



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

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Jacques LUAUTÉ

Une enfance marquée par la maltraitance et la discontinuité :

La thérapie psychomotrice comme soutien à l'élaboration d'une sécurité interne stable chez
un enfant hyperactif et en situation de placement

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Morgane BOURILLON

Mai 2024 (Session 1)

N°1918

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Pr. Frédéric FLEURY

Président du Conseil Académique
Pr. Hamda BEN HADID

Vice-président CA
Pr. Philippe CHEVALIER

Secteur Santé

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

U.F.R. de Médecine et de Maïeutique –
Lyon Sud Charles Mérieux
Doyen **Pr. Philippe PAPAREL**

Comité de Coordination des études
médicales (CCEM)
Présidente **Pr. Carole BURILLON**

Secteur Sciences et Technologies

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme Kathrin GIESELER**

UFR Faculté des sciences
Directrice **Mme Sylvie VIGUIER**

Département de Génie électrique et des
procédés
Directrice **Mme Sophie CAVASSILA**

Département Informatique
Directrice **Mme Saida BOUAKAZ
BRONDEL**

Département Mécanique
Directeur **Mr Marc BUFFAT**

POLYTECH LYON
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

Vice-président relations hospitalo-
universitaires
Pr. Jean-François MORNEX

Vice-président Santé
Pr. Jérôme HONNORAT

Directeur Général des Services
M. Pierre ROLLAND

U.F.R. d'Odontologie
Directeur **Pr. Jean-Christophe MAURIN**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. Claude DUSSART**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (ISTR)
Directeur **Pr. Jacques LUAUTE**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **Mr Guillaume BODET**

Institut Universitaire de Technologie Lyon 1
(IUT)
Directeur **Mr Michel MASSENZIO**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Mr Christian ROBERT**

Observatoire de Lyon
Directeur **Mr Bruno GUIDERDONI**

Institut National Supérieur du Professorat
et de l'éducation (INSPé)
Directeur **Mr Pierre CHAREYRON**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques

M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Gestion de scolarité
Mme Elodie ROYER

Coordinatrices des stages

Mme Marion MOUNIB
Psychomotricienne

Mme Charlène DUNOD
Psychomotricienne

Coordinatrice Recherche

Mme Jeanne-Laure EECKHOUT
Psychomotricienne

« Lorsque nous travaillons avec un enfant maltraité, nous sommes devant des abîmes de souffrance et de silence. Et nous ne savons jamais jusqu'à quelle profondeur l'enfant a été envoyé ou a dû se réfugier. » (Robert-Ouvray, 2019)

SOMMAIRE

LEXIQUE.....
INTRODUCTION	1
PARTIE THÉORIQUE	3
I.La maltraitance infantile.....	3
A. Généralités et chiffres	3
B. Conséquences sur les fonctions cérébrales	4
C. Conséquences sur le développement-psychomoteur.....	5
D. Synthèse.....	6
II.Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.....	6
A.Définition	6
B. Symptômes	7
1. Le déficit attentionnel	7
2. L'hyperactivité	7
3. L'impulsivité.....	8
C. Sémiologies psychomotrices	8
1. Les troubles toniques.....	8
2.Les troubles praxiques.....	8
3.Les troubles de la représentation du corps	9
4. Les troubles spatiaux-temporaux	9
5. Le registre relationnel	10
D. Négligences et TDAH	10
II.Les conditions nécessaires à la construction des enveloppes psychocorporelles.....	11
A.Qu'est-ce que l'enveloppe ?	11
1.L'enveloppe de construction de la corporéité	11
2.L'enveloppe d'appropriation.....	12
3. L'enveloppe de différenciation	12
IV. L'étayage du sentiment de sécurité interne	12
A.Les apports de Winnicott et de Suzanne Robert Ouvray	13
1.Holding et dialogue tonico-émotionnel.....	13
2.Le toucher et la notion de handling	15
B. L'intériorisation du sentiment de sécurité interne	16
1. Des instants de Co-éprouvés	16
2.La rythmicité des soins.....	16
C. Dans le cas d'un défaut de continuité et de maltraitance de la part de l'environnement	17
1. Atteinte de l'enveloppe psychomotrice.....	18
2. L'atteinte de l'axe psychomoteur.....	19
3. L'atteinte des coordinations	19
D.Synthèse	19

PARTIE CLINIQUE	21
I. Présentation du lieu de stage	21
A.La structure.....	21
B.L'équipe professionnelle	21
C.Le cadre des séances de psychomotricité	22
1.Le cadre externe	22
2. Le cadre interne.....	23
3.Mon positionnement en tant que stagiaire.....	23
II.Présentation globale de Camil.....	24
A.Eléments d'anamnèse	24
B.Bilan psychomoteur	26
C.Première rencontre avec Camil.....	27
III. Évolution au fil des séances.....	29
A.S'opposer, se rencontrer ou l'expression d'une sécurité interne fragilisée	29
1.La cabane, ou le reflet d'une défaillance des enveloppes psychocorporelles.....	30
2.L'agressivité comme moyen d'expression et d'entrée en relation	31
B.Vers une compréhension de Camil et une construction commune du soin.....	33
IV.Et si on jouait à cache-cache ? (De décembre à mars).....	34
A.Maîtriser l'autre pour se maîtriser soi	35
E.Le contact physique ou l'émergence d'une relation	37
V.Vers une expérience partagée autre.....	38
PARTIE THÉORICO-CLINIQUE	41
I.Un défaut de pare-excitation qui impacte la relation	41
II.Le travail en thérapie psychomotrice sur l'insécurité interne de l'enfant dans le cadre de maltraitance et de diagnostic de TDAH.....	43
A.Un cadre sécurisant	43
1. L'enveloppe institutionnelle.....	44
2.L'espace de psychomotricité.....	44
B.La ritualisation et la rythmicité au cours des séances	46
II. Une posture professionnelle ajustée.....	47
A. L'immobilité psychique du thérapeute	47
B. Le dialogue tonico-émotionnel	49
1.Accueillir les émotions et les verbaliser.....	49
2.Soutenir corporellement le vécu émotionnel.....	50
II.Les jeux de cache-cache.....	51
A. Le jeu de cache-cache comme médiateur de la relation	51
B. L'aspect temporel des jeux de cache-cache.....	52
C.Un partage émotionnel	53
IV. Le soin psychomoteur : un portage pour l'enfant insécuré.....	55
A.L'enfant et son histoire.....	55

B.L'effet de narcissisation	56
C.Synthèse.....	58
CONCLUSION	59
BIBLIOGRAPHIE.....	

LEXIQUE

ACE : Adverse Childhood Expérience

AESH : Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

FA : Famille d'Accueil

IP : Information Préoccupante

ITEP : Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONEP : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

PMI : Protection Maternel Infantile

SAFren : Service d'Accompagnement Familial Renforcé

TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TND: Trouble du Neurodéveloppement

WHO: World Health Organization

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Mardi trois octobre 2023, premier jour de stage en protection de l'enfance. De la psychomotricité auprès d'enfants placés, j'attendais ce stage avec impatience. Avec du recul, je me rends compte avoir toujours été attirée par cette clinique. De mon premier stage long en licence de psychologie auprès d'adolescents immigrés et pour certains placés, à mes stages de deuxième année en psychomotricité, où j'ai pu rencontrer des enfants adoptés et en famille d'accueil. Ces patients, ces rencontres m'ont, je crois, particulièrement touchée et interrogée. Quelle place pour la psychomotricité auprès de ces enfants ? Quels en sont les enjeux, les limites ? Comment créer une relation de confiance lorsque le début de vie rime avec maltraitance et discontinuité ?

« *Je vous déteste* », trois mots que je ne m'attendais pas à entendre lors de mon stage. Ce sont pourtant ceux que m'adresse Camil, un enfant porteur d'une enfance difficile et violente ainsi que d'un diagnostic de Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH). Notre première rencontre est placée sous le signe de la confrontation et de la négociation. Camil m'a rapidement interpellée via ses attaques verbales et son irritabilité constante. Son agitation et son impulsivité m'immobilisent et me sidèrent. À l'issue de cette première rencontre, je suis prise par le sentiment d'avoir été perçue comme potentiellement dangereuse. Ce sentiment restera longtemps présent. D'où vient-il ? Qu'est-ce qui provoque autant d'agressivité chez Camil ?

Les enfants maltraités sont nombreux et, comme je l'ai vu via ce stage, Camil n'est pas le seul à connaître ces situations de violences, de séparations, de ruptures précoces et nombreuses. Je me demande alors quel est l'impact de ces violences sur le développement psychomoteur de l'enfant et sur celui de sa sécurité interne. Enfin, comment prendre en compte ce contexte dans notre soin et comment adapter les objectifs de la thérapie psychomotrice ?

Ainsi, dans ce mémoire, je réfléchirai à la problématique suivante : **Dans quelle mesure, les expériences psychocorporelles vécues dans le cadre de la thérapie psychomotrice sont-elles un support à l'intégration du sentiment de sécurité interne chez un enfant ayant été maltraité et présentant un TDAH ?**

Pour cela, dans ma partie théorique, j'aborderai la maltraitance et ses impacts sur le développement psychomoteur de l'enfant. Puis, je définirai ce qu'est le TDAH et exposerai ses résonances psychomotrices. Enfin, je m'intéresserai à la construction du sentiment de sécurité interne chez l'enfant et comment il peut être mis à mal dans le cas d'interactions primaires défailtantes.

Ensuite, dans ma partie clinique, je ferai part de ma rencontre avec Camil. Je décrirai les séances et moments de vie qui ont marqué son évolution ainsi que le soin que nous lui avons apporté afin d'y exposer mes observations, mes interrogations et mes hypothèses.

