envahissants du Développement. Trois grands axes nécessaires à l'établissement de la continuité d'existence seront ensuite développés. Ainsi, cette continuité d'existence s'élaborerait à

travers l'établissement de la permanence psychique, la construction de l'unicité corporelle et l'accordage avec le milieu humain.

Dans une seconde partie clinique, je présenterai l'étude de cas de Maher, mes interrogations et mes réflexions quant à sa prise en charge. Enfin, dans une partie théorico-clinique je me questionnerai autour de l'éventuel vécu angoissant de Maher et de ses possibles mécanismes de défenses corporels mis en place. Quel serait alors le positionnement du psychomotricien dans cette situation clinique ?

PARTIE THEORIQUE

I. DEUX PATHOLOGIES DE LA DISCONTINUITÉ

I.1. L'épilepsie

I.1.1. Définition

L'épilepsie est une maladie neurologique chronique caractérisée par la répétition de crises d'épilepsie spontanées. Autrement dit, l'épilepsie est une « affection caractérisée par la répétition chronique de décharges (activations brutales) des cellules nerveuses du cortex cérébral ».¹ Son origine est cérébrale, liée à des décharges électriques anormales dans le cerveau, au sein de réseaux neuronaux. Ces décharges peuvent être enregistrées par un électro-encéphalogramme.

I.1.2. Épidémiologie et étiologie

Cette maladie peut survenir à n'importe quel âge mais apparaît plus fréquemment chez les enfants et adolescents, ou chez les personnes âgées, en fonction de leur étiologie. Les épilepsies de l'enfance disparaissent souvent à l'adolescence. Toutefois, dans 40 % des cas, la maladie persiste et nécessite un traitement jusqu'à l'âge adulte.

Chez l'enfant, un facteur prédisposant peut être d'origine génétique. L'épilepsie peut aussi survenir suite à une lésion. Elle peut être congénitale due par exemple à une malformation, ou acquise au cours de la vie par un accident vasculaire cérébral ou suite aux complications d'un traumatisme crânien grave notamment. D'autres facteurs peuvent être considérés comme prédisposants, souvent repérés par une anomalie de l'électro-encéphalogramme.

Chez les seniors, l'épilepsie peut être provoquée par des lésions du cerveau, par exemple à la suite d'un accident vasculaire cérébral ou d'une tumeur. Cependant, aucune étiologie n'est trouvée dans près de la moitié des cas d'épilepsie chez la personne âgée.

¹ Dictionnaire Larousse Médical

I.1.3. Les manifestations cliniques : la crise d'épilepsie

L'épilepsie se caractérise par une manifestation visible : la crise d'épilepsie, appelée aussi crise comitiale. Celle-ci est une manifestation clinique, motrice (crise convulsive) ou non, résultant d'une décharge neuronale hypersynchrone. Les chutes sont des conséquences fréquentes des crises épileptiques.

Les crises d'épilepsie varient avec l'âge et avec la région du cerveau concernée. On distingue deux principaux types d'épilepsie : les épilepsies généralisées et les épilepsies partielles, selon que la décharge se produit dans tout le cortex cérébral ou seulement dans une région de celui-ci.

I.1.3.1. Les épilepsies généralisées

I.1.3.1.1. Les épilepsies généralisées idiopathiques

Les épilepsies généralisées idiopathiques n'ont pas de cause identifiée et présentent un caractère plus ou moins génétique. On distingue deux types de crises : le « grand mal » correspond à une crise tonico-clonique et le « petit mal », également appelé « absence ».

Lors de la crise tonico-clonique, le patient présente une perte de connaissance totale associée à des myoclonies ; il s'agit de contractions musculaires rapides, involontaires, de faible amplitude, d'un ou plusieurs muscles. Les myoclonies entrent le plus souvent dans le cadre d'une épilepsie généralisée idiopathique, mais peuvent plus rarement révéler une épilepsie d'origine métabolique (myoclonique progressive) ou apparaître au cours d'encéphalopathies épileptiques (syndrome de Dravet, syndrome de Lennox-Gastaut). Le pronostic intellectuel des épilepsies généralisées idiopathiques est habituellement bon. Un traitement efficace est nécessaire transitoirement sauf chez l'adolescent où le risque de récurrences est important à l'arrêt du traitement.

Les « absences » correspondent à des ruptures de contact de quelques secondes avec altération de l'état de conscience.

I.1.3.1.2. Les épilepsies généralisées symptomatiques

Les crises d'épilepsie généralisée symptomatiques sont dues à une lésion cérébrale. Les spasmes, les crises toniques et les crises atoniques constituent les épilepsies généralisées symptomatiques. Ces crises évoquent des encéphalopathies épileptiques. Dans

ce cas, le pronostic intellectuel est réservé et le traitement difficile. (Il est à noter que l'étude de cas présentée en seconde partie porte sur un enfant ayant une encéphalopathie épileptique). Les crises d'épilepsie généralisées symptomatiques sont présentes dans différents syndromes (notamment le syndrome de West et le syndrome de Lennox Gastaut).

Il existe également des crises d'épilepsie généralisées cryptogéniques caractérisées par une cause suspectée mais qui ne peut pas être prouvée par les moyens diagnostiques.

I.1.3.2. Les épilepsies partielles

La sémiologie des épilepsies partielles dépend de la fonction du territoire cortical concerné par la décharge. Les crises peuvent être motrices, sensorielles, végétatives ou psychiques. Les crises sont simples, complexes, ou secondairement généralisées. Lors des crises partielles simples, une petite région du cerveau est touchée, le patient est conscient. Les crises complexes touchent des structures centrales profondes du cerveau qui régissent la conscience. Ces crises entraînent alors des altérations ou une perte de la conscience du patient. Par ailleurs, une crise partielle, dans un premier temps simple, peut devenir dans un second temps complexe en se propageant dans des régions du cerveau qui contrôlent la conscience.

Parmi les épilepsies partielles idiopathiques, la plus fréquente est l'épilepsie à paroxysme rolandique ou épilepsie partielle bénigne à pointes centro-temporales. Elle est constatée chez des enfants entre 2 et 13 ans. Elle présente une évolution spontanément favorable à la sortie de l'enfance. Elle est donc qualifiée de « bénigne ». Ces crises sont motrices, oro-bucco-faciales, brèves et surviennent à l'endormissement ou au réveil. Concernant les épilepsies partielles symptomatiques, les manifestations cliniques associées et le pronostic dépendent de la lésion sous-jacente.

I.1.4. Les conséquences d'une crise

Une crise d'épilepsie peut engendrer de nombreux risques plus ou moins graves. Tout d'abord, même s'il est rare en cas de crise, le risque vital peut être engagé par asphyxie ou arrêt cardiaque. Cela survient surtout en cas de crises prolongées ou répétées,

avec des conséquences possibles sur les constantes vitales (la tension artérielle, le rythme cardiaque et la respiration).

Ces crises peuvent aussi engendrer des lésions cérébrales irréversibles. Il existe aussi un risque de fausse route et de pneumopathie d'inhalation si la crise survient avec des vomissements ou pendant les repas. De plus, le patient risque une chute traumatique.

Même avec un Quotient Intellectuel global normal, on retrouve souvent des troubles neuropsychologiques spécifiques, en rapport avec la région d'origine de la crise. Les épilepsies temporales engendrent fréquemment des troubles de la mémoire et du langage. Les épilepsies frontales sont caractérisées par l'apparition d'une désinhibition, d'une familiarité, et de troubles de planification et d'organisation des tâches. Quant aux épilepsies occipitales, des troubles visuels sont à rechercher. Les crises d'épilepsie peuvent également engendrer un déficit moteur, surtout en cas de crises motrices, partielles, répétées et prolongées.

Le développement psychomoteur est le plus souvent normal. Un retard mental est possible à long terme, selon le type d'épilepsie, surtout si l'épilepsie est précoce.

Par ailleurs, on constate des conséquences liées aux traitements : la fatigue, un ralentissement, une somnolence, des troubles de la mémoire. Des troubles du comportement sont aussi repérés. Ils peuvent être liés à l'épilepsie elle-même ou faire partie des effets secondaires de médicaments.

Il existe également des conséquences psycho-sociales. En effet, c'est une maladie impressionnante pour l'entourage avec une altération de l'image de soi et du regard des autres. « Le regard de la société sur l'épileptique favorise des attitudes de rejet ou de mise à l'écart accentuant le handicap de la maladie. Il est aisé de comprendre combien l'adolescent épileptique souffre de cette situation, lui qui souhaite, à juste titre, exister, vivre et s'intégrer parmi ses pairs dans cette société »². Ainsi, ces enfants sont souvent surprotégés avec un risque important de déscolarisation et de désocialisation.

² De GRISSAC H., (2009), L'adolescent, l'épilepsie et le médecin, p. 140

De plus, l'épilepsie peut perturber le développement et engendrer des troubles psychologiques. En effet, « il nous est facile d'expliquer [...] comment certaines épilepsies (syndrome de West ou de Lennox-Gastaut) perturbent les investissements initiaux de la relation objectale, empêchent son établissement, brouillent et dérèglent le jeu des mécanismes archaïques de défense si bien que l'accès au symbolisme se trouve barré et que l'enfant se récupère dans une structure psychotique »³. Nous ne parlons plus, à présent, de psychose infantile mais plutôt de Troubles Envahissants du Développement. Mais à quoi correspondent ces troubles ?

I.2. Les Troubles Envahissants du Développement

I.2.1. Historique

En 1911, le psychiatre suisse Eugène BLEULER utilise pour la première fois le terme « autisme » dans le cadre de la psychiatrie adulte. L'autisme décrivait alors pour lui un des symptômes majeurs de la schizophrénie : la perte du contact avec la réalité extérieure qui rend difficile ou impossible pour le patient toute communication avec l'autre. En 1943, un psychiatre américain, Léo KANNER, utilise le mot « autisme » pour désigner un syndrome clinique à part entière, détaché de la schizophrénie. Il explique que « les enfants autistes sont venus au monde avec une incapacité innée à développer les contacts affectifs habituels avec les personnes, biologiquement prévues, de la même manière que d'autres enfants viennent au monde avec des handicaps physiques ou intellectuels »⁴.

De nos jours, les grandes classifications internationales des maladies (CIM 10 et DSM IV) ont répertorié le syndrome de l'autisme parmi les « Troubles Envahissants du Développement » (TED). Plus récemment, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM V) a regroupé l'ensemble des Troubles Envahissants du Développement sous le terme de « Troubles du Spectre Autistique » (TSA).

³ SOULAYROL R., (1980), Psychose de l'enfant et épilepsie, p. 77

⁴ TARDIF C. et GESPNER B., (2010), L'autisme, p. 13

I.2.2. Définition et symptomatologie

Selon la Haute Autorité de Santé, « les Troubles Envahissants du Développement (TED) sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations ».

Le fonctionnement des personnes ayant des Troubles Envahissants du Développement est très diversifié. Il peut présenter des particularités au niveau sensoriel, moteur, cognitif, émotionnel, corporel, et propre à la communication et aux interactions sociales. Cela évolue tout au long de la vie en fonction de la sévérité des symptômes, de l'âge de la personne, de son développement, de ses expériences, de la qualité et de l'intensité de son accompagnement. Ces troubles se caractérisent alors par des altérations des capacités de communication et de socialisation qui peuvent mettre la personne en souffrance. Ainsi, Daniel Tammet, atteint du syndrome d'Asperger, a écrit dans son livre témoignage : « Je me souviens : je suis debout, tout seul, à l'ombre des arbres qui entourent la cour de l'école, regardant les autres enfants qui courent, qui crient et qui jouent. J'ai dix ans et je sais que je suis différent d'eux, d'une manière que je ne peux exprimer ni comprendre. [...] Je suis constamment effrayé d'être touché par l'une des balles, [...] c'est l'une des raisons pour laquelle je préfère rester debout dans un coin de la cour, assez loin de mes camarades de classe. Je n'y manque jamais, je le fais à chaque récréation au point que c'est vite devenu une plaisanterie récurrente et qu'il est de notoriété publique que Daniel parle aux arbres et qu'il est bizarre. »⁵.

I.2.3. Classification

Pour les Troubles Envahissants du Développement, la classification internationale des maladies (CIM-10) est la classification de référence. Dans la CIM-10, huit catégories de TED sont identifiées :

⁵ TAMMET D., (2007), Je suis né un jour bleu, p. 99

- L'autisme infantile apparaît précocement dans l'enfance puis concerne tous les âges de la vie. Il peut altérer dès les premiers mois de vie la communication et l'interaction sociale.
- L'autisme atypique se distingue de l'autisme infantile en raison de l'âge de survenue ou de la symptomatologie.
- Le syndrome de Rett
- Les autres troubles désintégratifs de l'enfance
- L'hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
- Le syndrome d'Asperger
- Les autres troubles envahissants du développement
- Le trouble envahissant du développement, sans précision

La distinction entre les différentes catégories de TED est en partie fondée sur l'âge de début, les signes cliniques (l'association ou non à un retard mental, à un trouble du langage) ou sur la présence d'atteinte génétique (ex. syndrome de Rett).

I.2.4. Épidémiologie

En 2009, la prévalence estimée des personnes présentant des Troubles Envahissants du Développement était de 6 à 7 pour mille personnes de moins de 20 ans. Les données épidémiologiques présentent une multiplicité des facteurs de risque et des pathologies ou troubles associés aux TED. Cela appuie la présence de plusieurs facteurs étiologiques des TED avec une implication forte des facteurs génétiques dans leur genèse. Les facteurs de risque connus sont le sexe (les TED sont plus fréquents chez les garçons) et les antécédents de TED dans la fratrie. Les pathologies et les troubles associés sont les troubles du sommeil, les troubles psychiatriques, l'épilepsie et le retard mental.

I.2.5. Diagnostics

Un premier repérage individuel des troubles est réalisé. Les premiers signes d'alerte évocateurs d'un risque de TED viennent de l'inquiétude des parents évoquant une difficulté de développement de leur enfant. Les indices préoccupants sont, dès la première année, l'absence ou la rareté du sourire social, du contact par le regard et de l'orientation à l'appel du prénom de l'enfant. Au fur et à mesure du développement de l'enfant, des perturbations du langage ou de la socialisation et des comportements répétitifs ou

stéréotypés peuvent apparaître. Quel que soit l'âge, l'existence d'une régression dans le développement du langage ou des relations sociales est également évocatrice.

Puis le diagnostic clinique des Troubles Envahissants du Développement est confirmé. Il n'existe actuellement pas de diagnostic biologique des TED. Le diagnostic est fondé sur un entretien orienté avec les parents et une observation clinique directe de l'enfant. La recherche de pathologies associées et d'éléments étiologiques comporte un examen de la vision et de l'audition, une consultation neurologique et une consultation génétique. La réalisation d'une IRM morphologique cérébrale avec spectroscopie est utile, en particulier pour détecter des maladies métaboliques. Des examens psychologiques, orthophoniques et psychomoteurs permettent de mieux apprécier le mode de fonctionnement de la personne avec TED et d'établir les perspectives de développement de la communication et des compétences sociales.

L'épilepsie et les Troubles Envahissants du Développement constituent une comorbidité fréquente. Elles engendrent l'une comme l'autre une discontinuité dans la présence de la personne à soi et à son environnement. Voyons alors comment s'élabore la continuité d'existence chez l'enfant.

II. L'ELABORATION DE LA CONTINUITE D'EXISTENCE

La continuité d'existence s'élabore à partir de multiples expériences, théorisées par différentes notions. Nous allons traiter ces notions, de façon artificielle, en trois parties distinctes pour une meilleure compréhension des concepts.

II.1. L'établissement de la permanence psychique

II.1.1. Le « sentiment continu d'exister » de Donald Wood WINNICOTT

« Le sentiment de continuité d'existence représente l'une des premières, l'une des plus archaïques étapes que doit traverser le bébé au cours de son développement. Il s'agit là de l'une des capacités de base à acquérir pour tout sujet humain »⁶.

La continuité d'existence est une sécurité interne qui permet au bébé d'être convaincu qu'il sera « toujours là et toujours « le même » »⁷ l'instant d'après. D.W. WINNICOTT définit le concept de la préoccupation maternelle primaire. Cette notion est nécessaire à l'établissement du sentiment continu d'exister. Elle qualifie l'état psychologique particulier permettant à une mère de s'adapter à son enfant. Cet état se développe pendant la grossesse jusqu'au terme et perdure quelques semaines après la naissance. « Cet état organisé pourrait être comparé à un état de repli, ou [...] même encore à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus »⁸. La mère est dévouée à son enfant. Atteinte de cette « maladie normale », la préoccupation pour son enfant devient essentielle pour elle. Hypersensible, elle est plus apte à s'identifier à lui et à répondre de manière adaptée à ses besoins.

