



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

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



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

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

Quand l'angoisse limite l'exploration...

*Apports du soin en psychomotricité pour aider l'enfant à s'ouvrir
à de nouvelles expérimentations corporelles*

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

par

SANSALONE Margot

Juin 2015

N° 1290

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**

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

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

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**

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

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

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

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

Remerciements

Merci à mes maîtres de stage durant ces trois années d'étude, pour toutes ces découvertes, ces moments d'échange, de partage, sur ce beau métier de psychomotricien. Merci de m'avoir accompagnée dans la construction de mon identité professionnelle. Je pense notamment à Julie C., Christian F., Lucile F., Nadine G., Marina N., Eve P. et Mélanie P.

Merci à ma maîtresse de mémoire, Annie PERRET, pour sa disponibilité et ses conseils tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Merci aux équipes soignantes des différentes institutions pour leur accueil chaleureux et les échanges enrichissants que nous avons pu avoir.

Merci à tous les patients auprès de qui j'ai pu apprendre et évoluer dans ma pratique.

Merci à ma super promo pour ces trois années partagées, et en particulier à Adeline, Aurélie, Chloé, Léna et Sara pour tous ces instants d'amitié, de rire et de soutien à toute épreuve !

Merci à tous ceux, famille et amis, qui, de près ou de loin, m'ont aidée et soutenue durant l'écriture de ce mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

PARTIE THEORIQUE

I. Qu'est-ce que l'angoisse ?	3
--	----------

1. Définition.....	3
2. Les manifestations corporelles de l'angoisse : « L'angoisse qui ne se dit pas s'agit ».. ..	4
a) Du point de vue somatique	4
b) Du point de vue comportemental.....	5
3. Les théories freudiennes de l'angoisse	5
a) L'angoisse d'un point de vue économique et la névrose d'angoisse.....	6
b) L'angoisse comme réaction d'affect du moi au danger.....	6
4. Autres théories de l'angoisse	8
5. Les différents types d'angoisses	9
a) Les angoisses primitives.....	9
b) Les angoisses de différenciation/séparation	10
c) Les angoisses liées à la différence des sexes	11

II. L'angoisse dans le développement normal de l'enfant : de la dépendance à l'exploration	12
---	-----------

1. Les angoisses du nouveau-né	12
2. Le rôle de l'environnement.....	14
a) Les qualités de « l'objet contenant optimal »	14
b) Les apports de D. W. WINNICOTT.....	14
❖ La préoccupation maternelle primaire	14
❖ Les notions de holding et de handling	15
❖ Le rôle de miroir de la mère	15
❖ L'objet transitionnel	16
c) La fonction alpha de W. R. BION	17

d)	L'importance de la rythmicité des expériences	18
3.	Devenir soi grâce à l'autre : le rôle de l'imitation.....	20
4.	De l'organisme au corps : apports de la sensori-motricité de A. BULLINGER	21
a)	La pensée de A. BULLINGER.....	21
b)	L'équilibre sensori-tonique, condition indispensable aux expérimentations	23
c)	En cas de déficit dans l'un de ces milieux.....	24

III. Quand le handicap crée un excès d'angoisse.....25

1.	Qu'entendons-nous par « handicap » ?.....	25
2.	Handicap et développement de l'enfant	26
3.	Les conséquences du handicap sur les parents	27
a)	Le traumatisme de l'annonce.....	27
b)	Blessure narcissique et deuil impossible de l'enfant imaginaire.....	29
c)	Parentalité, culpabilité et attachement	29
4.	Un défaut de contenance qui laisse plus de place aux angoisses.....	31

PARTIE CLINIQUE

I. Présentation de l'institution, une structure d'accueil et de soin de la petite enfance.....32

1.	Le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce	32
2.	Ma place de stagiaire psychomotricienne.....	33

II. Lola33

1.	Eléments d'anamnèse	33
2.	Observations psychomotrices	35
3.	Son parcours de soin.....	36
4.	Ma rencontre avec Lola	37
5.	La prise en charge de Lola en psychomotricité	39
a)	Les manifestations corporelles de l'angoisse et les types d'angoisses chez Lola	39
b)	L'évolution de Lola : de l'angoisse à l'exploration.....	41
❖	L'ambivalence	41

❖ L'imitation et la répétition.....	43
❖ L'appropriation.....	45
❖ L'opposition et la communication.....	46
❖ Vers l'autonomisation et l'émergence de jeux construits et symboliques.....	48
c) Le rôle de l'environnement.....	50

PARTIE THEORICO-CLINIQUE

I. Le cadre thérapeutique et la fonction contenante du psychomotricien.....52

1. L'importance du cadre thérapeutique	52
a) Le temps	52
b) L'espace et le matériel.....	54
c) L'encadrement, l'environnement relationnel	55
d) Le fonctionnement institutionnel.....	56
2. La fonction de contenance du psychomotricien	57
a) Vis-à-vis des enfants.....	57
❖ La contenance psychique.....	57
❖ La contenance corporelle.....	59
b) Vis-à-vis des parents.....	60

II. La présence des parents en séance de psychomotricité..... 61

1. Les apports pour l'enfant.....	61
2. Les apports pour les parents	62
3. Les apports pour le psychomotricien.....	63

CONCLUSION.....66

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....67

INTRODUCTION

Durant ma seconde année, que ce soit lors de mon stage en SESSAD (Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile) ou en cabinet libéral, j'ai pu observer combien l'angoisse pouvait être présente chez les enfants porteurs de handicap comme chez leurs parents. Quand je suis arrivée au CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) en début de troisième année et que j'ai été à nouveau confrontée à ces angoisses, de façon encore plus présente, cela n'a fait que renforcer mon intérêt.

Les enfants porteurs de handicap sont-ils plus angoissés que les autres ? De quels types sont ces angoisses ? Comment se manifestent-elles dans leur corps et quel en est l'impact sur leur psychomotricité parallèlement au handicap déjà présent ? Et qu'en est-il de l'angoisse chez leurs parents, qui semble également très importante ?

Il m'est apparu que l'angoisse de certains enfants pouvait les bloquer dans leurs expériences corporelles, les limiter dans leur exploration du monde : par exemple, Lola semble très inquiète devant l'expérience nouvelle de peinture à doigts que lui propose la psychomotricienne et a besoin que cette dernière et sa maman verbalisent sa peur et lui montrent plusieurs fois comment faire avant qu'elle puisse s'aventurer à toucher la peinture du bout des doigts... Pourquoi certains enfants ont-ils du mal à entrer dans de nouvelles expériences corporelles ? Quelles sont les conditions nécessaires à cela ?

Mais j'ai aussi remarqué que certains enfants pouvaient tout à fait s'ouvrir à de nouvelles activités, oser s'aventurer en étant seuls avec la psychomotricienne, et ne plus rien montrer devant leurs parents lorsque ceux-ci étaient présents en séance... C'est le cas de Yamha qui est déjà montée plusieurs fois sur la première marche de l'espalier en séance mais ne l'a pas fait en présence de sa maman, elle-même très angoissée au sujet de sa fille. Comment l'angoisse des parents influe-t-elle sur celle de leurs enfants, et réciproquement ?

Le mot angoisse vient du latin « angustia » qui signifie resserrement, lequel vient d' « angere » : serrer. Le terme d'angoisse semble donc faire référence en premier lieu à la sensation corporelle d'oppression, de resserrement au niveau de la région épigastrique que l'on ressent lorsque l'on est angoissé. L'angoisse se vit-elle dans le corps avant de se vivre « dans la tête » ? La vivre corporellement permet-il de se la représenter ensuite

psychiquement ? La psychomotricité serait-elle un espace pour cela, le psychomotricien verbalisant l'angoisse de l'enfant pour la lui rendre représentable ?

J'en viens ainsi à me demander quel rôle peut jouer le psychomotricien auprès d'enfants et de parents angoissés ? Que peut-il mettre en place pour aider ces enfants à dépasser leurs angoisses et à entrer dans de nouvelles expériences corporelles ?

Dans un premier temps, je tenterai de définir ce qu'est l'angoisse, quels sont les différents types d'angoisses que l'on peut trouver dans le développement normal de l'enfant, puis ce qu'il en est chez l'enfant handicapé, et comment un excès d'angoisse peut empêcher d'entrer dans de nouvelles expériences corporelles. Puis, dans une partie clinique, j'illustrerai mes propos par la présentation du suivi en psychomotricité de Lola, petite fille de trois ans que je rencontre en CAMSP. Enfin, dans une dernière partie, je tenterai de comprendre comment peut agir le psychomotricien auprès d'enfants pour qui l'angoisse est au premier plan, en collaboration avec les parents, très présents en séances au CAMSP.

PARTIE THEORIQUE

I. Qu'est-ce que l'angoisse ?

1. Définition

L'angoisse accompagne normalement toute vie humaine, nous y sommes tous confrontés un jour ou l'autre, en situation d'examen, d'entretien, de deuil... Mais elle n'est pas simplement un stress ou une peur, elle est plus profonde.

D'après le dictionnaire Larousse, il s'agit d'une « grande inquiétude, une anxiété profonde née du sentiment d'une menace imminente mais vague ; un sentiment pénible d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminés, et se manifestant par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques (spasmes, sudation, dyspnée, accélération du rythme cardiaque, vertiges, etc.) »¹. L'angoisse pourrait donc être qualifiée de peur intense sans objet, d'un sentiment de forte insécurité ayant aussi une fonction d'alerte et entraînant diverses manifestations physiologiques.

D'un point de vue plus psychologique, on trouve ajoutée la dimension d'impuissance ressentie face à l'angoisse : « l'angoisse est l'ensemble des phénomènes subjectifs découlant d'un mal-être, d'une sensation de crainte ou d'oppression devant laquelle on se sent impuissant »².

L'angoisse est à différencier de la peur et de l'effroi. La peur est éprouvée devant un danger réel, externe à l'individu. Elle a un rôle de signal amenant l'individu à se battre ou à fuir et à lutter ainsi pour sa survie. L'effroi est également éprouvé face à un danger externe, mais le sujet se retrouve souvent paralysé, impuissant, incapable d'agir. Comme nous l'avons vu précédemment, l'angoisse fait quant à elle référence à un danger interne. De quel danger s'agit-il ? La psychanalyse avec notamment S. FREUD nous apporte un premier éclairage.

¹ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/angoisse/3528>

² <http://www.definitions-de-psychologie.com/fr/definition/angoisse.html>

Mais avant de nous intéresser à cet aspect plus psychique de l'angoisse, il me semble important d'exposer davantage ses manifestations corporelles qui peuvent nous interpeller en tant que psychomotricien : comment l'angoisse se manifeste-t-elle au niveau du corps ?

2. Les manifestations corporelles de l'angoisse : « L'angoisse qui ne se dit pas s'agit »³

a) Du point de vue somatique

L'angoisse se manifeste généralement par des symptômes respiratoires (augmentation de la fréquence respiratoire, gêne, sensation d'avoir le souffle coupé, d'étouffer), cardiovasculaires (palpitations, tachycardie, oppression), digestifs (manque d'appétit, bouche sèche, sensation de boule dans la gorge ou dans l'estomac, nausées, diarrhées, constipation, spasmes, brûlures), neurovégétatifs (vertiges, maux de tête, étourdissement, tremblements, sudation, pâleur), musculaires (douleurs, courbatures, raideurs, sursauts, fatigue) et encore génito-urinaires (troubles sexuels, aménorrhée, impuissance, besoins fréquents d'uriner). L'émergence de ces manifestations physiques est souvent brutale. Ces dernières peuvent parfois aller jusqu'à une crise d'angoisse (symptômes précédents avec une intensité maximale), à début brutal, atteignant son paroxysme en quelques minutes, avec un sentiment de perte de contrôle et de mort imminente.

A l'hôpital de jour en psychiatrie adulte où je fais mon second stage, Nabil, jeune homme schizophrène de 26 ans, est suivi en psychomotricité pour diminuer ses angoisses, par un travail sur sa respiration, son tonus et ses émotions. Il nous décrit souvent, particulièrement lorsqu'il se trouve sur son lieu de travail, des douleurs ou fourmillements musculaires accompagnés de vertiges (il dit avoir « la tête qui tourne ») et une sensation d'oppression au niveau de la cage thoracique. Ces manifestations physiologiques l'envahissent, le « coupent » dans son activité, et Nabil doit alors « faire une pause pour se concentrer sur sa respiration ». Ses hallucinations peuvent ressurgir pendant ces moments-là.

³ BIRRAUX A., (2009), *Chemin faisant avec l'angoisse*, p. 20

b) Du point de vue comportemental

L'angoisse se manifeste également au niveau du comportement de l'individu. En effet, elle amène souvent le sujet à ressentir de l'appréhension par rapport à certaines situations et à ainsi adopter des conduites de repli, d'isolement dans le but d'éviter tout nouveau contact avec une situation angoissante. Elle peut donc progressivement entraîner une inhibition, voire une sidération comportementale. « Certaines inhibitions sont manifestement des renoncements à la fonction parce qu'une angoisse se serait développée au cours de son exercice »⁴.

Un sujet très angoissé d'être malade par exemple peut s'isoler progressivement, ne plus sortir de chez lui, ne plus recevoir personne pour ne pas risquer d'être en contact avec d'éventuels microbes. L'extérieur peut être vu comme angoissant, ce qui amènerait le sujet à renoncer petit à petit à s'y aventurer.

A l'inverse, l'angoisse peut aussi amener à des états d'agitation, d'instabilité, d'impulsivité, où le mouvement peut être recherché comme moyen de lutte contre l'angoisse. On note aussi parfois la présence de tics, de crispations...

Ces diverses manifestations corporelles de l'angoisse sont variables selon les individus. Elles peuvent être exprimées avec plus ou moins d'intensité.

Après avoir vu plus précisément comment l'angoisse se manifestait dans le corps, revenons maintenant sur les apports de la psychanalyse concernant la théorisation psychique de l'angoisse.

3. Les théories freudiennes de l'angoisse

Il revient à S. FREUD d'avoir tenté de théoriser l'angoisse en en identifiant les mécanismes psychiques, avec l'existence d'un inconscient. « L'angoisse constitue une énigme dont la solution devrait profiter des flots de lumière sur toute notre vie psychique »⁵.

⁴ FREUD S., (2014), *Inhibition, symptôme et angoisse*, p.87

⁵ 4, *ibid.*, p. 22

a) L'angoisse d'un point de vue économique et la névrose d'angoisse

S. FREUD commence par considérer l'angoisse d'un point de vue purement économique, c'est-à-dire selon la quantité d'énergie circulant dans l'appareil psychique : un trop plein d'énergie entraînant un sentiment de déplaisir serait déchargé sous forme d'angoisse : « La libido (énergie pulsionnelle psychique) qui est refusée ou non employée par le moi trouve une décharge directe sous la forme de l'angoisse »⁶.

Par la suite, S. FREUD s'intéresse à la névrose d'angoisse où il relie angoisse et sexualité entravée et cherche ainsi à la distinguer de ce que G. M. BEARD appelait jusque là la « neurasthénie » (pathologie entraînant fatigue, anxiété, maux de tête, névralgie, déprime...). « La névrose d'angoisse forme un complexe somatique dont les éléments s'articulent tous autour du symptôme central de l'angoisse »⁷. Elle entraîne diverses manifestations somatiques (perturbation de l'activité cardiaque, de la respiration, accès de transpiration, tremblements, vertiges...). Normalement, toute excitation somatique se transforme en énergie psychique, amenant à une représentation psychique de la pulsion. Lorsque cette représentation n'est pas supportable pour le sujet, elle est refoulée dans l'inconscient, mais son énergie psychique n'est pas traitée et reste libre, ce qui amène de l'angoisse. Dans cette théorie, l'angoisse découlerait donc du refoulement. Ainsi, dans la névrose d'angoisse, une accumulation d'excitation sexuelle ne pourrait être traitée psychiquement et déchargée, ce qui entraînerait de l'angoisse. Il y a « déviation de l'excitation sexuelle somatique loin du psychique et utilisation anormale de cette excitation »⁸.

b) L'angoisse comme réaction d'affect du moi au danger

En 1926, avec la publication de son ouvrage « *Inhibition, symptôme et angoisse* », S. FREUD revient sur ces théories car la névrose d'angoisse n'est pas la seule pathologie manifestant de l'angoisse. Il s'intéresse alors notamment aux phobies et à la névrose de contrainte et relie inhibition, symptôme et angoisse. Le moi créerait une angoisse envers un élément extérieur pour mieux s'immuniser contre un danger interne, inconscient, qu'il

⁶ 4, *ibid.*, p. 210

⁷ 4, *ibid.*, p.15

⁸ 4, *ibid.*, p. 70

pressent. Ainsi, l'angoisse ne découlerait plus du refoulement comme dans la théorie antérieure, mais précéderait le refoulement du danger imminent. L'angoisse serait une réaction d'affect du moi au danger, l'inhibition l'expression d'une limitation de la fonction du moi, et le symptôme une manière de se préserver de l'angoisse.

Par ailleurs, S. FREUD critique la théorie de O. RANK qui stipulait dans son livre « *Le traumatisme de la naissance* » que la formation de toute angoisse était à lier au traumatisme engendré par l'événement de la naissance et à tous les changements qu'elle suscite pour le nouveau-né. Il juge cette théorie comme une « construction intellectuelle qui résout, de façon homogène, tous les problèmes de notre existence à partir d'une hypothèse qui commande le tout »⁹ et qui ne s'appuie pas sur une observation confirmée. Pour S. FREUD, l'angoisse est d'abord quelque chose que l'on ressent, une sensation avec un caractère de déplaisir particulier qui entraîne des réactions de décharge (signes physiologique cardiaques et respiratoires notamment). L'angoisse paraît irrationnelle, elle vient signer un état d'inquiétude paradoxal car elle entraîne des manifestations physiologiques témoignant de l'existence d'un danger mais sans lien avec un objet. Elle serait le signal d'une réactivation d'une expérience, d'un vécu ayant déjà eu lieu dans le passé que le sujet redouterait. Mais de quelle expérience, de quel danger s'agit-il ? Il semble compliqué de dire qu'il s'agit du traumatisme de la naissance car le danger lié à la naissance n'a pas encore de contenu psychique pour le nouveau-né...

S. FREUD s'appuie alors sur les seuls cas connus d'angoisse infantile : l'angoisse ressentie par l'enfant lorsqu'il est seul dans l'obscurité et celle ressentie face à l'étranger, c'est-à-dire lorsqu'il trouve une autre personne à la place de sa mère. Dans ces deux cas, l'angoisse ferait référence au manque de la personne aimée : « L'angoisse émerge ainsi en réaction à l'absence regrettée de l'objet »¹⁰. Elle semble donc avoir une relation indiscutable avec l'attente. Le bébé évalue comme un danger une situation dans laquelle son besoin ne peut pas être résolu car sa mère n'est pas là, ce qui fait augmenter sa tension car il se trouve impuissant. L'angoisse naît donc de l'état de désarroi du moi suite à la constatation du bébé de sa dépendance à sa mère. Par la suite, la situation de danger qui entraîne de l'angoisse devient alors l'absence de la mère en général. Avec le développement de l'enfant, cette angoisse de perte de l'objet aimé se transforme en

⁹ 4, *ibid.*, p. 25

¹⁰ 4, *ibid.*, p. 170

angoisse de castration, puis en une angoisse de la conscience morale, une angoisse sociale où le moi évalue comme danger « la colère, le châtement de surmoi, la perte d'amour de sa part »¹¹, et enfin en angoisse de mort.

Mais l'angoisse n'est pas qu'une angoisse de perte d'amour. Cette dernière est une forme déjà élaborée de l'angoisse, qui suppose un objet aimant. Le très jeune bébé peut ressentir des angoisses qui ne réfèrent pas au risque de perte d'amour de l'objet. D'autres auteurs nous ont apporté leur éclairage à ce niveau.