Pour finir, au croisement de la clinique et des apports théoriques, je tenterai de mettre des mots sur ce qui apparaît comme défaillant chez Camil. Puis, je développerai comment ma rencontre avec Camil m'a permis de penser et de repenser ma posture professionnelle. En effet, par ses nombreuses provocations, Camil est venu me convoquer du côté de la bienveillance et m'a souvent fait me demander : « *Suis-je une bonne soignante ?* » Ainsi, je retracerai l'évolution de mon positionnement ainsi que celui de la psychomotricienne et les étapes qui m'ont paru nécessaires pour créer un lien de confiance. Enfin, je montrerai le dispositif de travail mis en place auprès de ce garçon pour apporter des éléments de réponse à la problématique énoncée.

C'est donc autour de ces axes de réflexion que je vous invite à entrer dans le vif du sujet.

PARTIE THÉORIQUE

PARTIE THÉORIQUE

I. La maltraitance infantile

A. Généralités et chiffres

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS ou WHO) définit la maltraitance infantile comme :

Les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, d'abus sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance. (WHO, 2022)

Ainsi, quatre grands types de maltraitance sont mis en avant : les violences physiques, les violences psychologiques, les violences sexuelles et les négligences.

La maltraitance physique se traduit par l'usage de la force ou de la violence contre un enfant, de telle sorte qu'il soit blessé ou risque de l'être : frapper, mordre, brûler, droguer, ou tout autre sévices corporel. Les violences psychologiques elles, correspondent aux insultes, propos dénigrants, menaces, humiliations, intimidations, etc. Les violences sexuelles concernent tout acte à connotation sexuelle imposé aux enfants. Enfin, les négligences sont le fait de priver l'enfant des éléments indispensables à son bon développement et à son bien-être. Il peut s'agir par exemple de privation de nourriture, de sommeil, de soins, d'attention, ... Elles se caractérisent par l'omission, l'absence de mobilisation de l'adulte dont dépend l'enfant. (Ministère des Solidarités, 2018)

Du côté des chiffres, l'OMS estime que près de trois enfants sur quatre âgés de deux à quatre ans, subissent régulièrement des châtimements corporels et/ou des violences psychologiques de la part de leurs parents et des personnes qui s'occupent d'eux (WHO, s. d.). De plus, en 2018 en France, l'ONEP (l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance) relève que 93 013 nouveaux mineurs ont fait l'objet d'une saisine d'un juge des enfants, hors mineurs non accompagnés et hors mesures administratives.

Dans la littérature internationale, c'est le terme d'Adverse Childhood Experience ou ACE qui est retenu lorsqu'on parle de cette problématique. Ils représentent les événements traumatisants de l'enfance, vécus avant l'âge de 18 ans, et reconnus pour entraîner des conséquences néfastes à l'âge adulte. Ce qui fait la spécificité de ces ACE est le fait de mettre en perspective que de telles situations peuvent être de nature traumatique et/ou stressante pour l'enfant et qu'elles s'inscrivent dans la

durée (Tarquinio et al., 2024). Une liste de 13 ACEs a été identifiée parmi lesquels les négligences affectives, de soins, les abus physiques et psychologiques, mais également l'exposition à des violences domestiques. De manière indirecte, l'exposition à des ACE peut laisser des traces dans la mémoire épisodique. Traces qui pourront se réactiver lors de la vie adulte, lorsque les sujets se trouveront exposés à d'autres traumatismes ou à des situations de stress. Ainsi, ils laissent toujours une empreinte chez les victimes (Tarquinio et al., 2024).

B. Conséquences sur les fonctions cérébrales

Le développement psychomoteur découlant en partie de la maturation neurologique, il semble intéressant de se pencher sur les conséquences que peut avoir la maltraitance sur les fonctions cérébrales. L'enfant maltraité est en permanence soumis à la vigilance et donc au stress. L'activation du système du stress, joue un rôle important dans la protection et le maintien de l'espèce. Il existe trois types de stress. Le premier, correspond à la phase d'alarme ou de stress léger qui va permettre une augmentation de la vigilance et de la concentration, il prépare le corps « *à la réaction de l'agresseur via la sécrétion d'adrénaline et de noradrénaline qui augmente le rythme cardiaque* » (Moureau & Delvenne, 2016).

Le second, concerne quant à lui, la phase de résistance et implique la libération de cortisol. Si le stress perdure, l'ensemble du corps va se mobiliser et le système endocrinien va prendre la relève via l'hypothalamus et l'hypophyse qui active la sécrétion de cortisol par la glande surrénale. En parallèle, le cortisol va, à l'aide de la formation de glycogène, mobiliser les sources d'énergies suffisantes à l'effort musculaire pour fuir. Ce cortisol va également agir sur les régions préfrontales et limbiques avec des effets négatifs sur les capacités mnésiques des individus. A long terme, il modifie l'expression génétique dans les circuits impliqués dans la réponse au stress, aux émotions et à la mémoire (Moureau & Delvenne, 2016).

Le troisième temps d'activation, correspond au rétrocontrôle négatif qui permet le retour à un niveau de base du cortisol. En cas d'activation prolongée du système du stress, le taux de cortisol reste élevé durant une longue période entraînant un état de stress grave et toxique. Les enfants lourdement négligés sont en permanence soumis au stress et dans l'attente que leurs besoins fondamentaux soient satisfaits. Ainsi, ils font face à un stress chronique, ce qui entraîne une répercussion sur la sécrétion de cortisol qui va varier en fonction de la durée, de la précocité, de l'intensité et du type de traumatisme (Moureau & Delvenne, 2016).

En cas de stress persistant chez le jeune enfant, l'élévation prolongée du cortisol va induire des altérations du fonctionnement des systèmes neuronaux de stress modifiant ainsi l'architecture du

cerveau. Le volume global peut se trouver diminué et certaines structures plus touchées que d'autres. Ce stress toxique peut avoir comme conséquence une diminution de la mémoire à long terme, une hyperréactivité, un risque psychopathologique de dépression, d'anxiété, d'état de stress post-traumatique, mais également de maladies cardio-vasculaires. Il a également été observé, chez ces enfants, une diminution du nombre de neurones au niveau du cortex préfrontal susceptible d'altérer les fonctions exécutives et attentionnelles nécessaires aux apprentissages scolaires. Enfin, dans les situations de négligences lourdes, le stress peut entraver l'instauration de certaines fonctions comme la possibilité d'éprouver de l'empathie, de réguler ses affects ou de nouer un attachement sain avec autrui (Moureau & Delvenne, 2016).

C. Conséquences sur le développement-psychomoteur

Le développement psychomoteur correspond à un processus de maturation neurophysiologique et neuromusculaire (tonus, motricité, sensorialité) en intrication avec un développement psycho-affectif, cognitif et social. Les premières cognitions s'organisent par exemple grâce aux interactions, à la synchronisation des échanges entre le bébé et son environnement parental (Danielle Ouvrard, 2024). Ainsi, le développement psychomoteur est porteur de cette dualité et des interactions complexes qui s'opèrent entre la motricité et le psychisme, il s'imprègne des interactions que l'individu entretient avec son environnement. De ce fait, en cas de carence affective et de mauvaise qualité des échanges émotionnels entre l'environnement et l'enfant, il pourra présenter un retard dans ses acquisitions. Par carence, nous pouvons identifier comme B. GOLSE nous l'indique les carences qualitatives, quantitatives et les discontinuités interactives.

Les carences quantitatives correspondent « à la perte par l'enfant de ses repères relationnels dans la réalité externe. »(Golse, 2008). C'est-à-dire qu'il y a une perte avec ce qui constitue l'environnement parental. La séparation peut être durable ou non, mais l'enfant n'a plus de relation avec son environnement pendant une certaine période. L'objet primaire d'attachement est bel et bien absent physiquement et matériellement. Il s'agit donc d'une absence d'interaction, de relation affective.

Dans les carences qualitatives, les repères relationnels habituels bien que présents physiquement, ne sont pas accessibles psychiquement par l'enfant. Les interactions avec les personnes constituant ces repères sont pauvres. Ici, ce sont donc la qualité des interactions et des relations qui portent défaut au développement psychomoteur de l'enfant.

Enfin, les discontinuités interactives correspondent plutôt à une mixité entre les carences qualitatives et quantitatives. D'un côté, celles de l'ordre quantitatif correspondent aux discontinuités

qu'un enfant peut vivre lorsqu'il est placé/déplacé de milieux d'accueil à plusieurs répétitions et sans accompagnement suffisant. De l'autre côté, celles qualitatives correspondraient davantage aux discontinuités interactives chaotiques que l'enfant peut vivre dans ses relations avec son environnement parental. Lorsque ceux-ci sont une fois adaptés et disponibles et une autre fois absents, indisponibles.

Ainsi, la maltraitance et la négligence peuvent se rapprocher des discontinuités interactives ; lorsqu'un enfant en est victime, celle-ci est « *fréquemment à l'origine d'hyperkinésie avec troubles de la concentration, de retard de langage, de retard de développement et d'une manière générale d'une déficience intellectuelle légère, moyenne ou sévère, de troubles graves de représentation du schéma corporel* » (Berger, 2022, p.64). Il a donc été mis en évidence que la maltraitance peut avoir un impact majeur et qu'il s'agit, d'un des facteurs les plus désorganisant pour l'enfant (Berger, 2022). Par ailleurs, « *parce qu'ils se fixent précocement* » et, car « *il y a des périodes sensibles dans le développement d'un nourrisson pour réaliser certaines acquisitions* », les troubles qu'entraînent la maltraitance sont bien souvent irréversibles (Berger, 2022).

D. Synthèse

Pour résumer, la maltraitance va avoir un impact fondamental sur l'épanouissement global de l'enfant. Les besoins fondamentaux n'étant pas satisfaits, l'enfant va développer un système d'adaptation et de défense qui va avoir un retentissement préjudiciable pour son développement. Elles peuvent entraîner des conséquences somatiques comme : des douleurs chroniques, des troubles du développement psychomoteur (environ un enfant sur trois), ainsi que des problèmes de santé mentale comme la dépression, mais également des troubles cognitifs, ou encore des troubles du neurodéveloppement comme le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H).

C'est ainsi que je vous présenterai un éclairage théorique sur le TDA/H et sur ses expressions du point de vue psychomoteur.

II. Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

A. Définition

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité/hyperkinésie est un trouble du neurodéveloppement qui touche environ 5,9 % des enfants en âge scolaire (Association TDAH France). Le trouble du neurodéveloppement se caractérise par une perturbation du développement cognitif et/ou affectif de l'enfant qui entraîne un retentissement important sur le fonctionnement adaptatif scolaire, social et familial. Il se manifeste par des difficultés concernant au moins un des

domaines de développement suivants : la motricité globale, la motricité fine, le langage, la socialisation, la cognition. Concernant le TDAH, selon le DSM-V (2013), la caractéristique essentielle du TDAH est :

Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité/ impulsivité, plus fréquent et plus sévère que ce que l'on observe habituellement chez des sujets de même niveau de développement, entraînant une gêne fonctionnelle significative dans plusieurs domaines et une nette interférence avec le fonctionnement scolaire et social. (American Psychiatric Association, 2013)

Il s'agit d'un syndrome d'origine multifactorielle : génétique, neurophysiologique et psychosocial. De plus, on ne peut parler de TDAH que si les symptômes surviennent au cours de l'enfance avant l'âge de 12 ans, présentent un caractère persistant (plus de six mois), et ont un retentissement sur les apprentissages scolaires, les relations sociales et la qualité de vie et constituent un véritable handicap pour l'enfant (Gétin & directrice, 2021)

B. Symptômes

1. Le déficit attentionnel

L'attention regroupe ici les données cognitives comme la vigilance, la concentration, la distraction, la dispersion et la dissipation. Bossuet, cité par G. Wahl (2019) disait que l'attention était « *mêlée de volontaire et d'involontaire* », qu'elle est un mélange entre affectif et motivation.

Classiquement, trois formes d'attention sont retenues : l'attention sélective, l'attention soutenue et l'attention flexible. L'attention sélective permet de se concentrer sur une tâche en dépit d'éléments distrayants, l'attention soutenue permet de maintenir dans le temps une vigilance efficace. L'attention flexible quant à elle, permet d'interrompre ou d'infléchir une activité en cours en faveur d'un événement pertinent (Wahl, 2019). Chez les enfants présentant un TDAH, il y aurait un excès de distraction (lorsqu'il se laisse happer, distraire et envahir par plusieurs événements) et un excès d'absorption (le fait que l'on ne peut les interrompre dans un jeu ou des rêveries). L'excès de distraction correspond à un manque de constance cognitive, le second à un manque de flexibilité. Ils sont « *soumis au flux ininterrompu, bousculé et dispersé de leurs pensées* » (Wahl, 2019).

2. L'hyperactivité

L'hyperactivité quant à elle, décrit à la fois le syndrome en lui-même et un seul symptôme. L'hyperactivité à proprement parler est « *une agitation physique qui se manifeste sans grand répit et*

qui perturbe l'ordonnance de toute activité » (Wahl, 2019, p.21-36). Enfants « touche-à-tout », ils présentent une activité motrice permanente complétée par une présence vocale excessive. Ils « *sont happés par une alternance désorganisée de passions fugitives et d'ennui pour leur environnement immédiat* » (Wahl, 2019). Il s'agit tout autant d'un trouble comportemental que corporel. Ces enfants remueraient en moyenne deux fois plus souvent la tête, trois plus le corps et couvrent quatre fois plus d'espace de jeux.

3. L'impulsivité

L'impulsivité est également fréquente, les enfants hyperactifs paraissent vivre en permanence dans la précipitation et dans l'impatience de parler et d'agir. Ils répondent précipitamment aux consignes scolaires et familiales, en provoquant contretemps et contresens (Wahl, 2019). Globalement, l'enfant interrompt les autres, ne peut pas attendre son tour, ne peut pas penser les séquences, a un contrôle difficile des émotions avec souvent des colères explosives et un refus d'obéir (Berger, p.7, 2022). Bien qu'il soit important de distinguer l'hyperactivité de l'impulsivité, il est rare que l'un existe sans l'autre.

C. Sémiologies psychomotrices

1. Les troubles toniques

I.Zammouri (2022), repère une dysharmonie tonique ainsi qu'une atteinte de l'organisation tonique. Selon J.Bergès, cité par I. Zammouri dans le grand livre des pratiques psychomotrices en 2022, il y aurait deux types d'instabilité en fonction de l'état tonique. D'un côté, l'instabilité avec un état tensionnel caractérisé par une hypertonicité et des blocages respiratoires dont les mouvements oscillent entre retenue et explosion vive, de l'autre côté une instabilité avec une hypotonie entraînant une incapacité à réaliser des activités coordonnées dans un cadre limité.

2. Les troubles praxiques

Les troubles praxiques représentent un déficit dans le domaine de l'organisation spatiale, des difficultés pour construire ou reproduire des modèles impliquant des relations spatiales ainsi que des difficultés dans la programmation, la planification et le rétrocontrôle du geste. Il s'agit d'une maladresse manifestant le manque d'élaboration motrice du sujet, elle traduit le manque d'intégration corporelle et d'adaptation gestuelle aux contraintes de l'environnement (Zammouri, chapitre 13, p.3, 2022).

3. Les troubles de la représentation du corps

Selon Zammouri (chapitre 13, p. 3, 2022), l'enfant hyperactif donnerait l'illusion d'une motricité maîtrisée, car il est sans cesse en mouvement. Cette motricité est en réalité maladroite, inadaptée et ne lui permet pas de se construire un schéma corporel cohérent. En effet, l'assimilation des informations sensorielles nécessaires à la construction du schéma corporel étant perturbée par l'agitation, cela rend difficile une bonne édification de celui-ci. De plus, les représentations de soi sont souvent dévalorisées. Les enfants vont avoir tendance à anticiper l'échec, à s'auto-déprécier et à se présenter sous l'angle d'une immaturité corporelle en décalage avec l'âge réel. Cette sous-représentation et sous-estimation du corps va entraîner une utilisation stéréotypée de certaines parties du corps qui peuvent être surinvesties.

4. Les troubles spatiaux-temporaux

La mauvaise intégration du schéma corporel et le manque de repères sur le corps propre qui en découle viennent entraver l'élaboration des repères spatiaux (Boscaini, Saint-Cast, 2010). L'enfant présente des difficultés à dérouler une activité motrice simple dans l'espace et dans le temps. Du fait de l'impulsivité et de l'inattention, l'enfant reste dans une immédiateté d'agir et peine à comprendre le déroulement d'une activité et à se situer dans le temps (Zammouri, chapitre 13, p.3, 2022).

Selon R. Giffard (2008), les deux processus défailants à l'origine de ce rapport perturbé à la temporalité seraient le processus séquentiel et le processus simultané. La neuropsychologie nous indique qu'à partir des voies d'entrée et d'encodage se constituent les représentations successives. Chez l'enfant instable, ces compétences sont perturbées ainsi que les fonctions exécutives. Par conséquent, l'enfant n'arrive pas à différer, organiser, synchroniser avec d'autres opérations ou interrompre sa réponse dans le temps, il a des comportements impulsifs. Le traitement perceptif du temps est exploré par les épreuves séquentielles du K-Abc de A. Kaufman. Cette évaluation met en évidence des processus séquentiels, qui permettent le traitement des informations de manière successive. A l'inverse, les processus simultanés qui intègrent les stimuli de nature spatiale, seraient plus globaux et accessibles en même temps. Chez les enfants instables, il est mis en évidence que ce traitement des processus simultanés est dominant par rapport au traitement des processus séquentiels. Ce déséquilibre a un impact à la fois relationnel affectif, cognitif et un retentissement sur l'organisation de la pensée. Les processus séquentiels étant déficitaires, l'enfant perçoit le temps comme une globalité, il devient impulsif "tout, tout de suite". Il ne peut pas anticiper et organiser sa réponse.

5. Le registre relationnel

R.Roussillon (cité par Berger, 2022 p.75) émet l'hypothèse que l'instabilité psychomotrice pourrait correspondre à une difficulté à être seul en présence de l'autre. En effet, il serait angoissé par la « *crainte de perdre le lien avec l'être aimé ou de perdre cette personne qui pourrait mourir.* ». L'angoisse d'être seul serait donc liée à une angoisse d'être menacé par l'objet ou de le perdre. Il est ainsi fréquent d'observer que les enfants instables préfèrent les situations duelles seul avec l'adulte que les situations groupales.

L'enfant instable entretient une relation particulière à l'objet, il ne tolère pas sa présence et le perçoit comme menaçant, non maîtrisable soit parce qu'il le voit comme intrusif soit car il risque de s'absenter, de le lâcher. (Berger,2022, p.77). Ainsi, dans leurs relations, les enfants instables s'inscrivent dans un mouvement paradoxal avec un besoin d'accrochage et de neutralisation de l'adulte, de surinvestir la relation et de la fuir. Ils expriment alors régulièrement un besoin d'exclusivité et de reconnaissance tout en étant dans des attitudes d'évitement et de défiance, parfois imprégnées d'agressivité.

D. Négligences et TDAH

La clinique montre que le TDAH possède diverses origines. Elles peuvent être en lien avec un trouble neurodéveloppemental et/ou concerner ce qui n'a pas pu se structurer psychiquement chez un sujet à cause d'un environnement défaillant. Dans le cas des enfants ayant subi des violences, ce qui peut participer à la désorganisation psychomotrice, c'est, selon Suzanne Robert-Ouvray (2019) la dopamine qui induit une hyperactivité corporelle. Les études neurophysiologiques montrent que lors de l'exposition au danger, le cerveau sécrète de la dopamine qui induit une excitation. Dopamine qui est indispensable au bon fonctionnement de la motricité. On observe également une diminution du potassium dont la fonction est d'aider à la contraction du muscle, des crampes musculaires apparaissent. M. Berger (2022), fait lui la constatation que, dans l'histoire de nombreux enfants instables existe un défaut dans la relation à l'objet primaire (Berger, 2022, p.63). La nature de ce défaut serait issue de quatre processus : un holding défectueux, la mise en place de processus auto calmants inadaptés ou déficitaires, un échec dans la constitution de l'espace imaginaire et de la rythmicité, la présence flottante d'un objet menaçant (comme précisé au-dessus). De plus, nous l'avons vu, la négligence est également une source de maltraitance. Cette négligence induirait l'insatisfaction des besoins vitaux et relationnels mais également des troubles somatiques. Dans ce contexte, nous pouvons nous demander dans quelle mesure, l'enfant négligé et hyperactif parvient à

se construire une sécurité interne suffisamment stable pour se développer correctement ? A construire sa propre enveloppe psychocorporelle ?