Si la mère est suffisamment bonne, c'est-à-dire si elle s'adapte bien aux besoins de son enfant, celui-ci peut alors faire face aux petites frustrations tout en suivant sa ligne de vie. Cette mère se met suffisamment à la place de son nourrisson pour lui présenter le sein au moment où il l'attend. Dans une attente juste du nourrissage, l'enfant peut halluciner le sein. Il accède donc à une première forme de pensée. Par ce procédé hallucinatoire et la répétition du lien à la mère, l'enfant construit progressivement un espace d'illusion, de rêve qui lui permettra de s'approprier le sentiment d'existence. Cet espace est une zone dans

⁶ PIREYRE E. W., (2011), Clinique de l'image du corps, p. 58

⁷ Ibid, p. 55

⁸ WINNICOTT D. W., (1956), La mère suffisamment bonne, p. 40

laquelle l'enfant peut exercer une omnipotence imaginaire. Pour que cet espace psychique interne puisse exister, D.W. WINNICOTT insiste sur la nécessité pour la mère de présenter le bon objet au moment où l'enfant le crée dans son imaginaire. Ce modèle prend en compte le besoin de l'enfant envisagé comme reconnaissance par la mère du bon moment pour interagir avec son nourrisson. Quand cette action est répétée de manière suffisamment bonne, l'enfant va pouvoir nourrir sa zone de rêverie. Le bébé est alors capable d'investir un sentiment d'existence fort. Cela contribue à la construction du self. Le self correspond au sentiment d'existence individuelle, d'autonomie, d'habiter son corps et sa psyché. Ainsi, le rôle que joue l'environnement dans la construction de soi est capital pour D.W. WINNICOTT. En effet, « un bébé seul ça n'existe pas »⁹. La mère, en se mettant à la place de son bébé, répond à ses besoins d'abord corporels. Elle développe alors une qualité de soins par le holding, le handling et l'object presenting. Ses soins adaptés à l'enfant participent à la construction de son sentiment continu d'exister.

Le holding est la façon dont est maintenu et porté le bébé physiquement et psychiquement. La mère soutient l'enfant par ses soins, son regard, son attention et ses portages. Elle assure également un rôle de pare-excitation permettant ainsi au bébé de faire face aux excitations internes et externes. Un bon portage fournit à l'enfant des appuis solides et adaptés qu'il va pouvoir intérioriser comme une base de sécurité. Le bébé a également besoin d'un portage psychique. La mère doit donc être disponible psychiquement pour son enfant. Le portage physique et celui psychique de la mère sont naturellement liés. Une mère qui porte son bébé dans ses bras est généralement attentive à lui, elle cherche à le comprendre, s'émerveille de ses sourires et de ses gazouillis. Par ailleurs, la mère suffisamment bonne adapte son holding en fonction de l'évolution de son enfant : sa croissance, son développement moteur et psychologique. Au fil du temps, le bébé acquiert une meilleure régulation tonique engendrant une séparation progressive du corps de la mère. D'abord dans un enveloppement important, elle peut ensuite le tenir plus soupagement ce qui ouvre l'espace de la relation vers l'extérieur.

Le handling correspond à la manière dont le bébé est soigné et manipulé par sa mère, notamment lors du nourrissage et de la toilette. Ces expériences permettent au bébé de sentir son corps : sentir la surface de sa peau en contact avec l'eau pendant le temps du

⁹ WINNICOTT D. W., (1989), L'enfant et le monde extérieur, p. 107

bain, percevoir les différentes parties de son corps pendant l'habillage. Par les soins et les commentaires que la mère y associe, elle lui permet de se sentir rassemblé et de ne pas se sentir anéanti.

L'object presenting correspond au mode de présentation de l'objet, qui doit se faire au bon moment pour maintenir une rythmicité des échanges structurante pour le bébé. La mère, en étant présente au bon moment, propose à son enfant un objet physique ou psychique. Ceci permet à l'enfant de lui attribuer une existence réelle mais aussi d'éprouver l'illusion qu'il crée l'objet. Il vit une expérience d'omnipotence, croyant avoir créé le sein. Tout d'abord, la mère présente l'objet de façon immédiate. Puis, petit à petit, elle va sortir de son état de préoccupation maternelle primaire et réinvestir d'autres aspects de sa vie comme sa relation de couple. Elle ne sera plus aussi rapide pour répondre aux besoins de son enfant. Un temps d'attente est alors installé avant de répondre à la satisfaction des désirs de l'enfant, tout en restant dans une rythmicité sécurisante. Ce temps laisse place au manque et à la frustration et crée le processus de la désillusion. C'est dans l'absence et l'attente que le bébé va pouvoir prendre en compte la réalité et percevoir la mère comme extérieure à lui. Le bébé accède à la différence moi / non-moi. Il s'intéresse à des objets extérieurs, ayant acquis une certaine sécurité interne.

Cependant, en cas de carences maternelles, si la mère n'est pas suffisamment bonne, alors cela entrave le sentiment continu d'exister de son enfant. Des stratégies négatives sont mises en place, engendrant un faible sentiment d'existence. Le bébé ne peut donc pas faire face aux menaces d'annihilation. « C'est [...] une angoisse primitive très réelle, bien antérieure à toute angoisse qui inclut le mot mort dans sa description »¹⁰. Les carences maternelles sont ressenties par le bébé comme des menaces contre l'existence personnelle du self.

Ainsi, par ses soins et son attention, l'environnement humain adapté permet au bébé de construire un sentiment continu d'exister fondamental. Ce sentiment s'établit également par la rythmicité entre l'intégration et la non-intégration que peut vivre le bébé.

¹⁰ WINNICOTT D. W., (1956), La mère suffisamment bonne, p. 45

II.1.2. L'alternance intégration / non-intégration

A la naissance, le bébé se vit comme « un ensemble d'organes non reliés les uns aux autres »¹¹. Il se ressent comme un agrégat de perceptions et de sensations diverses. D.W. WINNICOTT nomme cet état, « l'état primaire de non-intégration » dans lequel le bébé se vit comme désorganisé. L'environnement humain est alors essentiel pour permettre de tolérer cette désorganisation. En effet, dans les premiers temps de la vie, ce n'est pas le bébé qui constitue une unité mais le couple bébé / environnement. L'indifférenciation soi / non-soi de l'enfant, nécessaire au début de sa vie, permet au nourrisson de se sentir indéterminé pour pouvoir, dans un second temps, intégrer sa personnalité. Le sentiment continu d'exister s'établit par la rythmicité intégration / non-intégration. Cette rythmicité nécessite une adaptation suffisamment bonne de l'environnement humain au bébé. En s'adaptant au bébé, l'entourage va traduire ce qu'il perçoit et pense que l'enfant est en train de vivre pour le lui restituer : c'est la capacité de rêverie maternelle.

II.1.3. La capacité de rêverie maternelle

L'environnement humain du bébé interprète ce qu'il vit. Il pense pour lui. Face au bombardement de données sensorielles, d'expériences émotionnelles inassimilables, il éprouve la nécessité de décharger ses vécus d'angoisses, ses tensions somatiques. Ainsi, quand les stimuli d'origine interne (exemple de la faim) ou externe (comme le bruit) dépassent un certain seuil, le bébé réagit à cette excitation négative de l'ordre du déplaisir par un processus de décharge pour retrouver la quiétude. Les tensions corporelles, les cris, les pleurs sont porteurs de ce message d'inconfort.

Tout comme le placenta garantissait les échanges physiologiques entre la mère et le fœtus, la mère métabolise pour le nourrisson les expériences de ce dernier. Elle les lui restitue sous forme d'éléments acceptables pour sa psyché immature, après y avoir donné du sens. Elle adapte ses réponses aux besoins physiques et psychiques du bébé. C'est ce que Wilfred BION a appelé la fonction alpha. Le nourrisson projette par sa motricité des données brutes, appelées éléments bêta. La mère, ou plus globalement le substitut maternel, agit comme un contenant qui reçoit les manifestations projectives du bébé. Elle les détoxique en les interprétant et les convertit en éléments alpha accessibles au bébé. W.

¹¹ CICCONE A., (1999), Quelques données pour une représentation de la naissance à la vie psychique, p. 33

BION définit la capacité de rêverie maternelle comme la disposition psychique de la mère à s'identifier aux besoins de son enfant. Cela permettra au bébé, par la répétition de ses expériences, de pouvoir lui-même développer la capacité d'interprétation de ce qu'il vit. Il pourra lier les événements entre eux et intérioriser cette compétence. Ces expériences, quand elles sont suffisamment répétées, contribuent à l'émergence de sa propre fonction alpha, son propre appareil à penser. L'ensemble de ces échanges décrits entre l'environnement maternel et le bébé se font à travers une rythmicité bien particulière.

II.1.4. Les premiers rythmes

Daniel MARCELLI a développé deux aspects apparemment contradictoires concernant la perception du temps par l'être humain. D'une part, le temps a un aspect circulaire. C'est le temps qui se retrouve de jours en jours et se répète de façon cyclique. D'autre part, le temps a un aspect linéaire, il est décrit en termes de début, d'instant et de fin. Ainsi, ce qui est passé ne reviendra jamais. Le rythme s'inscrit dans une tension entre ces deux dimensions temporelles que sont la répétition, ou la régularité, et la rupture. La relation entre la mère et le bébé contient ces deux aspects qui sont fondamentaux dans la construction identitaire de l'enfant.

Les macrorhythmes relèvent de l'aspect circulaire du temps et reposent sur la régularité et la répétition des soins apportés à l'enfant. D. MARCELLI explique que la qualité de soins suffisamment bons réside dans leur caractère régulier, prévisible et donc répétitif. C'est cette régularité qui permet à l'enfant de percevoir son environnement comme structurant et sécurisant. Cette répétition des conduites de l'entourage engendre un partage progressif du sens de ses conduites. Les anticipations de l'enfant, ses attentes vont se trouver confirmées par la réalité des soins qu'il reçoit. On parle dans ce cas de proto-pensées sur le temps. « Le développement de la pensée siège bien à ce point particulier : son rôle est de transformer la discontinuité d'une sensation, d'une perception en une continuité d'investissement, une continuité ontologique sur laquelle l'individu va fonder son sentiment d'existence »¹².

¹² MARCELLI D., (1992), La rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson, p. 66

Les microrythmes sont du registre du temps linéaire. Ils s'observent dans les interactions ludiques entre la mère et son enfant. Ils comportent un début, un déroulement et une fin. Les mères se livrent en général à des jeux qui comportent de la surprise, de la provocation, de la tromperie... Ces jeux obéissent à une construction en thèmes et variations. Le jeu suit toujours à peu près le même déroulement. Il commence par un temps d'engagement où la mère et le bébé se reconnaissent par le toucher, le regard... Puis le jeu s'installe, une règle se crée ce qui permet d'apprendre la teneur du jeu. Des variations s'ajoutent, notamment dans la vitesse du jeu ou encore la prosodie de la voix, pour maintenir l'intérêt du bébé en éveil. Ensuite, une surprise survient. C'est ce que D. MARCELLI nomme la « violation de la règle » par la mère. Cela met fin à l'excitation et au jeu. Ces interactions ne sont pas du registre du besoin mais du pulsionnel. Il s'agit de prendre du plaisir à s'exciter ensemble.

Macrorythmes et microrythmes fondent le temps dans lequel va s'installer le bébé. Tout d'abord, la répétition propre aux macrorythmes permet de construire la stabilité, d'identifier et d'investir le monde environnant ainsi que la satisfaction de l'apaisement des besoins. Les macrorythmes participent aussi à la mise en place d'une sécurité. La sécurité établie par les macrorythmes est la base du sentiment continu d'exister. Ainsi, « la sécurité de base est l'effet de – ou suppose – une rythmicité, une expérience rythmique. Il est classique de dire que la rythmicité des expériences, notamment des expériences de présence et d'absence, donne une illusion de continuité »¹³.

Cette régularité permet aussi de susciter les premières formes de pensée et de mémorisation. « Outre la mémorisation, des rituels répétés facilitent probablement chez le bébé le développement d'un sentiment de confiance dans la continuité et la prévisibilité, c'est-à-dire l'existence d'un noyau stable et durable dans la personne, ce que les Anglo-Saxons appellent le « self » ». Puis, les variations des microrythmes, de par leur caractère inattendu, vont permettre d'investir l'aléatoire et l'incertain, fonder la capacité d'attention, donner sens à l'excitation de l'attente et initier aux plaisirs des relations humaines. La permanence psychique contribue donc à la mise en place de la continuité d'existence. L'unicité corporelle aide également à l'élaboration de ce vécu continu d'exister. Mais comment se construit cette unicité corporelle ? Je développerai cette question dans la partie

¹³ CICCONE A., (2006), Partage d'expériences et rythmicité dans le travail de subjectivation, p. 31

suivante en dégageant trois axes : l'enveloppe corporelle, l'axe corporel et l'instrumentation.

II.2. La construction de l'unicité corporelle

II.2.1. L'intégration de l'enveloppe corporelle

II.2.1.1. Le Moi-peau

Didier ANZIEU définit le Moi-peau comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif »¹⁴.

Pour D. ANZIEU, la peau n'est pas qu'une enveloppe physiologique, elle est également psychique, permettant de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire. La peau, par ses propriétés sensorielles, garde un rôle déterminant dans la relation à l'autre. Le Moi-peau constitue d'abord un contenant indissociable entre la mère et l'enfant. Les soins maternels (développés dans la partie précédente autour des concepts de D.W. WINNICOTT) supposent des contacts physiques entre la mère et son bébé qui sont essentiels dans le développement psychique. L'accession au Moi-peau est donc soumise à l'adaptation de l'objet maternant. En effet, cette enveloppe psychique s'étaye sur les fonctions de la peau éveillée par les soins maternels. Ces contacts donnent naissance au fantasme d'une peau, enveloppe commune entre eux deux. La séparation effacera la peau commune dans une épreuve de double intériorisation, celle de l'interface qui devient enveloppe pour les contenus mentaux, et celle de l'entourage maternant qui donne lieu à des pensées, des affects et des fantasmes.

Le Moi-peau, alors basé sur la sensorialité entre la mère et son enfant, donne naissance à la notion de limite dedans / dehors, c'est-à-dire l'existence d'un contenant, d'un contenu et d'une enveloppe. Le Moi-peau permet également la communication et les échanges avec l'environnement ; avec la possibilité que ces contenants ne soient pas

¹⁴ ANZIEU D. (1995), Le Moi-peau, p. 38

complètement hermétiques, avec un dialogue où cette enveloppe s'ouvre pour pouvoir recevoir.

D. ANZIEU reconnaît neuf fonctions principales du Moi-peau dont quatre vont être développées :

- La fonction de maintenance du psychisme est issue de l'intériorisation du holding maternel. De même que la peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles, le Moi-peau est une partie de la mère qui a été intériorisée et qui maintient le psychisme en état de fonctionner. Elle permet de maintenir ensemble les différentes parties du psychisme naissant du nourrisson.
- La fonction de contenance est liée au handling. De même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique. Elle permet l'élaboration d'une enveloppe qui contient les représentations et les affects.
- La fonction de pare-excitation s'illustre par le fait que la couche superficielle de l'épiderme protège la couche sensible de celui-ci contre les agressions physiques. De la même manière, l'excès de stimulations de la mère sert de pare-excitation au bébé, et cela jusqu'à ce que son Moi en croissance trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction.
- La fonction d'individuation du soi apporte le sentiment d'être unique.

Le Moi-peau permet à l'enfant de se ressentir comme contenu entouré par un contenant : l'enveloppe corporelle. Le Moi-peau est intériorisé notamment dans des situations de portage dans lesquelles l'appui-dos et le regard sont indispensables pour l'intégration de l'enveloppe corporelle.

II.2.1.2. L'interpénétration des regards et l'objet d'arrière-plan

Le premier sentiment corporel que l'enfant construit est un sentiment d'enveloppe. Cette première enveloppe s'élabore lorsque le bébé se sent entouré physiquement et psychiquement. Il se sent contenu dans les bras de sa mère et sent qu'il dispose de contenant par le portage et l'attention de celle-ci. Le portage assure ainsi un premier sentiment d'enveloppe, de sécurité et de continuité d'existence.

Geneviève HAAG souligne l'importance de « cette association du contact-dos avec l'interpénétration du regard et l'enveloppe sonore porteuse de modulations à fort message

émotionnel »¹⁵ pour que l'enfant introjecte la contenance. Ainsi, il est fondamental de combiner ces trois éléments pour que le bébé perçoive une entourance.