4. Autres théories de l'angoisse

G. HAAG s'est également beaucoup intéressée à la question des angoisses, en particulier dans son travail auprès d'enfants autistes. Elle parle « d'angoisses corporelles spécifiques qui correspondent à une panne plus ou moins précoce de la construction du moi primitif, très intriquée à la construction de l'image du corps au sens du moi corporel »¹². L'angoisse peut donc également être mise en lien avec les différentes étapes de la constitution de l'image du corps. E. PIREYRE considère d'ailleurs les angoisses archaïques du nourrisson (expliquées par la suite) comme étant constitutives de l'image du corps, au côté de la sensation de continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau physique et psychique, la sensibilité somato-visérale, la représentation de l'intérieur du corps et les mécanismes de défense corporels.

L'image du corps désigne la représentation que l'individu se fait de son corps, chargée de tous ses vécus propres et est donc totalement subjective. C'est l'image mentale de notre corps que nous avons développée dans notre esprit, image affectivée, émotionnelle, reliée à notre histoire personnelle, de nature idiosyncrasique et liée à toutes nos relations aux objets. Elle s'appuie sur la notion de schéma corporel qui, lui, est en principe le même pour tous et se structure dès l'enfance par l'apprentissage et l'expérience. F. DOLTO définit l'image du corps comme « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles »¹³, « l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant »¹⁴. Elle est donc éminemment inconsciente et constitue le fondement du Moi. L'image du corps se constitue et se modifie

¹¹ 4, *ibid.*, p. 174

¹² HAAG G., (1996), *Stéréotypies et angoisse*, p. 2

¹³ DOLTO F., (1984), *L'image inconsciente du corps*, p. 22

¹⁴ 13, *ibid.*, p.22

donc au fil du temps et des expériences. Le bébé ne se représente pas comme ayant un corps propre et unifié. Il lui faut un certain temps pour comprendre que sa mère est un être différent et séparé de lui et donc pour se constituer en tant que sujet différencié. Pendant ces moments où son image du corps est encore très précaire voire inexistante, le bébé peut vivre de nombreuses angoisses. G. HAAG évoque par exemple les angoisses de chute et de liquéfaction (angoisse d'écoulement et de dissolution) en rapport avec la non constitution d'un premier sentiment d'enveloppe.

Il existe donc différents types d'angoisses, selon le niveau de maturation du moi, « c'est-à-dire selon ses mécanismes de défense, la conscience que le sujet a de lui-même et sa capacité à faire face aux situations qui le menacent »¹⁵ : quels sont-ils plus précisément ?

5. Les différents types d'angoisses

Dans le « *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* »¹⁶, R. ROUSSILLON nous propose un résumé des différents grands types d'angoisses (que l'on pourrait toutefois compléter selon les âges en question et selon les points de vue de différents auteurs). On trouve un spectre nuancé de l'angoisse selon son niveau d'élaboration, avec en bas de l'échelle les angoisses non élaborées se confondant avec des expériences de détresse et au sommet les angoisses les plus élaborées, allant jusqu'aux angoisses existentielles et angoisses de mort chez l'adulte. Cependant, toutes les angoisses sont liées entre elles et une angoisse peut en cacher, en contenir plusieurs autres.

a) Les angoisses primitives

D'essence corporelle, les angoisses primitives sont essentiellement retrouvées chez les sujets autistes et psychotiques.

- L'angoisse d'anéantissement : elle se réfère aux angoisses les moins élaborées, qualifiées d'inimaginables, qui traduisent le sentiment de désintégration du sujet. Elle correspond aux agonies primitives de D. W. WINNICOTT, qui sont des

¹⁵ BIRRAUX A., (2009), *Chemin faisant avec l'angoisse*, p. 19

¹⁶ ROUSSILLON R., (2007), *Angoisses et défenses*, in R. ROUSSILLON et coll. (ed), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, p. 261-269

éprouvés de désintégration, d'une menace d'annihilation, normalement contenus par l'environnement grâce à ses fonctions de holding et de handling (ces dernières seront abordées par la suite). Si ce n'est pas le cas, elles forment des expériences de détresse. Il s'agit d'une lutte contre le retour d'une expérience d'effondrement vécue alors que le bébé n'en n'avait pas encore de représentation.

- L'angoisse de morcellement : elle implique que quelque chose préalablement construit risque de se défaire, donc suppose un minimum de cohérence initiale. Une expérience de contenance et de rassemblement avec un objet a donc déjà été vécue dans le passé. Il s'agit de la sensation de se fragmenter, de se démembrer, plutôt typique des problématiques psychotiques. Elle constitue une ébauche des angoisses de séparation/différenciation.
- L'angoisse de vidage : c'est une angoisse de perte de substance, perte des contenus corporels et psychiques, angoisse hémorragique qui suppose préalablement le sentiment d'une enveloppe, d'un contenant et donc l'expérience d'une contenance liée à l'objet. Elle constitue également une ébauche des angoisses de séparation/différenciation.

b) Les angoisses de différenciation/séparation

Ces angoisses sont liées à la différence moi/non moi et sont plus élaborées que les précédentes. Elles « témoignent de la perception du caractère éphémère des relations humaines, de notre finitude, de l'existence d'autrui et de notre propre existence en tant que sujets différenciés »¹⁷.

- L'angoisse d'intrusion : elle peut être liée à l'angoisse de vidage et à l'angoisse de pénétration et est le résultat d'un renversement actif/passif : ce que le sujet a projeté fait retour sans être reconnu comme appartenant à soi, sous des formes bizarres, étrangères, qui peuvent entraîner des hallucinations et un sentiment de persécution (essentiellement retrouvés dans la schizophrénie et la paranoïa, donc dans des organisations psychiques de type psychotique). On retrouve également l'angoisse

¹⁷ ALVAREZ L. & DISNAN G., (2009), *L'angoisse chez le bébé : de l'indifférenciation à la subjectivation et à la séparation*, p.29

d'intrusion dans les organisations névrotiques et états-limites où elle augmente les angoisses de castration et de pénétration.

- L'angoisse de perte : elle implique la possession de l'objet : on ne peut perdre que ce qu'on a déjà possédé, et donc la différenciation d'avec cet objet. Elle se rattache soit aux angoisses primitives et constitue une angoisse de perte de l'environnement : de l'appui, du support (retrouvée dans l'organisation psychotique), soit aux angoisses liées à la différence des sexes où il s'agit alors de l'angoisse de perte de l'amour de l'objet (retrouvée dans l'organisation névrotique), qui s'élabore ensuite en angoisse de castration (angoisse de perte de ses capacités intellectuelles, sexuelles...).

c) Les angoisses liées à la différence des sexes

Ce sont des angoisses oedipiennes qui concernent les attributs sexuels et qui sont liées à l'idée de transgression et de punition. Elles prennent les formes du fantasme.

- L'angoisse de castration : plus spécifiquement masculine, il s'agit de l'angoisse de perte du pénis investi narcissiquement comme la force. Elle se traduit en crainte de perdre sa force de travail, de séduction, sa créativité... Elle est liée aux angoisses primitives de morcellement et d'anéantissement.
- L'angoisse de pénétration : plus spécifiquement féminine, il s'agit de l'angoisse d'intrusion et de viol des orifices corporels, la peur du désir de se laisser pénétrer. Elle marque l'élaboration de l'angoisse d'intrusion avec une position moins passive du sujet.

Il est important de noter que ces différentes angoisses deviennent pathologiques si elles perdurent, mais sont tout à fait normales à certains stades du développement de l'enfant, notamment lorsque le moi est encore immature. Elles sont cependant déjà des formes élaborées de l'angoisse, à l'exception des angoisses d'anéantissement, qui sont les formes les plus primaires ressenties par le nouveau-né. C'est ce à quoi nous allons nous intéresser maintenant.

II. L'angoisse dans le développement normal de l'enfant : de la dépendance à l'exploration

Dans cette seconde partie, nous allons voir que le nouveau-né vit de nombreuses angoisses que son environnement et certains facteurs de développement comme l'imitation ou la sensori-motricité, l'aident à contenir et à dépasser progressivement, pour pouvoir s'ouvrir sur un monde d'explorations.

1. Les angoisses du nouveau-né

Pour D. W. WINNICOTT, le « nouveau-né est un être immature qui est tout le temps au bord d'une angoisse dont nous ne pouvons avoir idée »¹⁸. Le nouveau-né est tout d'abord immature d'un point de vue physiologique, c'est-à-dire qu'il ne possède pas les capacités de subvenir seul à ses besoins organiques et est donc totalement dépendant de son environnement pour vivre. Le fonctionnement de ses systèmes sensoriels est inachevé, la myélinisation de son système nerveux doit encore se poursuivre pendant de nombreuses années et il est ainsi très vulnérable. Cela le rend également immature d'un point de vue psychologique, il n'a pas conscience de la différence soi / non soi, n'a pas de sentiment de continuité d'existence, ni de capacité de représentation et a donc constamment besoin de son entourage pour l'aider à comprendre ce qu'il vit. Le nourrisson vit son corps comme un ensemble d'organes non reliés, sans limite. Il ressent en permanence des éprouvés chaotiques dont il ne peut donner sens, ce qui est source de diverses angoisses. « Le corps du bébé est à la fois source et matière perceptive d'expériences sensori-motrices, neurovégétatives et tonico-émotionnelles, comportant en permanence le risque de déborder ses capacités d'intégration et d'adaptation, le plongeant ainsi dans un éprouvé de détresse pluriquotidien »¹⁹.

Au moment de la naissance, il vit un grand nombre de changements qui le projettent dans l'inconnu et lui demandent de s'adapter à ces nouvelles situations : passage d'un milieu aérien à liquidien avec exposition à la gravité, changement de température avec passage de 37°C in utero à 20°C environ, passage d'apports alimentaires passifs continus à une alimentation active, mise en place de la respiration, de la déglutition, du

¹⁸ Winnicott cité par Pireyre dans son article *L'image du corps : monolithique ou composite ?*, p. 12

¹⁹ 17, op. cit., p. 31

transit... Ces changements lui apportent des sensations nouvelles qui peuvent être angoissantes. Son angoisse est augmentée du fait de son immaturité.

On repère des angoisses de chute : le bébé n'a pas de tonus axial pour lutter contre la gravité et ne peut pas se représenter la chute. Il a donc une sensation de chute interminable (sensation de ne pas cesser de tomber selon D. W. WINNICOTT) jusqu'à ce que quelqu'un vienne le prendre dans ses bras et lui assure une contenance. Il ressent également des angoisses de morcellement (il ne se représente pas son corps comme unifié avec les différentes parties liées entre elles), de vidage et de liquéfaction (notamment avec le passage d'un milieu liquidien à aérien : impression de se liquéfier).

Toutes ces angoisses parlent du vécu d'anéantissement dans lequel se trouve le bébé et sont qualifiées d'angoisses archaïques (car surviennent avant l'apparition du langage). D. W. WINNICOTT parle d'angoisses « inimaginables du bébé liées à une menace d'annihilation »²⁰, « d'agonies primitives » (« retour à un état non intégré, ne pas cesser de tomber, perte de la collusion psychosomatique et faillite de résidence dans le corps, perte du sens du réel, perte de la capacité d'établir une relation aux objets »²¹). F. TUSTIN évoque des « terreurs primitives » (vécu d'inondation, de chute d'eau, de tourbillon...), W. R. BION des « terreurs sans nom », M. KLEIN des « angoisses primaires de l'anéantissement de la vie »... Ce sont des angoisses du corps qui s'expriment par le corps.

Ces angoisses sont dites normales car elles surviennent chez tous les nourrissons et assurent notamment, par la dépendance qu'elles amènent, tous les processus de l'attachement. Elles ont donc un « rôle essentiel comme facteur de développement »²² car elles poussent le bébé à s'accrocher et à se constituer une identité propre. L'angoisse doit donc être vécue de manière ponctuelle et maturante par l'enfant afin de l'aider à se construire, et participe ainsi à la maturation de son psychisme. Comment le bébé peut-il alors lutter contre ces angoisses et sortir de ces états de détresse ?

²⁰ CICCONE A., LHOPITAL M., (1991), *Naissance à la vie psychique*, p. 50

²¹ WINNICOTT D.W., (1974), *La crainte de l'effondrement*, p. 5

²² 20, op. cit, p.52

2. Le rôle de l'environnement

« L'enfant fait généralement quelque chose de son angoisse. Il mûrit, il grandit. Il modifie son rapport à la réalité [...], à condition d'être soutenu narcissiquement par ses parents »²³. Normalement, les expériences douloureuses vécues par le bébé sont contenues par son environnement qui lui permet de les tolérer. L'environnement assure ainsi un soutien au bébé dans son travail de psychisation et de subjectivation de toutes les expériences qu'il vit, en lui permettant dans un premier temps de l'aider à comprendre ses vécus d'angoisses pour qu'il puisse ensuite les dépasser seul.

a) Les qualités de « l'objet contenant optimal »

D. MELTZER définit quatre qualités indispensables à l'objet externe (la mère ou plus généralement l'environnement maternel) pour assurer sa fonction contenante. Il doit tout d'abord avoir des limites physiques (matérialité représentable) et psychiques (capacité de focaliser son attention sur une expérience, d'être présent et disponible à celle-ci). Il doit de plus être un lieu de confort, c'est-à-dire avoir des qualités sensorielles (chaleur, douceur...) et émotionnelles (quiétude, sérénité...) particulières. Par ailleurs, le contenant doit être caractérisé par l'intimité : intimité de la relation mère-bébé, et enfin par l'exclusivité. On peut également ajouter la nécessité d'assurer à la fois la fonction maternelle contenante et la fonction paternelle structurante, organisatrice de l'expérience.

b) Les apports de D. W. WINNICOTT

D.W. WINNICOTT s'est beaucoup intéressé à la relation mère-bébé et a développé plusieurs concepts sur les premières relations de l'enfant avec son environnement.

❖ La préoccupation maternelle primaire

Avant qu'un bébé puisse exister pour lui, il existe par son environnement qui s'occupe de lui. Pendant sa grossesse et particulièrement à la fin, et ce jusqu'à quelques semaines après la naissance de son enfant, la mère se trouve dans un état biologiquement conditionné de « maladie normale », que D. W. WINNICOTT a appelée la « préoccupation

²³ BIRRAUX A., (2009), *Chemin faisant avec l'angoisse*, p. 24

maternelle primaire ». Il s'agit d'un état psychologique particulier où la mère s'identifie à son bébé et est complètement tournée vers lui, pour répondre à ses besoins et ainsi lui présenter ce dont il a besoin au moment où il l'attend. Cette « mère suffisamment bonne » dans un accordage avec son enfant, « fournit à l'enfant des conditions dans lesquelles sa constitution pourra commencer à se manifester, ses tendances à l'évolution à se développer [...] »²⁴, et lui assure de cette façon un premier sentiment continu d'exister.

❖ Les notions de holding et de handling

« Les angoisses corporelles primitives, angoisses postnatales normales, sont apaisées, soulagées par une tenue adéquate du nourrisson de la part de l'objet maternant, tenue à la fois physique et psychique »²⁵. Le holding désigne l'art de porter, de tenir et de maintenir le nourrisson, tant physiquement que psychiquement et doit être très sécuritaire. Il a fonction de protection contre les expériences angoissantes ressenties dès la naissance et nécessite une adaptation de l'environnement au fur et à mesure que l'enfant grandit. Le handling désigne quant à lui la façon qu'a la mère (ou plus généralement l'environnement) de manipuler son enfant : fonction de maniement, manière d'être en contact avec l'enfant dans les soins de maternage, façon de toucher son corps, accompagnée d'un élan affectif particulier.

❖ Le rôle de miroir de la mère

La mère « rêve » son enfant en décryptant les signes qu'il montre et en les lui retransmettant sous forme détoxifiée, simplifiée. Il est fréquent de voir des mères reprendre dans une intonation particulière et avec des mimiques souvent exagérées, des phrases comme « oh tu pleures mon bébé tu dois avoir faim ». Ainsi, en regardant le visage de sa mère, le bébé se voit lui-même : « ce que le visage de la mère exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit »²⁶. Elle permet ainsi à son bébé de mieux comprendre ses ressentis souvent angoissants car non compris.

Dans les premiers temps de la vie de son enfant, la mère va être extrêmement disponible pour répondre immédiatement à ses besoins, lui donnant ainsi une illusion

²⁴ WINNICOTT D.W., (1980), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, p. 172

²⁵ CICCONE A., LHOPITAL M., (1991), *Naissance à la vie psychique*, p. 51

²⁶ WINNICOTT D.W., (1975), *Jeu et réalité*, p. 155

d'omnipotence, de toute puissance. Puis avec le temps, cette rythmicité relationnelle va s'adapter, le rythme présence-absence de la mère s'accordant aux capacités du bébé à contenir les stimulations. Cela amène progressivement le bébé à se rendre compte de sa dépendance à sa mère en percevant davantage la réalité. Il va alors alterner des moments d'organisation et de désorganisation, et c'est en voyant progressivement qu'il se remet à chaque fois de ses vécus d'annihilation qu'il va pouvoir ressentir un sentiment de continuité d'exister et que le moi va devenir capable de tolérer davantage la frustration. Le bébé peut petit à petit se construire une unification corporelle et psychique, dans un vécu de confiance et un sentiment de sécurité, l'amenant progressivement à une différenciation d'avec sa mère et donc à se considérer comme un sujet différencié. « Un accordage affectif de qualité [...] permet l'émergence d'un sentiment de continuité et de sécurité interne, la mise en sens des difficultés, le repérage des invariants et leur répétition [...]. Dans ce contexte de sécurité et de prévisibilité, le bébé peut parcourir et intégrer l'alternance entre les états d'organisation/différenciation, et l'oscillation absence/présence et disponibilité/indisponibilité de l'adulte »²⁷. Dans cette différenciation progressive où le bébé sort progressivement de l'illusion primaire vers une prise en compte de sa dépendance à sa mère, l'objet transitionnel joue un rôle important pour lui permettre de lutter contre son angoisse de perte de l'objet maternel (angoisse de type dépressif selon D.W. WINNICOTT).

❖ *L'objet transitionnel*

L'objet transitionnel, plus communément appelé doudou, est un objet privilégié choisi par l'enfant ; c'est sa « première possession non moi ». Il se situe entre un objet interne et un objet externe, c'est-à-dire qu'il n'est perçu ni comme faisant partie de l'enfant, ni comme faisant partie de sa mère ou plus généralement de la réalité extérieure, ce n'est ni une hallucination, ni un objet réel. Il appartient à l'espace transitionnel, lieu de repos psychique, zone d'expérience intermédiaire entre l'intérieur et l'extérieur, entre l'auto-érotisme oral et la relation objectale vraie. Il permet donc à l'enfant de se fabriquer un espace intermédiaire entre lui et sa mère, de passer de la première relation orale à la mère à une véritable relation d'objet (il fait transition). L'objet transitionnel assure un vécu moins angoissant de la séparation d'avec la mère, il a pour fonction de rassurer le bébé en

²⁷ ALVAREZ L. & DISNAN G., (2009), *L'angoisse chez le bébé : de l'indifférenciation à la subjectivation et à la séparation*, p.31

rétablissant une certaine continuité menacée par l'éloignement de la mère. Grâce à lui, la mère, même absente, est encore symboliquement présente pour l'enfant. L'objet transitionnel est voué à un désinvestissement progressif de l'enfant lorsqu'il grandit, mais l'espace transitionnel, l'aire intermédiaire d'expérience « subsistera tout au long de la vie, dans le mode d'expérimentation interne qui caractérise les arts, la religion, la vie imaginaire et le travail scientifique »²⁸.

c) La fonction alpha de W. R. BION

La fonction alpha est une capacité que possède la mère. Elle lui permet de détoxifier les projections de son bébé (éléments bêta bruts ayant valeur de « chose en soi ») pour qu'il puisse les réintrojecter sous forme métabolisée (éléments alpha mnésiques susceptibles d'être emmagasinés et permettant la pensée consciente). Le bébé peut alors passer de l'expérience sensorielle à la forme mentale de cette expérience. Ainsi grâce à cette fonction, la mère permet à son bébé de comprendre ce qu'il vit, ce qu'il ressent, en recueillant et reconnaissant ses ressentis violents : « la fonction alpha transforme les impressions des sens et les expériences émotionnelles pour les rendre disponibles à la pensée consciente »²⁹. La fonction alpha constitue donc le premier pas dans l'activité de pensée. « Le bébé, dépourvu d'un appareil pouvant se nourrir de vérité, se trouve dans la nécessité d'être nourri par la vie psychique de la mère ; les expériences du bébé sont de nature confuse, et lorsqu'il est bombardé par les données sensorielles d'une expérience émotionnelle qu'il ne peut comprendre, il est contraint d'évacuer cette expérience dans la mère qui doit être capable de la contenir, de la modifier et de la restituer au bébé sous une forme d'ordre ou d'harmonie relativement significative [...] »³⁰.