II. Les conditions nécessaires à la construction des enveloppes psychocorporelles

A. Qu'est-ce que l'enveloppe ?

Avant toute chose, il est important de préciser que le terme d'environnement maternel renvoie à l'environnement parental de l'enfant, aux interactions entre lui et ses deux parents. J'emploie ici ces mots afin de faciliter la lecture.

L'enveloppe psychocorporelle contient un aspect physique à savoir la peau puis, plus en profondeur les fascias et les muscles, dotés de récepteurs sensoriels tactiles. L'ossature constitue quant à elle, la structure corporelle et la solidité interne du corps.

L'aspect psychique de cette enveloppe va quant à lui se déterminer par la relation affective entre l'enfant et son environnement maternel par la qualité du *holding*, du *handling* et du dialogue tonico-émotionnel (notions qui seront abordées plus loin). L'enveloppe psychocorporelle dépend donc de soi mais aussi de l'environnement. La peau constitue l'interface avec l'environnement extérieur. Composée de trois couches : épiderme, derme et hypoderme, elle se trouve être le support du toucher et des enveloppes physiques.

Courberand décrit trois enveloppes psychocorporelles qui se construisent au fil du développement psychomoteur. Une enveloppe de construction de la corporéité, une enveloppe d'appropriation corporelle et une enveloppe de différenciation (Courberand, 2015)

1. L'enveloppe de construction de la corporéité

L'enveloppe de la construction de la corporéité correspond à la toute première enveloppe qui apparaît durant les premiers mois de vie du nourrisson. Selon lui, elle se construirait à partir des expériences sensorielles de l'enfant et plus particulièrement tactiles, proprioceptives et vestibulaires. Ce premier contenant s'organiserait autour des premiers signifiants archaïques qui vont avoir du sens parce que l'autre maternel sera le premier interprète du corps de l'enfant. (Courberand, 2015)

Il évoque l'importance des interactions précoces de qualité entre l'enfant et son environnement maternel dans la structuration de l'enveloppe de corporéité. Elle serait ainsi le support de l'unité corporelle, du soi corporel et de la motricité primaire.

2. L'enveloppe d'appropriation

L'enveloppe d'appropriation quant à elle apparaît une fois que l'unité corporelle est bien intégrée. Elle représente le lien social entre deux individus, la communication entre deux corps. Peu à peu, l'enfant va s'approprier les choses qui viennent de l'autre dans son corps, le processus de pensée commence alors à émerger. (Courberand, 2015)

Durant cette période, l'enfant va prendre plaisir à imiter l'autre, à faire semblant, à se reconnaître lui puis l'autre dans le miroir. L'enfant va petit à petit internaliser l'autre en s'appropriant la mise en corps de ses gestes et mimiques. A la suite de cette étape, l'enfant aura intériorisé l'autre en partie, il pourra supporter son absence et se sentir en sécurité.

3. L'enveloppe de différenciation

La troisième enveloppe, celle de la différenciation prend forme lorsque la deuxième est pleinement intériorisée. Elle va permettre à l'enfant de se distinguer pleinement d'autrui afin de se construire en tant qu'individu à part entière. La communication interrelationnelle va donc évoluer : *« L'enfant devra composer psychiquement et corporellement son rapport aux corps différenciés, sexués et temporalisés. »* (Courberand, 2015, p.21)

Ainsi, l'enveloppe va se structurer et permettre à l'enfant de s'organiser au niveau perceptivo-moteur. Il va y avoir une mise en sens des relations spatiales et de la trajectoire temporelle. (Courberand, 2015, p.22)

La structuration des enveloppes chez le bébé se base sur l'existence d'un environnement de qualité et d'un développement psychomoteur efficient. Ainsi, si elles sont suffisamment structurées, elles vont permettre à l'enfant de développer son sentiment de sécurité interne ainsi que sa base de sécurité qui lui permettra d'aller vers l'autre. Mais alors, quels sont les moyens réels dont l'environnement dispose et qui favorisent la construction des enveloppes ?

IV. L'étayage du sentiment de sécurité interne

Le besoin de sécurité interne est essentiel au développement d'un individu. Nous avons vu, au travers de la construction des enveloppes, que l'environnement maternel se doit d'être suffisamment étayant et sécurisant pour permettre au bébé de se développer de manière efficiente et qualitative. Sans un environnement et donc des enveloppes suffisamment stables, le bébé ne pourra pas développer un sentiment de sécurité fiable. Ce sentiment de sécurité interne, se construit

donc à partir de la sécurité externe qui correspondrait à la fiabilité et donc la sécurité du milieu dans lequel est le bébé.

La sécurité interne permet au bébé de pouvoir s'apaiser et d'être disponible pour les interactions avec son environnement. Elle permet également à l'enfant de développer ses compétences et de se positionner en tant que personne différenciée. La sécurité interne participe donc au processus d'individuation. Elle va pouvoir se construire grâce aux gestes étayants et rassurants de l'environnement maternel. Mais aussi grâce à la parole et au regard, qui assurent des enveloppes sécurisantes pour le nourrisson.

Nombreux sont les auteurs à s'être intéressés à cette notion. Néanmoins, dans l'objectif d'être le plus précis possible, j'ai choisi de ne vous présenter que certaines notions.

A. Les apports de Winnicott et de Suzanne Robert Ouvray

Comme le souligne D. Winnicott « *un bébé seul ça n'existe pas* » (Winnicott, 1975). Dans le développement dit ordinaire de l'enfant, Winnicott rappelle que les prémisses du « *développement émotionnel en tant qu'individu* » sont assurées par les interactions entre le bébé et son environnement. L'environnement parental constitue alors un élément majeur de l'élaboration de la fonction contenante et du sentiment de sécurité interne. En ce sens, Winnicott développe la théorie de *la fonction maternelle* en s'appuyant sur les concepts de *holding* et *le handling* (Winnicott, 2014)

1. *Holding* et dialogue tonico-émotionnel

Tout d'abord, le *holding* est intimement lié à la capacité de l'environnement parental à s'identifier à son bébé, à sa manière de le porter. Il renvoie au maintien et à la façon dont le parent peut répondre de manière satisfaisante aux besoins physiologiques de son enfant, lui assurant ainsi contenance et progressivement une élaboration de la conscience du corps. Les différentes qualités de portage permettront progressivement au bébé de maintenir le sentiment de continuité d'être.

La qualité du *holding* est donc intimement liée à la notion d'ajustement ou d'accordage entre les deux protagonistes et rejoint celle du « *dialogue tonico-émotionnel* » (Ajuriaguerra, 1985). Ce dialogue serait « *le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge.* » (Bachollet & Marcelli, 2010). F. Lepage (2007) précise que par son état de néoténie, l'enfant va adopter des conduites qui vont éveiller chez autrui, des « *conduites profitables pour lui* ». Ainsi, la fonction motrice serait la première « *fonction de relation et le corps comme instrument de relation.* »

A cela, S. Robert-Ouvray (2000) développe la notion de *holding psychomoteur* pour décrire l'ensemble des situations relationnelles mettant en jeu les corps moteurs du bébé et de son parent, elle le définit comme « *un ensemble de manières d'être et de faire qui prend en compte tous les niveaux d'organisation du sujet : tonique, sensoriel, affectif, représentatif et langagier* » (Robert-Ouvray, 2000)

Ainsi, elle considère que, dans le *holding*, il est important de prendre en compte l'organisation tonique et motrice du bébé et insister sur l'aspect qualitatif du portage. Elle nous indique alors que ce *holding psychomoteur*, est efficient lorsqu'il respecte les trois facteurs organisateurs dans le développement neuromoteur du bébé : la posture d'enroulement, l'axe de symétrie, la mise en place des coordinations.

La posture d'enroulement correspond à une flexion de la colonne vertébrale permet le regroupement de toutes les parties du corps vers le centre de celui-ci. Cette posture est due à la répartition du tonus chez le bébé (tonus axial faible et tonus périphérique élevé). Cet enroulement est aussi présent au niveau des membres. Ce processus permet à l'enfant d'expérimenter des rapprochements-éloignements des différentes parties de son corps. Il participe ainsi à la construction de son schéma corporel. Lors du portage et autres soins prodigués, l'environnement parental doit veiller au respect de cet enroulement afin d'éviter des schèmes pathologiques d'hyperextension. Ainsi regroupé sur lui-même, le nourrisson peut ressentir une première base de sécurité que forme son propre corps.

L'axe corporel correspond quant à lui à une construction à partir de la posture d'enroulement, des postures antigravitaires et de la jonction des deux hémicorps. Il s'appuie sur la ligne verticale que forment la tête, le bassin et le tronc via la colonne vertébrale. Les points d'appui vont permettre au bébé de s'ajuster aux forces de la pesanteur et de participer au déroulement des actions orientées. L'axe corporel est donc un point d'appui postural mais aussi émotionnel, cognitif et représentatif (Meurin, 2019). Il donne alors une première symétrie entre l'hémi-corps gauche et l'hémi-corps droit ainsi qu'une différenciation entre le haut et le bas du corps. Cette continuité tête-dos-bassin va permettre au bébé d'être disponible à la relation et à l'exploration, ses gestes seront plus fluides. De plus, la perception de cet axe via les différences de portages va lui permettre d'intégrer pleinement ses deux hémicorps. Cette organisation corporelle lui permettra de prendre des repères et de construire ensuite des repères au niveau de l'espace environnant. La symétrie est également psychique, elle permet la construction de l'identité et permet de s'ériger face au monde. Cet axe corporel participe donc à la construction du sentiment de sécurité.