Le contact-dos est le premier ancrage du bébé. Il est engrammé en pré-natal et immédiatement en post-natal. Ainsi, en fin de grossesse, il existe un contact important entre le dos du futur bébé et la paroi utérine solide et élastique. Lorsque le nouveau-né vient au monde, il est en général posé sur le ventre de sa mère. Celle-ci met sa main sur son dos, ce qui lui apporte un sentiment de sécurité et le calme. Dans le portage, l'enfant sent que son dos est tenu, dans des échanges tonico-posturaux qu'il internalise petit à petit, passant alors de la contention à la contenance. Il a un appui-dos physique par lequel il sent que son parent est présent pour lui. Cette appui-dos constitue alors un lieu d'échange tonique. L'enfant se sent solide, internalisant toute cette attention, ce maternage. G. HAAG souligne l'importance du dos : « l'objet d'arrière-plan comme une surface d'impression »¹⁶.

G. HAAG développe également l'interpénétration des regards entre la mère et l'enfant, dans une rencontre de regard à regard. Elle parle de la construction du regard du bébé. L'axe du regard correspond au tenu dedans : le mamelon, la tétine. Cela donne un regard curieux, à l'origine de l'idée de profondeur. Le fond du regard est le tenu autour, soit la bouche, et l'arrière-plan, soit le tenu dans les bras, qui développent un regard enveloppant. Le bain sonore manifeste également la présence de la mère. La voix maternelle exprime des émotions au-delà des mots, par sa prosodie et sa tonalité.

L'enveloppe corporelle intégrée ne suffit pas à l'enfant pour acquérir une unicité corporelle. Il a également besoin de construire son axe corporel.

¹⁵ HAAG G., (1988), *Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie*, p. 2

¹⁶ Ibid, p. 6

II.2.2. L'axe corporel : l'établissement d'un « être au monde » propre à chacun

Un axe est une « ligne qui partage un objet, un corps en deux parties symétriques dans le sens de la plus grande dimension »¹⁷. L'axe corporel serait alors la ligne qui sépare et rassemble le corps en deux moitiés dans le sens de la hauteur. Mais cette notion va plus loin que cela...

II.2.2.1. Le rôle du développement postural dans la construction axiale

Selon André BULLINGER, « à la naissance, le bébé dispose de quelques postures qui constituent son répertoire de base. Ces postures peuvent être considérées comme des états d'équilibre autour desquels le bébé s'organise »¹⁸.

La posture symétrique fait part d'une hypotonie axiale associée à une hypertonie segmentaire. En position semi-assise, le bébé est dans un premier temps enroulé sur lui-même, tenu par la « fonction tonique pneumatique » de la respiration et par le dos encore peu musclé. Puis, une fois la musculature du dos développée, le redressement est possible, libérant la respiration de sa fonction pneumatique. Lorsque le redressement s'établit, des mouvements de rotation sont alors possibles. Ils s'expliquent par la mise en place des postures asymétriques appelées aussi postures « d'escrimeur ». Ces postures constituent des points d'ancrage à partir desquels le bébé interagit avec son milieu. Chaque type de posture privilégie un espace propre. Ainsi, la posture symétrique favorise l'espace oral, un des premiers espaces investi par l'enfant. En effet, la bouche est le premier instrument dont dispose le bébé. Elle lui permet de capturer les objets à sa portée, notamment ses mains. Les postures asymétriques, quant à elles, orientent vers d'autres objets du milieu notamment par la vue.

.

Ces différentes postures permettent la perception de deux espaces gauche et droit distincts. « Avant que la rotation du buste soit installée, la bouche va servir de relais pour passer un objet d'une main à l'autre et d'un espace à l'autre. C'est un moment pendant lequel la zone orale est très sollicitée et où la salivation est importante »¹⁹. Puis, l'unification de ces deux espaces crée l'espace de préhension où les mains, libérées des

¹⁷ Dictionnaire Larousse

¹⁸ BULLINGER A., (2013), Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, p. 138

¹⁹ Ibid, p. 141

contraintes posturales, peuvent jouer leur rôle instrumental que nous aborderons plus tard. Le buste étant redressé, la posture de face, instable, est en constant équilibre entre des oscillations avant-arrière et des oscillations latérales. Ainsi, « l'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales. Il fait de l'organisme un lieu habité »²⁰.

Le développement postural s'appuie sur un état tonique qui varie. La régulation tonique, que nous développerons dans une autre partie pour plus de clarté, joue donc un rôle essentiel dans l'établissement de l'axe corporel.

II.2.2.2. L'intégration de l'axe corporel

II.2.2.2.1. *L'enroulement et la préoccupation de soi*

Comme nous l'avons vu précédemment, le nouveau-né s'organise autour d'une hypotonie axiale et d'une hypertonie segmentaire. Il se trouve alors dans une posture de flexion physiologique qui engendre des mouvements d'enroulement. Selon Suzanne ROBERT-OUVRAY, cette posture de flexion est indispensable à la construction psychocorporelle. Cette motricité centripète l'amène à se centrer sur lui-même, à se découvrir avant de s'ouvrir au monde qui l'entoure. Ce retour sur soi pose les bases d'une première sécurité. «C'est sur cette base de sécurité corporelle et psychique que l'ouverture du corps vers l'extension et l'ouverture de la psyché vers le dehors relationnel s'étayeront »²¹.

« Dans l'enroulement, l'accent est mis sur le dedans, la disponibilité sensorielle »²². Benoît LESAGE explique que cette posture amène également à sentir le poids, permettant l'expérience du reposer et de l'ancrage. Le poids vécu est un organisateur affectif important. Ainsi, le bébé ne peut percevoir son poids que s'il se sent assez en sécurité, d'où la nécessité d'un holding adapté.

II.2.2.2.2. *S'appuyer et repousser : vers une dimension verticale*

Selon B. LESAGE, éprouvant son poids contre le sol, le bébé va pouvoir expérimenter les appuis et les repoussés. L'enfant, en se redressant, va créer « l'espace

²⁰ Ibid, p. 143

²¹ ROBERT-OUVRAY S., (2007), Intégration motrice et développement psychique, p. 46

²² LESAGE B., (2008), Instruire le sujet en son corps, p. 126

entre ». « On s'extrait ici de l'identité adhésive fusionnelle qui caractérise la première structure pour accéder à une autre répulsive, qui nous semble capitale dans le processus d'émergence et d'acceptation d'un soi »²³. L'enfant peut ainsi sentir son poids sur un support et, par la maturation neurologique, est capable de s'appuyer et de repousser. Ces mouvements sont fondamentaux dans l'affirmation de soi et l'individuation.

De plus, B. LESAGE explique que la « dialectique appui / repousser » permet de construire la tonicité axiale. C'est à partir du moment où le bébé repousse le sol que les lordoses cervicale et lombaire apparaissent. Par ailleurs, peu à peu, s'appuyer et repousser permet d'organiser le geste. En effet, les qualités de contrôle et la répartition du tonus musculaire permettent progressivement au bébé de jouer avec ses points d'appuis, avec les déséquilibres posturaux et les transferts du poids du corps. Il pourra alors libérer une main pour explorer l'espace de ce côté. Cela rejoint la notion de postures asymétriques décrites par A. BULLINGER.

Il se met alors en place une « densification axiale qui initie le redressement en construisant en particulier la colonne vertébrale, et correspond à une dimension verticale »²⁴. Nous allons alors aborder la dimension horizontale, liée à la coordination des ceintures et aux mouvements de torsion.

II.2.2.2.3. Ouvertures et fermetures : vers une dimension horizontale

Godelieve Denys STRUYF explique la notion de « chaîne musculaire antéropostérieure » comme la chaîne qui harmonise deux structures :

- Les chaînes antéro et postéromédianes permettent d'accéder à la verticalité.
- Les chaînes antéro et postérolatérales visent l'horizontalité. La chaîne postérolatérale permet l'abduction, l'ouverture ; tandis que la chaîne antérolatérale conduit à l'adduction, la fermeture.

L'harmonisation de ces deux structures permet l'unification des héli-espaces droit et gauche, préalable indispensable à la constitution de l'axe.

²³ LESAGE B., (1997), Etapes d'un parcours psychocorporel : l'instauration des structures, p. 52

²⁴ Ibid, p. 56

« Si les structures verticales peuvent être qualifiées d'identitaires [...], celle-ci (la structure horizontale) nous apparaît plutôt relationnelle »²⁵. Par le mouvement qui consiste à aller vers, l'attention du bébé est dirigée en dehors de son espace de préhension pour aller saisir l'objet désiré. Cela amène l'enfant à sortir de son axe, se détacher du support et donc à se différencier. Cette action est généralement suivie d'un mouvement de rassemblement permettant de ramener à soi. Le bébé est alors centré, posé sur son axe et peut explorer paisiblement l'objet. Une alternance entre ouverture et fermeture est ainsi constatée.

Une fois l'unicité corporelle établie, l'enfant va pouvoir utiliser son corps pour agir sur son environnement. C'est ce qu'A. BULLINGER appelle l'instrumentation du corps.

II.2.3. L'instrumentation du corps

Pour A. BULLINGER, l'instrumentation correspond à la manière dont le bébé parvient à faire de ses systèmes sensori-moteurs des outils qui lui permettent de comprendre et d'agir sur son milieu. Selon lui, l'organisme n'est pas le corps ; il est un objet du milieu. Le corps est la représentation de l'organisme.

L'organisme interagit avec le milieu par l'intermédiaire, entre autres, de ses systèmes sensori-moteurs. L'interaction entre les systèmes sensori-moteurs et le milieu devient objet de connaissance. L'enfant repère des régularités qui sont invariantes. Elles alimentent l'activité psychique puisque des représentations se développent. Ces représentations permettent l'anticipation et donc la régulation émotionnelle. Ainsi, la répétition des gestes et la permanence de leurs effets permet une première représentation de l'organisme en action. Puis les représentations se stabilisent. L'enfant n'est plus centré sur le geste mais sur ses effets. Il accède alors à une représentation des objets, de son organisme et de l'espace qui les contient. Un nouvel objet de connaissance peut se présenter à l'enfant : c'est l'espace-temps des gestes. Des nouvelles anticipations, une réification de l'espace et la permanence de l'objet deviennent alors possibles.

Tout cela ne peut avoir lieu que dans certaines conditions. Ainsi, « quelques-unes relèvent de la stabilité du milieu, de sa cohérence ; d'autres tiennent de l'équilibre sensori-

²⁵ Ibid, p. 57

tonique, un état interne de l'organisme qui permet, sans désorganisation, de recevoir les signaux issus des interactions avec le milieu »²⁶.

Des échanges avec le milieu humain sont nécessaires à chacun. Ils doivent être « suffisamment bons », adaptés à l'enfant. Cette adaptation se fait par ce que D.W. WINNICOTT appelle « l'accordage » : cet ajustement mutuel entre l'enfant et le milieu humain qui permet à l'enfant, in fine, l'élaboration de sa continuité d'existence. Quelles notions caractérisent cet accordage ?

II.3. L'accordage avec le milieu humain

II.3.1. La régulation tonique selon A. BULLINGER

D'un point de vue physiologique, « le tonus est un état de légère tension musculaire au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales »²⁷. Selon Henri WALLON, « le tonus est l'étoffe dont sont faites les attitudes et les attitudes sont en rapport, d'une part avec l'accommodation ou l'attente perceptive et, d'autre part, avec la vie affective »²⁸.

Le tonus fluctue sans cesse. Mais alors, comment est-il régulé ? Les différentes définitions du tonus montrent que la régulation tonique ne peut pas se faire uniquement par un seul facteur. Plusieurs mécanismes participent à cette modulation. En effet, A. BULLINGER développe quatre niveaux de la régulation tonique : les états de vigilance, le contrôle des flux sensoriels, le milieu humain et les représentations. Ces quatre niveaux se complexifient au fur et à mesure du développement. Nous nous focaliserons sur les trois premiers d'entre eux, à savoir les états de vigilance, le contrôle des flux sensoriels et le milieu humain.

²⁶ BULLINGER A., (2013), Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, p. 146

²⁷ JOVER M., (2000), Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture du jeune enfant, p. 49

²⁸ WALLON H., (1959), Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant, p.236

II.3.1.1. Les états de vigilance

Selon A. BULLINGER, les états de vigilance correspondent aux différents niveaux de conscience. Un état tonique est associé à chaque état de vigilance. Ces états sont tous stables et le passage d'un état à un autre se fait rapidement, sans transition. « Ce premier mode de régulation par « tout ou rien » ne disparaît pas avec le développement. Il semble être un ultime recours, lorsque les autres systèmes ne sont pas disponibles ou sont débordés »²⁹.

II.3.1.2. Le contrôle des flux sensoriels

A. BULLINGER décrit six types de flux sensoriels : les flux tactile, olfactif, auditif, visuel, gustatif et gravitaire. La variation de ces flux, saisie par les organes sensoriels, créent une irritation sensorielle. Celle-ci déclenche une réaction d'alerte qui engendre alors une mobilisation tonique. Cette réaction implique essentiellement les systèmes sensoriels archaïques. Ces systèmes sensoriels archaïques sont présents dès la naissance, contrairement aux systèmes récents. Ils évaluent l'information comme présente ou absente et comme agréable ou désagréable. Ils ne prennent pas en compte l'intensité de l'information comme le font les systèmes récents. Le contrôle actif de l'état tonique demande un dosage précis et constant des flux sensoriels. Ainsi, si la stimulation est trop faible, cela n'engendre aucune variation tonique. Et si la stimulation sensorielle est trop forte, alors l'état tonique devient incontrôlable allant jusqu'à la décharge motrice. « Ce type de régulation requiert une activité permanente et limite fortement les activités tournées vers d'autres objets du milieu ou vers des échanges sociaux. Le risque de ne pas contrôler les paramètres sensoriels de la situation d'interaction peut amener l'enfant à se retirer dans ses stéréotypies »³⁰. Le recours au milieu humain peut alors permettre de supporter l'excès de stimulation, sans perte de contrôle.

II.3.1.3. Les échanges avec le milieu humain

« Chez le bébé, la plupart des moyens de régulation sont extérieurs à l'organisme et révèlent des milieux physiques et humains »³¹ selon A. BULLINGER. En effet, cela implique une bonne disposition de l'enfant à recevoir les signaux et un bon ajustement du milieu qui les émet. H. WALLON insiste sur le rôle fondamental de l'émotion. Les

²⁹ BULLINGER A., (2013), Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, p. 35

³⁰ Ibid, p. 35

³¹ ROBERT-OUVRAY S., (2007), L'enfant tonique et sa mère, p. 37

émotions influencent les états internes de l'organisme mais aussi les interactions sociales. L'association des fluctuations toniques et des situations sociales permettent une prise de conscience, au fur et à mesure des répétitions d'échanges. Le milieu humain apporte alors plus d'amplitude aux variations des états toniques. Cela fait écho au dialogue tonico-émotionnel, concept de Julian de AJURIAGUERRA que nous aborderons plus en détails par la suite. Ainsi, « l'adulte qui est en dialogue d'une part « métabolise » les variations toniques qui pourraient désorganiser l'enfant, d'autre part donne du sens à ces signaux. A travers les répétitions, progressivement, des configurations d'états sensori-toniques sont reconnues »³². De plus, le milieu humain a une fonction de pare-excitation, fonction fondamentale du holding maternel. Les échanges avec le milieu humain constituent alors un facteur essentiel à la régulation tonique. Ils participent à l'accordage entre l'enfant et son milieu humain par un ajustement réciproque.

II.3.2. Un ajustement réciproque

II.3.2.1. La fonction miroir

Le bébé se trouve dans une indifférenciation soi / non-soi durant les trois premiers mois de sa vie. Il ne perçoit alors pas son environnement comme séparé de lui. On dit qu'il est en état d'aperception. Lorsque le bébé voit le visage de sa mère, « ce qu'il voit, c'est lui-même »³³. « La mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit »³⁴. La mère, en s'identifiant à son enfant, lui réfléchit alors son « soi » propre. Premier objet externe, elle représente pour le bébé un double de lui-même. Cela lui permet d'avoir une représentation de sa subjectivité et de l'intégrer. L'empathie maternelle est donc essentielle. S'ajustant tant au niveau affectif qu'au niveau de ses mimiques, la mère décrit les états psycho-somatiques de son bébé.

Ce concept de fonction miroir paraît compléter ce que Daniel STERN appelle « l'accordage affectif » entre la mère et le bébé.

³² BULLINGER A., (2013), Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, p. 36

³³ WINNICOTT D. W., (1975), Jeu et réalité, p. 203

³⁴ Ibid, p. 205

II.3.2.2. L'accordage affectif

Les interactions affectives correspondent au vécu émotionnel agréable ou déplaisant de la communication entre la mère et son bébé. Ces deux protagonistes de la relation précoce s'influencent réciproquement par leurs vécus émotionnels. D. STERN parle d'« accordage affectif » comme d'une harmonisation affective entre la mère et l'enfant. Les affects constituent l'objet même de la communication dans le « jeu mère-nourrisson », notamment durant les premiers temps de la relation. Nous avons déjà abordés ces jeux dans la partie traitant des premiers rythmes. La tonalité affective globale des échanges permet de dégager des sentiments de plaisir, bien-être, tristesse, ennui, indifférence, insécurité, excitation...