La fonction alpha de la mère est possible grâce à sa « capacité de rêverie » qui lui permet d'interpréter les projections de son bébé : il s'agit de sa capacité à comprendre ce qu'il lui montre, et ainsi de détoxifier ses angoisses primitives. Elle permet à l'enfant d'acquiescer petit à petit le sens de la réalité en comprenant ce qui lui arrive, de faire face à la frustration et de se construire progressivement son appareil psychique.

²⁸ 26, op. cit., p. 25

²⁹ CICCONE A., LHOPITAL M., (1991), *Naissance à la vie psychique*, p.66

³⁰ 29, ibid., p. 68

Ainsi, « la rencontre quotidienne avec l'adulte doit permettre au bébé un double traitement de ses expériences. D'une part l'organisation de son vécu corporel dans ses expériences sensori-motrices et tonico-émotionnelles, dans un climat interactif particulier, par l'émergence progressive des premières structures de signification (fonction alpha de W. R. BION, holding et handling de D. W. WINNICOTT) ; d'autre part, la sémiotisation de ses éprouvés (accordage affectif, interactions fantasmatiques) »³¹. « Un environnement d'assez bonne qualité dès le stade primaire, permet au petit enfant de commencer à exister, d'avoir ses expériences, de construire un moi personnel, de dominer ses instincts et de faire face à toutes les difficultés inhérentes à la vie »³².

d) L'importance de la rythmicité des expériences

L'enfant s'appuie donc sur son environnement pour se différencier et grandir, et a besoin de répéter les expériences pour les intégrer psychiquement et développer sa capacité de penser. Cette pensée permettra « de transformer la discontinuité d'une sensation, d'une perception, en une continuité d'investissement sur laquelle l'individu va fonder son sentiment d'existence »³³.

La qualité du développement mental, du moi, est conditionnée par la répétition rythmique des expériences. Très tôt, le bébé est capable de mémoriser des événements, des perceptions et utilise ainsi sa mémoire pour reconnaître ce qu'il vit. La rythmicité des échanges entre le nourrisson et sa mère permet de créer des repères et de donner du sens, amenant progressivement à des conduites anticipatrices du bébé qui nécessitent une certaine capacité d'attention. Son attention varie ainsi suivant si les expériences ont déjà été vécues (accoutumance) ou si elles sont nouvelles (stimulation). Pour D. MARCELLI, ces conduites d'anticipation apparaissent surtout dans les échanges liés aux soins et dans les échanges ludiques mère-bébé.

Il distingue les macrorhythmes et les microrhythmes. Les macrorhythmes se retrouvent dans la rythmicité et la ritualisation des conduites maternelles au niveau des soins (alimentation, change, bain, sommeil), qui organisent la vie quotidienne du bébé et lui

³¹ ALVAREZ L. & DISNAN G., (2009), *L'angoisse chez le bébé : de l'indifférenciation à la subjectivation et à la séparation*, p. 32

³² BIRRAUX A., (2009), *Chemin faisant avec l'angoisse*, p. 173

³³ MARCELLI D., (1991), *Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson*, p. 61

donne une stabilité. La mémorisation des expériences permet ainsi au nourrisson d'anticiper leur sens, d'organiser et de penser le temps et de développer un sentiment de confiance dans une continuité et une prévisibilité des situations. Cependant, le nourrisson doit aussi être capable d'accepter le changement, la nouveauté, quand la réalité s'avère être différente de ce qui était attendu. C'est le rôle essentiel des microrhythmes, dans les échanges interactifs entre le bébé et son partenaire, faits de surprise, d'inattendu, d'aléatoire. Ces échanges, partages d'états affectifs, ont lieu dans une certaine proximité corporelle et pendant une durée brève. D. MARCELLI cite par exemple le jeu de la chatouille ou de la petite bête qui monte. Leur caractéristique principale est de créer une règle commune entre le bébé et son partenaire, puis de tromper les attentes en violant cette règle pour maintenir l'attention du nourrisson. Trois temps de réaction sont observés chez le bébé : l'engagement dans le jeu, la montée tensionnelle et la libération tensionnelle. Dans le jeu de la chatouille, l'excitation de l'enfant apparaît au début au moment de la chatouille, puis apparaîtra par la suite pendant la phase d'attente du chatouillement : il y a alors passage d'une zone d'excitation sensorielle à une zone d'excitation cognitive. La tromperie serait ainsi un facteur fondamental de stimulation du fonctionnement cognitif et permettrait d'investir positivement l'écart entre ce qui est attendu et ce qui arrive en réalité. « Elle rend tolérable l'écart entre ce qui est psychiquement investi et ce qui est sensoriellement perçu [...], entre la réalité psychique et la réalité du monde »³⁴. Elle permet de tolérer l'incertitude, d'accepter l'inattendu et est indispensable pour le développement des apprentissages.

La pensée naît donc d'une contradiction entre macrorhythmes et microrhythmes, d'un investissement paradoxal du temps où répétition et changement sont en constante opposition.

Ainsi, « le rythme conditionne la capacité d'investir le temps d'attente et par conséquent la capacité de penser »³⁵. Grâce au rythme, des représentations symboliques peuvent émerger : le facteur temps permet la liaison entre le registre de l'activité perceptivo-sensorielle (fonction de figuration : ce qui est perçu au moment de la présentation de l'objet) et le registre de l'activité de pensée symbolique (fonction de surséance : perception conservée en absence de l'objet, qui nécessite mémorisation, anticipation et tolérance à la frustration).

³⁴ 33, *ibid.*, p.57

³⁵ 33, *ibid.*, p. 57

L'environnement joue donc un rôle primordial pour le nouveau-né, tant dans la contenance de ses angoisses que dans les conditions qu'il lui offre pour son développement. Grâce à lui, l'enfant peut petit à petit se différencier et entrer progressivement dans ses propres expérimentations corporelles, qui commencent souvent par imitation. Quel est son rôle dans le développement de l'enfant ?

3. Devenir soi grâce à l'autre : le rôle de l'imitation

D'après le dictionnaire Larousse, l'imitation est « l'action d'imiter une personne, un bruit, ou de prendre quelqu'un pour modèle »³⁶. Elle est beaucoup observée chez l'enfant et semble jouer un rôle très important dans son développement.

Des premières conduites d'imitation de mouvements peuvent être observées très tôt chez les nouveaux-nés, qui tirent la langue quand on leur tire la langue, sourient quand on leur sourit. Cependant, ces conduites semblent être inscrites dans le répertoire néonatal et seraient plutôt réflexes donc relèveraient davantage de l'ordre du mimétisme plus que de l'imitation à proprement parler. Les parents de leur côté jouent également beaucoup avec l'imitation en reprenant les gazouillis, les mimiques de leur enfant, ce qui déclenche beaucoup de plaisir chez ce dernier. L'imitation prend alors sens et valeur de communication, elle permet d'être en relation avec l'autre, de créer des liens, dans un partage affectif.

Par la suite, en grandissant, l'imitation devient un moyen d'apprendre pour l'enfant, et joue donc un rôle très important dans son développement. C'est en voyant les autres faire et en reprenant ce qu'ils font que l'enfant commence souvent ses apprentissages. L'enfant passe progressivement d'une imitation de mouvements à une imitation d'actions. Son imitation prend alors une autre dimension et l'entraîne dans le registre de l'identification. C'est alors qu'on peut voir des enfants gronder leur doudou en reprenant les intonations et les expressions de leurs parents, entrer dans des jeux symboliques en jouant à nourrir leur poupée, à les habiller... Le langage trouve également sa source dans l'imitation.

L'enfant imite d'abord en présence du modèle, puis, plus tard, acquiert l'imitation différée qui consiste à imiter en l'absence du modèle et permet l'accès à la formation

³⁶ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/imitation/41662?q=imitation#41568>

d'images mentales et donc à des premières représentations. Après avoir imité des activités du quotidien (manger, se laver...), il se met à imiter des personnages dans leur métier, qu'il a pu croiser ailleurs que chez lui (docteur, maîtresse, vendeuse...). L'imitation évoluerait donc en fonction de l'âge et suivrait les étapes du développement psychomoteur de l'enfant, en étant notamment en lien avec sa maturation neuromotrice.

Pour J. NADEL (ces informations sont issues du mémoire de A. LALAGUE³⁷), il n'y a pas une imitation mais des imitations qui jouent un rôle différent selon l'âge de l'enfant. En imitant, l'enfant trouve un bénéfice moteur (la répétition du geste entraîne un ancrage corporel du mouvement, une automatisation du geste), un bénéfice social (dans l'intersubjectivité, l'attention portée à l'autre pour l'imiter et l'expérience d'être soi-même imité) et un bénéfice en terme de conscience de soi (appropriation d'une action proposée par un autre avec ses conséquences propres).

L'imitation permet ainsi à l'enfant de s'approprier ses actions pour pouvoir petit à petit s'individualiser : imiter l'autre pour devenir soi. L'enfant va pouvoir se construire progressivement une image de son corps, et pourra ainsi passer d'un organisme à un corps habité et en relation. Quelles sont les conditions nécessaires à cela ?

4. De l'organisme au corps : apports de la sensori-motricité de A. BULLINGER

a) La pensée de A. BULLINGER

« La constitution d'une subjectivité est un long processus qui s'appuie sur les interactions que l'organisme entretient avec son milieu »³⁸. C'est donc à travers les interactions que l'organisme entretient avec son milieu que des représentations relatives à l'organisme et à d'autres objets du milieu vont se construire et permettre d'orienter les actions de l'enfant. L'enfant va ainsi progressivement passer d'un organisme (objet du milieu) à un corps (représentant de cet organisme), en parvenant à faire de ses systèmes sensori-moteurs des outils qui lui permettent de comprendre et d'agir sur son milieu.

³⁷ LALAGUE A., *Imiter l'autre pour devenir soi. L'imitation comme support de l'identité. Son apport dans la pratique psychomotrice*, Université de Bordeaux, 2014

³⁸ BULLINGER A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, p. 23

Dans son milieu, l'organisme, grâce à des capteurs permettant la proprioception (coordination des signaux sensoriels et de la sensibilité profonde), est sensible à différents flux (gravitaire, tactile, olfactif, sonore et visuel) et y réagit par des réponses successives. Dans les premiers temps de sa vie, ce sont les systèmes sensoriels archaïques du bébé qui entrent en jeu et entraînent des réactions toniques et émotionnelles aux différents flux : réactions d'alerte (augmentation du tonus) et d'orientation (vers la source de la stimulation). Ces systèmes archaïques ont une bonne sensibilité aux variations temporelles : les redondances dans les stimulations vont permettre l'extraction d'invariants amenant à la formation d'habituations et diminuant ainsi les réactions émotionnelles. L'existence de ces conduites ne suppose pas encore de représentation de l'organisme.

« Ce sont les coordinations entre les diverses boucles sensori-motrices engagées dans l'action qui créent les premières représentations de l'organisme »³⁹, proto-représentations présentes uniquement lorsque l'action est engagée, caractéristiques de la fin de la période sensori-motrice. On parle de schèmes sensori-moteurs permettant une anticipation des effets des flux.

Enfin, la stabilisation des représentations en dehors de l'action se fait grâce à la prise en compte de l'effet spatial des gestes, donnant naissance aux conduites instrumentales. On observe alors, suite aux réactions d'alerte et d'orientation après perception d'un flux, des réactions de traitement de la distance (appartenance ou non à l'espace de préhension) et de consommation (activité d'exploration ou de transformation de l'objet).

L'activité psychique est ainsi alimentée par les interactions que l'organisme entretient avec son milieu, permettant la formation d'habituations amenant à une anticipation de l'effet des flux et à une possible modification des conduites. « Habiter son corps suppose que l'on maîtrise les sensations qui arrivent aux frontières de l'organisme »⁴⁰. Des représentations de l'organisme se construisent donc progressivement, et amènent l'enfant à faire de l'organisme un corps, moyen d'expression et d'action sur son milieu. « La maîtrise de plus en plus large des interactions entre l'organisme et son milieu permet la constitution du corps comme une entité mobile dotée de moyens

³⁹ 38, *ibid.*, p.63

⁴⁰ 38, *ibid.*, p.152

instrumentaux »⁴¹. Ces interactions organisme-milieu peuvent se faire de manière optimale lorsque l'enfant se trouve dans un équilibre sensori-tonique.

b) L'équilibre sensori-tonique, condition indispensable aux expérimentations

L'équilibre sensori-tonique est un état interne de l'organisme qui permet de recevoir les signaux issus des interactions avec le milieu sans désorganisation. Il est le garant des interactions optimales d'un individu avec son environnement. « Les capacités instrumentales ne peuvent se développer que si un équilibre sensori-tonique existe »⁴². Différentes dimensions participent à cet équilibre : le milieu physique, le milieu biologique et le milieu humain.

Le milieu physique se constitue des propriétés du milieu : « notre organisme est construit de telle sorte qu'il puisse comprendre son milieu de vie »⁴³. Par exemple, il doit y avoir réunification dans un même lieu de l'espace des différentes propriétés visuelles, tactiles, auditives d'un objet.

Le milieu biologique renvoie quant à lui à la nécessaire intégrité des systèmes sensori-moteurs et du support neurophysiologique (système nerveux central) pour traiter les différents signaux.

Enfin, le milieu humain est essentiel et suppose d'abord un « espace de fusion » entre le bébé et son environnement (grande importance du dialogue tonique dans la régulation tonico-posturale du nouveau-né), puis plus tard, l'émergence d'une communication via des gestes expressifs ou le langage.

« L'équilibre sensori-tonique est donc à l'articulation du biologique, du cognitif et de l'émotionnel [...] »⁴⁴. Des milieux physique, biologique et humain adaptés créent une surface d'équilibre à l'intérieur de laquelle les apports sensoriels produits par les interactions avec le milieu peuvent être métabolisés. Cette surface d'équilibre s'élargit avec le développement, la dimension opératoire et la structuration temporelle.

Qu'en est-il lorsque des déficits sont observés dans un ou plusieurs de ces milieux ?

⁴¹ 38, *ibid.*, p.168

⁴² 38, *ibid.*, p. 65

⁴³ 38, *ibid.*, p.177

⁴⁴ 38, *ibid.*, p.166

c) En cas de déficit dans l'un de ces milieux...

En cas de déficit dans le milieu physique et que les différentes propriétés d'un objet ne sont pas réunies à la même adresse, il y aura alors atteinte aux attentes de l'organisme, ce qui entraînera une dystimulation et donc une difficulté de construction d'anticipations et de représentations. Des moyens archaïques de régulation seront donc utilisés, avec une importante mobilisation tonique amenant à figer le corps. L'enfant va par ailleurs rechercher des situations où les stimulations seront prévisibles, où le milieu sera stable (par exemple : stéréotypies, recherche de repères fixes...).

Concernant le milieu biologique et les systèmes sensori-moteurs, « un déficit dans un de ces systèmes limite non seulement l'accès à des signaux, mais aussi diminue les redondances entre les diverses modalités sensorielles »⁴⁵. La cohérence du milieu et la possibilité de le maîtriser diminuent donc. On peut parfois observer la recherche de mouvements qui amènent des douleurs, dans le but de maintenir un sentiment d'existence.

Enfin, dans la dimension relative au milieu humain, il y aura un appui important sur le dialogue tonique pour réguler les interactions, appui sur l'autre par contact physique direct, voire fusion avec le corps du porteur, à défaut de la mise en place d'une communication médiatisée (langage et gestes).

Ces différents déficits entraînent une modification de la surface d'équilibre sensorio-tonique. Les stimulations reçues aux frontières de cette surface sont vécues comme excessives et peuvent amener à perdre le contrôle de l'interaction. « Les composantes émotionnelles apparaissent lorsque les sensations créées débordent ou sont à la limite de cette surface »⁴⁶.

Si de plus l'enfant est porteur d'un handicap, « une très large partie de ses ressources de plasticité est absorbée pour contourner et dépasser son déficit. Il s'écarte des attentes typiques de son milieu et n'a plus les ressources pour les satisfaire »⁴⁷. Sa tolérance aux représentations inadaptées est faible, ses limitations motrices l'empêchent d'habiter complètement son organisme, entraînent une désorganisation des fonctions tonico-posturales, instrumentales et représentatives et le limitent donc dans ses activités. Ces diverses restrictions peuvent être source d'angoisse du côté de l'enfant car ses moyens

⁴⁵ 38, *ibid.*, p.178

⁴⁶ 38, *ibid.*, p. 180

⁴⁷ 38, *ibid.*, p. 24

d'action et de compréhension de son monde son fortement diminués, mais aussi source d'angoisse du côté de ses parents. C'est ce à quoi nous allons nous intéresser maintenant : en quoi le handicap peut-il être à l'origine d'un excès d'angoisse chez l'enfant et chez ses parents ?

III. Quand le handicap crée un excès d'angoisse

1. Qu'entendons-nous par « handicap » ?

Il me semble important dans un premier temps de définir ce que signifie le mot handicap, qui regroupe aujourd'hui de nombreuses situations, de nombreuses pathologies (handicap moteur, handicap mental, handicap social...). On a d'ailleurs souvent tendance à désigner par ce terme à la fois la cause (anomalie organique, maladie...) et ses conséquences (du point de vue de l'écart par rapport à la norme).

Etymologiquement, le terme handicap vient de l'anglais « handicap » : hand in cap, signifiant « la main dans le chapeau » et renvoie à un jeu du XVII^{ème} siècle. Dans le cadre d'un troc de biens entre deux personnes, il fallait rétablir une égalité de valeur entre ce qui était donné et ce qui était reçu : ainsi celui qui recevait un objet d'une valeur supérieure devait mettre dans un chapeau une somme d'argent pour rétablir l'équité. Par la suite, le terme handicap a désigné l'idée d'égaliser les chances des concurrents dans le domaine sportif, en imposant un désavantage dans une épreuve à un concurrent de qualité supérieure. Initialement, le handicap n'est donc pas à l'origine d'un rejet par rapport à une norme mais d'une idée d'égalisation des chances.

Ce n'est que durant le XXI^{ème} siècle que le terme handicap s'est rapproché de la définition actuelle que nous lui donnons. Aujourd'hui, le handicap est défini par la Loi (11-02-2005) de la manière suivante : « Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »⁴⁸. Le terme handicap désigne donc légalement les conséquences d'une pathologie, bien qu'il soit aussi couramment employé pour désigner la pathologie elle-

⁴⁸ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/handicap/38988?q=handicap#38915>

même. Dans une optique de simplification, nous utiliserons le mot handicap dans le sens courant ici, c'est-à-dire désignant à la fois la pathologie et ses conséquences.

Une pathologie peut donc entraîner un handicap plus ou moins important, avoir diverses conséquences sur la personne. En ce qui concerne l'enfant, elle le limite souvent dans ses possibilités et entrave ainsi son développement.

2. Handicap et développement de l'enfant

Il est important de noter que chaque enfant est singulier et réagira différemment en fonction de sa pathologie, de son handicap et de son environnement. Je tenterai toutefois ici de dégager les points communs aux différentes situations, pour parler d'une manière générale des conséquences d'un handicap sur l'enfant.