Après quelques mois, l'organisation musculaire et neurologique du bébé lui permet d'accéder à des mouvements de rotation et de construire des coordinations motrices. Selon S. Robert-Ouvray, lorsque la motricité devient volontaire et couplée à une relation parentale satisfaisante, les schèmes de base se coordonnent entre eux et se rassemblent en une unité. Les éléments corporels vont alors se globaliser et prendre un sens. Les parties du Moi se rassemblent et constituent une première enveloppe psychique. L'unité corporelle ainsi perçue assure au psychisme un sentiment de sécurité. En effet, lorsque l'enfant tète et que l'environnement se coordonne : regard, voix, tonicité, battement du cœur, ... cela va donner un sens à la situation et la rendre source d'apaisement. Les coordinations sont donc une mise en lien des éléments corporels et une mise en sens psychique.

Ainsi, lors du portage, le parent devra trouver des appuis et des postures adaptés afin de porter l'enfant dans le respect de ces trois facteurs, afin qu'il n'éprouve pas de tensions psychiques ou musculaires. Elle précise que la position d'enroulement correspond à la préoccupation narcissique.

Le corps de l'enfant va donc se structurer dans la relation, le dialogue-tonique à l'autre. Cet accordage corporel va être nécessaire pour que l'enfant puisse passer d'un état de dépendance à un état d'indépendance tant corporelle que psychique. Cette notion de dialogue-tonique amène à réfléchir sur la notion de toucher qui l'accompagne et qui va permettre les prémisses de la construction d'une sécurité interne.

2. Le toucher et la notion de handling

La qualité du toucher maternel renvoie au *handling* de Winnicott. Il correspond à la manière dont les soins vont être prodigués ainsi qu'aux processus d'interactions et de mobilisation du corps associés : bercer, nourrir, changer, ... Ils vont lui permettre de découvrir et de conscientiser son corps. En effet, la peau étant le premier lieu de contact entre le dedans et le dehors, le soi et le non soi, ces premières expériences vont être un support à la manière dont aura l'enfant d'habiter son corps. Ces moments de soin représentent également des temps d'enveloppement où le nourrisson pourra retrouver une position d'enroulement. Position permettant le repli autour de son centre, un retour aux sensations vécues in-utero. Le *handling* contribue ainsi « *au sentiment d'être réel* », à la perception d'une unité corporelle.

Nous voyons donc à quel point la qualité du portage joue un rôle primordial dans l'éveil psychomoteur de l'enfant. Par la jonction de toutes les modalités de l'environnement maternel et de la relation qui en découle, le sentiment de sécurité interne chez l'enfant pourra émerger.

Comme nous venons de le voir, le bébé, dans ses premiers mois de vie, est dans un état de totale dépendance vis-à-vis de son milieu physique et affectif et de fusion avec son caregiver. Puis, au travers de soins externes, il perçoit de plus en plus ce dont il a besoin pour trouver apaisement et satisfaction. Ainsi, il commence à distinguer le monde intérieur et le monde extérieur, à différencier l'espace interne et l'espace externe. Mais alors, comment le bébé va-t-il intégrer ce sentiment de sécurité ? Quels vont être les mécanismes à l'œuvre ?

B. L'intériorisation du sentiment de sécurité interne

1. Des instants de Co-éprouvés

Lorsque le nouveau-né arrive, il est « *débordé par un excès de stimulations sensitivo-sensorielles diverses* » (Golse, 2019). Face à cela, le bébé va devoir se construire une barrière psychique lui permettant de filtrer ces stimulations, c'est ce que l'on appelle le « *pare-excitation* ». Cependant, pour que ce pare-excitation puisse prendre forme, l'expérience chaotique du bébé va nécessiter la présence d'un contenant pouvant accueillir ses éprouvés incontrôlables, c'est-à-dire le contenu, et ainsi les transformer. C'est ce que W.Bion (1962) nomme la « *fonction alpha* ». Cette fonction correspond à la capacité de la mère à accueillir, dans sa psyché des éléments bruts, non pensés par l'enfant et toxiques pour lui. Ces éléments sont appelés « *éléments bêtas* » et doivent être en premier lieu contenus dans le psychisme maternel afin qu'ils ne désorganisent pas trop le bébé. La fonction alpha permet ainsi d'atténuer le trop plein d'excitation éprouvé par le bébé, de le transformer en éléments plus digérables pour son enfant. Le bébé pourra par la suite réintrojecter ces éléments et mettre du sens sur ses expériences sensorielles et émotionnelles, pour peu à peu faire le tri par lui-même et donc construire son propre pare-excitation.

B. Golse (2019) nous rappelle que ce filtre se constitue tout d'abord au cours des interactions précoces maternantes faisant appel aux fonctions de *holding* et de *handling* décrites plus haut. Ils vont assurer à la fois une fonction de filtrage, de contenance et de protection vis-à-vis de l'extérieur.

2. La rythmicité des soins

Peu à peu, la mère va se détacher de cet état d'accord parfait entre elle et son enfant. Elle va introduire une distance et amorcer une différenciation des espaces entre elle et son bébé. Winnicott qualifie cet état de « *mère suffisamment bonne* », où la mère fait de son mieux pour répondre aux demandes de son enfant tout en pensant à elle et à ses propres besoins.

Ainsi, apparaît la notion de rythmicité et son rôle dans la construction d'un sentiment de sécurité. D.Marcelli (1992) s'est intéressé à la question du rythme dans le soin et l'émergence de la pensée chez le nourrisson, la divisant en macro et microrhythmes.

Selon lui, les contextes macrorhythmiques renvoient aux activités de soins inscrites dans le quotidien de l'enfant : le lever, le repas, la toilette, le bain, le coucher... Dominées par la répétition, ces relations de soins vont garantir à l'enfant des expériences motrices, toniques et sensorielles et lui permettront d'anticiper la rythmicité des échanges et les retrouvailles. Ces anticipations donnent « *peu à peu au bébé le sentiment qu'il est le créateur de son environnement [...] Il obtient aussi la satisfaction de ses besoins (primaires) et un apaisement.* ». Ainsi, la continuité narcissique du bébé va s'étayer au travers de ces temps répétitifs et circulaires, sur la confirmation et la satisfaction de ses attentes (Marcelli, 2007).

Cependant, le rythme se définit aussi par la rupture, la surprise. C'est ce que Marcelli nomme microrhythmes. Ce sont des interactions courtes et ludiques où la mère joue à des jeux de surprise comme le « coucou-caché ». Elle crée des règles et suscite l'attente chez son bébé, puis dès que les règles sont établies, elle vient le tromper, le surprendre et en rit. D'abord étonné, le bébé va lire le plaisir et le rire sur le visage maternel afin d'en rire et de prendre du plaisir à son tour. (Marcelli, 2007).

Ainsi, inscrit dans un macrorhythme suffisamment stable et répétitif et dans des microrhythmes aléatoires et incertains, le bébé va étayer son sentiment de sécurité interne. Cependant, le parent n'est pas en relation seul, le bébé interagit à sa manière, il y a un ajustement et une compréhension réciproque.

C. Dans le cas d'un défaut de continuité et de maltraitance de la part de l'environnement

Nous l'avons vu, les blessures corporelles et symboliques sont une source directe de stress. Si la maltraitance a des effets sur le nourrisson, l'enfant grandit et conserve des traces, il peut d'ailleurs continuer d'en être victime une fois plus âgé. Cependant, l'enfant reste trop petit et trop dépendant pour fuir ou combattre son environnement maltraitant. Il est en « *inhibition de l'action et il subit l'agression* » (Robert-Ouvray, 2019). De plus, lorsque les hormones de stress ne trouvent pas d'issue, elles stagnent dans le corps et ont des effets délétères : diminution de l'activité digestive des intestins, constipation, difficultés à comprendre et à communiquer ses émotions, inhibition de la

libération de l'hormone de croissance par l'hypophyse, perte de défense immunitaire, atteintes musculaires, ... En effet, avec les hormones de stress, les tissus musculaires perdent de leur souplesse, de leur résistance et de leur sensibilité. Ils vont se densifier, s'immobiliser et laisser place à une hypertonicité chronique provoquant des raccourcissements musculaires et par conséquent des douleurs lombaires et dorsales, des contractions des trapèzes, des rotations internes des hanches (Robert-Ouvray, 2019).

Ainsi, ces détériorations biologiques accompagnant une tension corporelle excessive vont être à la base de l'hypertonicité douloureuse et des troubles psychomoteurs. S. Robet-Ouvray (2019) part des trois axes fondamentaux de l'organisation psychomotrice de l'humain pour comprendre les répercussions de cette maltraitance : l'enveloppe, l'axe, la coordination.

1. Atteinte de l'enveloppe psychomotrice

Les coups portés sur le corps de l'enfant peuvent entraîner une anesthésie sensorielle car en parallèle de la libération d'hormones du stress, sont libérées des endorphines. Les muscles perdent de leur souplesse, créant une hypertonicité. Cette hypertonicité va alors se transformer en paroi tonique qui protège de la douleur. Cette paroi tonique est semblable à un système de défense qui va anesthésier le sujet mais également l'isoler. La communication émotionnelle devient très difficile, il y a une coupure entre le sujet et ses ressentis.

S. Robert-Ouvray (2019), précise que le blocage de la respiration sous l'effet de la peur va favoriser cette hypertonicité et cette perte de mouvance tonico-émotionnelle. Le diaphragme de l'enfant se contracte et se plisse en s'insérant sur la colonne vertébrale. Sa crispation va se prolonger par celle des muscles du dos et du cou. En bloquant sa respiration, il va générer des tensions dans son dos et dans son ventre. L'un des symptômes les plus courants chez les enfants maltraités est d'ailleurs le mal de ventre.

Cette hypertonicité de l'enveloppe va empêcher l'intégration de la dialectique tension/détente et réduire les capacités motrices, d'apprentissages et de créations préfrontales chez l'enfant. Du fait d'une discontinuité relationnelle faite dans la peur et parfois dans la douleur, l'enfant manque d'expériences bénéfiques de détente et de repos qui donnent de la densité aux enveloppes toniques. L'enveloppe de l'enfant se retrouve alors perforée, non contenante et surtout insécurisante.