D. STERN insiste sur la notion d'intermodalité et de transmodalité. Chacun des partenaires de la dyade a la capacité de répondre au signal de l'autre non seulement en imitant, mais aussi en complexifiant le signal reçu et en utilisant un autre canal (par exemple, la voix pour répondre à la mimique). Il parle d'« appariement » mère-nourrisson intermodal ou transmodal.

Les conduites d'accordage peuvent être observées dès les premières interactions mère-nourrisson. Mais l'accordage affectif est pleinement développé vers 9 mois environ. Selon Serge LEBOVICI, c'est vers cet âge que les bébés découvrent qu'ils ont une psyché et que d'autres personnes ont des psychés différentes de la leur. La régulation de la vie affective et relationnelle, via l'accordage affectif, nécessitent la contribution des fonctions tonique et posturale. Ainsi, le « dialogue tonique » permet une adaptation entre le milieu humain et l'enfant.

II.3.2.3. Le dialogue tonique

H. WALLON a été le premier à aborder le tonus et l'émotion dans leur fonction structurante. Il souligne la fonction fondamentale de la relation dans ce processus. Pour lui, le tonus est l'énergie qui permet au corps de se maintenir par la posture, de se mouvoir par la motricité et de s'émouvoir par ses variations. Les émotions représentent un moyen de communication privilégié dans le corps à corps entre la mère et le bébé puisqu'elles utilisent le corps tonique comme théâtre, c'est-à-dire comme lieu d'expression.

A partir des travaux de H. WALLON, J. de AJURIAGUERRA développe le concept du « dialogue tonique ». « Cette notion correspond au processus d'assimilation et surtout d'accommodation, entre le corps de la mère et le corps de l'enfant. L'enfant tenu par la mère est palpitant très précocement dans un échange permanent avec les postures maternelles. Par sa mobilité, il cherche son confort dans les bras qui le maintiennent. Maintenir ne veut pas dire état fixe de maintien, mais accommodation réciproque »³⁵. Tout un jeu s'établit entre les éprouvés du bébé et les réactions parentales en réponse à ceux-ci. Le parent s'ajuste à tout ce que vit le bébé de façon synchrone. Il y a un accordage du parent au bébé qui peut être perçu comme une traduction mutuelle. L'ajustement est souvent parlé. Le fait de parler via un langage émotionnel à son bébé est important mais seulement s'il est accompagné d'un ajustement tonique.

Le parent est un véritable miroir tonico-émotionnel pour son enfant. M.-F. LIVOIR-PETERSEN définit le dialogue tonico-émotionnel dans le titre de son article : « Le dialogue tonico-émotionnel, un gué qui permet au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme ». Elle explique que l'émotion est une représentation de notre état tonique. Les émotions, absentes à la naissance, apparaissent lorsque la mère devient moins ajustée, plus éducative et le dialogue tonique moins intense.

Le dialogue tonique est essentiel dans la représentation notamment de soi et des émotions. Il exige alors beaucoup de la part des deux protagonistes de la relation. D'une part, l'adulte doit être disponible et d'autre part, l'enfant doit être capable d'utiliser le miroir proposé par l'adulte. Cette relation doit durer assez longtemps pour que ces interactions se mettent en place.

II.3.2.4. Les interactions comportementales

S. LEBOVICI définit trois niveaux d'interactions : comportementales, affectives et fantasmatiques. Seules les interactions comportementales seront développées par la suite. Elles sont également appelées interactions réelles. Elles correspondent à l'ensemble des échanges directement observables entre la mère et son bébé que l'on peut décrire selon trois registres : corporels, visuel et vocal. Les interactions corporelles sont équivalentes au

³⁵ AJURIAGUERRA de J., (1985), Organisation neuropsychologique de certains fonctionnement : des mouvements spontanés au dialogue tonico-postural et aux modes précoces de communication, p. 272

dialogue tonique développé précédemment. Concentrons-nous alors sur les interactions visuelles et vocales.

II.3.2.4.1. Les interactions visuelles

Les interactions visuelles sont un des modes privilégiés de communication entre la mère et le bébé dès les premières semaines de la vie. Ce dialogue œil à œil, appelé aussi regard mutuel, a une importance majeure. Ces premiers moments où l'enfant regarde sa mère contribuent, pour elle, à faire disparaître le caractère étranger de son enfant. Et inversement, le visage maternel a une fonction de miroir, fonction que nous avons traité ci-dessus. Cette communication par le regard est variable selon chacun des membres de la dyade, certains recherchant plus activement le regard que d'autres.

II.3.2.4.2. Les interactions vocales

C'est un mode de communication qui « traduit des besoins et des affects chez le bébé permettant d'exprimer ses désirs »³⁶. Les cris et les pleurs sont le premier langage du nourrisson. La voix participe aux premiers rythmes de D. MARCELLI. Ainsi, elle donne un tempo à l'interaction qui permet à l'enfant d'anticiper et de s'organiser. Selon John BOWLBY, la voix a un rôle important dans le processus d'attachement : elle représente une sorte de « cordon ombilical acoustique ». Ainsi, les interactions vocales favorisent le rapprochement spatial mère-bébé, restaurant leur proximité. Du côté de la mère, on note un ensemble de modifications de son langage lorsqu'elle s'adresse à son bébé. La prosodie est particulière et le timbre plus aigu. Le caractère chantant de la voix, rythmé, et la locution ralentie avec plus de pauses donnent ainsi une place au locuteur potentiel qu'est le bébé. L'intonation signifie une manière d'entrer en relation avec le bébé. Des études ont montré vers 3/4 mois des vocalisations simultanées des deux partenaires avec une alternance de leurs vocalisations. Puis vers l'âge de 9 mois, les échanges vocaux sont plus marqués par l'alternance.

La continuité d'existence se construit dès les premiers temps de la vie. L'enfant et son environnement humain s'accordant, l'établissement de la permanence psychique et de l'unicité corporelle sont alors possibles. L'ensemble de ces trois grandes notions, liées

³⁶ BLOSSIER P., (2009), Hypertonie et difficultés d'ajustement postural, p. 51

entre elles, permettent à la continuité d'existence de s'établir et de perdurer. Cependant, qu'en est-il lorsque l'enfant est atteint de pathologies engendrant de la discontinuité ? Le travail clinique effectué avec Maher illustrera et prolongera ce questionnement.

PARTIE CLINIQUE

I. CADRE D'INTERVENTION

I.1. Présentation de l'institution

J'effectue mon stage au sein d'un Centre Médico-Psychologique pour enfants. L'équipe est composée d'une pédopsychiatre, d'un éducateur, d'une psychomotricienne, de trois psychologues, de deux orthophonistes, de deux infirmières, d'une cadre de santé, d'un agent d'entretien et d'une secrétaire. Les locaux sont partagés avec un hôpital de jour pour enfants.

Le C.M.P. accueille des enfants et des adolescents ayant des troubles divers tels que des troubles du comportement, des Troubles Envahissants du Développement, des troubles des apprentissages, des troubles du sommeil. La plupart des enfants sont scolarisés. Ils sont adressés au C.M.P. le plus souvent par l'école, le médecin ou encore la famille.

I.2. Ma place en tant que stagiaire

Ce stage a été proposé pour qu'une stagiaire en psychomotricité participe au groupe « Boîte à musique », dont je parlerai par la suite. J'encadre ce groupe avec deux infirmières pendant une partie de la matinée. Je participe aussi activement à des prises en charge groupales et individuelles avec la psychomotricienne le reste de la journée. Des temps sont prévus avec ma maître de stage pour échanger autour du groupe.

II. MAHER

II.1 Description

Maher a cinq ans quand je le rencontre. Il est brun, de taille moyenne pour son âge. Debout, il a souvent le regard au sol et ne semble pas stable sur ses pieds, oscillant d'un côté puis de l'autre. De façon générale, Maher a un visage peu expressif, avec un regard souvent absent dans la relation. Il a le teint pâle et des yeux cernés, paraissant alors constamment fatigué. Il émet des sons mais ne parle pas sauf pour dire « ané », qui signifie « maman » en turc, Maher étant d'origine turque. Lorsque je le rencontre pour la première

fois, Maher semble dans son monde. L'expression ou la non-expression de son visage me donne l'impression qu'il est souffrant. Je m'interroge alors sur la manière dont je pourrais approcher cet enfant.

II.2. Diagnostic

Il présente une pathologie neurologique. Il a eu une encéphalopathie épileptique diagnostiquée à ses 3 ans, associée à un « trouble du développement de type autistique avec des difficultés cognitives et comportementales » (informations issues du dossier médical). Il a des crises d'épilepsie de fréquences variables, de quotidiennes à rares selon les périodes, s'illustrant par une hypotonie axiale causant une chute avec une reprise assez rapide. Il a donc un traitement médicamenteux lourd qui a mis un certain temps à l'apaiser et qui est encore en cours de réajustement. Il présente aussi une dysrégulation émotionnelle avec un trouble du sommeil.

II.3. Anamnèse

Il est le dernier d'une fratrie de trois garçons, les deux grands-frères ont été aussi suivis dans le même Centre Médico-Psychologique. Ils ont tous deux été pris en charge pour des troubles du comportement. Les parents sont d'origine turque et présentent une conjugopathie. Des violences conjugales ont été rapportées à tel point que la présence des enfants dans la famille a été questionnée plusieurs fois par l'équipe. La mère de Maher, dépressive, est suivie dans un service pour adultes depuis un an. Une aide éducative administrative ainsi qu'une aide à domicile ont été mises en place depuis début 2013.

La grossesse a été compliquée. La mère de Maher se sentait stressée, énervée et en colère, en lien avec des tensions et des violences conjugales. L'accouchement a eu lieu quinze jours avant le terme, alors que Maher ne bougeait plus. L'enfant étant positionné en siège, une césarienne a dû être faite. Suite à l'accouchement, sa mère, très déprimée, a eu un suivi psychologique.

Selon sa mère, lorsqu'il était bébé, Maher « dormait bien, mangeait bien, bougeait bien et comprenait bien ». Elle ne semblait pas inquiète. Maher a été allaité pendant trois mois. Il a été en crèche à partir de ses 18 mois, trois fois par semaine. Au début Maher était

très immobile et ne parlait pas du tout. Après un temps d'adaptation à la crèche, il pouvait jouer mais restait solitaire. Il va actuellement à l'école, à raison d'une heure trente, trois après-midi par semaine accompagnée d'une Aide à la Vie Scolaire.

A ses 3 ans, Maher criait beaucoup et se tapait régulièrement les oreilles. Ses réactions ont amené les médecins à l'ausculter. Maher a ensuite été opéré en janvier 2012, d'une pose d'aérateurs trans-tympaniques, appelés aussi diabolos. Ces systèmes enchâssés à travers le tympan permettent la ventilation de l'oreille moyenne. A la suite de cette intervention, il criait moins et semblait plus apaisé. En parallèle du C.M.P., Maher est suivi par une neuropédiatre depuis mars 2012. Un bilan a été effectué et l'IRM n'a pas montré d'anomalie majeure. Il a été hospitalisé en avril 2012 pour faire un bilan suite à la première crise d'épilepsie identifiée par la neuropédiatre. Sa mère a décrit des crises atoniques avec chute du tonus axial et récupération immédiate un mois avant la visite. Un traitement a ensuite été mis en place, avec de nombreux réajustements afin qu'il soit efficace. Aucune étiologie génétique n'a été trouvée malgré de nombreuses recherches.

A ses 3 ans, Maher a également présenté des troubles du sommeil. Il se réveillait toutes les nuits et faisait une sieste de quinze minutes par jour. Actuellement, il dort toujours mal, son lit placé dans la chambre parentale.

De plus, il se mettait constamment en danger, il montait et grimpait, dans une grande agitation et mettait beaucoup à la bouche. Il ouvrait aussi souvent les portes. Il a marché à 18 mois. Et depuis, sa mère explique qu'elle le mettait systématiquement dans une poussette pour ne pas lui courir après, Maher s'échappant.

Maher n'est pas propre. Il urinait dans toute la maison jusqu'à début 2014. Maintenant, âgé de 5 ans, lorsque sa mère retire sa couche, Maher est capable de se retenir environ une heure pour uriner.

La venue de Maher a provoqué une aggravation des troubles du comportement de ses frères, très proches de leur mère. Maintenant, Maher joue avec ses frères à des jeux de bagarres et de rigolades alors qu'auparavant, il était plutôt seul dans son coin ou caché derrière sa mère.

II.4. Son parcours institutionnel

Maher est suivi au C.M.P. depuis mars 2012 suite à la demande de ses parents pour trouble de la communication et suspicion d'autisme. Il est suivi régulièrement par la pédopsychiatre et par l'orthophoniste une fois par semaine. La neuropédiatre, qui assure le suivi de l'épilepsie de Maher, est en lien avec la pédopsychiatre depuis le début de sa prise en charge. La lourdeur de son handicap fait de Maher un enfant à part dans cette institution dans laquelle la majorité des enfants sont scolarisés à plein temps. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le C.M.P. souhaitait, avant le début de la prise en charge que Maher soit accompagné plutôt en C.A.M.S.P. Le suivi n'ayant pu se faire dans cet autre établissement, il a commencé au C.M.P.

Un soin en psychomotricité a débuté avec Maher et sa mère dans le but de travailler autour du sensoriel et soutenir la relation mère / enfant. Aucun temps formel d'observation psychomotrice n'a été proposé. Sa mère, épuisée, n'arrivait pas à comprendre les manifestations de son enfant. Le soin s'est ensuite poursuivi en flaque thérapeutique avec sa mère. Les transformations du cadre ont été motivées par le besoin de rassembler le soin autour d'un médium apprécié par Maher : l'eau. Le soin avait alors pour objectif d'être dans un plaisir de l'ici et le maintenant. Les séances se sont d'abord déroulées avec sa mère, puis seul, dû à l'épuisement de celle-ci et le besoin de différencier Maher de sa mère. En effet, Maher et sa mère étant dans un collage trop envahissant pour le soin de Maher, chacun pouvait alors avoir des espaces séparés dans le même temps : Maher en flaque et sa mère avec l'assistante sociale. Maher a arrêté le soin en flaque à la rentrée 2014 pour débiter une prise en charge groupale au début du mois d'octobre.

Voyons alors plus précisément le déroulé de cette prise en charge.

III. LA PRISE EN CHARGE

III.1. Le cadre du groupe

Je suis intervenue au sein d'un groupe appelé « Boîte à musique ». J'encadre ce groupe avec deux infirmières, que je prénommerai Céline et Aurélie. Ce groupe est composé de quatre enfants : deux garçons et deux filles, qui ont entre 4 et 5 ans. Je les nommerai Alice, Sophia, Yacine et Maher. Ils présentent des Troubles Envahissants du Développement à des degrés différents. Ces enfants sont tous en difficulté dans un groupe. Et n'ayant eu que des prises en charge individuelles, ce groupe a pour but de vivre une expérience groupale, un être ensemble. Il a été pensé autour et pour Maher.

Le groupe se déroule tous les mercredi matins pendant une heure trente. Il se divise en plusieurs temps. Nous allons d'abord chercher les enfants en salle d'attente accompagnés de leurs parents. Nous chantons ensuite, assis en rond sur des coussins, autour d'un djembe avec lequel nous jouons chacun à notre tour. Un temps d'exploration des instruments est proposé puis nous prenons une collation à table. Ensuite, nous allons aux toilettes. Nous y allons et en revenons en formant un petit-train. Tous en rang, entourés d'une corde, nous traversons un grand couloir ensemble, au rythme des nombreux « tchou tchou ! ». Puis vient un temps informel où plusieurs jeux sont mis à disposition des enfants : des poupons, des balles, un bac en forme de tortue, des tissus et des cubes. La fin est marquée par une musique pendant que nous rangeons ensemble avant de rejoindre les parents en salle d'attente. La durée du groupe est assez longue pour un temps proposé en C.M.P. Il a été pensé pour permettre aux enfants de vivre un moment en collectivité, rencontrer des situations du quotidien (toilettes, goûter) entouré de professionnels soignants. Un temps de reprise est prévu après chaque séance avec mes collègues infirmières pour échanger nos observations et nos ressentis.

Après avoir pris connaissance du cadre du groupe, nous allons aborder la façon d'être de Maher au sein du groupe.

III.2. Maher : sa manière d'exister

III.2.1. De la rêverie à la réalité

Avant de commencer la prise en charge, ma maître de stage et Aurélie m'ont présenté le cadre du groupe ainsi que les enfants. Elles m'ont alors parlé de Maher : « c'est un enfant épileptique qui chute et qui a besoin d'être rassuré après ses crises. Il n'a pas accès au langage et montre très peu de regards adressés. Il est beaucoup dans le sensoriel. C'est un enfant qui déambule. Il est très régressé et a besoin de contenance ». Cependant, je ne savais pas que c'était autour de lui que le groupe avait été créé, ni d'ailleurs que la présence d'une stagiaire avait été pensée en ce sens. De tous les enfants du groupe, Maher était celui qui m'intriguait le plus, de par le discours des professionnels à son égard. J'imaginais un enfant très fragile, de par ses crises d'épilepsie fréquentes. Je me le représentais dans son monde et difficile à comprendre et à approcher.