Le handicap semble rendre la structuration psychique de l'enfant difficile de part différents points :

Tout d'abord, il entrave la mise en place des relations précoces avec les nombreuses hospitalisations que subit souvent l'enfant qui le séparent de ses parents et fragilisent la mise en place des premiers liens. Les parents se trouvent souvent démunis, ont du mal à savoir comment réagir face à ce nouveau-né qu'ils voient peu et laissent entre les mains des soignants, se sentent souvent en difficulté dans leurs compétences parentales et l'adaptation mutuelle avec leur enfant est donc plus tardive.

Par ailleurs, le handicap entrave les expériences sensori-motrices de l'enfant du fait des atteintes corporelles. L'enfant est parfois douloureux, présente diverses malformations, troubles psychomoteurs, sensoriels, toniques, cognitifs, relationnels, limitations motrices, il dispose de moins de moyens pour réguler son tonus, a souvent un état de santé fragile, etc., et est ainsi limité dans ses explorations et ses sensations. Le psychisme se construisant à partir des expériences corporelles et des représentations du corps qu'elles amènent, l'enfant se retrouve en difficulté pour élaborer sa vie psychique, il n'a pas les capacités pour se représenter son corps et son environnement et est souvent pris dans de nombreuses angoisses. Des difficultés cognitives et intellectuelles sont souvent présentes, obligeant les expériences à être vécues en plus grand nombre et de façon répétée et simplifiée. La communication est aussi entravée, « le handicap, du fait des limites qu'il impose aux

capacités langagières et aux moyens intellectuels, empêche l'enfant de communiquer ses émotions et ses pensées »⁴⁹.

Le handicap entrave donc aussi les processus de différenciation : comme le bébé handicapé fait moins d'expériences, il a moins de vécus d'unicité, d'intégrité, de sentiment d'enveloppe et a donc des difficultés à se représenter petit à petit comme sujet différencié ayant un corps propre. Il reste très dépendant de son environnement : « Le handicap provoque une dépendance réelle, prolongée, voire définitive vis-à-vis de l'entourage qui est lourde de conséquences pour le devenir psychique de l'enfant »⁵⁰.

Mais le handicap a aussi de nombreuses conséquences sur les parents, entravant ainsi leur capacité à contenir leur enfant handicapé qui semble en avoir encore plus besoin que tout autre enfant.

3. Les conséquences du handicap sur les parents

Tout comme pour l'enfant, il est important de souligner que chaque famille réagit de façon particulière au handicap, chaque parent agit en fonction de son histoire et de sa singularité. On peut toutefois dégager certains effets communs du handicap de leur enfant sur les parents.

a) Le traumatisme de l'annonce

L'annonce d'un handicap chez leur enfant entraîne chez les parents un traumatisme qui les laisse sans voix. Les parents passent alors de quelque chose qu'ils voyaient jusqu'à présent du dehors (le handicap concernait seulement les autres) à quelque chose qu'ils voient maintenant du dedans, qui les concerne directement.

Dans le groupe de petites filles trisomiques au CAMSP, les mamans de Yasma et Miriam nous révèlent que leur façon de voir les enfants trisomiques a beaucoup changé depuis qu'elles ont leurs filles. Elles disent qu'avant elles ne prêtaient que peu d'attention aux enfants trisomiques qu'elles pouvaient croiser dans la rue, qu'elles ne les remarquaient même pas, alors que depuis l'arrivée de Yasma et Miriam elles « voient beaucoup plus d'enfants trisomiques », car elles se sentent plus concernées, elles y portent plus attention.

⁴⁹ SAUSSE S., (1996), *Le miroir brisé*, p. 95

⁵⁰ 49, *ibid.*, p. 135

L'annonce du handicap provoque une douleur indicible chez les parents et ce qui arrive demeure dans un premier temps incompréhensible et innommable. Le premier effet du traumatisme est une réaction de sidération, une expérience d'effondrement, les parents sont pris au dépourvu et se retrouvent en échec dans leur capacité de penser. « Les réactions de dénégation et les manifestations somatiques sont fréquentes, signe de la mise en échec de la pensée »⁵¹. Les parents sont comme pétrifiés et ont du mal à regarder en face leur enfant si différent. L'anormalité provoque de l'effroi. « Le handicap vient donner corps à quelque chose d'irreprésentable, de l'ordre de l'horreur »⁵². Des images et des souhaits inacceptables peuvent alors surgir, comme le désir que cet enfant ne soit jamais né, le désir de le tuer, mais ils sont refoulés dans l'inconscient. Cependant, ils restent toujours actifs et peuvent être source d'angoisse dont l'origine est inavouée. « L'idée de mort à l'égard de l'enfant handicapé est si honteuse et intolérable qu'elle cherche toujours à se camoufler et n'apparaît que masquée »⁵³.

Le traumatisme provoque aussi comme effet d'arrêter le temps, tout est figé pour les parents, ils n'ont plus de projets, plus d'ouverture sur le monde et peuvent se replier sur eux-mêmes dans le sentiment que personne ne peut les comprendre. Ils peuvent être silencieux ou au contraire revendicateurs, hostiles, agressifs... Cette apparition de la colère survient souvent dans un deuxième temps, après les phases de sidération et de déni. On pourrait comparer ici le processus psychique en jeu chez les parents à celui du travail du trépas ou du travail de deuil décrit par E. KUBLER-ROSS : le sujet passe par différentes étapes jusqu'à l'acceptation de la situation si elle a lieu : une première phase de sidération au moment de l'annonce, puis une phase de déni, de colère, de dépression jusqu'à la dernière étape d'acceptation.

Petit à petit, les parents pourront donc sortir de ce premier effet de sidération et avoir des angoisses et des questions concernant des problèmes concrets du handicap avec l'acceptation progressive de celui-ci, mais cela demande un certain temps. Dans tous les cas, le handicap d'un enfant entraîne des bouleversements et une souffrance pour toute la famille, confronte à l'étrangeté et amène différents mouvements psychiques chez les parents.

⁵¹ 49, *ibid.*, p.33

⁵² 49, *ibid.*, p.35

⁵³ 49, *ibid.*, p.157

b) Blessure narcissique et deuil impossible de l'enfant imaginaire

Tout d'abord, le handicap provoque une blessure narcissique pour les parents ; il entraîne un sentiment de désespoir et une perte de l'illusion que cet enfant là pourra accomplir les rêves, les désirs que ses parents n'ont pas pu réaliser. En effet, les parents espèrent toujours que leur enfant viendra réparer leurs blessures, leurs manques, mais en présence d'un handicap, ce contrat est rompu. Le handicap entraîne donc une blessure narcissique mais touche aussi les couches les plus profondes de l'identité humaine : «Le handicap pose la question de l'appartenance à l'espèce humaine, il engendre un vécu d'étrangeté, de non humanité. [...] L'enfant porteur d'un handicap lourd provoque, fragilise, disqualifie l'humanité parentale »⁵⁴.

De plus, le handicap amène une violence irréprésentable dans le gouffre entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel. L'enfant handicapé est très loin de l'enfant espéré, rêvé, imaginé. Tous les parents ont à faire le deuil de l'enfant imaginaire car l'enfant réel est toujours différent de celui rêvé, mais alors qu'un enfant « normal » apportera d'autres satisfactions, d'autres joies pour compenser, l'enfant handicapé rappellera toujours la réalité du handicap à ses parents. Ainsi, ce deuil de l'enfant imaginaire devient plus compliqué voire impossible car le handicap est toujours là.

c) Parentalité, culpabilité et attachement

« L'enfant handicapé envoie à ses parents une image déformée, tel un miroir brisé, dans laquelle ils ont du mal à se reconnaître »⁵⁵. Le lien entre un enfant handicapé et ses parents est toujours fragile, perturbé, porteur d'une grande douleur. Le handicap entraîne des difficultés à faire naître un sentiment de parentalité chez les parents, leur capacité de rêver au sujet de leur enfant est souvent atteinte, ils ont du mal à le comprendre, à le « décrypter », d'autant plus que l'enfant réagit parfois peu aux stimulations. « Les parents, de par ce vécu d'étrangeté et cet effet de sidération de la pensée, sont mis en difficulté pour s'identifier à l'enfant, pour comprendre ses besoins, pour reconnaître ses désirs et ses affects, pour lui reconnaître une vie affective, une vie psychique »⁵⁶.

⁵⁴ CICCONE A., (1993), *Handicap et image du corps familial(e)*, p. 84

⁵⁵ SAUSSE S., (1996), *Le miroir brisé*, p.43

⁵⁶ 54, op. cit., p.84

Pour A. CICCONE, les parents sont confrontés à une situation de prématurité dans le développement de leur parentalité avec une expérience de séparation trop précoce. « Le handicap fait vivre l'expérience d'une séparation psychique brutale et précoce »⁵⁷, l'enfant devient trop tôt un autre, altérité absolue qui prend figure du monstre. Ainsi, soit les parents ont du mal à s'identifier à cet enfant différent dont l'étrangeté risque de rompre le lien de filiation, soit à l'inverse ils s'identifient massivement à lui dans une dévotion extrême, une relation symbiotique, un lien fusionnel. Au « je ne reconnais pas cet enfant, je ne le veux pas » succède « personne d'autre que moi ne peut le comprendre ». « L'une des façons de camoufler les envies de meurtre est de les remplacer par des attitudes opposées »⁵⁸, comme la volonté de tout faire pour l'enfant ou la surprotection. Le handicap amène ainsi à osciller entre rejet et surprotection, entre déception et idéalisation, il accentue l'ambivalence massivement présente chez les parents. Voici un bref exemple clinique qui illustre ces sentiments :

Le papa de Yasma attend avec elle dans la salle d'attente que nous venions la chercher. Lorsque nous arrivons, Yasma est sur ses genoux et il l'entoure de ses deux bras. Il lui dit alors de nous rejoindre mais ne la lâche pas pour autant et laisse ses bras autour d'elle.

Par ailleurs, le handicap amène de la culpabilité chez les parents, qui se sentent à la fois coupables d'avoir engendré un bébé anomal et coupables de souhaiter sa disparition. Cette culpabilité peut entraîner des mouvements dépressifs (désinvestissement de l'enfant ou déplacement de l'investissement sur des désirs de réparation, de performance, ex : « il faut que mon enfant marche »...) et des mouvements défensifs inconscients (ambivalence entre amour fusionnel et désirs inconscients de mort). Ainsi, les fonctions parentales de soutien, de réflexivité (fonction miroir) peuvent être difficiles à assurer.

En arrivant au CAMSP, les parents de Louane souhaitaient absolument que l'acquisition de la marche soit travaillée en psychomotricité et ne voulaient pas entendre que Louane n'en n'était pas à ce stade. Pour eux, ce qui comptait était que leur fille marche, ils étaient dans un désir absolu de réparation. Ce n'est qu'au fil du temps qu'ils ont pu se rendre compte que la priorité se trouvait ailleurs, et ont pu être plus ajustés dans leur relation avec Louane.

⁵⁷ CICCONE A., (1993), *Handicap et image du corps familial(e)*, p.87

⁵⁸ SAUSSE S., (1996), *Le miroir brisé*, p.161

Les parents peuvent avoir recours à des théories fantasmatiques pour expliquer le traumatisme, dans une tentative de contrôle (« qu'est ce que j'ai fait ? »). Ils ont besoin d'expliquer le handicap, de donner sens à l'impensable, de chercher une certaine rationalité, une certaine logique. L'incertitude de l'origine du handicap laisse place à des fantasmes de faute imaginaire (scène primitive fautive, sexualité monstrueuse, transgression d'un interdit...), avec recours à la pensée magique pour donner du sens. Mais les parents sont souvent dans une quête paradoxale où d'un côté ils cherchent une cause et de l'autre ils veulent y échapper : « Les parents oscillent entre deux tendances contradictoires, le besoin de n'y être pour rien et le besoin d'y être quand même pour quelque chose »⁵⁹.

Toutes les entraves au développement de l'enfant, parallèlement aux conséquences qu'a son handicap sur ses parents, entraînent un défaut de contenance laissant une place importante aux vécus d'angoisses.

4. Un défaut de contenance qui laisse plus de place aux angoisses

Les conséquences du handicap sur l'enfant (évoquées précédemment) le rendent encore plus vulnérable et semblent nécessiter une présence d'autant plus ajustée de l'entourage à ses besoins. Cependant, comme nous venons également de le voir, les parents sont souvent en difficulté pour s'identifier à leur enfant, ils ont plus de mal à le comprendre et sont envahis par des sentiments ambivalents. Ils se retrouvent ainsi en défaillance de pouvoir contenir leur enfant, ne savent pas comment le porter, le toucher. Leurs angoisses se transmettent à l'enfant qui leur transmet également en retour les siennes. L'angoisse déborde alors souvent les capacités de l'enfant et ne peut être dépassée, ou l'est plus difficilement.

⁵⁹ SAUSSE S, (2007), *L'impact du handicap sur les processus de parentalité*, p. 23

PARTIE CLINIQUE :

LOLA

Dans cette seconde partie, après avoir présenté brièvement la structure dans laquelle j'effectue mon stage, je parlerai de ma rencontre avec Lola et je développerai son évolution en lien avec la question des angoisses à travers le récit de sa prise en charge en psychomotricité.

I. Présentation de l'institution, une structure d'accueil et de soin de la petite enfance

1. Le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

Mon stage de troisième année où je rencontre Lola se déroule en CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce), CAMSP polyvalent recevant des enfants de 0 à 6 ans présentant des handicaps moteurs, sensoriels, mentaux ou psychiques pouvant être associés, avec ou sans difficultés relationnelles. « Le CAMSP a pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premiers et deuxièmes âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci »⁶⁰. La place des parents est donc très importante, l'alliance thérapeutique avec eux est indispensable ; le CAMSP a aussi un rôle de guidance des familles.

L'équipe pluridisciplinaire est composée d'un directeur (des cinq CAMSP du département), d'un chef de service, de médecins (pédiatres, pédopsychiatres, médecin ORL-phoniatre), de professionnels du secteur paramédical (psychomotriciennes, orthophoniste), du secteur de la psychologie (psychologues, neuropsychologue), du secteur social (assistante sociale), du secteur éducatif (éducatrice de jeunes enfants), d'une monitrice de langue des signes française et de deux secrétaires. L'équipe collabore par

⁶⁰ Loi d'orientation n° 75-534 du 30 juin 1975 et décret n°76-389 du 15 avril 1976 (annexe XXXII bis), http://fr.wikipedia.org/wiki/Centre_d%27action_m%C3%A9dico-sociale_pr%C3%A9coce

ailleurs à l'extérieur avec des médecins spécialisés, des kinésithérapeutes, ergothérapeutes... L'équipe du CAMSP se préoccupe de l'enfant dans toutes ses dimensions et lui offre un espace de soins pour l'aider à se construire.

Une fois arrivés au CAMSP et après une première consultation avec le médecin ou la psychologue, les enfants passent différents bilans afin de permettre aux professionnels de s'orienter vers un diagnostic, de connaître leurs besoins et de pour pouvoir adapter au mieux les soins. Chaque enfant dispose donc d'un projet de soin personnalisé qui est établi en équipe lors des réunions de synthèse et transmis aux parents. Des prises en charges individuelles ou groupales sont proposées aux enfants, ainsi que des accompagnements parentaux.

2. Ma place de stagiaire psychomotricienne

Mon positionnement en séance de psychomotricité a été progressif. J'ai commencé par être observatrice pour me familiariser avec les prises en charge et pour permettre aux enfants de s'adapter à ma présence. Par la suite, j'ai rapidement adopté une place plus active, dès ma troisième semaine de stage, en participant pleinement aux séances aux côtés de ma maître de stage. C'est ce que je continue de faire actuellement, en prenant de plus en plus d'initiatives et en passant parfois des moments seule avec l'enfant, notamment lorsque la psychomotricienne discute à distance dans la salle avec les parents.

II. Lola

1. Eléments d'anamnèse

Les éléments d'anamnèse suivants proviennent du dossier de Lola et de discussions avec la psychomotricienne et l'équipe.

Lola est née le 11 janvier 2012, à 37 semaines d'aménorrhée, par voie basse, avec un poids de 2,080 kg pour 42cm ; l'accouchement a été déclenché. Un important retard de croissance intra-utérin avait été diagnostiqué pendant la grossesse, retard de croissance qu'elle conserve aujourd'hui. Sa maman était hospitalisée depuis début janvier suite à des anomalies repérées chez Lola à la fin de la grossesse, qui ont amené les médecins à poser

le diagnostic d'une séquence de Pierre Robin, avec notamment la présence d'une fente palatine, qui sera opérée en octobre 2012. La séquence de Pierre Robin se caractérise par la présence à la naissance de trois anomalies de la bouche et du visage, dues à un mauvais fonctionnement du tronc cérébral à la fin du 2^{ème} mois de grossesse : une mâchoire inférieure plus petite que la normale avec un menton en retrait, une tendance de la langue à chuter en arrière dans la gorge et l'absence de fermeture à l'arrière du palais (fente palatine). Lola est restée hospitalisée jusqu'au 2 février 2012 et j'ai pu lire dans son dossier qu'elle avait eu par la suite plusieurs hospitalisations précoces, notamment pour gastroentérite et bronchiolite. Elle n'a pas été allaitée par sa maman. Dès sa naissance, Lola a eu beaucoup de difficultés à s'alimenter, qui ont conduit à une perte de poids progressive. Elle devait se rendre toutes les semaines en service de PMI (Protection Maternelle et Infantile) pour être pesée afin que sa croissance soit contrôlée.

Présentant un reflux gastro œsophagien important et un réflexe nauséux, Lola a subi en janvier 2013 une chirurgie anti-reflux. Du fait de son important retard de croissance et de ses difficultés alimentaires, on lui a également posé par la même occasion une gastrostomie grâce à laquelle elle est alimentée la nuit. Lola a du mal à prendre les quelques aliments qu'on lui propose par voie orale, mais cela est actuellement en progrès. Elle présente un important trouble de l'oralité.

Il lui a également été diagnostiqué une surdité de transmission bilatérale légère (seuil à 50 dB) ; elle possède des appareils auditifs mais ne les porte pas toujours du fait de réactions allergiques. Cependant, aucune différence n'a été constatée dans sa présence attentionnelle et relationnelle avec ou sans appareillages.

La présence de signes morphologiques particuliers chez Lola a conduit à des investigations génétiques qui ont conclu au diagnostic d'un syndrome de Cornelia De Lange parallèlement à la séquence de Pierre Robin. Ce syndrome a été fortement soupçonné dès la première rencontre avec la généticienne, le diagnostic a été posé mais confirmé qu'un an après suite aux résultats génétiques. D'après le site Orphanet⁶¹, le syndrome de Cornelia De Lange est un syndrome génétique malformatif rare, d'expression variable, caractérisé par une dysmorphie faciale accompagnée d'un déficit intellectuel, d'un important retard de croissance à début anténatal, d'anomalies des extrémités (mains)

⁶¹ http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=FR&Expert=199

et parfois d'autres symptômes associés (cardiaques, rénaux...), notamment des difficultés alimentaires et un risque de surdité. L'affection évolue toujours vers un retard psychomoteur important, des difficultés d'acquisition du langage et parfois vers des troubles du comportement.