L'enveloppe tonique est alors extrêmement tendue, prête à craquer et provoque la perte progressive des informations proprioceptives : le tissu musculaire est tellement serré qu'il empêche le travail sensoriel et proprioceptif qui assure les sentiments d'exister et de sécurité interne. Il ne se

sent plus de l'intérieur et cherche à exister autrement : sensations extrêmes, mises en danger, mouvements incessants. Il va y avoir une prédominance de l'action au détriment de la pensée. Bien souvent, les enfants qui vivent de la maltraitance sont plus hyperactifs que les autres.

2. L'atteinte de l'axe psychomoteur

Nous l'avons vu, l'axe psychomoteur permet de s'ériger en tant qu'individu et donc de faire la différence entre le moi et non moi. Il représente la loi et l'orientation devant/derrière, en haut/en bas. Chez l'enfant maltraité, l'axe peut être rigidifié entraînant une crispation tonique et donc une perte d'enroulement. Or, cette position d'enroulement permet de se sentir unifié, en sécurité. Cette rigidification provoque donc une diminution de l'estime de soi et du sentiment de sécurité interne.

3. L'atteinte des coordinations

Bien souvent, il est observé un clivage au niveau des ceintures, du bassin, du dos et de la nuque. Les dissociations sont multiples et résultent d'une mauvaise intégration des sensations et des représentations. En effet, l'enfant étant disjoint dans son étayage, il vit des incohérences entre ses sensations et ses sentiments, ses tensions corporelles et ses représentations. Il y a donc une perte de la fluidité tonique, sensorielle, affective et représentative. Souvent, le sujet est interdit ou s'interdit de penser ce qu'il ressent, il y a comme un clivage entre la tête et le reste du corps.

Les difficultés de coordination vont également s'observer dans la relation à autrui. En effet, les ruptures affectives et les surstimulations émotionnelles ont réduit voire supprimer l'empathie chez l'enfant, l'empêchant de reconnaître sur autrui certaines émotions comme la tristesse.

D. Synthèse

Ainsi, lorsque l'environnement familial se trouve être défaillant, les conséquences psychomotrices sur l'enfant peuvent-être multiples. Il est donc nécessaire qu'il soit accompagné par des soins et prises en charge adaptées. Les séances de psychomotricité ont alors tout leur rôle à jouer pour retrouver une unité psychomotrice et remettre en lien les différents niveaux d'organisation (Robert-Ouvray, 2019) Un travail autour de l'exploration corporelle, de l'enveloppe et de l'enroulement peut être proposé, tout comme une prise en soins axée sur la régulation-tonico-émotionnelle et la prise de conscience des limites du corps. Mais l'enfant peut également avoir besoin de retrouver une enveloppe pare-excitatrice ou de rejouer certaines choses mises à mal. Dans tous les cas, il est important de penser son dispositif thérapeutique.

C'est ainsi que, enrichie d'apports théoriques, nous allons maintenant aborder mon expérience clinique auprès d'un enfant maltraité ainsi que mes réflexions autour de celui-ci.

PARTIE CLINIQUE

PARTIE CLINIQUE

I. Présentation du lieu de stage

A. La structure

Dans le cadre de ma troisième année de formation en psychomotricité, je réalise mon stage au sein d'un foyer de l'enfance qui a pour mission d'accueillir tout mineur en difficulté ou en danger confié par sa famille ou par mesure judiciaire au service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Il s'agit d'un établissement public de protection de l'enfance accueillant des enfants âgés de quelques jours à la majorité ainsi que de jeunes mères isolées et leurs enfants de 0 à 3 ans.

Ce foyer est habilité par le département pour 65 places mixtes au sein de 9 unités : deux pouponnières, une unité pour les trois/ six ans, une pour les six/neuf ans, une autre pour les pré-ados de neuf à 13 ans puis une pour les adolescents et jeunes adultes jusqu'à 21 ans. On y retrouve également un service d'accompagnement renforcé pour les visites médiatisées, un jardin d'éveil ainsi qu'un centre maternel ; Il s'agit d'un lieu de vie fonctionnant de manière permanente, 365 jours par an et 24h/24h. Chaque service d'hébergement comprend deux places d'urgence. Les durées d'hébergements sont variables mais généralement brèves. Le foyer fonctionne en internat complet et prend en charge la totalité des besoins des résidents. À l'arrivée de l'enfant ou de l'enfant et sa mère, un bilan concernant la situation familiale est réalisé afin d'évaluer les besoins et de proposer à l'inspecteur de l'enfance ou au juge des enfants une réponse en termes de protection et d'éducation adaptée. Concernant les modalités d'admission, le foyer accueille tout enfant dont l'hébergement est immédiat au titre de la protection de l'enfance. Les accueils en urgence sont assurés sur décision de l'ASE et/ou du Procureur de la République.

Les professionnels se doivent de prendre en compte et d'accompagner la dimension familiale de l'enfant, de soutenir les rencontres familiales dans un dispositif d'exercice du droit de visite ; d'accompagner l'enfant dans des dispositifs adaptés (loisirs, santé, soins et scolarité) ainsi que d'élaborer avec les parents et l'ASE, des pistes d'analyse de la situation, des axes de travail et d'amélioration.

B. L'équipe professionnelle

À chaque unité est rattachée une équipe professionnelle avec son chef de service. Dans les pouponnières, nous retrouvons des éducatrices jeunes enfants ainsi que des auxiliaires de puériculture. Dans les unités à partir de 3 ans, des éducateurs spécialisés assurent le quotidien des enfants. Ces équipes s'assurent du bien-être des enfants/ados et jouent un rôle de soutien moral et émotionnel. À chaque enfant, est attribué un éducateur référent qui se doit de rédiger son projet

individualisé. Les éducateurs référents assistent aux réunions scolaires, aux jugements et autres événements importants dans la vie de l'enfant. À chaque service, sont rattachées des « dames de maison » qui assurent le ménage et la restitution des repas. Elles peuvent également remplacer les équipes éducatives le temps d'une réunion.

Nous retrouvons également un pôle médical au sein duquel deux médecins et deux infirmières exercent. Les médecins assurent les visites médicales à l'arrivée des enfants et les orientent vers d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux, si nécessaire, et sont garants du traitement de certains. Les infirmières quant à elles, viennent administrer au quotidien les traitements et sont disponibles en cas d'incidents mineurs au sein de la structure.

Trois psychologues exercent également au sein de la structure. Elles sont rattachées à des services spécifiques : une pour les pouponnières, une pour les adolescents, une pour le centre maternel. Elles assurent des suivis individuels, mais exercent aussi un rôle médiateur entre les éducateurs et les chefs de services. Elles assistent à toutes les réunions et sont également appelées lors de certaines visites médiatisées afin d'assurer un rôle de guidance parentale.

Enfin, une seule psychomotricienne (ma maîtresse de stage que je nommerai Cécile) est employée au sein du foyer et exerce à mi-temps. Elle intervient sur avis du médecin et principalement auprès des enfants de 0 à 10 ans qui interpellent les équipes. Les patients présentent des profils variés : troubles du comportement, retard global, troubles du neurodéveloppement, déficience Intellectuelle, troubles anxieux, ... Ses prises en charge sont individuelles ou groupales, elle intervient également auprès des équipes afin d'exercer un rôle de prévention et d'aide à l'aménagement de l'espace. Elle participe aux réunions de service afin de partager des informations sur les patients suivis.

C. Le cadre des séances de psychomotricité

1. Le cadre externe

Durant mon stage, j'ai pu assister à plusieurs séances individuelles. Elles sont organisées autour d'un cadre thérapeutique. Ce cadre varie en fonction des patients, du lieu (la salle de psychomotricité, le service ou le bureau de la psychomotricienne) ainsi que de la temporalité (la date, la fréquence des séances, la durée). Les séances de psychomotricité durent entre une demi-heure et quarante-cinq minutes, elles peuvent être plus longues ou plus courtes en fonction des événements. Il est important de souligner ici que la salle de psychomotricité se situe dans le même bâtiment que le lieu de vie des enfants. Il est alors important de les différencier. En effet, chaque enfant est rattaché à un service, mais la salle de psychomotricité constitue un lieu à part entière où

l'enfant peut expérimenter et s'exprimer. Selon moi, elle fait partie intégrante du dispositif et participe à la mise en place du cadre. La salle est plutôt grande, surtout longue, assez épurée et froide. Les murs et les plafonds sont blancs. Peu de jeux ou modules sont visibles. Les éducateurs présents au sein des services nous aident, ma maîtresse de stage et moi-même, à maintenir cette temporalité et sont garants de la venue des enfants en séance. Si le cadre externe participe au fondement d'un cadre thérapeutique, celui-ci ne peut se penser qu'en terme matériel. La psychomotricienne représente la toile de fond de ce processus et en est la garante. Ainsi, pour donner au cadre sa fonction thérapeutique, le cadre interne doit être mis au travail.

2. Le cadre interne

Le cadre interne est propre au thérapeute. Il s'appuie sur ses connaissances théoriques, sur ses références, sur son expérience clinique ainsi que sur son intuition thérapeutique. En ce qui concerne ma maîtresse de stage, elle s'appuie sur ses différentes expériences professionnelles, formations et échanges avec d'autres praticiens. En ce qui me concerne, je m'appuie sur mes expériences cliniques, les échanges et observations réalisés avec mes maîtres de stages et professeurs ainsi que mes recherches théoriques. De plus, il s'appuie sur ce que je m'autorise à faire ou non, sur mes limites et sensibilités personnelles. Cette connaissance de mon propre fonctionnement me permet de garder une distance ajustée dans le soin. Mon cadre interne repose ainsi beaucoup sur mes observations et sur ce que l'on peut nommer « l'intuition clinique ». Celle-ci est donc purement subjective et personnelle. Si elle est importante à prendre en compte, il faut pouvoir ensuite la transformer et la comprendre afin qu'elle soit constructive pour le soin.