Lorsque je rencontre Maher pour la première fois, l'image fragile que je m'étais faite de lui concordait bien avec l'enfant que j'avais en face de moi : un enfant dans sa bulle, dans le sensoriel et fragile de par son tonus axial précaire. J'ai tout de même ressenti un décalage avec la réalité. En effet, je m'attendais à un enfant complètement renfermé dans son monde. J'ai retrouvé cet aspect notamment dans sa déambulation. Mais j'ai observé aussi des ouvertures de sa part vers l'extérieur. Nous avons par exemple pu échanger quelques regards lors de la première séance ; des regards qui m'ont beaucoup interpellée.

III.2.2. Premières observations

Lors de la première séance, Maher semble totalement dans sa bulle, ne paraissant apparemment pas prêter attention aux autres. Il a un regard très peu présent. Il déambule beaucoup tout au long de la séance. Pendant un moment où nous sommes tous assis sur le tapis, Maher se lève soudainement et « trotte » dans l'ensemble de la pièce sans trajet précis apparent. Il présente une démarche chancelante avec un équilibre dynamique très précaire et une hypotonie axiale. A chaque pas, il semble tomber et se rattraper. Pourquoi déambule-t-il ? Qu'est-ce que cela lui procure ? Sa déambulation m'interroge quant à la dynamique de groupe. En effet, je ressens un décalage par rapport aux autres enfants. De plus, Maher n'a pas la parole, contrairement aux deux autres enfants présents lors de la première séance (Sophia, une enfant qui ne parle pas, était absente ce jour-là).

Les courts instants où Maher reste assis sur le tapis à nos côtés, il semble s'effondrer au sol par une hypotonie axiale. Assis en appui sur sa fesse gauche et l'ensemble de sa jambe gauche, Maher se présente les deux jambes pliées sur son côté droit. Son tronc partant en avant, il s'appuie sur son avant-bras gauche, le regard au sol et le bras droit contre son corps, la main droite posée sur ses pieds. Cette posture m'interpelle. Maher semble avoir besoin d'un appui, d'une attention particulière. J'ai envie de le soutenir. Lors du temps de découverte des instruments, Maher met son pouce dans sa bouche et semble inquiet. Tous ces instruments produisent une certaine cacophonie, peut-être trop agressive pour lui ?

Puis Maher me regarde pour la première fois dans les yeux et semble inquiet. Il crie « Ané » plusieurs fois, souhaitant certainement retrouver sa maman. Je constate que Maher est alors capable d'exprimer une émotion qui peut être mise en lien avec la situation. Pendant le temps de jeu informel, un grand bac en forme de tortue est placé dans la salle. Maher s'installe alors tout de suite dedans sous les tissus en se rassemblant et en mettant le tissu à la bouche.

Vers la fin de la séance, nous initions une ronde, main dans la main. J'essaie de prendre la main de Maher qui ne semble pas vouloir me la donner. Je suis mal à l'aise pour lui qui semble ne pas comprendre, perdu. Cette séance est assez éprouvante et sans doute longue pour Maher qui appelle à plusieurs reprises sa mère et qui regarde régulièrement la porte, comme s'il voulait partir. Comment vont alors se dérouler les séances suivantes ?

III.2.3. Des agrippements corporels

Maher présente un rapport particulier à son corps auquel il semble s'agripper. Voyons alors quelques vignettes cliniques illustrant son rapport à son corps.

III.2.3.1. Comment se raccrocher au corps qui lâche ?

Pendant le temps d'exploration des instruments, Maher s'allonge en décubitus latéral gauche, les jambes légèrement pliées. Sa posture me rappelle la Position Latérale de Sécurité, comme s'il se mettait lui-même en protection, peut-être par habitude ? En effet, Maher étant épileptique, il connaît sans doute cette position qu'on aurait pu lui faire prendre dans le passé. Il se trouve face à moi. Il enroule ses jambes jusqu'aux pieds de

façon très tonique, comme si elles ne faisaient plus qu'un « bloc », dans une forte torsion. Dans le même temps, il touche mon pied. Puis il le serre fortement en émettant des petits bruits, comme des gémissements. Je remarque que Maher ne semble pas aller bien. Je lui parle puis il prend mes mains devant lui et s'y agrippe fortement. Je ressens alors de l'angoisse, comme si Maher s'agrippait à mes mains pour ne pas tomber. Puis son tonus chute brusquement et ses yeux se ferment, il semble perdre conscience. Je pense à une crise d'épilepsie. Soudain, Maher se lève et déambule dans la salle avec un regard présent et même des sourires, tenant un instrument de musique dans les mains. Maher, suite à sa crise où il a été absent, déambulerait-il pour se sentir vivant, se sentir exister ? Je perçois cette déambulation comme un sursaut qui ramènerait au vivant. Il se dirige ensuite vers la caisse à instruments et secoue tout bruyamment, très tonique, dans une grande agitation. Puis il vient se replacer au même endroit qu'auparavant, se remet dans la même position. Il se repasse alors la même scène que précédemment où il refait une crise. Cela est très éprouvant pour moi qui l'étaye dans cette situation difficile, je ressens vraiment une coupure dans la présence de Maher au groupe, ayant même des images mortifères.

La problématique de la chute est constante pour Maher de par ses crises d'épilepsie qui créent une chute tonique axiale. Il est aussi à noter, qu'ayant une hypotonie axiale, Maher ne chute pas uniquement en situation de crise épileptique. S'agripper serait-elle la solution qu'il a trouvée pour essayer d'échapper à la chute qui l'attend et peut-être qu'il redoute ? Un autre moment permet d'illustrer cette hypothèse.

Maher déambule dans la salle. Soudain, il se positionne allongé sur son côté gauche. Il prend le pied de Céline et le sert fortement, le regard ailleurs. Je pense à un début de crise. Je le prends sur moi, Maher me serre fortement la main puis la mord et s'assoupit. Je n'ai pas ressenti d'agressivité lorsqu'il m'a mordu. Peut-être s'accrochait-il avant de tomber et de perdre connaissance ? Puis il se met brusquement debout, souriant et déambule dans la salle. Après chaque crise, Maher déambule systématiquement. Se mettre en mouvement permettrait-il à Maher de se sentir exister suite à la crise où il était « absent » ?

Face à ses pertes de contrôle imposées, Maher semble réagir par des agrippements corporels comme pour se sentir vivant. Cet objectif paraît aussi être recherché par de multiples stimulations sensorielles.

III.2.3.2. Les stimulations sensorielles : un rappel au vivant ?

Avant de rencontrer Maher, il m'est décrit comme étant un enfant « dans le sensoriel ». En effet, j'observe de nombreuses explorations sensorielles de sa part. Concernant les stimulations tactiles, Maher, recroquevillé sur lui-même, les mains sur le tapis, attrape souvent du bout de ses doigts des petites peluches. Il les attrape par une pince digitale assez précise. Il les fait ensuite rouler doucement entre son pouce et son index. De plus, lorsqu'il est au sol, Maher a l'habitude de frotter fortement ses mains sur le tapis, le regard dirigé vers le sol. Ce mouvement répété lui permettrait-il de sentir ses mains sur le tapis, de savoir qu'elles sont présentes ? J'ai essayé d'expérimenter ses stimulations sensorielles avec lui, engendrant ou non une réaction de sa part. Maher se penche pour toucher le tissu de son coussin. Assise à côté de lui, je touche également son coussin de différentes manières en les nommant : tout doucement, avec deux doigts, rapidement... Il regarde avec insistance mes mains faire et m'attrape le petit doigt avec le sien sur le tapis, puis l'annulaire, le majeur et l'index. Il me regarde ensuite dans les yeux. Nous avons alors pu nous décaler de l'exploration première de Maher pour partager une autre expérience ensemble.

Maher semble aussi porter de l'intérêt à des stimulations sensorielles de type vestibulaire. Lors d'une séance, Maher observe le bac en forme de tortue. Il se place debout dessus, explorant ainsi les déséquilibres engendrés par son poids sur le toit en plastique qui se gondole à différents endroits.

J'ai aussi remarqué que Maher explorait les vibrations. A titre d'exemple, lorsque les autres enfants tapent sur le djembe, Maher colle son oreille contre le corps du djembe. Il paraît s'intéresser aux vibrations que les coups de chacun provoquent sur l'instrument entier et sur son oreille collée dessus. Il ne montre aucune mimique faciale remarquable. De plus, lors d'une séance, il place le bout de la manivelle de la boîte à musique dans sa bouche. Tenant une baguette dans la main gauche, il tape alors sur la boîte à musique en fer. Il semble explorer les vibrations que cela engendre au niveau de sa bouche.

Ainsi, les différentes stimulations sensorielles que Maher semble rechercher lui permettraient-elles de s'accrocher à ce corps qui le lâche de façon soudaine ? Voyons à présent l'importance de la sphère orale pour Maher.

III.2.4. L'importance de la sphère orale

Dès la première séance, la sphère orale semble prédominante pour Maher. Lorsque je lui propose un objet, il le prend par sa main droite et le porte directement à sa bouche. Je remarque qu'à chaque séance, Maher porte des objets à sa bouche.

Lors de la deuxième séance, je lui tends une maraca qu'il prend de la main droite. Puis je lui tends une autre. Il garde la première dans sa main droite et prend l'autre de la main gauche, ne croisant pas son axe. Il se retrouve alors avec un instrument dans chaque main. Il est allongé sur son côté droit vers nous, les jambes rassemblées, avec un instrument dans chaque main qu'il secoue et qu'il met également à la bouche. Plus tard, il se positionne dans la tortue avec le toit posé, légèrement ouvert, et se rassemble en position fœtale avec une balle à la bouche. En effet, sa bouche semble représenter un lieu de rassemblement pour Maher. Aurait-il besoin de se rassembler face à ses vécus d'anéantissement qu'il pourrait vivre au travers de ses crises d'épilepsie? De plus, Maher déambule de nombreuses fois avec un objet (un instrument ou une balle) dans la bouche. Peut-être que Maher se sert de cet objet qu'il tient en bouche pour se tenir par la bouche, par le haut, pour marcher ?

Par ailleurs, après plusieurs séances, je remarque un comportement nouveau de la part de Maher. Il bave et laisse tomber sa salive par terre en secouant la tête. Puis il touche sa salive avec ses mains. Depuis ce jour-là, il le fait régulièrement en séance.

Maher aurait donc recours à des appuis internes pour être et se sentir être. Voyons à présent les appuis extérieurs qu'il peut trouver.

III.3. Les appuis extérieurs : se sentir soutenu pour aller vers l'autre

III.3.1. L'espace arrière : une façon d'être avec

Lors de la troisième séance, Maher se lève pour déambuler hors du tapis. Quand il se dirige vers nous, il tombe sur moi. Je le place alors assis, le dos contre mon buste, entouré de mes jambes. J'observe alors que ses épaules s'abaissent et que ses mains crispées se détendent. Je le sens s'adosser à moi. Maher a pu relâcher son dos contre moi et venir trouver mes mains. Ayant un appui-dos, Maher semble plus disponible à l'autre. Je me

sens alors vraiment comme un soutien pour lui. Pendant un long moment, il observe mes mains, et les touche avec les siennes. Il prend ma main droite et touche mes doigts l'un après l'autre. Il paraît alors disponible à l'exploration. Cette première situation de soutien corporel a été reprise de nombreuses fois. Le portage de Maher en appui sur moi est devenu habituel.

Assis contre moi, je lui présente la boîte à musique. Cela m'évoque l'objet presenting de D.W. WINNICOTT qui permet de maintenir une rythmicité des échanges structurante pour l'enfant. Je l'actionne, tournant la manette devant lui. Maher veut alors rapidement prendre la boîte en mains. Il imite d'abord mon geste avec une pince digitale assez imprécise. Puis son geste devient de moins en moins précis, n'utilisant à la fin plus ses doigts mais sa paume contre la manette. Il essaie un sens, sans résultat sonore. Je lui dis alors qu'il pourrait essayer l'autre sens. Je le guide d'abord, mes doigts sur les siens, puis il continue seul en musique. Maher, n'ayant plus à se préoccuper de sa tenue axiale, semble dégager de cette contrainte. Est-ce cette potentielle libération qui lui permettrait d'utiliser ses mains pour explorer ? A. BULLINGER explique que le milieu humain apporte des appuis physiques et psychiques à l'enfant pour qu'il construise cet arrière-fond. Cette hypothèse rejoint la théorie de G. HAAG à propos de « l'objet d'arrière-plan »³⁷. Cette présence calme l'enfant qui est tenu. Il peut alors explorer l'environnement avec ses mains mais aussi avec le regard. En effet, lorsque Maher est en appui sur moi, Céline et Aurélie constatent une présence notable de Maher au niveau du regard. Il regarde alors l'ensemble de la pièce. Il peut même croiser le regard de certains et s'y arrêter.

L'appui-dos permettrait à Maher d'explorer son environnement tant au niveau visuel que manuel. Mais il ne va pas trouver que cet appui. Quels autres appuis extérieurs Maher va-t-il rencontrer ?

III.3.2. Autres appuis proposés

III.3.2.1. Des appuis recherchés ?

Au cours d'une séance, Maher observe et touche les pieds de Sophia. Il les prend comme s'il n'avait pas conscience que ces pieds faisaient partie du corps de cette enfant. Il

³⁷ HAAG G., (1988), Réflexions sur quelques jonctions psychotoniques et psychomotrices dans la première année de la vie, p.6

fait la même action avec Céline. Il réitère cette exploration des pieds à différents moments. Il ne semble s'intéresser, dans ces situations, qu'à une partie précise du corps de l'autre, à savoir les pieds, qui normalement permettent de tenir debout. Maher explore-t-il des appuis dans cette observation des pieds de l'autre, appuis qu'il cherche dans un équilibre dynamique précaire ? Recherche-t-il des appuis externes pour pallier à ses propres appuis fragiles ?

III.3.2.2. Propositions de portage

Au fur et à mesure des séances, je propose mon corps comme étayage à Maher, avec différents objectifs. En plus de l'appui-dos abordé précédemment, je propose à Maher d'autres appuis corporels en fonction de la situation. J'aimerais présenter une séquence clinique dans laquelle l'appui extérieur est très présent.

Maher a été absent pendant trois semaines suite à une chirurgie du testicule non descendu et une circoncision. Il arrive en retard accompagné de sa mère. Elle me signale qu'il a fait deux grosses crises le matin même qui ont fait peur à Madame. Elle poursuit : « Il est mal dans son corps ». Elle a hésité à l'amener au groupe mais elle a pensé que ça lui ferait du bien de venir. Maher debout est maintenu par sa mère qui le soutient, ses mains sous les aisselles de son fils. Elle me confie son enfant en me le présentant debout devant moi. Je le soutiens alors de la même manière que sa mère. Maher paraît très mal. Une fois sa mère partie, Maher semble vouloir marcher jusqu'au tapis où tout le monde est réuni. Je le porte d'abord jusqu'à une chaise où je l'assois pour lui retirer ses chaussures et son manteau. Lorsque je veux lui ôter son manteau, Maher a les deux mains accrochées devant son visage. Il a fallu un certain temps avant qu'il ne remarque que je voulais lui retirer son manteau et qu'il détache ses mains un court instant avant de les rejoindre l'instant d'après. Sur le tapis, Maher se place à genoux, les mains au sol, regardant le tapis. Il se lève, déambulant dans la pièce avec un équilibre chancelant et une hypotonie axiale très marquée. Cela me met en alerte, je ne peux le quitter des yeux. Il tombe en avant, sans réaction de sa part. Je me lève aussitôt et viens le soutenir assis, le dos contre moi. Hypotonique, il mordille son pouce gauche. Il a le regard comme perdu. Soudain, il se rigidifie dans une extension axiale. Il étend ses bras en arrière et allonge ses jambes tendues en avant comme dans une sorte de décharge qui me surprend. Puis il se met debout. Cette déambulation semblant nécessaire pour lui, je décide de le suivre pour prévenir une potentielle chute. Je l'invite à aller dans la tortue, moi toujours à côté de lui.