Du point de vue familial, Lola a une petite sœur de deux ans (née en avril 2013) qui est en bonne santé, avec qui elle s'entend bien et joue beaucoup. Les parents de Lola ne se plaignent jamais de son handicap. Apparemment, il a fallu que le diagnostic du syndrome de Cornelia De Lange soit confirmé pour qu'ils se rendent compte du handicap de Lola, bien que ce syndrome entraîne des signes dysmorphiques particuliers et qu'il ait été posé dès la première rencontre avec la généticienne. Son papa ne croyait pas au diagnostic au début, il pensait que ce dernier était faux et que les médecins faisaient erreur. Les parents parlent plus de « différence » que de « handicap », mais d'après la psychomotricienne, ils ne sont pas dans le déni. Le papa a pu dire que sa femme et lui « ont voulu Lola comme ça et l'aiment comme elle est », en faisant référence au fait qu'une interruption médicale de grossesse leur avait été proposée au vue de la séquence de Pierre Robin repérée in utéro, mais qu'ils avaient refusée. Les parents de Lola sont soudés, complémentaires, dialoguent beaucoup et sont très attentifs à leur fille. Ils veillent à appliquer les différents conseils donnés par les professionnels du CAMSP. Concernant la projection dans l'avenir, ils semblent conscients que Lola n'aura pas une scolarité classique et envisageraient même une entrée prochaine dans un établissement spécialisé.

2. Observations psychomotrices

Concernant son développement psychomoteur, Lola a acquis la station assise et les retournements à 13 mois. Au moment où je la rencontre, elle se met aisément debout et peut se déplacer en prenant appui sur les meubles, mais son mode de déplacement favori reste sur les fesses. Son tonus est plutôt adapté aux différentes situations, sauf en cas de trop forte émotion où Lola a tendance à devenir hypertonique, mais sa motricité est maintenant beaucoup moins figée qu'avant.

Au niveau de la motricité fine, les activités de Lola restent simples mais elle manipule avec plaisir. Elle s'intéresse aux objets pour leur qualité sensorielle mais ses jeux sont encore peu construits. La permanence de l'objet et le lien de cause à effet sont bien maîtrisés. L'attention conjointe est possible mais pas constante.

Par rapport à son mode relationnel lorsque je la rencontre, Lola est plutôt présente dans son rapport à l'adulte, elle entre dans l'échange et regarde davantage qu'avant dans les yeux, même si cela reste assez fluctuant. En revanche, elle se montre plutôt distante avec les autres enfants. Lola ne parle pas mais émet de plus en plus de petits sons dont elle peut faire varier l'intensité pour se faire comprendre. Elle entre progressivement dans la communication et l'imitation avec ses moyens et elle est encouragée à utiliser le langage des signes, ce qu'elle ne fait pas encore.

Lola présente donc un retard psychomoteur important. Elle n'a par ailleurs pas encore acquis la propreté.

D'après son dossier, Lola présente des angoisses tactiles et des angoisses en réaction aux sensations vestibulaires. Elle possédait de nombreuses défenses tactiles étant petite, avec une grande difficulté à être touchée et portée, qui ont actuellement bien diminuées. Lola a par ailleurs peur des objets vibrants, des situations entraînant des réactions vestibulaires et des changements soudains d'équilibre. Pouvons-nous parler ici d'hypersensibilité tactile et vestibulaire ? D'une manière générale, elle est souvent angoissée par les objets qu'on lui propose, sans que l'on ne comprenne toujours pourquoi au premier abord.

3. Son parcours de soin

Lola est arrivée au CAMSP à l'âge de trois mois (printemps 2012), sur orientation de son médecin ORL (Oto-Rhino-Laryngologiste). Elle a commencé par être suivie en « accueil précoce », en co-consultation psychomotricienne – éducatrice de jeunes enfants, en présence de sa maman, une fois par mois. « L'accueil précoce » est un dispositif interne pensé par l'équipe du CAMSP pour accueillir les enfants de moins de 18 mois arrivant au sein de l'institution. Chaque enfant est en moyenne reçu une fois par mois, afin de pouvoir accueillir le plus d'enfants possibles et faire ainsi face à la demande. Les plages « d'accueil précoce » sont des co-consultations psychomotricienne-psychologue ou psychomotricienne-éducatrice de jeunes enfants en présence de l'enfant et de ses parents. Ces temps de 45 minutes permettent d'observer l'enfant, son développement psychomoteur, les interactions avec ses parents, de repérer ses difficultés, d'amener vers un éventuel diagnostic d'un trouble ou d'une pathologie et de définir un projet de soin si nécessaire. Ce

n'est pas la psychomotricienne qui suit actuellement Lola qui a réalisé son suivi en accueil précoce car elle était en congé maternité à l'époque.

Actuellement, et depuis octobre 2012, Lola bénéficie d'une séance individuelle de psychomotricité tous les mardis matins, d'une durée de 45 minutes, qui se fait essentiellement en présence de sa maman mais parfois de son papa. Je la rencontre donc dans ce cadre.

L'objectif global du CAMSP pour Lola, redéfini lors de la dernière synthèse datant de juin 2014, est de l'accompagner vers un apaisement corporel et sensoriel et dans son ouverture à de nouvelles expériences. En psychomotricité plus particulièrement, il s'agit de lui offrir des expériences sensorielles répétées pour qu'elle se les approprie, par un travail sensori-moteur. L'acquisition de la marche sera également travaillée, ainsi que son ouverture communicationnelle et la stimulation de son éveil global.

Au CAMSP, en plus de son suivi hebdomadaire individuel en psychomotricité, Lola bénéficie d'une prise en charge en orthophonie, elle a participé au groupe patouille jusqu'en janvier 2015 (travail sensoriel autour des troubles de l'oralité alimentaire) et a un suivi régulier par le médecin ORL phoniatre. De plus, des rencontres avec l'assistante sociale sont proposées à ses parents selon leurs besoins ainsi que des rencontres avec la psychologue (qu'ils ont toujours refusées). Lola est accueillie une journée par semaine en halte-garderie et a un suivi hebdomadaire en kinésithérapie en libéral. Une scolarisation en petite section de maternelle est prévue pour septembre 2015.

4. Ma rencontre avec Lola

Lola est âgée de deux ans et huit mois lorsque je la vois pour la première fois et aujourd'hui trois ans et trois mois. Je la rencontre lors de mon premier jour de stage. Nous sommes allées la chercher dans la salle d'attente avec la psychomotricienne, Lola attendait dans les bras de sa maman. La psychomotricienne m'avait brièvement informée que nous allions rencontrer une petite fille de presque trois ans qu'elle suit depuis deux ans, mais je ne savais pas grand-chose de plus sur Lola. Lorsque je la vois, ma première réaction est de me demander s'il s'agit bien de la « bonne » petite fille. En effet, Lola est toute petite par rapport à son âge, j'ai l'impression de voir un enfant d'un an à peine. Elle est gringalette, tout me semble petit et fragile chez elle. En revanche, je trouve que son visage fait plus âgé.

Lola présente des signes morphologiques particuliers, notamment au niveau de son visage. Elle a d'épais sourcils bien dessinés se rejoignant pratiquement à la base du nez (synophrys), de longs cils sur ses yeux noisettes en amande, un nez pointu légèrement retroussé et une petite bouche avec la lèvre supérieure très fine, qui semble rentrée vers l'intérieur. Sa peau est pâle et Lola présente une pilosité assez prononcée. Elle est vêtue de façon coquette, ses cheveux bruns sont coiffés en deux petites couettes ; elle apparaît très souriante.

Dès notre arrivée en salle d'attente, j'ai à peine le temps de serrer la main à sa maman après que la psychomotricienne m'ait présentée, que Lola me tend les bras pour que je la prenne, en me souriant, bien que ce soit la première fois que nous nous rencontrons. Cela me surprend beaucoup, mais je me sens plutôt flattée ! Je la porte donc jusqu'à la salle de psychomotricité, je me rends compte que j'ai déjà envie de prendre soin d'elle et de la protéger. Lola s'accroche à moi, met ses jambes autour de ma taille, je la sens plutôt tonique et participante au portage. Mais une fois arrivée dans la salle, Lola me regarde avec de grands yeux, comme si elle se rendait compte seulement maintenant qu'elle ne me connaissait pas et va se réfugier dans les bras de sa maman.

Durant cette première séance, je suis en position d'observatrice et Lola m'apparaît immédiatement comme une petite fille très angoissée, qui n'ose pas beaucoup explorer et qui se réfugie dans les bras de sa maman dès que quelque chose la tracasse. Toutes deux semblent avoir une relation assez fusionnelle, elles se font souvent des câlins pendant la séance. Lola semble avoir besoin de beaucoup de soutien pour entrer dans de nouvelles expériences.

La psychomotricienne, que j'appellerai Marjorie, propose ce jour à Lola de faire de la peinture à doigts sur la petite table. Lola semble avoir du mal à rester assise ainsi et est très réticente à toucher la peinture. Marjorie et sa maman lui montrent, le font avant elle, mais Lola me paraît très inquiète, elle observe mais n'ose pas s'aventurer trop près de la peinture. Elle a tendance à être hypertonique voire à se mettre en hyperextension lorsqu'elle semble angoissée. Avec le temps, Lola peut tout de même mettre un peu de peinture sur son doigt, tapote brièvement la feuille mais s'arrête vite. Elle se frotte le visage et se met de la peinture partout, sa maman va alors la nettoyer. En revenant, Lola se regarde beaucoup les doigts, les touche ; j'ai l'impression qu'elle cherche à vérifier qu'ils sont bien toujours là, comme avant, comme si le fait d'avoir enlevé la peinture risquait de

lui avoir enlevé une partie d'elle-même... Je m'interroge alors sur la représentation que Lola a de son corps et sur d'éventuelles angoisses de morcellement qu'elle pourrait avoir.

5. La prise en charge de Lola en psychomotricité

a) Les manifestations corporelles de l'angoisse et les types d'angoisses chez Lola

D'une manière générale, Lola semble angoissée dès qu'on lui présente un objet nouveau ou qu'on la met dans une situation qu'elle ne connaît pas : peinture à doigts, tunnel, peluche chat vibrante... Elle commence souvent par se figer, dans une sorte de sidération et regarde l'objet avec inquiétude. Elle s'en éloigne ensuite en pleurnichant et va alors se réfugier dans les bras de sa maman. L'angoisse semble essentiellement s'exprimer chez elle au niveau comportemental avec des pleurs, des réactions de repli, d'évitement des situations (elle s'éloigne des objets ou fuit les situations qui l'angoissent et fait des petits tours dans la salle...), dans une certaine inhibition comme un renoncement face à une situation trop angoissante. La présence de sa maman semble alors indispensable pour la rassurer, Lola se rendant presque systématiquement vers elle dans ces cas-là.

Je me suis rendue compte au fil du temps que lors des débuts de séance où je commençais à jouer avec Lola (la psychomotricienne parlant avec sa maman), j'évitais de lui proposer des activités risquant de l'angoisser, comme si je créais pour elle une bulle de sécurité, de confort pour la protéger. Mais la protéger de quoi ? Que risque-t-elle en vivant ses angoisses ? Ai-je peur que cela m'angoisse moi-même, me touche trop émotionnellement ? C'est comme si j'agissais en miroir avec Lola, sur un plan contre-transférentiel, elle fuyant les situations et les objets angoissants et moi fuyant le fait de lui en proposer... Mais l'enfant a besoin d'expérimenter, de vivre des situations où l'environnement n'est pas parfait mais où il est suffisamment bon, pour constater qu'il peut survivre à ses vécus d'annihilation, ses angoisses, ses frustrations, sans être anéanti. Le fait que Lola vive des situations potentiellement angoissantes et que nous soyons là pour le verbaliser et l'aider à voir que cela ne l'a pas anéantie lui permettra sans doute de dépasser progressivement ses angoisses.

Je pensais au début que Lola était surtout angoissée par des objets avec des propriétés tactiles particulières (comme la peinture qui amène une sensation particulière sur les doigts) et par des objets vibrants (comme j'ai pu le voir avec un chat vibrant ou un tuyau vibrant : elle se met à pleurer, s'éloigne et va se réfugier dans les bras de sa maman dès qu'on les met en marche), cela étant en lien avec ses angoisses tactiles et ses angoisses face aux sensations vestibulaires (décrites dans son dossier) : elle semble ne pas être sécurisée par les sensations qu'elle éprouve (avec peut-être des hypersensibilités), mais au fil des séances, je me suis rendue compte qu'il ne s'agissait pas que de cela.

Lors de la 8^{ème} séance par exemple, Lola montre un camion en plastique dans le placard, mais dès que Marjorie le sort, elle se fige puis se recule et je peux voir sur son visage qu'elle n'est pas du tout rassurée. Elle s'éloigne, fait plusieurs fois le tour de la salle, en repassant de temps en temps devant le camion comme pour se reconforter et semble réfléchir. Je fais alors l'hypothèse que Lola a peut-être peur de l'action que pourrait avoir l'objet sur elle : elle aurait peur que le camion l'écrase ou qu'on la mette dedans... En lien avec cela, la psychomotricienne m'a dit par la suite qu'auparavant, Lola avait très peur du bilibo (grand récipient) car elle savait qu'on allait lui proposer de se mettre dedans. Elle a également longtemps été angoissée par les poupons, plus particulièrement par leurs visages humains : a-t-elle peur qu'ils se réveillent, se mettent à bouger et lui fassent quelque chose ? Cela peut également faire écho à sa grande inquiétude de la peluche chat vibrante qui en plus de vibrer a un aspect assez proche de l'humain (visage...). Il me semble que Lola craint que ces objets deviennent vivants.

J'ai assez de mal à comprendre tout ce qui angoisse Lola. Cette petite fille m'interroge beaucoup, je suis souvent étonnée de ses réactions. Elle me donne l'impression que presque tout l'angoisse, sans pour autant que cela la désorganise complètement. Dans la peur, on se représente ce qui nous fait peur, alors que dans l'angoisse, il y a absence de représentations : je fais alors l'hypothèse que Lola serait peut-être angoissée car elle ne se représenterait pas le rôle des objets, ce à quoi ils peuvent servir. Peut-être qu'elle se demande sans cesse ce qu'est tel ou tel objet, ce qu'on va faire avec, ce qu'il risque de lui faire, ce qu'il va se passer... L'absence de représentations sidérerait toute possibilité d'action et entraînerait de l'angoisse. En se mettant en retrait dans les situations trop angoissantes, Lola essaierait peut-être de maîtriser les situations pour se rassurer.

De plus, concernant son vécu corporel, Lola a subi de nombreuses interventions chirurgicales étant petite et n'a sans doute pas toujours compris ce qui lui arrivait, ce qui a

pu être source de beaucoup d'angoisse. Son inquiétude, qui semble concerner l'anticipation de l'action dangereuse que pourraient avoir certains objets sur son corps, serait peut-être aussi en rapport avec cela.

Par ailleurs, de par son déficit (ou son absence) de représentations, il est possible que Lola ait du mal à se représenter son handicap, ce qui peut être angoissant. Le syndrome de Cornelia De Lange est également souvent accompagné d'une déficience intellectuelle ; Lola n'a peut-être pas toutes les compétences cognitives pour comprendre ce qui se passe pour elle et est peut-être d'autant plus angoissée. De par son syndrome, elle a sûrement été prise (et l'est sûrement encore) dans un bain d'angoisse de ses parents concernant son handicap, ce qui peut se répercuter sur elle. En effet, comme nous l'avons vu, les angoisses des parents influencent souvent celles de leurs enfants et réciproquement. Ainsi, il est possible que Lola ait beaucoup été confrontée à l'angoisse depuis toujours et il pourrait s'agir chez elle d'un mode de relation au monde, de sa façon d'être en lien avec son environnement.

Nous allons maintenant aborder l'évolution de Lola durant la période de mon stage avec un certain nombre de questions : qu'est-ce qui angoisse vraiment Lola ? Comment lui permettre d'entrer dans des explorations sans être débordée ? Quelle position pouvons-nous adopter ?

b) L'évolution de Lola : de l'angoisse à l'exploration

❖ L'ambivalence

Lola me donne souvent le sentiment d'avoir la volonté, l'envie de faire, mais aussi qu'elle n'ose pas se lancer car cela est trop angoissant pour elle. Elle semble à la fois avoir grandement envie d'explorer et être très angoissée ; elle hésite donc beaucoup à se lancer. J'ai remarqué que cette ambivalence, action d'osciller entre deux ou plusieurs choix, pouvait parfois l'énerver.

Lors de la deuxième séance, la psychomotricienne propose à Lola de se déplacer avec une sorte de voiture poussette afin de l'inciter à la marche tout en ayant un appui, le travail de la marche faisant partie de son projet de soin. Lola ayant amené son doudou, nous lui proposons de le promener dessus. Elle a du mal à le poser sur la poussette, le reprend régulièrement dans ses bras et semble réticente à avancer. Avec les

encouragements de sa maman (qui se trouve à côté d'elle) et de Marjorie, elle se déplace un peu puis se lâche et s'écroule, comme si cela était trop difficile pour elle d'avancer toute seule debout. Lola semble hésiter entre avancer et rester sur place, entre laisser son doudou sur la poussette et l'avoir dans ses bras, entre s'éloigner de nous et rester proche...

Je fais alors l'hypothèse que la situation même de la marche peut être source d'ambivalence chez elle. En effet, Lola ne semble vraiment pas loin d'y arriver, elle paraît avoir toutes les compétences motrices pour (équilibre, coordinations...), mais je pense que ses difficultés à se lancer sont en lien avec ses angoisses. Lola se met régulièrement debout en gardant un appui (mousses, petite table...) et me donne l'impression qu'elle apprécie beaucoup cette position, mais elle ne peut encore pas se lâcher. N'a-t-elle pas encore trouvé un équilibre assez stable ? Quelle confiance a-t-elle dans son corps ? Hésite-t-elle entre devenir autonome et garder une certaine dépendance auprès de ses parents ? A-t-elle peur de grandir ?

Lors de la 9^{ème} séance, après une longue période sans avoir particulièrement travaillé la marche avec Lola, nous l'incitons à jouer debout pour explorer davantage cette position. Lola joue avec la boîte à formes posée sur un module en mousse ; elle est donc en position debout pour pouvoir l'atteindre. Elle se déplace aisément d'un bout à l'autre du module en mousse en gardant un appui et semble prendre beaucoup de plaisir. On essaie alors de lui proposer de marcher jusqu'à sa maman pour aller chercher une forme qui se trouve vers elle. Lola semble vouloir le faire, elle y va dans un premier temps en gardant un appui sur la mousse. Marjorie suggère alors à sa maman de se reculer pour que Lola soit obligée de lâcher l'appui, et là Lola se braque. Elle semble avoir perçu nos attentes et ne veut plus rien faire. Il est vrai que nous semblons être toutes trois, Marjorie, sa maman et moi, dans le désir que Lola marche. Est-ce une manière de signifier que nous voulons la voir grandir ? Je ressens de la frustration de voir Lola qui me semble si proche d'y arriver mais qui n'ose pas se lancer. Lola se met alors en colère, jette les formes et se dirige vers ses chaussures comme pour nous dire qu'elle souhaite partir. C'est la première fois que je la vois se mettre en colère, cela me surprend beaucoup. Pourquoi se met-elle dans cet état-là et n'arrive-t-elle pas à « franchir le pas » ? Vit-elle aussi cette frustration que je ressens ? A-t-elle été brusquée par nos attentes, ce qui lui fait vivre un trop plein d'angoisse ? Je me suis alors retrouvée moi-même figée dans mon propre corps, immobile, regardant Lola agir ainsi, comme si j'étais contaminée par sa propre angoisse et que je ne savais plus comment réagir. C'est Marjorie qui a alors verbalisé la situation et Lola s'est calmée dans les bras de sa maman.

On peut aussi se demander, le dossier de Lola évoquant des angoisses en réaction aux sensations vestibulaires, si des troubles vestibulaires n'interviennent pas comme source d'angoisse qui la freine dans son désir de marcher.

❖ *L'imitation et la répétition*

D'une manière générale, Lola a besoin d'approprier les objets et de répéter les expériences pour pouvoir les réaliser de plus en plus facilement, sans crainte.