3. Mon positionnement en tant que stagiaire

Je suis présente dans l'institution à raison d'une journée hebdomadaire. Ce stage représente ma première rencontre avec la protection de l'enfance. Je me présente aux équipes comme stagiaire en troisième année de psychomotricité. Lors des réunions, au fur et à mesure de l'année, je vais pouvoir prendre la parole, afficher mon point de vue et apporter des précisions concernant les patients suivis. Je ferai également les retours de bilans en essayant d'adopter un vocabulaire à la fois professionnel et compréhensible par tous.

Durant les premières semaines, j'ai conservé une posture d'observation afin de rencontrer à mon rythme les enfants et de saisir l'enjeu de la psychomotricité dans une telle structure. Cela laisse également le temps aux enfants de me faire confiance avant de m'investir pleinement. J'ai également eu l'occasion d'aller en observation sur différents services afin de comprendre le rôle de chaque professionnel et d'observer les enfants que nous suivons sur leur lieu de vie. Cécile m'a

laissée m'autonomiser à mon rythme et m'a proposée une position de plus en plus active, jusqu'à assurer certaines prises en charge moi-même.

Pour adapter mon positionnement, je me suis beaucoup appuyé sur mes observations. Elles ont été nécessaires et importantes afin de comprendre les modes de fonctionnement de chaque enfant. Elles m'ont également permis de penser et d'investir chaque patient. Les premières interactions ont été très différentes : parfois juste un regard, d'autres fois un sourire, une sollicitation marquée ou une franche opposition. En effet, le regard de l'autre peut être difficile à supporter surtout lorsque les interactions font défauts, il est alors plus complexe de construire une relation. Certains enfants m'ont donc demandée un temps d'adaptation et d'ajustement plus long, le temps que je saisisse tout l'enjeu que ma venue a provoqué. Le passage d'une relation duelle à une relation de triade peut être complexe chez certains enfants n'ayant pas eu des relations primaires satisfaisantes.

L'arrivée d'une troisième personne en séance permet de trianguler les espaces et les échanges. La relation duelle s'efface au profit d'un espace d'échange où chacun doit trouver sa place. Elle peut ainsi mettre au travail des vécus de rejet et donc de travailler sur la sécurité interne de chacun.

Concernant le suivi avec Camil, celui-ci a débuté un peu avant mon arrivée. Lorsque Cécile me le décrit avant de le rencontrer, elle me précise qu'il est dans l'hyper-maîtrise, que c'est un enfant qui a besoin de tester les limites et qu'il a tendance à se désorganiser. Durant les premières séances, je me positionne ainsi : je peux répondre à ses sollicitations et participe aux activités mais n'effectue pas de propositions particulières. Je sers également de soutien au cadre, à la psychomotricienne (cet aspect sera développé plus tard, dans la partie théorico-clinique). Au fil de la prise en charge, ma position évolue un peu, je prends une place plus active et effectue des suggestions.

II. Présentation globale de Camil

A. Éléments d'anamnèse

Les éléments d'anamnèse qui suivent ont été recueillis dans le dossier du patient ainsi qu'auprès des professionnels l'accompagnant. Certains éléments ont été relevés lors de temps réunion. Je n'ai pu relever que très peu d'information concernant la petite enfance de Camil. De plus, aucune information n'est relevée au sujet de la grossesse et de la période néonatale.

Camil est né en juin 2017, il est le troisième d'une fratrie de quatre. Il s'inscrit dans un parcours familial difficile pourvu de violences conjugales et intrafamiliales. Son début de vie est émaillé de plusieurs placements/retours en famille d'accueil.

En 2018, suite à des violences conjugales, le couple se sépare. En décembre de la même année a lieu le premier jugement. Il donne lieu au placement des quatre enfants dès début 2019

dont celui de Camil avec sa mère et son petit frère au centre maternel du foyer. Monsieur a obtenu des droits de visites avec ses enfants : un samedi sur deux médiatisé par des TISF (Technicien d'Intervention Sociale et Familiale).

La même année, les deux parents, dans le cadre du placement, ont une expertise psychiatrique. Monsieur présenterait un état psychique compliqué avec de la paranoïa. Madame elle, ne présenterait pas de pathologie. Par la suite, elle a souhaité quitter le foyer, Camil et son petit frère ont donc été envoyés en famille d'accueil. Durant cette période, Madame se remarie.

En 2022, le Département a progressivement, demandé un retour au domicile de Madame avec une mesure judiciaire d'accompagnement par le SAFRen (Service d'Accompagnement Familial Renforcé). Ainsi, en mai 2022, Camil et son petit frère retournent vivre chez leur mère. Sa grande sœur et son grand frère les rejoignent en juillet 2022.

Néanmoins le SAFRen observe rapidement des difficultés chez Madame à prendre en charge ses enfants dans le quotidien : des violences intra-fratries, l'arrêt de suivis médicaux et paramédicaux, en effet, Camil présente un TDAH (dont je n'ai pu trouver la date de diagnostic), négligences au niveau de l'hygiène, violence et comportement inadapté de la part du nouveau conjoint de Madame envers les enfants. Ainsi, en janvier 2023, un nouveau jugement est prononcé, donnant lieu au placement de Camil et l'un de ses frères au foyer. Les deux autres sont envoyés en famille d'accueil (FA). Camil l'intègre en février 2023. Les deux parents conservent des droits de visites mais la mère ne les exerce que très peu, ses appels sont peu réguliers. Il rend visite à son père une fois tous les quinze jours, le week-end durant trois heures. Des visites fratries sont également organisées mais les relations étant conflictuelles entre les enfants, cela les rend compliquées.

A son arrivée sur le foyer, Camil était de nature plutôt discrète et demandait beaucoup de câlins, n'hésitant pas à s'agripper à l'adulte dans n'importe quelle situation. Ses entrées en lien étaient brusques, il était en grande difficulté pour entrer en relation avec ses pairs et pouvait faire preuve de violences notamment lorsqu'il se sentait rejeté. Il présentait également des difficultés d'endormissement liées à des angoisses et a eu plusieurs accidents de selle, il disait qu'il avait peur d'avoir mal.

A ce jour, Camil prend un traitement pour l'endormissement qui lui permet d'avoir des nuits de bonne qualité. Il est autonome dans les gestes de la vie quotidienne, il aime prendre soin de son apparence mais aussi de sa chambre. Il s'agit d'un garçon curieux qui apprécie de questionner l'adulte sur ce qui l'entoure.

Concernant ses relations avec ses pairs, il est maintenant bien inscrit au sein du groupe et a su trouver sa place. Il peut toutefois user de la violence lorsqu'il ne comprend pas les règles d'un jeu ou lorsqu'il est frustré. Il reste perméable à l'agitation.

Au sujet de sa scolarité, Camil est actuellement en classe de CP avec un emploi du temps aménagé. Il va à l'école en demi-journée tous les jours de la semaine et bénéficie d'une AESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap). De plus, il mange à la cantine trois fois par semaine et va au centre de loisirs le mercredi après-midi. Il apprécie ces moments et se montre volontaire dans les apprentissages. Bien que sa scolarité soit aménagée, il est au même niveau que ses camarades de classe.

Concernant ses prises en charge, Camil bénéficie d'un suivi auprès d'une infirmière spécialisée dans les troubles psychiatriques au sein d'un CMP (Centre Médico Psychologique) et ce, une fois par semaine. Un suivi médical est également assuré au sein du foyer afin de faire une mise au point régulière sur les traitements pris (Ritaline, Risperdal, Chronobiane) ainsi qu'une prise en charge en psychomotricité à raison d'une fois par semaine durant trente à quarante-cinq minutes.

B. Bilan psychomoteur

Un bilan a été indiqué par la pédiatre de la structure car Camil présente des difficultés sur le plan attentionnel, émotionnel et dans ses rapports aux adultes et aux pairs. Le bilan s'est effectué sur plusieurs séances avant mon arrivée. La psychomotricienne a fait passer le MABC-2, le BHK, le dessin du bonhomme, le SANTUCCI ainsi que le STAMBACK. Je ne présenterai ici que les principaux éléments à retenir de son bilan.

Tout au long du bilan, Camil fait preuve d'une grande curiosité et d'un intérêt fort pour la nouveauté. Au premier abord, il apparaît comme un enfant confiant et très enjoué. Il se sent valorisé par la proposition d'un temps individuel. Il possède de bonnes compétences de logiques et de réflexion. Néanmoins, au fur et à mesure du bilan, il semble manquer de confiance en lui et a souvent besoin de se rassurer. Il dit alors de nombreuses affirmations comme pour se conforter dans ce qu'il fait. Lorsqu'il se sent insécurisé, il devient agressif et opposant en tentant de frapper ou de pousser la psychomotricienne.

Durant la passation, les troubles du comportement ainsi que sa labilité émotionnelle ressortent. Camil est souvent agité et a besoin d'être en mouvement. Il saute, crie et se précipite dans ses explorations. Il manifeste également une forte impulsivité qui se traduit par des moments de décharges motrices et verbales. Il a tendance à se mettre en danger et à tester les limites imposées par l'adulte. Lorsqu'il se sent en échec, Camil peut se mettre en colère et souhaiter stopper les épreuves. Il est également en difficulté sur les activités de manipulation et de coordination de gestes fins ainsi qu'au niveau des dissociations digitales. La régulation tonico-émotionnelle reste fragile. A l'examen du tonus, Camil présente une hypertonicité de fond au niveau des ceintures scapulaires et pelviennes. Une hypertonie d'action est aussi retrouvée dans certaines situations

d'exploration. La régulation tonico-posturale est variable en fonction de sa disponibilité émotionnelle. Les difficultés relevées lors de ce bilan peuvent être mises en lien avec son TDAH.

Le projet en psychomotricité s'axe sur un travail autour de la conscience du corps et de la régulation du tonus, favoriser les capacités d'autonomie et d'organisation et la régulation des émotions.