D'abord à genoux, les mains au sol, Maher s'assoit ensuite le dos contre la paroi de la tortue, les jambes posées et le pouce gauche dans la bouche. Maher se met debout et déambule. Je me positionne alors un peu en retrait et l'observe à distance. Il tombe de nouveau sur le tapis. Je reviens immédiatement vers lui qui se relève pour déambuler de nouveau. Je lui propose alors que l'on déambule ensemble. Maher paraissant très hypotonique, je lui propose de faire le jeu du cheval. Le plaçant sur mon dos, je « galope » dans l'ensemble de la pièce. Les autres enfants m'interrogeant sur mon action, je leur explique que Maher étant trop fatigué, je l'aide à faire son tour habituel dans la pièce. Maher fait de grands sourires, me regardant de courts instants, sa tête posée sur mon épaule gauche sur laquelle il bave. Il ne me tient pas, je me penche alors légèrement en avant pour ne pas qu'il tombe en arrière. Dans un relâchement extrême, ses bras et ses jambes pendent des deux côtés de mon corps. Une fois la « balade » terminée, je pose délicatement Maher au sol. Il semble faire une crise, fermant les yeux. Puis il déambule soudainement avec un équilibre toujours aussi fragile. Je marche alors à côté de lui pour réceptionner une chute éventuelle.

Cette séquence illustre ma présence qui essaie de parer les éventuelles chutes de Maher. Celui-ci peut alors convoquer de multiples appuis environnementaux. Nous aborderons plus tard ce que Maher convoque en moi, mes éprouvés contre-transférentiels. Mais Maher paraît aussi se servir de son environnement comme d'un moyen de se représenter ce qu'il ressent.

III.3.2.3. Le monde physique : une figuration de son vécu ?

Au début d'une séance, Maher arrive en retard accompagné de son papa. Nous avons appris à la fin de la séance par la secrétaire que sa mère avait appelé plus tôt pour prévenir que Maher serait absent suite aux cinq ou six crises consécutives qu'il avait fait durant le début de matinée. D'ailleurs, la semaine suivante, elle fera part de son incompréhension quant à la décision de son père d'amener Maher au C.M.P. Lorsqu'il arrive dans la pièce, Maher s'agite en secouant fortement les instruments dans la caisse. Il rejouera cette agitation plusieurs fois, notamment après des crises d'épilepsie. Maher joue-t-il une agitation intérieure à travers l'agitation des objets dans la boîte ? Anne-Marie LATOUR explique qu'« il nous faut considérer que l'enfant raconte, sans le savoir lui-même, et ce point est très important, quelque chose qui le concerne au plus profond : le choix qu'il fait de tel ou tel objet ou élément architectural répond pour lui à une nécessité

et à une logique »³⁸. Maher s'appuie-t-il sur l'environnement matériel pour se figurer ce qu'il vit dans son corps ?

III.3.3. L'appui groupal : Maher et les autres

Maher fait partie d'un groupe. Mais alors, comment est-il avec les autres ? Et comment les autres sont-ils avec lui ? Je m'interroge d'abord au sujet de la déambulation de Maher : a-t-elle un quelconque rapport avec la situation de groupe ? Si c'est le cas, Maher déambule-t-il pour fuir une situation groupale ? Ou fait-il groupe en se déplaçant autour de nous, assis en rond ?

Au début de la prise en charge, les interactions entre Maher et les autres sont quasiment absentes. Maher semble dans sa bulle, et les autres ne paraissent pas tenir compte de ses actions, notamment de sa déambulation. Exceptée Alice, une petite fille du groupe, sensible aux autres ; elle vient régulièrement vers Maher pour lui parler mais il ne réagit pas à ses sollicitations. La première fois que j'ai observé une véritable présence de Maher au groupe, cela s'est déroulé lors de la neuvième séance. Après le temps d'exploration des instruments, un nouveau temps a été mis en place au fur à mesure des séances : le tambour de mer. Aurélie fait pencher un tambour rempli de petites billes. Cela produit un son qui ressemble, selon les enfants, au bruit des vagues. Les enfants s'installent allongés au sol pour observer les billes dans le tambour. Lors de cette séance, alors que les autres enfants sont allongés, Maher reste assis seul avec un tonus axial adapté. Il semble vraiment présent à ce qui l'entoure. Il observe alors longuement Aurélie, puis le tambour de mer, puis, pour la première fois aussi clairement, les autres enfants. Je suis vraiment surprise de sa présence au sein du groupe.

Cependant, sa présence aux autres est fluctuante. En effet, à la séance suivante, au moment du tambour de mer, Maher est assis contre moi. Il se lève dès qu'Aurélie commence à jouer vers le tambour en approchant sa main, comme pour aller le toucher. Il semble attiré. Maher marche sur Yacine, un autre enfant, allongé sous le tambour. Il ne semble pas y prêter attention malgré les remontrances de Yacine. Il touche le tambour et le penche fortement. Cela crée un bruit sourd. Aurélie le gronde alors en l'invitant à

³⁸ LATOUR A-M., 2013, Des matières et des formes à l'imaginaire corporel, p. 95

s'allonger comme les autres enfants. Maher recommence, l'infirmière le place en position allongée à côté d'elle. Nous pourrions alors penser que Maher ne semble pas prêter attention aux autres, fixé sur le tambour. Mais Maher peut aussi se montrer sensible face à la présence des autres.

En effet, pendant un temps où nous sommes tous assis en rond sur le tapis, Yacine pleure dans un coin de la salle, légèrement à l'écart du groupe. Maher se lève de son coussin et déambule autour du groupe en souriant. Puis il s'arrête à genoux à côté de Yacine. Le regard et les mains au sol, Maher paraît sensible à l'émotion que dégage Yacine par ses pleurs. Il reste un long moment à côté de Yacine puis revient vers sa place et se recroqueville sur lui-même.

Par ailleurs, le groupe paraît plus impliquer Maher qui semble y trouver sa place. Ainsi, lors d'une des dernières séances, Maher vient spontanément en centre du cercle que nous formons tous assis pour taper sur le djembe. Après un temps durant lequel tout le monde écoute et regarde Maher, Céline tape sur le djembe. Maher s'arrête et regarde les mains de Céline jouer. Lorsque Céline s'arrête, Maher rejoue, semblant imiter le même rythme joué précédemment. Cet échange se répète alors plusieurs fois, toujours sur le même mode, avec un grand sourire de la part de Maher, sourire par ailleurs retrouvé chez chacun d'entre nous. Retournant à sa place, Maher fait des bruits de miaulements de chats, ce qui semble amuser tout le monde. Les enfants reprennent ses miaulements et jouent à imiter le chat. Il anime le groupe pour la première fois. Puis il vient se replacer au centre du cercle que nous formons, recroquevillé sur lui-même. Maher chercherait-il une certaine enveloppe groupale ? Depuis, Maher ne se place plus vraiment sur son coussin mais plus au centre du groupe.

III.3.4. Les appuis de la dyade mère / enfant

A propos des appuis extérieurs, il serait intéressant de décrire la relation que Maher a avec sa mère. Nous nous appuierons seulement sur des situations que j'ai pu observer et des échanges que j'ai eus avec sa mère.

Maher vient toutes les semaines au groupe accompagné de sa mère. Celle-ci est souvent pressée. Elle doit repartir rapidement pour s'occuper de ses autres enfants.

Lorsqu'elle arrive avec son fils, soit elle le soutient ou le porte dans ses bras quand il est trop hypotonique, soit elle le tient par la main. Dans ce soutien apparent, sa mère représenterait un véritable appui pour son enfant. En effet, Maher et sa mère arrivent et repartent toujours « collés ». Arrivés en salle d'attente, Maher se dirige souvent vers les livres. Il tourne les pages incessamment et ne veut plus quitter le livre. Madame paraît gênée du comportement de son fils, semblant le comparer aux autres du regard.

A la fin d'une séance, nous attendons en salle d'attente la mère de Maher, légèrement en retard. Lorsque sa mère arrive, Maher avance vers elle et se met à pleurer et à gémir. Madame semble alors très mal et dit que « ça lui brise le cœur de le voir comme ça ». Elle le prend alors dans ses bras et le réconforte avant de partir. Une autre fois, je raccompagne Maher en salle d'attente pour retrouver sa mère. Je lui tiens la main. Arrivés en face de sa mère, Maher ne me lâche plus la main et s'y agrippe. Madame paraît touchée par cette action. Elle m'explique que Maher reproduit la même scène à l'école ou avec son père. Les transitions seraient-elles difficiles pour Maher ?

Par ailleurs, sa mère me fait partager ses inquiétudes : elle se pose des questions quant à l'efficacité du traitement, se plaint des troubles du sommeil de Maher, de son état de fatigue... Elle semble inquiète et fatiguée, mais ne « lâche » pas Maher du regard. Madame a été absente pendant de nombreuses semaines. En effet, Maher venait accompagné de son père qui ne parle pas français et avec qui le dialogue est de ce fait très pauvre. Je n'ai pas remarqué de contact physique entre Maher et son père excepté que Monsieur lui tient la main pour sortir de l'établissement. C'est d'ailleurs lorsque Madame est absente que Maher fait ses premières crises d'épilepsie pendant la prise en charge. N'ayant pas les appuis maternels, Maher se sentirait-il moins tenu et donc moins « solide » face à la crise ?

Ajoutés à ses appuis internes, Maher a pu trouver des appuis environnementaux notamment dans le groupe. Mais une fois ces appuis trouvés, comment évolue ou non la prise en charge ?

III.4. Ce que les appuis trouvés permettent de vivre...

III.4.1. Des moments partagés source de plaisir

Au fur et à mesure que Maher trouve des appuis, il exprime de nouvelles émotions au sein du groupe comme la joie ou encore de l'agressivité envers certaines personnes.

III.4.1.1. Et si on dansait ?

La fin de la séance a toujours été marquée par une musique de fin : « Le soleil tout jaune ». Ce n'est seulement qu'à la neuvième séance que Maher a réagi à cette chanson. En effet, lorsque nous mettons en marche le CD, Maher montre pour la première fois son intérêt pour cette musique. Il se positionne devant le poste de musique en sautillant, avec un grand sourire et en répétant un bruit « hihi ». Il ne semble plus vouloir partir. La séance suivante, Maher arrive dans la salle directement en sautant devant la chaîne en balançant ses bras d'avant en arrière. Il semble se rappeler de la musique de fin qui avait retenu son attention la semaine passée. Je le conduis vers le tapis en lui disant qu'il pourra danser à la fin accompagné de la musique. Ainsi, avant que la séance se termine, Maher se met debout devant la chaîne et saute sur place pieds joints, les bras ballants et souriant. Je danse alors avec lui en l'imitant. Il me regarde et s'arrête en souriant, comme surpris par mon action. Nous dansons alors quelques instants ensemble.

La séance suivante, Maher entend la musique et se dirige directement devant le poste, sautillant. Je le rejoins pour danser avec lui. Nous échangeons alors des regards et des sourires. J'observe un grand sourire chez Maher qui semble exprimer un véritable plaisir, un plaisir partagé. Puis Alice nous rejoint. Nous dansons alors tous les trois devant les autres personnes du groupe, ayant toutes le sourire aux lèvres. Maher est alors le moteur d'un élan groupal, d'un moment festif. Après un long moment de danse, Maher se laisse glisser au sol. Je fais comme lui, expliquant que j'ai, moi aussi, besoin de repos après tous ces efforts. A la fin, quand je lui mets ses chaussures, il « tombe » dans mes bras. Il se penche vers moi en ouvrant les bras et ferme les yeux. Je le porte, hypotonique, il pose sa tête sur mon épaule et ne semble plus avoir de force pour marcher. Je le porte alors jusqu'à la salle d'attente où il retrouve sa mère. Cette danse lui a-t-elle demandé un recrutement tonique trop important pour lui à ce moment-là? Toujours est-il que cette danse est devenue un rituel de fin pour Maher et moi, accompagnés quelques fois d'Alice.

Ainsi, à la fin de la séance pendant laquelle Maher paraissait vraiment mal et où je l'ai aidé à déambuler, je l'accompagne aussi dans cette danse. Maher au sol frotte fortement le tapis. Je lui fais remarquer la musique de fin. Il regarde alors l'endroit où il danse d'habitude, restant hypotonique au sol. Je ressens une envie dans son regard. Je décide alors de le porter et de danser devant le poste de musique, Maher dans les bras. Il fait de grands sourires et semble apprécier ce moment. Je le pose au sol et il sautille sur lui-même, dansant comme à son habitude. Le fait que j'initie le mouvement a-t-il permis à Maher de continuer par lui-même ?

Maher semble ainsi investir ces moments de danse qui signent la fin de la séance. Je perçois alors ce rituel comme un moment de partage qui pourrait lui « permettre (au sujet) d'éprouver son corps dans une dimension de plaisir dont on connaît la fonction structurante » selon Jean BERGES. Une autre vignette clinique permet d'étayer la présence du plaisir et du partage dans les séances.

III.4.1.2. Un échange matérialisé

Pendant une séance, je joue à des lancers de balles avec Sophia, une enfant du groupe. Je lance la balle en l'air et elle l'attrape. Sophia rit beaucoup pendant ce jeu et me renvoie la balle. Debout, Maher se joint alors à nous, lançant des balles, en éclatant de rire. Surprise, je pense d'abord à un jeu où il semble être dans l'imitation. Je prends la balle et lui renvoie. J'insiste un moment pour qu'il me la lance en tendant les mains. Il finit par envoyer la balle avec ses deux mains dans ma direction sans me regarder dans les yeux, avec un grand sourire. Est-on dans un jeu partagé ? En tous cas, il semble être dans un plaisir de la motricité en interaction avec l'autre. Ce jeu s'arrête pour lui quand il part dans la tortue avant la fin de séance.

III.4.2. Une agressivité adressée ?

Maher a également pu manifester de l'agressivité dans le groupe. Cela est apparu au fur et à mesure des séances.

A la quatrième séance, Maher semble plus présent tout au long de la séance, moins « fatigué » selon les propos de sa mère. Pendant le moment où nous sommes aux toilettes, il ouvre le robinet sans attendre son tour et met ses mains et ses manches sous l'eau. Nous

l'arrêtons. Nous le réprimandons pendant toute la séance. Maher semble s'incarner : il répond en tapant du pied, il grogne quand nous lui disons « non ». Il dit ainsi « non » à sa manière.

Un autre jour, il se met en opposition (selon Aurélie). Nous lui demandons de ne pas ouvrir le robinet mais il l'ouvre quand-même. Lors du retour dans le petit-train, il se laisse totalement porter par moi. La fin de la séance est compliquée pour Maher qui ne semble pas vouloir partir de la tortue. Il pleure alors à genoux par terre et se tape violemment la tête contre le sol. Aurélie l'arrête, le rhabille. Maher la mord à la main.

La séance suivante, Maher ne veut pas lâcher des lingettes qui servent à s'essuyer les mains après les avoir lavées. Aurélie le gronde et il lui pince la main. Il recule pour ne pas rentrer dans le petit train et lève la corde plusieurs fois pour en sortir. Maher manifesterait-il son mécontentement face aux réprimandes répétées ?

Par ailleurs, pendant le temps de jeu, Maher met un cube en carton à la bouche. Assise devant lui, je lui répète plusieurs fois qu'il ne peut pas mettre ce cube à la bouche, en lui enlevant, malgré la force qu'il y met. Après un certain temps pendant lequel il tente de le remettre à la bouche et que je l'y empêche, Maher jette le cube dans ma direction et fait tomber la tour de cubes que j'étais en train de construire. C'est la première fois, contrairement à Céline et Aurélie, que je ressens de l'agressivité de Maher dirigée envers moi. Je suis d'abord étonnée et relativement énervée, il a tout de même cassé ma tour ! Puis, je suis agréablement surprise de constater que Maher peut s'affirmer face aux autres. L'agressivité adressée dont Maher fait preuve mettrait en évidence son individuation. En effet, cela montre que Maher reconnaît l'autre comme sujet et le différencie de lui-même.

Maher m'a beaucoup amenée à penser mais aussi à vivre divers moments de la prise en charge différemment, de manière très forte.

III.4.3. Mes éprouvés contre-transférentiels

Au fil des séances, je suis passée par différents éprouvés dans la relation avec Maher.

Ses crises d'épilepsie m'ont d'abord interrogée. Que vit cet enfant dans ces court-circuits imposés ? Qu'en comprend-il ? Lorsque Maher fait une absence, à côté de lui, je me sens coupée, absente du reste du groupe. Je ressens un désespoir qui me fait chuter avec lui. En effet, en tant que soignant, je suis impuissante face à ses crises, ne pouvant alors que le soutenir dans ce moment de coupure. Puis quand Maher repart dans une déambulation soudaine, cela m'agite beaucoup. J'ai peur qu'il tombe. Je redoute la crise. Celle-ci m'amenant des visions non-animées, des images mortifères.

Lors de la séance où nous jouons « au cheval », dans laquelle je viens beaucoup soutenir Maher, je ressens une forte inquiétude. En effet, happée par sa marche, dans un équilibre très précaire, je suis en alerte constante et dans l'impossibilité de le lâcher. J'ai l'impression d'être dans une bulle avec Maher, ne pouvant prêter attention à personne d'autre. Je ressens trop d'inquiétude pour le quitter. Je suis dans un état de vigilance élevé. Durant cette séance, je me sens seule. Je ne m'autorise pas à demander à Céline ou Aurélie de prendre le relais, trop prise dans mon inquiétude. Cette inquiétude raisonnerait-elle avec l'inquiétude maternelle que j'ai ressentie en parlant sa mère en début de séance ? Cela m'évoque la figure maternelle qui ne serait pas alors suffisamment bonne, trop présente, trop aux prises avec ses vécus d'angoisse pour quitter son enfant.