Lors de la deuxième séance, nous proposons à nouveau à Lola de faire de la peinture à doigts et elle se prête d'avantage au jeu. Marjorie lui propose cette fois-ci de peindre sur des feuilles posées au sol et non plus sur la petite table, ce qui semble mieux convenir à Lola. Elle accepte plus les expériences quand elle y est moins « contrainte », quand elle a plus de liberté, qu'elle peut quitter l'activité un moment et revenir... Lola se saisit rapidement de l'éponge et commence à laisser des traces sur la feuille, puis elle le fait avec ses doigts après avoir vu sa maman et Marjorie le faire. Lola semble avoir besoin d'être rassurée en voyant les autres faire l'expérience avant elle. Elle est très attentive, observe beaucoup, elle reste d'ailleurs de longs moments à observer les feuilles avec la peinture, immobile, me donnant l'impression qu'elle est en train de réfléchir, peut être à l'effet de la trace sur la feuille, d'avoir de la peinture sur les doigts... A un moment, Lola tape avec son pied sur la feuille, Marjorie lui propose alors de peindre avec son pied ; elle le fait, mais Lola refuse d'essayer, se recule et retourne vers sa maman ; cela semble être une expérience trop surprenante pour elle.

Au fil des séances, Lola semble être de plus en plus à l'aise ; elle vient facilement dans mes bras ou dans ceux de la psychomotricienne dans la salle d'attente. Elle commence souvent par se déplacer à différents endroits dans la salle, comme pour l'explorer à nouveau, s'assurer que tout est toujours pareil et va d'une personne à l'autre, ce qui semble la rassurer.

Lors de la 4^{ème} séance, la maman nous dit que Lola a réalisé quelques pas entre ses parents pendant le weekend, le jour où sa petite sœur a marché, mais qu'elle n'a pas recommencé depuis : « On sait qu'elle est capable maintenant » nous dira-t-elle. Durant cette séance et les deux suivantes, la psychomotricienne propose à Lola de jouer avec le tunnel. Pour commencer, Lola place au bord du tunnel une petite dosette de sérum

physiologique qu'elle a amenée avec elle et la récupère après avoir fait plusieurs allers-retours vers chaque extrémité du tunnel par l'extérieur, comme pour voir de quel côté la dosette était le plus proche. Elle met seulement sa main et son bras à l'intérieur du tunnel mais n'ose pas encore faire entrer le bas de son corps. Le tunnel semble tout de même l'inquiéter, elle va plusieurs fois dans les bras de sa maman en pleurnichant, comme si elle voulait que ce soit elle qui récupère la dosette. A-t-elle peur de ne plus pouvoir sortir du tunnel une fois à l'intérieur ? Est-ce l'aspect lisse et glissant du tunnel qui l'inquiète ? Progressivement, nous lui faisons explorer le tunnel de différentes façons : en le touchant, en grattant la partie grillagée (« fenêtre ») et la partie lisse pour percevoir les différences de sensations, en s'attrapant les mains à travers la paroi, en se faisant coucou par la fenêtre (Marjorie ou moi étions à l'intérieur et Lola à l'extérieur du tunnel). Petit à petit, Lola semble s'approprier cet objet et me paraît un peu moins angoissée. Un peu plus tard dans la séance, sa maman s'allonge sur le dos dans le tunnel et prend Lola sur elle : Lola peut ainsi entrer entièrement pour la première fois dans le tunnel en présence de sa maman à l'intérieur. Elle semble un peu inquiète mais pas angoissée comme elle a pu l'être auparavant. Grâce à l'étayage de sa maman, elle peut rester à l'intérieur du tunnel et elles roulent toutes les deux. Sa maman sort ensuite et Lola reste toute seule à l'intérieur, ce qui nous surprend beaucoup ! Elle semble prendre du plaisir (elle sourit et fait de nombreuses vocalises), elle fait même basculer le tunnel pendant qu'on chante « bateau sur l'eau ». A la fin de cette séance, elle peut sortir et entrer à nouveau plusieurs fois seule dans le tunnel. Lola semble donc avoir besoin d'un temps pour explorer, observer, a besoin que l'on fasse avec elle au début, qu'on la soutienne dans ses expériences, puis peut petit à petit nous imiter et faire seule en prenant du plaisir.

Lors d'une autre séance plus tard dans l'année, nous proposons à Lola de jouer à se cacher sous la grosse toupie. Elle semble à la fois intriguée et peureuse, méfiante. Pour commencer, nous jouons à cacher une balle en plastique sous la toupie, puis à faire « toc toc » et soulever la toupie pour voir si la balle est bien toujours là. Puis nous faisons la même chose avec une peluche qui a une forme plus proche de l'humain (bonhomme en pain d'épice) et petit à petit, nous en venons à l'idée que ce soit moi qui me cache sous la toupie. Lorsque je me cache la première fois, Lola soulève rapidement la toupie (au bout de quelques secondes à peine) comme pour s'assurer que j'aille bien, que je sois toujours là. Questionne-t-elle ici la permanence de l'objet ? Le sentiment de continuité d'existence ? Puis, avec la répétition des expériences, elle peut attendre un peu plus longtemps avant de

soulever la toupie pour me trouver. Marjorie propose ensuite que ce soit elle qui se cache et lorsqu'elle le fait pour la deuxième fois, Lola vient spontanément vers elle pour qu'elles se cachent ensemble ! Lola ne semblait pas angoissée et m'a beaucoup surprise en faisant cette démarche. Elle s'est ensuite cachée avec sa maman, mais n'a pas pu le faire seule. J'ai eu l'impression qu'elle avait peur de ne pas ressortir de sous la toupie, de ne pas continuer à exister lorsqu'elle ne nous voyait plus et que nous ne la voyions plus... Lola semble ne pas avoir totalement construit une base de sécurité interne qui lui permette de continuer à exister malgré les changements, ce qui peut être à l'origine de beaucoup d'angoisse. Cela me paraît pouvoir être en lien avec son manque d'expériences corporelles ou du moins avec le fait qu'elle ne puisse pas toutes les intégrer, se les représenter.

Malgré cela, avec la progression des objets et des personnes cachés (balle – peluche – moi-même – la psychomotricienne – sa maman), Lola semble avoir pu s'approprier petit à petit l'expérience, observer que se cacher n'est pas dangereux, que lorsque l'on ressort on est bien toujours comme avant, toujours pareil, pour pouvoir en venir à se cacher elle-même en présence d'une personne rassurante (Marjorie ou sa maman).

❖ L'appropriation

Lors de la cinquième séance, nous ressortons le tunnel et Lola y entre directement, d'abord en se déplaçant sur les fesses, puis à quatre pattes (c'est alors la première fois que je la vois se déplacer ainsi), en poussant des cris de joie. Alors que la fois précédente il lui avait fallu attendre la toute fin de séance pour oser entrer seule dans le tunnel, elle l'a ici fait de suite. Elle s'amuse à nouveau à lancer sa dosette de sérum physiologique à l'intérieur, en pouvant cette fois-ci la mettre un peu plus loin dans le tunnel, puis fait la même chose avec son doudou. Lola semble prendre beaucoup de plaisir, elle va d'un bout à l'autre du tunnel, entre, sort, passe par l'extérieur... Elle adopte des déplacements rapides et des positions variées (s'allonge, se remet assise et ainsi de suite), ce qui était très difficile pour elle auparavant à cause de ses angoisses face aux sensations vestibulaires. Ces dernières semblent donc avoir considérablement diminuées. Lola roule ensuite dans le tunnel avec Marjorie, puis peut le faire seule avec son doudou, qui est sans doute un objet rassurant pour elle. Lola fait également rouler le tunnel de l'extérieur, puis Marjorie fait la même chose mais en faisant rouler le tunnel d'abord par-dessus moi puis par-dessus Lola qui est allongée au sol ou assise. A un moment donné, Lola est assise et le tunnel la déséquilibre, ce qui la fait tomber en arrière sur la tête, le choc étant très léger. Cependant,

Lola ne pleure pas comme elle a pu le faire auparavant, mais s'éloigne juste du tunnel et ne veut pas recommencer l'expérience. Elle va se cacher vers le miroir et se regarde, me donnant l'impression qu'elle vérifie qu'elle est bien « entière », qu'elle n'a rien perdu en tombant. Cela m'interroge à nouveau sur la conscience et les représentations qu'elle a de son corps, sur sa permanence de soi et sur l'existence d'éventuelles angoisses de morcellement. Marjorie lui propose alors de faire à nouveau rouler le tunnel et Lola accepte mais seulement en restant devant le miroir : cherche-t-elle à voir ce que cela fait lorsque le tunnel lui passe dessus, si elle reste bien toujours la même ?

La répétition des expériences et l'exploration progressive des objets semblent donc permettre à Lola d'extraire des invariants des situations, d'anticiper ce qui va se passer et ainsi de diminuer ses angoisses et d'oser plus facilement faire ce qu'on lui propose.

❖ L'opposition et la communication

Mi-mars, après un mois sans s'être vues (pour cause de vacances scolaires et d'absence de Lola pour rendez-vous médical extérieur), Lola est apparue comme beaucoup moins angoissée et se montrant davantage dans l'opposition et la colère.

Durant la onzième séance, Lola semble peu intéressée par nos propositions de jeux, elle réalise beaucoup d'allers-retours dans la salle et j'ai l'impression de devoir lui courir après pour essayer de l'intéresser à quelque chose. On lui propose de promener son doudou dans la voiture poussette pour l'inciter à la marche, mais elle ne veut pas que l'on touche son doudou et se met en colère, grogne, pleurniche. Il y a peut-être toujours un fond d'angoisse dans ses réticences, mais je sens ici Lola davantage dans une opposition, comme si elle pouvait désormais expérimenter la possession, le fait que cet objet (son doudou) lui appartienne. Lorsque Marjorie essaie de placer son doudou sur l'espalier pour que Lola vienne l'attraper, elle se met à nouveau en colère, mais cette fois-ci en s'allongeant sur le sol et en se mettant en hyperextension, son dos décrivant pratiquement un arc de cercle. C'est la première fois que je la vois se mettre en colère de cette façon ! Je sens que mon corps se fige et je reste immobile en retrait pendant que Marjorie verbalise la situation et que sa maman essaie de la calmer. Lola semble davantage pouvoir exprimer sa colère par son corps que par des sons, elle reste assez silencieuse hormis quelques pleurs. Sa maman a pu nous dire que Lola se mettait assez régulièrement en colère ces derniers

temps, souvent sans que l'on sache pourquoi. Elle a remarqué que cela se passait surtout lorsque l'on touchait à son doudou (par exemple Lola se met en colère et refuse de prendre son bain car elle ne veut pas se séparer de son doudou pendant ce temps), mais également dans d'autres situations où il est plus difficile pour l'instant d'en comprendre les raisons. Est-ce que cela vient représenter un début d'individuation chez Lola par le biais de son affirmation ? Il est vrai que jusqu'à maintenant, elle adhère pratiquement toujours à nos propositions, je n'avais pas l'impression que Lola pouvait se positionner, exprimer ses envies (même corporellement comme elle ne parle pas)... Il me semble que cela vient marquer une certaine progression chez Lola dans la construction de son identité, avec l'émergence de désirs et surtout ici de non désirs, de ce qu'elle ne veut pas faire. L'enfant construit son identité grâce à ses expériences corporelles qui lui donnent une base de sécurité interne. Lola semble petit à petit, en partie grâce à ce qu'on lui propose en séances de psychomotricité, pouvoir dépasser ses angoisses, s'ouvrir aux expériences corporelles et se construire en tant que sujet individué. On pourrait peut-être aussi supposer l'inverse, c'est-à-dire que ce serait le fait qu'elle se construise progressivement en tant que sujet individué grâce à toutes les expériences qu'elle peut vivre, qui permettrait que ses angoisses diminuent.

Il me semble que la colère vient également ici questionner la séparation : Lola ne veut pas se séparer de son doudou. En tant qu'objet transitionnel, il permet sans doute à Lola de mieux gérer l'angoisse de séparation d'avec sa mère, qui peut être d'autant plus active au moment où l'on travaille la marche (impliquant l'éloignement et donc la séparation). Par ailleurs, l'objet transitionnel se situant entre un objet interne et un objet externe, Lola le vit peut-être comme un prolongement d'elle-même, et le fait de lui retirer pourrait signifier pour elle qu'on lui enlève un bout d'elle (sa progressive différenciation peut donc encore être ici à nuancer).

Lors de la séance suivante, Lola s'est à nouveau mise en colère mais cette fois-ci à la fin de la séance car elle ne voulait pas partir et voulait encore jouer. Elle s'est mise à pleurer et à se raidir lorsque sa maman l'a prise dans ses bras pour lui remettre ses chaussures ; cela semble être sa façon à elle d'exprimer ses envies ou ses désaccords. Lors de cette séance, Lola ne m'a à nouveau pas semblée autant angoissée qu'avant et j'ai trouvé qu'elle était plus dans un désir de communication, d'échanges. Lorsque je suis allée la chercher dans la salle d'attente, elle m'a tendu les bras et a pointé du doigt différents décors accrochés au mur (fleurs, papillons...), comme pour qu'on en discute. Elle reprend

cela durant la séance en pointant du doigt les animaux en mousse collés sur les murs de la salle. Lola semble de plus en plus curieuse et dans une demande d'explications sur ce qui l'entoure. Il lui arrive également parfois de pointer un objet du doigt comme pour changer de sujet lorsqu'elle ne veut pas poursuivre ce qu'on est en train de faire ou qu'elle ne veut pas écouter ce qu'on lui dit. Lola me donne l'impression de grandir progressivement, je la vois de plus en plus comme une petite fille et moins comme un bébé comme je pouvais me la représenter au début de mon stage. Elle semble effectivement se construire petit à petit comme de plus en plus différenciée de l'autre, avec sa propre identité et ses propres désirs qu'elle peut maintenant mieux exprimer.

❖ *Vers l'autonomisation et l'émergence de jeux construits et symboliques*

Lola évolue ainsi petit à petit vers une autonomisation qui semble également s'exprimer à travers son désir de se mettre debout et de marcher. Elle paraît commencer à jouer symboliquement les inquiétudes qu'elle peut ressentir concernant la marche.

Lors de la treizième séance, nous proposons à Lola de jouer avec la maison boîte à formes que nous posons sur la petite table afin que Lola soit en position debout. Il s'agit de faire rentrer des bonhommes de différentes formes dans la maison en les faisant passer par la bonne cheminée ou la bonne fenêtre. Lola semble concentrée, elle reste bien sur l'activité et ne fait pas ses tours habituels de la salle. Après avoir sorti tous les bonhommes de la maison, Lola les place sur la table (elle se sert d'une main et garde l'autre en appui sur la table comme pour se tenir) et joue alors à les faire tomber chacun leur tour, en attendant avec impatience que Marjorie et moi disions « badaboum ! ». Elle recommence cela plusieurs fois durant la séance. Nous vérifions ensuite ensemble que les bonhommes vont bien, qu'ils sont toujours pareils... Lola nous montre-t-elle ici sa crainte de se mettre debout ? Exprime-t-elle sa peur de chuter ? Elle semble entrer doucement dans les jeux symboliques, en jouant ici à faire tomber les objets au moment où nous abordons cette question de lâcher les appuis au niveau des mains pour entrer dans la marche.

Lors de la séance suivante, Lola se dirige vers le miroir en entrant dans la salle de psychomotricité, elle se regarde, fait varier ses mimiques, ce qui semble beaucoup lui plaire. Marjorie accroche des rubans au-dessus du miroir pour inciter Lola à se mettre debout pour venir les toucher, ce qu'elle fait progressivement en jouant avec nous à faire « la petite bête qui monte » jusqu'aux rubans. Lola sourit beaucoup, elle se déplace d'un

bout à l'autre du miroir en gardant appui avec ses deux mains et va même prendre appui sur la petite cabane qui se trouve juste à côté. Puis, elle s'assoit pour aller faire un câlin à sa maman, qui la positionne ensuite debout contre elle face au miroir. Lola rejoint alors le miroir (qui se trouve assez proche, à quelques pas) en marchant toute seule pour la première fois en séance ! Je me sens assez émue, je suis contente de voir Lola progresser ainsi.

La semaine suivante, quinzième séance avec Lola, c'est son papa qui l'accompagne. Il arrive tout ému et fier en nous disant que Lola marche vraiment depuis le weekend ! Nous ne la voyons cependant pas marcher en séance ce jour, mais Lola semble de plus en plus à l'aise en position debout. Durant cette séance, je trouve que nous sommes tous bien en relation avec Lola, dans une dynamique d'échange et de faire ensemble beaucoup plus présente qu'auparavant, ce qui me fait plaisir. Nous chantons d'abord une chanson en faisant différents mouvements avec un cerceau, ce que Lola reprend bien en imitation (même si elle n'arrive pas à réaliser tous les gestes, comme lever bien haut le cerceau). Elle semble prendre plaisir et nous aussi ! Puis elle s'amuse à mettre tous les cerceaux autour d'elle et à en sortir par le bas (Lola n'enlève pas les cerceaux par le haut pour se dégager, même si nous lui montrons comment faire) et joue à les encastrer les uns dans les autres. Lola semble questionner ici les notions de dedans/dehors, ce qui me semble également être le cas avec le jeu de cache-cache qu'elle demande par la suite. Lola se déplace jusqu'aux placards, se met debout en prenant appui contre et se retourne en se cachant les yeux avec une main. Avec Marjorie, nous nous demandons ce qu'elle veut nous dire et son papa nous apprend que Lola a joué à se cacher dans les placards avec sa petite sœur pendant le weekend. Nous décidons alors de reprendre ce jeu ; c'est Marjorie qui commence à se cacher alors que Lola et moi jouons à la chercher et à faire « toc toc » contre le placard. Lola va ensuite se cacher avec Marjorie, puis se cache rapidement toute seule : elle reste seule dans le placard sans montrer aucune angoisse. Elle semble avoir une représentation de plus en plus sécurisée d'elle-même par rapport à plus tôt dans l'année où elle n'avait pas pu se cacher seule sous la toupie par exemple.

Lors de la séance suivante, nous voyons vraiment Lola marcher pour la première fois ! Elle marche depuis la salle d'attente jusqu'à la salle de psychomotricité, en prenant plaisir à explorer le couloir qu'elle parcourt pour la première fois dans cette position, puis fait de même dans la salle.

Au fil du temps, parallèlement à ses progrès concernant la marche et l'autonomisation, Lola semble évoluer, non plus vers de simples explorations sensorielles, mais vers des jeux de plus en plus construits et partagés, dans une dynamique relationnelle, sans angoisse particulière.

Comment Lola a-t-elle pu dépasser progressivement ses angoisses pour devenir de plus en plus autonome ? Que s'est-il passé pour elle ? Comment le travail en psychomotricité a-t-il pu l'aider ?

c) Le rôle de l'environnement

Nous avons vu dans la partie théorique qu'un enfant a besoin de ses parents pour exister, pour contenir et dépasser ses angoisses. De même, en séance, Lola semble s'appuyer sur sa maman mais aussi sur la psychomotricienne et moi-même pour dépasser ses angoisses et pouvoir entrer dans des expérimentations. En effet, dans ses moments d'angoisse, la présence de sa maman semble indispensable à Lola pour se rassurer et pouvoir poursuivre ses activités. Mais même lorsqu'elle ne semble pas particulièrement angoissée, Lola vient régulièrement faire des câlins, mêmes brefs, à sa maman. Lors d'une séance par exemple, après avoir enlevé ses chaussures, Lola est venue faire un câlin à sa maman avant de commencer à jouer, comme pour se rassurer et prendre des forces pour la suite de la séance.

Par ailleurs, la maman de Lola l'encourage souvent dans ses jeux, elle participe volontiers avec nous et sert d'étayage à sa fille. Comme je l'ai raconté lors des séances avec le tunnel, elle est par exemple entrée dedans et a permis ainsi à Lola d'entrer entièrement dans le tunnel pour la première fois.

Marjorie et moi-même jouons également un rôle dans la contenance des angoisses de Lola, notamment en les verbalisant et en l'encourageant à les dépasser, en lui disant que nous savons qu'elle est capable de réaliser certaines choses dont elle semble douter. Lors de la dixième séance, alors que nous jouons avec la grosse toupie, Lola semble vouloir en sortir mais ne sait pas comment s'y prendre. Elle se met à pleurnicher, j'ai l'impression qu'elle a peur de rester coincée. Nous l'encourageons en lui disant que nous savons qu'elle est capable de sortir toute seule et en lui décrivant les étapes à adopter (sortir d'abord les pieds, puis avancer les fesses...), ce qui permet à Lola de sortir toute seule.

Nous allons maintenant approfondir cette réflexion dans une troisième partie consacrée à la fonction du psychomotricien dans la contenance des angoisses des enfants, pour leur permettre d'évoluer vers des explorations en toute confiance, ainsi qu'au rôle de la présence des parents lorsqu'ils sont présents en séance de psychomotricité.

PARTIE THEORICO-CLINIQUE

Comment aider l'enfant, en séance de psychomotricité, à dépasser, diminuer ses angoisses et à entrer dans de nouvelles explorations ?

I. Le cadre thérapeutique et la fonction contenante du psychomotricien

Dans cette première partie, je vais m'intéresser au rôle du psychomotricien dans la contenance des angoisses de l'enfant. Je parlerai tout d'abord de l'importance du cadre thérapeutique puis de la fonction contenante du psychomotricien.

1. L'importance du cadre thérapeutique

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée »⁶². D'après C. POTEL, pour qu'un cadre soit thérapeutique, différentes conditions sont nécessaires : des conditions de temps (la durée et la régularité des séances), d'espace (le lieu), de matériel (qui sert de support aux intégrations et à l'imaginaire), d'encadrement (séance individuelle ou groupale, travail pluridisciplinaire) et de fonctionnement institutionnel (le rôle de chaque professionnel s'inscrivant dans le projet de l'institution).

Qu'en est-il de ces conditions dans le suivi de Lola ? Lui avons-nous offert un cadre suffisamment contenant qui lui aurait permis de diminuer progressivement ses angoisses ?

a) Le temps

Les séances de psychomotricité avec Lola ont toujours lieu le mardi matin, durant 45 minutes, de 11h15 à 12h. Lola et sa maman sont régulièrement présentes, les seules séances annulées ont fait suite à une maladie de Lola, un rendez-vous médical extérieur ou à des vacances. Le CAMSP ferme durant toutes les vacances scolaires ; nous avons donc

⁶² POTEL C., (2012), *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, p.321

parfois passé trois semaines sans nous voir. Cela n'a pas semblé faire rupture pour Lola, elle a immédiatement retrouvé ses repères et ne m'a pas paru plus angoissée au retour des vacances qu'à d'autres moments de sa prise en charge. Cela me questionne tout de même sur sa conscience du temps car Lola ne me paraît pas se représenter ici le temps qui passe.

Au cours des séances, nous répétons souvent les jeux avec les enfants : il est fréquent que nous choissions plusieurs séances de suite les mêmes objets, que nous fassions les mêmes activités. Cette répétition fait partie du cadre thérapeutique en psychomotricité et permet aux enfants d'avoir des repères, du temps pour explorer, leurs moyens étant souvent limités, et de pouvoir ainsi intégrer les situations à leur rythme. Comme nous l'avons abordé dans la partie théorique, la qualité du développement psychique, du moi, est conditionnée par la répétition rythmique des expériences. Cette répétition des situations en séance de psychomotricité semble pouvoir se rapporter aux macrorhythmes de D. MARCELLI, qui se retrouvent dans la rythmicité et la ritualisation des conduites maternelles au niveau des soins (alimentation, change, bain, sommeil). Les macrorhythmes organisent la vie quotidienne du bébé et lui donne une stabilité. La mémorisation des expériences permet ainsi au nourrisson d'anticiper leur sens, d'organiser et de penser le temps et de développer un sentiment de confiance dans une continuité et une prévisibilité des situations. Cela semble également se produire pour les explorations, les jeux au cours du suivi en psychomotricité.

Par exemple, nous avons proposé à Lola, durant quatre séances, de jouer avec le tunnel, de l'explorer de différentes manières, de l'appivoiser... Cette répétition, qui peut paraître enfermante au premier abord, lui a permis d'être de moins en moins angoissée par ce nouvel objet, de pouvoir petit à petit explorer en confiance, anticiper les situations jusqu'à pouvoir entrer seule dans le tunnel. Nous avons effectivement ainsi réalisé la même activité durant presque un mois, mais la psychomotricienne et moi-même avons sans doute permis d'amener de la variation au sein de cette répétition, des microrhythmes au sein du macrorhythme apparent. Ce sont souvent ces petits changements là qui offrent à l'enfant des possibilités d'avancer, d'enrichir son expérience et de ne pas s'enfermer dans des conduites presque stéréotypées. Le psychomotricien permet alors à l'enfant d'évoluer dans ses explorations au fil du temps.

b) L'espace et le matériel

Lola a pu retrouver au cours de son suivi le même espace de soin, constitué par la salle de psychomotricité à l'intérieur du CAMSP, globalement toujours rangée de la même façon, avec la même disposition des meubles et du matériel, afin de donner des repères rassurants aux enfants. Les jeux sont pour la plupart dans le placard et nous sortons ceux dont nous aurons besoin en début de séance avec l'enfant (selon ses envies ou selon nos idées). Il arrive régulièrement, comme nous venons de le voir, que nous sortions les mêmes jeux avec l'enfant plusieurs séances de suite, afin de lui permettre d'explorer à son rythme et d'intégrer progressivement l'expérience. Les enfants sont d'ailleurs souvent eux-mêmes demandeurs de ces répétitions.

Cependant, il arrive parfois que du matériel non habituel soit présent dans la salle et apporte des changements dont les enfants se saisissent souvent. La nouveauté semble avoir cette faculté d'attirer l'enfant et de l'amener à des explorations souvent riches et surprenantes. Je ferai à nouveau le parallèle ici avec les notions de macrorhythmes et de microrhythmes développées par D. MARCELLI. Le dispositif spatial habituel pourrait constituer un « macrorhythme de l'espace » assurant des repères fiables à l'enfant et le contenant, notamment en lui permettant d'extraire des invariants spatiaux, au sens défini par A. BULLINGER. Ces derniers conduiraient à la formation d'habituations qui permettraient de diminuer les réactions émotionnelles de l'enfant et donc de le rassurer. La nouveauté ponctuelle représenterait quant à elle un « microrhythme de l'espace », permettant à l'enfant d'accepter le changement, la nouveauté, quand la réalité s'avère être différente de ce qui était attendu.

Lorsque nous proposons à Lola de jouer avec la grosse toupie lors de la dixième séance, cela constitue une nouveauté pour elle (et pour nous !) car la toupie se trouve habituellement dans l'autre salle de psychomotricité du CAMSP. En arrivant en séance ce jour-là, Lola s'est spontanément dirigée vers cette toupie, bien qu'elle soit souvent angoissée par les objets qu'elle ne connaît pas... Avait-elle déjà utilisé cet objet auparavant ? Est-ce sa forme, sa couleur, sa matière qui l'a attirée ? En tout cas, Lola a pu nous montrer son désir de monter dans la toupie dans un premier temps, puis nous avons pu jouer à nous cacher sous la toupie, ce qui a constitué une expérience nouvelle et qui a semblé riche pour Lola. En effet, après avoir caché des objets et après que je me sois

cachée, Lola a pu venir d'elle-même vers la psychomotricienne pour qu'elles se cachent ensemble, a pu voir qu'elle en sortait indemne et ainsi vivre une nouvelle expérience sans être trop angoissée.

Les conditions de temps, d'espace et de matériel offertes à Lola au cours de son suivi semblent pouvoir constituer les dimensions du milieu physique et biologique de l'équilibre sensori-tonique développé par A. BULLINGER. Par nos propositions, nous lui offrons certaines propriétés indispensables au milieu (réunification dans un même lieu de l'espace des différentes propriétés visuelles, tactiles, auditives d'un objet...) et nous adaptons les expériences en fonction de son état, de façon à ce qu'elle soit en mesure de traiter les différentes informations malgré l'action parfois limitée de ses systèmes sensori-moteurs, due à son handicap. Nous lui offrons ainsi la possibilité de vivre des expériences adaptées.

c) L'encadrement, l'environnement relationnel

Les séances de psychomotricité sont toujours réalisées par la même psychomotricienne pour les mêmes enfants, ce qui permet que naisse progressivement au cours du suivi une relation de confiance entre eux. Lola est suivie en séance individuelle par Marjorie depuis deux ans et demi et la connaît désormais bien, ce qui est sans doute un élément rassurant pour elle. Ma présence a été annoncée aux enfants et à leurs familles une semaine à l'avance, leur offrant la possibilité de se préparer et d'en parler. Lola n'a pas semblé déstabilisée avec moi, elle est venue dans mes bras dès notre première rencontre et n'a pas réagi différemment au fil de mes participations aux séances.

Les séances de psychomotricité se font également en présence de sa maman (ou quelques fois de son papa), ce qui participe sans doute aux repères de Lola. Nous aborderons la question de la place et du rôle des parents en séance au cours d'une deuxième partie.

Sur le même modèle de ce que j'ai pu dire concernant les conditions de temps, d'espace et de matériel en rapport avec l'équilibre sensori-tonique de A. BULLINGER, la présence de la psychomotricienne, de moi-même et de la maman de Lola semble constituer la dimension du milieu humain indispensable à cet équilibre. Lola et sa maman étaient dans une grande proximité corporelle au début de la prise en charge, lorsque les angoisses

de Lola étaient très présentes, puis, au fil du temps et notamment avec l'émergence progressive d'un désir de découverte et de communication chez Lola, elles ont pu s'éloigner un peu. Cela semble rejoindre les conditions nécessaires à l'exploration que nous avons abordées dans la partie théorique avec les apports de A. BULLINGER.

La présence des mêmes personnes autour de l'enfant participe à ses repères et au cadre thérapeutique, lui permettant sans doute d'entrer plus facilement dans de nouvelles explorations. Comment le psychomotricien est-il lui-même encadré, soutenu ?

Le psychomotricien fait partie d'une équipe composée de différents professionnels qui travaillent en collaboration. Le travail pluridisciplinaire est un élément fondamental de toute institution, il enrichit les soignants et a des effets bénéfiques sur les patients. Au CAMSP, les professionnels discutent beaucoup entre eux. Cela leur permet de se soutenir dans les situations difficiles mais aussi d'échanger avec des regards différents sur les enfants, afin d'avoir d'eux une vision globale, la plus affinée possible. En effet, l'enfant peut se montrer différent suivant le professionnel et ses parents n'expriment également pas toujours la même chose suivant à qui ils s'adressent. Cet échange d'informations entre soignants enrichit la connaissance que chacun a de l'enfant et de sa famille et est toujours bénéfique pour le suivi de l'enfant. Il permet au professionnel de se sentir soutenu lui aussi.

De plus, c'est son cadre interne qui permet au psychomotricien de se représenter une manière de voir, de considérer le soin en psychomotricité et ainsi de se positionner d'une façon la plus ajustée possible. Le cadre interne du professionnel s'élabore à partir de sa formation, ses connaissances théoriques, ses expériences professionnelles, et lui donne une capacité progressive à prendre du recul et à penser le soin. Le psychomotricien se sert donc de son cadre interne pour se contenir et assurer un cadre thérapeutique à ses patients.

d) Le fonctionnement institutionnel

Le travail de chaque soignant s'insère dans le projet global de l'institution. Chaque institution a des modèles, des représentations idéales et une tâche primaire (ce pour quoi elle a été mise en place), des objectifs explicites auxquels chaque professionnel participe selon sa place et sa fonction. Un projet général est défini pour chaque enfant, puis chaque soignant écrit un projet plus spécifique à son domaine qui s'inclut dans le projet de l'institution.

Les conditions de temps, d'espace, de matériel, d'encadrement et de fonctionnement institutionnel indispensables pour qu'un cadre soit thérapeutique semblent réunies dans le suivi de Lola. Un équilibre sensori-tonique, comprenant les dimensions des milieux physique, biologique et humain, pour reprendre les apports de A. BULLINGER, semble avoir été trouvé au fil du temps. Cela a pu participer à l'évolution de Lola vers de nouvelles expériences, de nouveaux jeux plus construits, avec une diminution de ses angoisses.

Ces différents points représentent le cadre physique du soin dans lequel évoluent le patient et le psychomotricien. Ce dernier fournit quant à lui un cadre psychique à l'enfant de par son accueil, sa disponibilité psycho-corporelle, la pose de limites, etc. : il revêt une fonction de contenance. Qu'entendons-nous par là ?

2. La fonction de contenance du psychomotricien

« C'est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques »⁶³ ; « Contenir une expérience, c'est la comprendre »⁶⁴, c'est « s'appuyer sur ses propres ressources psychiques internes, afin que la qualité de sa présence soit sensible à l'enfant et puisse calmer, tranquilliser, apaiser, protéger des débordements et des angoisses »⁶⁵.

Comment le psychomotricien contient-il les angoisses des enfants et de leurs parents ?

a) Vis-à-vis des enfants

❖ La contenance psychique

Le psychomotricien a développé, au cours de ses études et au fil de son expérience, une qualité de présence corporelle à lui-même (il est à l'écoute de ses ressentis, de ses vécus...), qui lui permet d'accueillir les expressions corporelles primitives de ses patients, telles leurs angoisses, et de leur donner sens. « C'est au travers de notre sensorialité et de l'écoute de cette sensorialité en résonance, voire parfois en miroir [...] que nous allons

⁶³ 62, *ibid.*, p. 324

⁶⁴ CICCONE A., (2001), *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques*, p. 83

⁶⁵ POTEL C., (2012), *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, p. 327

donner sens à ce que l'enfant nous fait vivre, et probablement à ce qu'il vit en lui-même d'anarchique »⁶⁶. En repérant et verbalisant les angoisses de Lola au moment où elles ont lieu, que ce soit par rapport à ce qu'elle voit de Lola ou selon ce que cette dernière lui fait vivre, la psychomotricienne (en prenant en compte son contre-transfert) permet à Lola de mieux comprendre ce qui se passe pour elle. Se représenter que l'on est angoissé dans telle ou telle situation est sans doute la première étape indispensable pour pouvoir, par la suite, diminuer ses angoisses.

Cette fonction du psychomotricien peut se rapprocher de la fonction alpha de la mère et de sa capacité de rêverie de son enfant, décrites par W. R. BION. En rêvant son bébé, la mère peut comprendre et interpréter ce qu'il lui montre, et lui permet ainsi, en lui renvoyant ses éprouvés bruts transformés sous forme métabolisée, de comprendre ce qu'il vit, ce qu'il ressent, en recueillant et reconnaissant ses ressentis violents. « Comme la mère qui accueille en elle les éprouvés, les besoins de son nourrisson, les décode, les transforme en éprouvés de plaisir et de bonne sensation, le psychomotricien va accueillir les expressions corporelles très primitives et régressives »⁶⁷ de ses patients. Le thérapeute, grâce à sa disponibilité psycho-corporelle et sa capacité à rêver ses patients, leur prête son psychisme pour contenir ce que leur moi trop fragile ne peut tolérer, et permet, grâce à sa présence apaisante, sécurisante, ferme et solide, « d'aider chacun de ses patients à une intériorisation psychique de ses affects, de ses sensations, de ses émotions »⁶⁸. On peut dire que le psychomotricien adopte avec ses patients une fonction de contenance maternelle.

Cette contenance maternelle du psychomotricien semble aussi pouvoir faire références aux fonctions de holding, handling et objet presenting de l'environnement, décrites par D. W. WINNICOTT. En effet, le professionnel contient psychiquement son patient, il le soutient dans ses expériences, le relance dans les moments de repli, apporte un étayage à la relation et lui présente des objets qu'il pourra s'approprier et utiliser à son rythme. Le psychomotricien revêt également une fonction d'enveloppe et de pare excitation en offrant au patient un cadre contenant et sécurisant, et une fonction de métabolisation, de symbolisation en permettant une mise en sens des vécus dans la mise en jeu corporelle. Le jeu psychomoteur est un moyen d'intégration des limites psychiques et

⁶⁶ 65, *ibid.*, p. 344

⁶⁷ 65, *ibid.*, p.330

⁶⁸ 65, *ibid.*, p. 326

corporelles ; dans sa dimension partagée, il représente un élément clé de la constitution d'une enveloppe contenant. « Le passage par l'acte moteur, psychomoteur ou la sensorialité (sensations, éprouvés, ressentis) participe au travail de symbolisation primordial à la construction psychique »⁶⁹. En offrant à Lola des expériences corporelles que nous vivons avec elle, dans un cadre contenant, nous lui avons sûrement permis de progressivement se les représenter psychiquement et ainsi d'être de moins en moins angoissée au fil de son suivi. Enfin, le psychomotricien possède également une fonction limitante, qui peut référer à la fonction paternelle, avec les règles, les interdits (de mise en danger de soi et de l'autre, de casser le matériel...), le cadre qu'il pose.

Le travail du psychomotricien serait donc ici de prendre en compte, repérer et verbaliser les angoisses majeures dont certains patients souffrent, de se sensibiliser à leur niveau de pensée parfois primaire et de mesurer qu'une expérience « corporéifiée », partagée dans un jeu et dans un échange, peut aboutir à la mise en route de processus psychiques, de représentations, le corporel étant le premier instrument de l'élaboration de la pensée.

❖ *La contenance corporelle*

Cependant, la fonction contenant du psychomotricien passe autant par un travail corporel que psychique. En effet, en tant que professionnel du corps, le psychomotricien utilise beaucoup son propre corps pour contenir ses patients et s'engage ainsi corporellement auprès d'eux. Il peut reprendre la fonction de holding maternel, en offrant à l'enfant des portages, des enveloppements, lui assurant une sécurité lorsque cela est nécessaire.

Par ailleurs, le professionnel peut s'appuyer sur la notion de dialogue tonico-émotionnel développée par J. de AJURIAGUERRA. Il s'agit de l'ensemble des échanges non verbaux, réalisés par l'intermédiaire du corps entre deux partenaires en interaction, qui permet un accordage entre eux. Tout échange corporel est riche en significations, le tonus musculaire de chacun en exprimant beaucoup sur son état du moment et ses émotions. Dans un corps à corps avec son patient, le psychomotricien permet de contenir et réguler les états émotionnels de ce dernier, en ajustant son tonus et en offrant ainsi au patient la possibilité de s'accorder avec lui. Le toucher procuré apporte par ailleurs des sensations de

⁶⁹ 65, *ibid.*, p.339

consistance du corps et donc de contenance. L'accès à un vécu unifié du corps est souvent favorisé, ce qui permet de diminuer certaines angoisses.

La position contenantante du psychomotricien, à travers son positionnement, son cadre et les expériences qu'il offre, semble ainsi permettre de participer à la diminution des angoisses de l'enfant. Qu'en est-il de celles de ses parents, lorsque ceux-ci sont présents en séance ?

b) Vis-à-vis des parents

Nous avons vu dans la partie théorique que les parents d'enfants handicapés pouvaient présenter un défaut de contenance avec leurs enfants, du fait des conséquences du handicap sur chacun d'entre eux et de leurs angoisses. Le psychomotricien, de par son cadre thérapeutique et son positionnement, semble également pouvoir apporter une contenance aux parents et les aider ainsi à être davantage contenantants avec leurs enfants.

En séance de psychomotricité, les parents nous livrent fréquemment leurs angoisses, pour la plupart sans vraiment s'en rendre compte. Comme avec l'enfant, le psychomotricien peut alors jouer avec les parents le rôle de la fonction alpha de la mère, développée par W. R. BION, en les aidant à repérer et verbaliser leurs angoisses, afin de pouvoir leur donner sens, les accepter et les élaborer. Il n'est pas toujours évident pour eux de les reconnaître, de nombreuses défenses sont souvent en place. Le cadre offert par le thérapeute peut alors être un moyen facilitateur de leur expression, en présence de l'enfant. La séance de psychomotricité devient alors un espace d'écoute, d'échanges, de conseils...