Mes éprouvés raisonnent sûrement en écho avec ceux de Maher. C'est à partir de nos éprouvés qu'un accordage a pu se mettre en place entre nous.

Cette rencontre clinique m'a amenés des questionnements et réflexions autour de Maher. Cette prise en charge m'a permis d'élargir mon développement sur le positionnement du psychomotricien dans cette situation clinique. Comment l'accordage peut-il s'établir ? C'est donc à partir de cette situation clinique et de la théorie que je proposerai des pistes de réponse.

PARTIE THEORICO-CLINIQUE

Le travail auprès de Maher m'a beaucoup questionnée. Mais une interrogation précise revenait sans cesse : comment s'accorder face à la présence discontinue de cet enfant épileptique ayant des Troubles Envahissants du Développement ?

Dans un premier temps, nous développerons des hypothèses de compréhension des conduites de Maher. Comment se vit-il lui-même et comment vit-il son environnement ? Puis, nous nous interrogerons sur le positionnement du psychomotricien face aux hypothèses proposées.

I. VERS UNE RECHERCHE DE SENS

I.1. Un vécu de désintégration ?

Maher est atteint de deux pathologies lourdes : l'épilepsie et les Troubles Envahissants du Développement. Ces pathologies attaquent toutes deux la continuité d'existence. En effet, l'épilepsie crée des trous dans le tissu de la vie. Et les Troubles Envahissants du Développement engendrent une communication avec l'environnement compliquée qui met à mal les interactions précoces, essentielles à la mise en place du « sentiment continu d'exister ».

Cependant, selon sa mère, quand il était bébé Maher « n'avait pas de problème ». Il est intéressant d'entendre ses dires en sachant que celle-ci est passée par une phase dépressive juste après la naissance de Maher ; cette dépression faisait suite à un mal-être pendant la grossesse. Celle-ci est actuellement encore sous traitement antidépresseur. Ainsi, aurait-elle pu être également discontinue dans sa présence à son fils ? Selon D.W. WINNICOTT, si l'environnement humain n'est pas suffisamment bon, il n'y a pas de rythmicité intégration / non-intégration. Cela engendre alors des vécus de désintégration, possibles effondrements du Moi. Le bébé met donc en place des défenses pour pallier à ses vécus, défenses qui bloquent son intégration. Le vécu de désintégration représenterait ainsi une coupure dans la continuité d'être. Coupure que l'on peut présupposer également vécue durant une crise d'épilepsie. Ses deux pathologies et l'éventuelle relation précoce compliquée avec sa mère seraient à considérer dans leur ensemble. Maher vivrait-il alors non pas la non-intégration mais plutôt la désintégration ?

« L'assouvissement suffisant de cette soif (d'existence) permet l'émergence du tout premier éprouvé d'existence ; son assouvissement insuffisant ou une soif d'existence insuffisante provoquent l'émergence d'un éprouvé d'anéantissement. Nous entendons par ces termes le contenu d'une activité protopsychique concomitante soit de la tentative échouée, ponctuelle ou persistante, d'assouvir la soif archaïque et inassignable d'existence, soit d'une soif d'existence insuffisante pour engendrer un éprouvé d'existence ; cette activité s'accompagne d'angoisses archaïques [...], et qu'on qualifie aussi d'angoisses d'anéantissement »³⁹. Ainsi, ce vécu de désintégration plongerait Maher dans des angoisses archaïques.

I.2. L'angoisse menace la continuité d'être

Cet éprouvé d'annihilation pourrait convoquer chez Maher deux angoisses archaïques : l'angoisse d'anéantissement et l'angoisse d'effondrement, nommée aussi angoisse de chute. L'angoisse d'anéantissement précédemment abordée, correspond à une angoisse de retour au néant, de disparaître. A.-M. LATOUR décrit l'angoisse d'effondrement comme « des angoisses corporelles intenses dans lesquelles la chute équivaut à tomber d'un immeuble de mille étages »⁴⁰.

Maher manifesterait son angoisse de chute par certains comportements. En effet, il semble s'intéresser à la chute qu'il explorerait, de manière répétée, à travers les objets : il jette un objet, en l'air, face à lui, et l'observe tomber en secouant ses bras en chandelier. Selon A.-M. LATOUR, « ce comportement répétitif avec les objets est aussi une tentative probable de l'enfant pour figurer, pour se donner des images, de ce qu'il sent dans son corps et ne peut se représenter »⁴¹. Ainsi, en jetant cet objet en l'air, peut-être que Maher essaierait de se figurer son vécu d'angoisse de chute seulement ressentie et non représentable pour lui. De plus, il observe aussi sa salive s'échapper de sa bouche pour tomber sur le sol. Les sautilllements constituant sa « danse » de fin me font également penser que Maher semble explorer ses appuis, appuis dans lesquels il n'aurait peut-être pas confiance. De plus, Maher chute réellement lors de ses pertes de connaissance épileptiques.

³⁹ SAULUS G., (2009), La vie psychique des personnes handicapées, p. 33

⁴⁰ LATOUR A.-M., (2013), Des matières et des formes à l'imaginaire corporel, p. 93

⁴¹ Ibid, p. 95

Il vivrait ainsi régulièrement son angoisse d'effondrement, ce qui pourrait renforcer ses mécanismes de défense.

Selon D.W. WINNICOTT, nous aurions tous vécu l'expérience d'effondrement. Mais il est possible que celle-ci resurgisse sous forme de crainte. Cette crainte traduirait chez les psychotiques la défense du Moi contre sa propre déstructuration. En appui sur cette réflexion, il décrit les différentes agonies primitives et leurs défenses spécifiques mises en place. Selon lui, la psychose est un processus défensif efficace en réponse à une agonie primitive. On pourrait alors émettre l'hypothèse que le vécu de désintégration de Maher l'amènerait à ressentir ces deux angoisses. Il aurait alors mis en place des mécanismes de défense pour lutter contre ses angoisses. Mais à quels mécanismes de défense Maher aurait-il recours ?

I.3. Des agrippements pour lutter contre l'angoisse

Pour se défendre de ses angoisses, Maher aurait recours à des agrippements auto-sensuels. Ses agrippements corporels lui permettraient de s'accrocher à des stimulations qui le feraient se sentir en vie. Nous allons développer les différents types d'agrippements dont Maher semblerait avoir besoin.

Lors de ses crises d'épilepsie, Maher pourrait ressentir des angoisses d'anéantissement et de chute. Ses crises semblent alors convoquer chez lui des conduites d'agrippement. En effet, avant une crise, Maher semble s'accrocher comme pour ne pas « tomber dans le néant ». Il a pu montrer des auto-agrippements, dans une véritable torsion de ses mains entre elles accompagnée ou non d'une torsion de ses membres inférieurs. Ces torsions constituent de véritables accroches corporelles. Mais Maher peut également s'agripper à son environnement. Avant de « tomber » et de perdre connaissance, Maher a pu s'accrocher à moi en me mordant, ou en me serrant fortement les mains ou les pieds, comme pour ne pas (me) lâcher. Puis, suite à la crise au cours de laquelle on pourrait penser que Maher a eu un vécu de désintégration, celui-ci aurait recours à un sursaut tonique par une déambulation soudaine et rassurante. Sa déambulation serait alors un moyen pour lui de se sentir vivant lorsque l'angoisse le désorganise trop. En effet, cette déambulation lui permettrait de sentir son corps en mouvement, ses muscles se contracter et se relâcher, des appuis différents au sol... Toutes ces sensations que la déambulation lui

procure viendraient annuler l'angoisse. Mais que se passe-t-il pour lui quand il s'arrête de marcher ? L'angoisse reviendrait-elle le désorganiser au point que Maher ne trouverait qu'une solution pour l'arrêter : déambuler à nouveau ? Cette nécessité « vitale » de déambuler pendant les moments de repos serait peut-être à mettre en lien avec ses troubles du sommeil. En effet, Maher se lève régulièrement dans la nuit pour déambuler. Paradoxalement, ayant un tonus axial sur un versant hypotonique et un équilibre dynamique précaire, c'est en déambulant qu'il chute. Il créerait alors la chute en voulant s'en défendre.

Maher pourrait aussi avoir recours à des stimulations sensorielles comme une façon de se sentir être. Ses mains frottant fortement et de manière répétée le tapis pourraient lui renvoyer une image continue de ses sensations et donc de lui-même. Il est alors présent à ce moment-là. Les différentes stimulations sensorielles utilisées par Maher semblent lui permettre de s'accrocher de façon continue à ce corps qui le lâche soudainement.

Enfin, Maher aurait également trouvé un autre mécanisme de défense. Se rassembler lui permettrait-il de lutter contre ses angoisses d'anéantissement et de chute ? En effet, dans les moments de calme ou après une crise d'épilepsie, Maher se place souvent en position fœtale, les bras et les jambes repliés sur lui-même, avec un objet ou son pouce dans la bouche.

Ainsi, les ruptures dans sa continuité d'être pousseraient Maher à user de stratégies pour continuer à se sentir être. Mais ses agrippements et ses rassemblements corporels ne permettraient de ne se sentir présent que dans l'instant de la stimulation. Maher lutterait alors continuellement face à ses angoisses. S'enfermant dans un monde de stimulations, Maher se couperait alors de la relation à l'autre. Mais il montre tout de même quelques ouvertures à l'autre. Alors, dans cette discontinuité de la présence, comment vivre l'absence de l'autre ?

I.4. Quand l'autre s'absente...

Les angoisses d'anéantissement peuvent amener un sentiment de doute : il existe un risque que la vie s'arrête, qu'elle ne reprenne pas. Lors de ses périodes d'angoisse, Maher peut parfois s'accrocher à l'autre. L'absence pourrait donc créer un risque. Se pose alors la

question de la séparation et de la permanence. Au regard de ses angoisses archaïques, comment Maher vivrait-il la séparation à l'autre ?

Les moments de transition dans les séances paraissent difficiles pour Maher. En effet, Maher s'agrippe à la ficelle du petit-train quand nous sortons de la salle pour nous diriger vers les toilettes. La transition du temps assis sur le tapis au temps de collation à table est aussi compliquée pour Maher. Il reste très fréquemment au sol, rassemblé sur lui-même : les genoux au sol et le tronc posé sur ses jambes. De plus, les passages de la salle d'attente à la salle du groupe sont compliqués pour Maher. Pour venir, il est agrippé à sa mère par ses bras qui lui entourent la taille ou il s'accroche à un livre de la salle d'attente qu'il ne lâche plus. Pour repartir, Maher peut s'agripper à ma main et ne plus la lâcher, devant sa mère qui le sollicite. Lâcher un environnement, des personnes, semble difficile pour Maher. La séparation serait difficile à vivre pour Maher : elle correspondrait à lâcher un lien pour investir un autre environnement, à accepter l'absence de l'autre. Mais Maher oublie-t-il pour autant ce qu'il vient de lâcher ?

Plusieurs situations nous amènent à penser que Maher garderait l'autre présent en lui. En effet, pendant les séances, Maher appelle de nombreuses fois sa mère. Quand je lui réponds qu'il retrouvera sa maman à la fin du groupe, il semble comprendre ce que je lui dis et s'apaise, la plupart du temps. Sa mère serait alors présente pour lui malgré son absence physique. De plus, madame nous a rapporté que Maher faisait semblant de jouer du djembe chez lui. Cette action du groupe semble avoir fait trace chez lui. Ainsi, Maher semble tout de même avoir acquis une certaine permanence, une relative continuité du lien à l'autre.

Le sommeil constitue également une séparation, un moment de rupture dans le lien à l'autre. Or Maher, qui dort encore dans la chambre parentale, présente des troubles du sommeil. On pourrait alors penser que sa difficulté à vivre les transitions, les séparations, serait un facteur dans l'établissement de ses troubles du sommeil. Comment lâcher quand on n'est pas tout à fait sûr que l'autre sera là quand on reviendra ? Face à ses tourments perpétuels, comment permettre à Maher de se sentir soi ? Voyons alors le positionnement du psychomotricien face à cette situation.

II. LE POSITIONNEMENT DU PSYCHOMOTRICIEN

II.1. Une observation du détail

II.1.1. Quand la pathologie met à mal l'entourage...

La lourdeur de la pathologie de Maher peut mettre à mal son entourage ; et en premier lieu sa famille. Sa mère est dépressive depuis la naissance de Maher. La dépression maternelle a sûrement dû influencer les interactions précoces de Maher avec sa mère. Nous avons déjà abordé à quel point la relation mère / bébé était essentielle pour l'établissement de la continuité d'existence. Si cette relation est entravée par une disponibilité réduite de la mère, alors la construction du « sentiment continu d'exister » s'en voit compliquée. De plus, sa mère me prévient très fréquemment avant chaque séance que Maher est fatigué. Cette information, bien que réelle, m'interroge sur l'idée de fatigue pour la mère. Parlerait-elle de sa fatigue à elle ? Maher s'agiterait-il par le mouvement pour éveiller sa mère ? Sa déambulation pourrait-elle également s'entendre comme un symptôme d'un « renversement de l'interaction mère déprimée-bébé où ce dernier par sa vigilance et sa réactivité semble soigner l'expression maternelle défaillante »⁴² ?

De plus, cette idée de fatigue me renvoie à l'image de Maher hypotonique au sol, et à ses crises d'épilepsie. Cette image renvoie un côté mortifère comme le souligne ce terme synonyme de l'absence épileptique : la « petite mort ». Maher, de par ses absences, peut alors renvoyer un côté inanimé qui peut être violent voire sidérant. J'ai pu ressentir de réels éprouvés de désespoir et d'impuissance en étayant Maher pendant une crise. « Le spectacle de la crise, par son caractère soudain et répétitif, est source d'angoisse. Celui qui en est témoin assiste impuissant aux vacillements d'un corps qui n'est plus contrôlé »⁴³. La crise coupe et nous ne pouvons rien faire contre au moment où elle survient. Après la séance durant laquelle je faisais le cheval avec Maher sur mon dos, Céline a pu dire qu'elle voyait un « enfant mort » sur mon dos. Cette question de la mort semble tourner autour de Maher et « attaque » plus ou moins son entourage. De plus, j'ai pu ressentir à des moments, une certaine étrangeté face à Maher : ses déambulations récurrentes, ses postures « désarticulées », son manque de mots, ses petits cris, ses écoulements de salive au sol... Nous pourrions alors nous décourager face à la lourdeur du handicap de Maher.

⁴² BLOSSIER P., (2009), Hypertonie et difficultés d'ajustement postural, p. 53

⁴³ BERNIER M.-C., VIVALDI J., (2006), Pourquoi un symptôme épileptique chez une enfant autiste ?, p.163

II.1.2. L'observation fine : une clé pour ne pas sombrer ?

La profession soignante se caractérise notamment par la faculté d'empathie envers autrui. Selon D.W. WINNICOTT, nous aurions tous vécu les expériences d'effondrement, de mort, de vide et de non-existence. L'empathie s'origine sur des ressentis corporels. Nous ne la feignons pas, elle est sincèrement en nous ancrée dans notre mémoire corporelle. Le psychomotricien entend alors les éprouvés, les comprend et les utilise à des fins thérapeutiques. Dans le cadre de la psychomotricité, par son engagement corporel, le patient donne à voir une partie de lui-même perceptible par une observation fine.

Concernant Maher, l'observation fine me semble primordiale pour aller au-delà de la lourdeur de sa pathologie. Chaque détail est important. A chaque séance, essayer d'avoir un regard attentif permet de toujours être disposé à « s'étonner d'un détail ». Une esquisse de sourire, un recrutement tonique légèrement plus élevé que d'habitude, une main qui semble aller du côté de l'instrumentation, des vocalisations paraissant adressées... Chaque détail est important et peut amener à constater une évolution. Ainsi, nous avons pu constater différentes émotions de la part de Maher au fur et à mesure de la prise en charge. L'agressivité est apparue. Et la notion de plaisir est de plus en plus présente, par les sourires de Maher ou encore son regard plus présent lors des moments de « danse ». De plus, observer son positionnement spatial au sein du groupe paraît important quant à son investissement groupal. Maher se place à présent au milieu du cercle formé par le groupe. Celui-ci peut même être, depuis peu de temps, le moteur du groupe.