De plus, le psychomotricien peut aider le parent à exercer sa propre fonction alpha auprès de son enfant, lorsque celle-ci est en difficulté. En effet, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, le parent d'un enfant handicapé a souvent du mal à « lire » son enfant, à décrypter ce qu'il lui montre, à le comprendre, ce qui peut mettre en péril sa capacité à retransmettre à son enfant ses éprouvés afin qu'il les comprenne. En séance, le psychomotricien joue lui-même ce rôle auprès de l'enfant et le parent peut alors prendre modèle sur ce qu'il voit. Petit à petit, il devient lui-même capable de verbaliser ce que l'enfant montre, notamment ses angoisses, ses peurs, sous le regard bienveillant du professionnel.

Concernant Lola, la psychomotricienne a pu aider ses parents à reconnaître ses angoisses au début de son suivi, ce qui a surtout eu lieu avant que je commence mon stage, les parents étant maintenant capables de verbaliser les angoisses et les peurs de leur fille. En revanche, ils ont eu beaucoup plus de mal à reconnaître la colère que Lola a pu exprimer au fil de son évolution, ce qui a constitué quelque chose de totalement nouveau chez elle. Au cours des séances, en verbalisant par exemple que Lola n'était pas contente parce qu'on lui avait pris son doudou ou parce qu'elle ne voulait pas que la séance soit finie et voulait encore jouer, la psychomotricienne a permis aux parents de reconnaître que Lola exprimait parfois son mécontentement. Ses parents ont alors été petit à petit capables de verbaliser eux-mêmes à Lola sa colère.

La présence des parents en séance de psychomotricité semble donc être un élément bénéfique à la fois pour eux et pour l'enfant. Quel rôle jouent les parents en séance ? C'est ce que nous allons tenter de développer dans une dernière partie.

II. La présence des parents en séance de psychomotricité

J'ai découvert les séances de psychomotricité en présence des parents en arrivant au CAMSP, ayant toujours vu l'enfant seul au cours de mes stages précédents. Il s'agit d'un élément spécifique de cette institution et plus particulièrement du suivi de très jeunes enfants. Quel rôle jouent les parents en séance de psychomotricité ? Qu'est-ce que leur présence apporte à l'enfant, leur apporte à eux en tant que parents et nous apporte à nous, professionnels ?

1. Les apports pour l'enfant

La présence d'un de ses parents en séance permet à l'enfant de se sentir en sécurité, d'avoir des repères, de se rassurer, notamment au début de sa prise en charge lorsqu'il ne connaît pas encore bien le professionnel et surtout quand il est dans les premières années de sa vie comme ici en CAMSP. De plus, le parent permet de calmer son enfant lorsqu'il a des angoisses, des chagrins, de le soutenir dans ses expériences, de l'encourager, de le féliciter, mais aussi parfois de lui rappeler le cadre, en parallèle à ce que dit le

psychomotricien, quand cela est nécessaire. Par ailleurs, il lui permet de participer plus facilement aux activités proposées en étant lui-même actif pendant la séance.

Pour Lola par exemple, la présence de sa maman m'a semblée très importante pour l'aider à dépasser ses angoisses, Lola étant systématiquement en demande d'un câlin de sa maman lors de situations angoissantes pour elle. D'une manière générale, je pense que le fait de pouvoir expérimenter sous le regard bienveillant de ses parents a permis à Lola de se sentir d'autant plus contenue et soutenue, et donc de prendre des risques. J'ai remarqué qu'elle avait souvent besoin par moment de venir se rapprocher corporellement de sa maman, pour pouvoir ensuite mieux retourner explorer, jouer.

Par ailleurs, la participation d'un de ses parents en séance peut être indispensable à l'enfant qui a des difficultés de séparation. Le parent permet alors à l'enfant de pouvoir profiter des prises en charge qui lui sont proposées, sans être trop préoccupé par le fait d'être loin de son parent. La séparation devient ensuite un point qui peut être travaillé au cours du suivi, en prenant le temps nécessaire et en respectant le rythme de chacun.

2. Les apports pour les parents

Pour les parents, le fait de participer aux séances de psychomotricité leur permet tout d'abord de se sentir davantage inclus dans le soin de leur enfant, de mieux se représenter ce que ce dernier fait avec le psychomotricien et donc de moins fantasmer sur ce qui pourrait se passer. Le professionnel montre aux parents que ce sont eux qui connaissent le mieux leur enfant (travail de renarcissisation) ; la question de la rivalité est alors atténuée. Cela favorise une alliance thérapeutique et la mise en place d'une relation de confiance entre parents et psychomotricien, indispensable à l'enfant pour investir pleinement le soin.

De plus, en étant présents en séance, les parents peuvent voir leur enfant autrement, dans un contexte différent qui révèle souvent des compétences inconnues à leurs yeux. Les séances de psychomotricité offrent la possibilité aux parents et à leur enfant d'être ensemble dans un espace de jeu, en présence du professionnel qui propose des expérimentations et stimule les possibles de l'enfant. Les temps de jeux proposés par le psychomotricien peuvent créer une rupture, une pause, dans un quotidien souvent lourd, qui permet aux parents de porter un autre regard sur leur enfant, de voir qu'il a des choses à leur montrer : « Les parents sont souvent surpris par les capacités de leur enfant ; cela les

aide à porter sur lui un regard différent, en tout cas moins enfermant »⁷⁰. A l'inverse, ils peuvent aussi se rendre compte des difficultés qu'ils n'avaient jusque là, au travers de ce qu'ils observent et de ce que le psychomotricien verbalise.

Par ailleurs, le psychomotricien peut favoriser la rencontre parent-enfant, apporter un soutien aux liens, un soutien narcissique aux parents, dans une attitude contenant et empathique. Il permet ainsi aux parents, qui parfois se dévalorisent et se sentent inutiles, incompetents, de reprendre confiance en leurs capacités, en leur parentalité et d'investir un peu mieux leur enfant. Le psychomotricien aide les parents à mettre du sens sur ce qu'il se passe, sur ce qu'ils voient de leur enfant, les aide à exprimer ce qui est parfois difficile à dire sans la présence d'un tiers et peut ainsi offrir de nouvelles possibilités d'échange entre parents et enfant.

Enfin, les parents peuvent s'appuyer sur ce que montre et dit le psychomotricien, prendre modèle sur lui, pour reprendre ensuite chez eux certaines situations proposées en séance. Les parents de Lola sont très attentifs aux conseils qu'on peut leur donner et veillent à les appliquer chez eux. En effet, le travail effectué auprès d'un enfant ne s'arrête pas à ses seules séances de soin ; il semble important pour son développement, son évolution, qu'il y ait une continuité et que les parents puissent poursuivre à l'extérieur les nouvelles possibilités découvertes en séance.

3. Les apports pour le psychomotricien

Du côté du psychomotricien, la présence d'un des parents de l'enfant en séance lui permet d'obtenir des informations sur l'état actuel de l'enfant, sur sa vie à l'extérieur de l'institution, sur ce qui s'est passé depuis la séance précédente... Il peut ainsi adapter au mieux sa prise en charge.

Le parent, en tant que repère sûr et fiable pour l'enfant, peut aussi aider le professionnel à entrer en relation avec l'enfant, à jouer avec lui, en participant parfois à certaines activités. Il aide ainsi l'enfant à être en confiance avec le psychomotricien.

De plus, les parents sont ceux qui connaissent le mieux leur enfant. Ils peuvent aider le psychomotricien à décrypter ce qu'il montre, à comprendre ce qu'il dit avec ses propres mots, ses propres gestes. Lors de la séance où nous avons joué à cache-cache avec Lola par exemple, c'est son papa qui, lorsqu'elle s'est rendue devant le placard en se

⁷⁰ JUNKER V, (2008), *Quelle place pour les parents lorsque l'enfant est en séance ? Eléments de réflexion d'une kinésithérapeute*, p. 247

cachant les yeux, nous a appris qu'elle avait joué à se cacher dans les placards avec sa petite sœur et qui nous a ainsi permis de comprendre qu'elle semblait demander de jouer à ce jeu-là.

Par ailleurs, la présence d'un parent en séance offre au psychomotricien la possibilité d'observer et d'analyser la relation parent-enfant, ce qui aide souvent à imaginer leurs modalités relationnelles quotidiennes et à comprendre certains aspects du comportement de l'enfant. En effet, le contexte familial influe beaucoup, et d'autant plus à cet âge précoce, sur les modalités relationnelles et comportementales de l'enfant, et d'une manière générale sur son développement psychomoteur.

Enfin et surtout, la présence des parents en séance favorise la mise en place d'une alliance thérapeutique avec le professionnel, avec des possibilités d'échange et d'observation communes sur l'enfant. Les parents de Lola investissent pleinement le soin, ils sont bien impliqués et je pense qu'une bonne alliance existe avec la psychomotricienne. Cela participe sans doute aux progrès de Lola.

Dans cette dernière partie, j'ai essayé de décliner différents aspects de l'intérêt de la présence des parents en séance de psychomotricité, élément qui me semble fondamental en travaillant auprès de très jeunes enfants. Cependant, il me semble important de noter que chaque parent, chaque enfant, chaque famille réagit de manière différente aux propositions faites et que beaucoup d'autres situations peuvent exister.

Nous pouvons aussi observer que la participation des parents en séance peut parfois compliquer le travail du psychomotricien, avec certains parents qui semblent aller à l'inverse de nos idées, d'autres qui peuvent être agressifs... Mais l'on peut supposer que ce sont souvent des parents très en difficulté pour penser et s'inclure dans le soin de leur enfant, avec qui il semble d'autant plus important de collaborer.

Je pense par exemple au papa de Yamha qui est présent à ses séances individuelles de psychomotricité, mais qui passe les 45 minutes à jouer sur son téléphone et à intervenir auprès de la psychomotricienne seulement pour dire que de toute façon sa fille ne fera pas ce qu'on lui demande.

Il arrive également parfois que la relation entre le parent et son enfant (trop fusionnelle ou trop conflictuelle par exemple) prenne trop de place et qu'elle limite les expérimentations de l'enfant. Cela peut également être le cas en présence d'un petit frère ou d'une petite sœur. Il peut alors être envisagé de proposer, au bout d'un certain temps d'adaptation, un suivi de l'enfant seul.

Depuis la naissance de son petit frère, qui vient maintenant avec sa maman en séance, Louane passe beaucoup de temps à aller le voir, à vouloir qu'il joue avec nous et est moins attentive à ce qu'on peut lui proposer de faire. Elle semble se servir de lui comme moyen d'échapper à nos propositions, lorsque celles-ci ne lui plaisent pas ou qu'elles la mettent en difficulté.

Par ailleurs, la présence des parents en séances rend plus complexes les capacités d'identification du psychomotricien, avec parfois une identification au parent, parfois à l'enfant, qui peut être déstabilisante et faire vivre des mouvements contre-transférentiels variés. Il me semble important pour ma part de s'identifier tantôt à l'un, tantôt à l'autre, afin de s'ajuster au mieux dans ses propositions en comprenant le mieux possible ce qui se joue pour chacun.

Il semble donc difficile de développer des généralités sur ce sujet. Il s'agit de pouvoir s'adapter à chaque parent, à chaque enfant, afin de leur offrir un espace de confiance où l'enfant pourra progressivement expérimenter à son rythme, sous le regard ou dans l'interaction avec son parent, jusqu'à pouvoir le faire seul.

CONCLUSION

L'élaboration de ce mémoire m'a permis de m'intéresser plus précisément à la question des angoisses dans le développement de l'enfant et de voir comment la survenue d'un handicap rendait cette question plus sensible et complexe. Si tout enfant passe par des vécus d'angoisse que son environnement aide en principe à tolérer et à dépasser pour pouvoir s'ouvrir sur un monde d'explorations, l'enfant porteur de handicap peut se trouver limité dans ses expériences corporelles par des vécus angoissants qui restent plus présents. Viennent s'ajouter les angoisses de ses propres parents liées handicap, angoisses qui amplifient alors celles déjà bien palpables chez l'enfant.

Ma rencontre avec Lola m'a permis d'appréhender à la fois l'effet de ces vécus angoissants sur le développement d'un enfant et la façon dont le soin psychomoteur peut permettre à l'enfant de diminuer et dépasser ses angoisses pour pouvoir entrer dans de nouvelles expérimentations corporelles ouvrant sur une autonomisation progressive. Le psychomotricien peut aider l'enfant à mettre du sens sur ses vécus, assure une fonction de contenance psychique et corporelle et offre un cadre favorable à la réalisation de nouvelles expériences.

J'ai également pu toucher du doigt l'importance de la présence des parents en séance de psychomotricité, au sein d'une institution comme le CAMSP qui accueille de très jeunes enfants. Il m'a semblé intéressant de développer cet aspect du soin nouveau pour moi, qui m'a paru très riche tant pour l'enfant que pour ses parents et pour nous, professionnels. Je me suis beaucoup appuyée sur mes observations pour écrire cette partie, car j'ai trouvé peu de références théoriques sur ce sujet précis. Il s'agit d'un point que je pourrai approfondir au cours de ma future pratique professionnelle, pourquoi pas en collaboration avec d'autres soignants, afin de m'intéresser également de façon plus générale à la place accordée aux parents dans le soin de leur enfant.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

LIVRES

- BULLINGER A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, Erès, 2013
- CICCONE A. et LHOPITAL M., *Naissance à la vie psychique*, Paris, Dunod, 1991
 - * Premier postulat, chapitre 2, III. « Les angoisses premières », p. 50-52
 - * Deuxième postulat, chapitre 3, I. « Les qualités du contenant », p. 62-65
 - * Deuxième postulat, chapitre 3, II. « La fonction alpha », p. 65-71
 - * Quatrième postulat, chapitre 10, IV. « La rythmicité des expériences, condition du développement psychique », p. 188-191
- DOLTO F., *L'image inconsciente du corps*, Paris, Editions du Seuil, 1984
 - * Chapitre 1, « Schéma corporel et image du corps », p. 7-61
- FREUD S., (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 2014
- POTEL C., (2010), *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Erès, 2012
 - * Chapitre VI, 2. « La question de cadre thérapeutique, la contenance, les limites, le corps », p. 321-345
- SAUSSE S., *Le miroir brisé, l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Paris, Calmann-Lévy, 1996
- WINNICOTT D. W., (1958), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969
 - * Chapitre 9, 1952, « L'angoisse associée à l'insécurité », p. 126-130
 - * Chapitre 12, 1956, « La préoccupation maternelle primaire », p. 168-174
- WINNICOTT D. W., (1971), *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975

CHAPITRE DE LIVRE COLLECTIF

- ROUSSILLON R., *Angoisses et défenses*, in R. ROUSSILLON et coll. (ed), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, Paris, Masson, 2007, p. 261-269

ARTICLES

- ALVAREZ L., DISAN G., 2009, L'angoisse chez le bébé : de l'indifférenciation à la subjectivation et à la séparation, *Enfances et psy*, 2009/1, n°42, p. 28-39
- BIRRAUX A., 2009, Chemin faisant avec l'angoisse, *Enfances et psy*, 2009/1, n°42, p. 18-27
- CICCONE A., 1993, Handicap et image du corps familial(e), *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°99, p. 82-91
- CICCONE A., 2001, Enveloppe psychique et fonction contenant : modèles et pratiques, *Cahiers de psychologie clinique*, 2001/2, n°17, p. 81-102
- DELAYE-DELAJOURD M.P., 2010, Entre actes, groupe d'accueil parents-enfants, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°164, p. 34-46
- HAAG G., 1996, Stéréotypies et angoisse, *Les cahiers du CERFEE*
- JARICOT B, DESARMENIENS-ALLARD B., 2009, Comment se rencontrer et s'entendre... pour mieux échanger, *Enfances et psy*, n°43, p. 119-129
- JUNKER V., 2008, Quelle place pour les parents lorsque l'enfant est en séance ? Eléments de réflexion d'une kinésithérapeute, *Contraste*, n°28-29, p. 237-254
- LUIGI-DUGGAN A., 2010, Entre inquiétante étrangeté et illusion féconde, médiation aquatique avec des familles dont les enfants sont nés porteurs de handicap, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°164, p. 22-33
- MARCELLI D., 1992, Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson, *Psychiatrie de l'enfant*, n°35, p. 56-82
- MOSCA F., GARNIER A.M., 2007, Soignants et parents d'enfants autistes : qui aide qui ?, *Thérapie familiale*, n°28, p. 503-522
- PERRIER-GENAS M., 1992, Un espace de soin où tisser des liens, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°93, p. 38-46
- RAHOUX C., SIMEONI F., 2008, Place des parents de jeunes enfants lors des séances en psychomotricité dans un service de rééducation, *Contraste*, n°28-29, p. 275-294
- SAUSSE S., 2007, L'impact du handicap sur les processus de parentalité, *Reliance*, n°26, p. 22-29
- WINNICOTT D.W., 1975, La crainte de l'effondrement, *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°11

ARTICLE PUBLIÉ SUR INTERNET

- PIREYRE E., 2008, L'image du corps : monolithique ou composite ?, <http://guide-psycho.com/psychomotricite/les-troubles-psychomoteurs/les-angoisses-corporelles-archa%C3%AFques-e-pyreire/>

SITES INTERNET

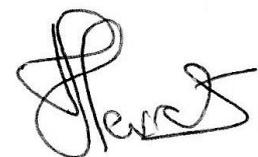
- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/angoisse/3528>
- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/imitation/41662?q=imitation#41568>
- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/handicap/38988?q=handicap#38915>
- <http://www.definitions-de-psychologie.com/fr/definition/angoisse.html>
- http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=FR&Expert=199
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Centre_d%27action_m%C3%A9dicosociale_pr%C3%A9coce

MÉMOIRES CONSULTÉS

- LALAGUE Audrey, Imiter l'autre pour devenir soi. L'imitation comme support de l'identité. Son apport dans la pratique psychomotrice, Université de Bordeaux, 2014
- LE FRANCOIS Maëlle, L'angoisse liée aux premières images du corps. Réflexion sur un aspect du soin en psychomotricité : le dépassement des angoisses premières, Université Claude Bernard Lyon 1, 2005
- PEREZ Morgane, La fonction contenant dans le soin psychomoteur... A propos des vécus corporels archaïques chez l'enfant, Université Claude Bernard Lyon 1, 2011

Vu par le maître de mémoire, Annie PERRET

A Lyon, le 30 avril 2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Annie Perret'. The signature is stylized with a large, looped initial 'A' and a cursive 'Perret'.

Quand l'angoisse limite l'exploration...

Apports du soin en psychomotricité pour aider l'enfant à s'ouvrir à de nouvelles expérimentations corporelles

RÉSUMÉ

L'angoisse est un sentiment inhérent à l'homme. Dès sa naissance, le nourrisson, de par son immaturité, est soumis à des vécus angoissants que son environnement va aider à tolérer puis à dépasser. Il pourra alors peu à peu mettre en place une structuration psychocorporelle, qui lui permettra progressivement à la fois de se représenter en tant que sujet différencié et d'entrer dans diverses explorations pour faire de son organisme un corps.

Cependant, en présence d'un handicap, il arrive que ces vécus angoissants perdurent et limitent l'enfant dans ses expérimentations. L'enfant porteur de handicap a souvent moins de moyens de compréhension et d'action sur son environnement, et son entourage est souvent sujet à de nombreuses angoisses liées aux effets du handicap.

En psychomotricité, le thérapeute peut offrir au jeune enfant et à ses parents souvent présents en séance un cadre thérapeutique sécurisant. De part son engagement corporel et sa capacité de contenance corporelle et psychique, il permet à l'enfant de dépasser ses angoisses et d'entrer dans de nouvelles expériences sensori-motrices et relationnelles.

MOTS-CLÉS

Angoisses corporelles – angoisses parentales – handicap – expérimentations corporelles – répétition – imitation – contenance – cadre thérapeutique – implication des parents en séance.