Se positionner dans notre fonction soignante est important. Il ne s'agit pas d'être dans une illusion absolue ni un découragement total mais d'observer, malgré tout, de petites évolutions. Il s'agit donc de trouver un équilibre entre une position maniaque, c'est-à-dire une obsession de l'évolution, et une position dépressive, qui consisterait en un désespoir face à la situation clinique. L'observation fine est donc une fonction essentielle du psychomotricien. Grâce à ses observations, il peut effectuer des hypothèses. En fonction de celles-ci, le psychomotricien peut alors être amené à proposer des expériences corporelles via son propre corps. Alors que permet cet étayage corporel qu'il propose?

II.2. Un étayage corporel

II.2.1. Source de sécurité

Comment Maher se procure-t-il de la sécurité ? Partons de ces observations pour savoir comment aider Maher à diminuer ses angoisses. Maher ayant recours à des mécanismes d'auto-agrippements, comment l'aider à acquérir cette sécurité autrement que par ces conduites qui le couperaient de la relation ? L'observer permettrait donc, dans un second temps, d'essayer de l'étayer.

Observant un tonus axial très bas, j'ai proposé un soutien corporel à Maher. L'asseyant contre mon tronc, je palliais ainsi son déficit tonique axial pour qu'il puisse avoir un autre regard sur son environnement. Suite à cette proposition, Maher accepte le contact, s'appuie contre moi et est plus présent aux autres. Cette position est décrite par G. HAAG comme permettant l'établissement d'une sécurité de base chez l'enfant. L'appui-dos, l'interpénétration des regards et l'enveloppe sonore permettent ensemble d'intégrer cette sécurité. Maher, appuyé sur moi, prendrait conscience de son espace arrière. Cela le rend plus disponible à l'autre, échantant alors des regards avec Céline, face à lui. Il est aussi enveloppé des manifestations sonores de chaque membre du groupe dans la salle. Ce soutien que je propose régulièrement à Maher pourrait lui apporter une sécurité de base, sécurité toujours remise en question par son vécu de désintégration qui lui procure des angoisses.

De plus, proposer à Maher des appuis solides pourrait lui permettre de se sentir plus en sécurité face à ses angoisses de chute. Il peut s'appuyer sur un autre qui ne le lâchera pas. Il s'agit de s'adapter à ce que l'on ressent de l'état de Maher. Ainsi, le psychomotricien est à l'écoute de l'autre, via le dialogue tonique. Lorsque je propose ce soutien à Maher, il se relâche contre mon buste. Je ressens un besoin de présence de sa part. J'adapte alors mon soutien en apportant des appuis plus solides et contenant pour lui apporter de la sécurité. Cette situation de portage montre l'accordage qui s'établit entre Maher et moi. Ce holding, que je lui propose, contribuerait-il à la construction d'une sécurité de base chez Maher ? Tout du moins, cela pourrait lui apporter une sécurité relationnelle qui lui permettrait de vivre dans la rythmicité intégration / non-intégration et lui éviter le vécu de désintégration. Mon soutien aurait pour objectif qu'il soit le moins désintégré possible et donc le moins angoissé possible. Par mon portage, j'essaie de présenter à Maher des variations toniques harmonieuses. En effet, cette expérience serait

peut-être pour lui enrichissante étant donné qu'il présente des variations toniques très brutales, notamment pendant ses crises d'épilepsie. S'appuyer sur l'autre et sentir son corps par l'autre : voilà une expérience que le psychomotricien peut proposer à son patient. Par ailleurs, la sécurité recherchée et nécessaire à Maher est également établie par la cadre du groupe. En effet, les rituels peuvent apaiser Maher qui peut anticiper ce qui va se dérouler dans le groupe. Cela rejoint la notion des macrorhythmes de D. MARCELLI et du sentiment de sécurité qu'ils procurent. Mais retournons à l'étayage corporel.

Mon soutien permettrait alors de marquer ma présence, d'étayer Maher par mon contact. « Dans sa dimension relative au milieu humain, l'appui par un contact physique direct est un réconfort que nous connaissons bien. Il peut amener, par la fusion avec le corps du porteur, à une détente et un abandon. »⁴⁴. Ainsi, je ressens tout d'abord un relâchement de la part de Maher et une véritable communication tonique entre nous. Cependant, après le portage, Maher a toujours recours à ses agrippements... Mais plus cette situation se répète et plus je me rends compte que cette expérience semble apporter à Maher du calme et de la disponibilité aux autres et aux objets qui l'entourent. L'étayage corporel mettrait-il Maher sur la voie de l'individuation ?

II.2.2. Source d'individuation

L'étayage corporel ne permet pas que l'intégration d'une sécurité. Il aide aussi à l'ouverture et l'individuation. Tout d'abord, mes appuis corporels permettraient de donner une place à Maher dans le groupe. Ainsi, quand Maher n'avait plus le tonus nécessaire pour déambuler, je lui ai proposé de le porter. J'ai utilisé mon corps comme étayage quand il n'avait pas d'organisation tonique assez stable. Maher a alors pu tenir sa place habituelle dans le groupe. L'objectif de cet étayage ne serait pas de « faire » mais d'« être avec ».

L'existence naît de la non-existence, c'est-à-dire de la confusion mère/enfant tant corporelle que psychique. C'est à partir de la confusion que pourra naître l'individuation et l'élaboration d'un self. Le psychomotricien a un rôle à jouer dans ce processus. Par l'expérience de l'appui-dos, Maher et moi aurions pu constituer ce corps de confusion. Cela pourrait lui permettre de vivre l'expérience de non-existence. Puis, petit à petit,

⁴⁴ BULLINGER A., (2013), Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, p. 159

Maher pourrait intégrer cet appui externe en un appui interne. Cela pourrait alors permettre une individuation progressive de Maher. En effet, par cet étayage corporel, je pourrais constituer un positionnement de repérage pour Maher qui lui permettrait, ensuite, une ouverture vers son environnement. Ayant un repère stable et identifié, Maher pourrait ensuite s'ouvrir. Son ouverture à l'environnement semble déjà s'esquisser. En effet, Maher en appui-dos semble plus disponible par ses regards adressés. Il montre également des éprouvés plus divers qu'en début de prise en charge.

Cet étayage corporel pourrait également soutenir l'instrumentation de son corps. On pourrait penser que Maher a pu faire preuve d'une instrumentation corporelle dans les moments de danse de fin qu'il réalise maintenant à chaque séance. L'object presenting, combiné à l'appui-dos, permettraient à Maher d'instrumenter son corps en ajustant une pince digitale assez précise pour enclencher la boîte à musique. Son individuation progressive au sein du groupe pourrait faire écho à l'évolution des soins proposés par l'institution. En effet, Maher a commencé sa prise en charge au C.M.P. par un suivi en flaque thérapeutique accompagné de sa mère. Ce soin s'est ensuite déroulé sans la présence de sa mère. Puis Maher a intégré un groupe dans lequel il se trouve confronté à l'autre pour potentiellement s'individualiser.

Ainsi, après être passée par une position plutôt de l'ordre du « maternage » dans le but de lui apporter de la sécurité pour calmer ses angoisses, l'objectif serait d'étayer Maher vers une ouverture progressive à l'environnement, vers l'individuation.

II.2.3. Vers une intersensorialité

A la fin de chaque séance, je danse avec Maher. Il sautille sur place devant le poste de musique et je l'imité à côté de lui. Ses sautilllements ne semblaient, au départ, qu'une stimulation sensorielle de type vestibulaire et aussi musculaire. Le fait de le rejoindre dans cette expérience lui permettrait peut-être de continuer à s'apaiser par ces conduites de défense, tout en y ajoutant du relationnel. Cela équivaldrait à proposer à Maher de s'agripper à autre chose qu'à ses stimulations sensorielles. Cette autre chose serait la relation. En effet, au fur et à mesure des répétitions, Maher continue à sautiller sur lui-même mais m'esquisse des regards et même de grands sourires. Une intersubjectivité

semble en train de se créer là où Maher s'était coupé de la relation. La sensorialité ne serait plus qu'un agrippement mais aussi un partage relationnel.

Ainsi le psychomotricien amène des expériences d'intégration et de trans-modalité par l'ajout de la relation dans les conduites d'auto-sensorialité. Cela pourrait, à terme, amener le patient à s'appuyer sur l'environnement en l'absence du psychomotricien.

Au fil des séances, nous constatons une évolution de la part de Maher, ne se tenant plus uniquement par ses auto-agrippements mais aussi à la relation, sans s'y agripper. Le travail se fait pas à pas. Une démarche trop brusque risquerait de voir ses défenses tomber et d'exacerber ses angoisses. Prendre le temps est ainsi essentiel pour établir une relation de confiance. L'accordage, mis en place progressivement, est un processus réciproque. En effet, un véritable dialogue s'est installé entre Maher et moi.

Dans la construction de cette relation, la prise en compte des mouvements transférentiels est essentielle en tant que soignant. Ainsi, j'ai pu éprouver à certains moments, des vécus d'angoisse face à Maher. Cette angoisse pourrait correspondre aux éprouvés de Maher mais aussi à l'angoisse de sa mère face à son enfant. Être conscient de ces mouvements transférentiels permettrait de saisir ce qui est en jeu dans la relation et le vécu de chacun. Cela rendrait ainsi possible l'avancée de nos hypothèses théorico-cliniques et donc du travail thérapeutique proposé.

CONCLUSION

Ce travail d'écriture a été très intéressant et m'a aidé à construire et à avancer dans mes hypothèses à propos de la problématique psychomotrice de Maher. Cet enfant a montré une évolution tout au long du soin. Malgré un mal-être remarquable, Maher a pu se faire une place dans le groupe. Il a bénéficié d'appuis environnementaux lui permettant d'être plus disponible à la relation. Il est prévu que Maher continue ce soin groupal à la rentrée prochaine. Espérons que Maher continuera dans ce sens, de manière à être le plus apaisé possible dans ce tourbillon d'angoisses qu'il semblerait vivre.

Cette situation clinique m'a beaucoup amenée à penser. Je me suis interrogée sur la question du rythme dans la discontinuité, de la dynamique groupale, de la contenance, de la tenue de l'axe et de ses conséquences... Cependant, dans le cadre de cet exercice universitaire, j'ai dû me focaliser sur un thème précis. Néanmoins, lorsque je serai professionnelle, je prêterai attention à la globalité de mes différentes observations pour mener à bien un projet de soin global.

Par ailleurs, cette prise en charge a été une grande première pour moi. En effet, ce groupe a été la première situation clinique au sein de laquelle j'étais seule représentante de la psychomotricité. Cette expérience a été très enrichissante d'un point de vue clinique mais aussi du point de vue de mon positionnement professionnel au sein d'un groupe pluridisciplinaire. Cela m'a appris à me construire en tant que future psychomotricienne, en apportant mes observations d'un point de vue psychomoteur et en prenant en compte le regard des infirmières avec qui j'ai travaillé. Les temps d'échanges après le groupe ont été très intéressants. Cela a permis à chacune d'entre nous d'apporter ses ressentis et observations et de les confronter à ceux des autres. Cet échange m'a permis d'enrichir et de mettre en perspective mes hypothèses.

Enfin, tout au long de mes différents stages, l'accordage me posait question. Comment être en relation avec des personnes âgées démentes désorientées et n'ayant peu ou plus accès à la parole ? Comment entrer en contact avec des adolescents psychotiques tellement aux prises avec leurs propres angoisses ? Par quels moyens travailler autour de la relation parent-enfant avec des immigrés ne parlant pas notre langue ? Dans toutes ces

situations, le corps a une place primordiale. Il permet d'exprimer des choses, choses que le psychomotricien peut recevoir et auxquelles il peut essayer de répondre. C'est par ce dialogue tonico-émotionnel qu'une adaptation réciproque du patient et du soignant s'établit. Je trouve cette construction de la relation passionnante. Le relationnel et ses bénéfices thérapeutiques : voilà une des raisons qui fait, à mon sens, de la psychomotricité une discipline passionnante.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I. LIVRES

ANZIEU D., (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1995.

BULLINGER A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, Erès, 2013.

PIREYRE E. W., (2011), *Clinique de l'image du corps*, Paris, Dunod, 2011.

ROBERT-OUVRAY S., (1997), *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, Desclée de Brouwer, 2007.

ROBERT-OUVRAY S. (1996), *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Martin Média, 2007.

TAMMET D., (2006), *Je suis né un jour bleu*, Paris, J'ai lu, 2007.

TARDIF C. et GESPNER B., (2010), *L'autisme*, Paris, Armand Colin, 2010.

WINNICOTT D. W., (1956), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot, 2006.

WINNICOTT D. W., (1975), *Jeu et réalité*, Paris, Folio Essais, 2002.

WINNICOTT D. W., (1989), *L'enfant et le monde extérieur*, Paris, Payot, 2001.

II. CHAPITRES DE LIVRES

CICCONE A., Quelques données pour une représentation de la naissance à la vie psychique, in CALZA A., CONTANT M. (ed), *Psychomotricité*, Paris, Masson, 1999, p. 31-37.

JOVER M., Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture du jeune enfant, in J.RIVIERE (ed), *Le développement psychomoteur du jeune enfant*, Marseille, Edition Solal, 2000, p.17-52.

SAULUS G., Le concept d'éprouvé d'existence Contribution à une meilleure lecture des particularités psychodéveloppementales du polyhandicap, *La vie psychique des personnes handicapées*, Toulouse, Eres, 2009, p. 27-42.

WINNICOTT D. W., La première année de la vie, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 310-324.

III. ARTICLES

AJURIAGUERRA de J., 1985, Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements : des mouvements spontanés au dialogue tonico-postural et aux modes précoces de communication, *Enfance*, N°2, p. 265-277.

BERNIER M.-C., VIVALDI J., 2006, Pourquoi un symptôme épileptique chez une enfant autiste ?, *Le Coq-héron*, N°186, p. 147-174.

BLOSSIER P., 2009, Hypertonie et difficultés d'ajustement postural, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°157, p. 48-53.

CICCONE A., 2006, Partage d'expériences et rythmicité dans le travail de subjectivation, *Le Carnet Psy*, N°109, p. 29-34.

DE GRISSAC H., 2009, L'adolescent, l'épilepsie et le médecin, *Epilepsies*, Vol. 21, N°2, p. 137-141.

LATOUR A-M., 2013, Des matières et des formes à l'imaginaire corporel, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°175, p. 88-97.

LESAGE B., 1997, Etapes d'un parcours psychocorporel : l'instauration des structures, *Les lieux du corps*, N°5, p. 97-122.

LESAGE B., 2008, Instruire le sujet en son corps, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°155, p. 122-133.

LIVOIR-PETERSON M.-F., 2009, Le dialogue tonico-émotionnel, un gué qui permet au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°157, p. 96-107.

PAGANI M., 2005, Vers un « sentiment continu d'exister »..., *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°144, p. 22-45.

MARCELLI D., 1992, La rôle des microrythmes et des macrorythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson, *Psychiatrie de l'enfant*, N°35, p. 57-82.

HAAG G., 1988, Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie, *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, N°36, p. 1-8.

SOULAYROL R., 1980, Psychose de l'enfant et épilepsie, *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, N°28, p. 77-88.

WALLON H., 1959, Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant, *Enfance*, Tome 12, N°3-4, p. 233-239.

WINNICOTT D. W., 1975, La crainte de l'effondrement, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, N°11, p. 35-44.

IV. SITES INTERNET

Dictionnaire Larousse : <http://www.larousse.fr/encyclopedie>

Signature du maître de mémoire

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. Meslier', with a stylized flourish at the end.

L'ACCORDAGE : UN MOYEN DE SOUTENIR LA CONTINUITE

D'EXISTENCE ALTEREE

Accompagnement en psychomotricité d'un enfant épileptique ayant des Troubles Envahissants du Développement

Mots clés

Accordage – Discontinuité – Sentiment continu d'exister – Epilepsie – Troubles
Envahissants du Développement (TED) – Appuis – Soutien - Agrippement – Angoisse –
Positionnement du Psychomotricien

Résumé

Je rencontre Maher, enfant épileptique ayant des Troubles Envahissants du Développement, en prise en charge groupale en C.M.P. Dans « sa bulle », il semble d'abord difficile à approcher. Ses crises d'épilepsie et ses Troubles Envahissants du Développement engendreraient une discontinuité de sa présence. Nous faisons l'hypothèse que, par ces nombreuses coupures épileptiques et une relation précoce compliquée avec une mère dépressive, Maher ressentirait des vécus de désintégration, engendrant des angoisses d'anéantissement et d'effondrement. Il aurait alors recours à des stratégies de rassemblement et d'auto-agrippements pour lutter contre ses vécus destructeurs. S'agrippant sans cesse à ses éprouvés corporels, Maher se sentirait en vie mais coupé de la relation. Au fur et à mesure du suivi, un accordage semble se créer entre Maher et moi. Des appuis environnementaux lui sont proposés, lui permettant notamment de vivre un soutien sécurisant. Ces situations de portage engendreraient le début d'une ouverture de Maher aux autres et l'émergence de différentes émotions exprimées en séance.