C. Première rencontre avec Camil

Je rencontre Camil lors de mon deuxième jour de stage. Cécile me fait rapidement état de sa situation et de ses impressions. Elle me le décrit comme un petit garçon présentant des troubles du comportement et qui est indiqué pour intégrer un ITEP (Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique). Il a pu, dans le milieu scolaire et à plusieurs reprises mettre à mal le déroulé des activités : agressivité envers ses camarades, jets d'objets et de chaise au travers de la classe. Rapidement, une image d'enfant agressif me vient en tête, j'en oublie son âge et imagine un garçon robuste, au visage sombre et en permanence dans la confrontation. Un sentiment d'inquiétude s'empare de moi, arriverons-nous à nous rencontrer ? Dans quel état est-il aujourd'hui ? Je sens ma tonicité augmenter, je ne suis plus très à l'aise à l'idée de le rencontrer. Avant d'arriver au service, je demande à Cécile quelle place adopter. Elle me dit que je peux participer, qu'elle souhaite m'inclure dans les jeux, mais qu'il vaut mieux que je ne fasse pas de propositions.

Nous traversons les couloirs et arrivons à son service. Camil est positionné près du bureau des éducateurs semblant ainsi nous attendre. Je découvre alors un garçon de taille moyenne à l'allure frêle, presque fragile, une peau mate, mais un teint pâle. Je peux apercevoir la couleur de certaines veines sur son visage de forme ovale. Il a les traits fins, ses yeux marrons, presque noirs, sont grands et expressifs. Ses cheveux sont bruns, courts et taillés. Il est vêtu d'un jogging et d'un pull, tenue qu'il portera à chaque fois que je le rencontre. Il me regarde d'un air interrogateur, sans un sourire. Cécile s'adresse alors à lui : « *Bonjour Camil, on vient te chercher pour ta séance, tu te rappelles, aujourd'hui, on est avec Morgane. D'ailleurs, Morgane, elle va rester pendant un moment avec nous, elle sera là chaque mardi.* » Je me mets alors à sa hauteur et me présente : « *Bonjour Camil, moi c'est Morgane et si tu es d'accord, je vais venir avec Cécile et toi en séance, pour voir comment ça se passe et comprendre ce que tu fais.* ». Camil baisse la tête, redresse les yeux vers moi et me répond d'une voix franche : « *Bonjour* ». Il est prêt à venir en séance, Cécile lui rappelle alors la règle « *Tu te souviens de ce qu'on s'est dit, tu as le droit de courir, mais je dois toujours te voir, tu peux aller jusqu'à l'angle du couloir puis nous attendre* ».

Ni une ni deux, en chaussettes, il se met à courir dans le couloir. Je me dis alors que la séance risque d'être sportive et m'interroge sur les moyens que va mettre en place la psychomotricienne

afin de poser un cadre. Camil respecte néanmoins la règle et nous attend à chaque changement dans les couloirs. Il entre dans la salle et se dirige spontanément vers le bureau où est posé son dossier patient. Le rituel est le suivant : Camil et Cécile écrivent la date ensemble, puis il faut faire le choix des activités du jour. Cécile lui demande ce qu'il souhaite faire, Camil répond : « *je sais pas moi* », elle lui propose alors d'effectuer un parcours. Il est d'accord, à condition que ce soit lui qui le construise. Cécile lui fait alors passer différents éléments, Camil les prend, les dispose à sa guise tout en étant dans une agitation constante. Je suis impressionnée par ce corps frêle qui s'agite dans tous les sens. C'est difficile de le suivre, le discours de Camil est logorrhéique. J'ai la sensation qu'il ne met pas réellement de sens sur ce qu'il fait. Pris dans l'agitation, ses gestes et ses déplacements ne sont pas précis, son corps se désorganise et semble le lâcher à certains moments. J'ai le sentiment que son corps ne parvient pas à suivre le rythme de ses pensées.

Tout au long de cette première rencontre, l'agitation motrice de Camil se manifeste par des déambulations, des sauts et une logorrhée est très présente. Camil présente également une grande volonté de maîtrise, il veut tout faire et refuse de l'aide, un jeu peut avoir lieu seulement si c'est lui qui le décide. Les règles sont détournées et ajustées à ses envies. Face à ses nombreux refus, Cécile lui propose de regarder sur une partie du placard si un jeu l'intéresse. Camil décide alors de prendre la mallette de docteur et d'y jouer.

Cécile la lui donne puis joue une personne blessée. Quant à Camil, il jouera le docteur et moi, je serai son assistante. Il souhaite utiliser tous les objets. Il se met à faire semblant de soigner Cécile mais, à distance. Il ne s'engage pas corporellement dans le jeu. Je m'interroge : sur ses limites personnelles, est-il coûteux pour lui d'être près d'un adulte ? Il semble refuser tout contact et se tient en permanence à distance. Sa respiration est bloquée, ses épaules hautes, tout son haut du corps est dans une tonicité élevée. Contrairement à son bas du corps qui lui me semble léger, touchant à peine le sol. Camil est surprenant, s'il s'agite dans tous les sens, ses pas ne résonnent que très peu sur le sol.

Lors de ce même jeu, Camil décide de tuer Cécile à plusieurs reprises. Cette action m'interroge. Pourquoi répéter le meurtre de Cécile ? Essaie-t-il de nous faire entendre quelque chose ? Est-ce ma présence qui le gêne et, dans ce cas-là, est-ce un moyen de montrer à Cécile qu'il est en colère contre elle ? Tente-t-il de réparer quelque chose de douloureux ? Entre chaque meurtre, Camil fait revivre Cécile. Peut-être est-il en pleine interrogation au sujet de la mort et qu'il souhaite « jouer avec concept » ? Je n'arrive pas vraiment à trouver de réponse à ses questions. Ce moment m'apparaît tout de même violent et m'est désagréable à observer.

La séance prend fin, j'ai alors l'impression qu'elle n'a été que négociation sur négociation, qu'il faut lutter pour obtenir un plaisir partagé. Je me demande alors comment entrer en lien de manière

sereine avec Camil ? Par quel bord l'accrocher pour ne pas susciter de l'opposition ? Je finis par me dire qu'après tout, Camil et moi ne nous connaissons pas et qu'il est normal que les débuts puissent être difficiles, nous devons apprendre à nous connaître. De plus, Camil doit faire face à une nouvelle forme de sa relation avec Cécile, elle n'est plus uniquement duelle et s'inscrit à présent dans une triangulation.

Durant cette première rencontre, j'observe ainsi chez Camil une forme d'insécurité caractérisée par son incapacité à accéder à une position passive, l'utilisation privilégiée de la motricité dans sa fonction de décharge, une irritabilité permanente soutenue par une hypertonicité de fond. Ces éléments cliniques me paraissent témoigner de la faille de son système de pare-excitation, il ne parvient pas à traiter et à transformer l'ensemble des excitations, internes comme externes.

À la suite de cette première rencontre, je me sens désorientée. Je fais l'expérience du flou, du désordre. J'ai la désagréable sensation que Camil m'a emmenée avec lui dans sa désorganisation. J'ai la tête pleine, mes notes de séance sont incomplètes.

III. Evolution au fil des séances

A. S'opposer, se rencontrer ou l'expression d'une sécurité interne fragilisée

Tout d'abord, j'ai pu observer lors des premières séances une forte impulsivité se caractérisant par le fait de toucher le moindre objet dans la salle, de couper la parole, d'avoir des gestes brusques envers l'adulte. Camil peut parfois tenter de nous pousser, nous repousser. L'agitation et l'impulsivité semblent se renforcer lorsque Camil a eu des journées chargées. En effet, les fois où nous l'avons vu après son rendez-vous au CMP, Camil me donnait l'impression d'avoir atteint ses limites au niveau attentionnel et sensoriel. Il ne semblait plus en mesure de pouvoir écouter une consigne et ne respectant d'ailleurs plus la règle imposée du couloir. C'est comme s'il s'était contenu tout au long de la journée pour ne pas s'agiter et que le fait de lui demander à nouveau un effort pour venir en séance, était trop coûteux. Il faut alors que l'agitation surgisse, qu'elle fasse effet de décharge motrice. Souvent, Camil l'exprime de lui-même : « *Je suis super excité* » et se met alors à courir dans les couloirs.

Lorsqu'il court, il bloque sa respiration et sa cage thoracique est gonflée, sa tonicité est élevée, ses jambes ne semblent plus le porter. Sa course est peu audible, le bas de son corps semble désinvesti. Une fois dans la salle, il monte sur le banc, essaie d'ouvrir les fenêtres, court et grimpe à l'espallier, semblant vouloir ainsi tester les limites de l'espace et celles de son propre corps. Alors, Cécile le reprend en lui expliquant qu'il ne peut pas faire tout ce qu'il veut, que nous comprenons

qu'il soit agité mais qu'il y a tout de même des règles à respecter. Cela est difficilement entendable pour Camil et nos propositions essuient refus sur refus.

Ainsi, les premières séances sont marquées par le fait que Camil joue avec le cadre et ses limites. Il semble chercher sa place, nous tester afin de voir si nous tenons face à son opposition. Cependant, celle-ci semble refléter un vécu de fragilité, une défaillance dans la construction de ses enveloppes psycho-corporelles que je vais développer dans la partie suivante.

1.La cabane, ou le reflet d'une défaillance des enveloppes psychocorporelles

Nous retrouvons Camil pour la 3^{ème} séance en ma présence. Comme à notre habitude, nous allons le chercher dans son service. Lorsqu'il nous voit arriver, Camil est enjoué, il sourit et est prêt à venir « jouer » comme il peut l'exprimer parfois. L'étape du couloir s'effectue plus ou moins dans le respect de la règle : il nous attend à certains angles mais termine le trajet en courant. Après que le rituel de début de séance ait été fait, nous proposons à Camil un jeu de construction de cabane. Il souhaite que nous la construisions tous les 3. Cependant, celle-ci est laborieuse, Camil est éparpillé, il ne pense pas à mettre de murs, il n'y a pas d'ordre logique. Cela m'interroge alors fortement sur l'image qu'il peut avoir de lui-même et sur ses ressources internes. En effet, la construction de cabane peut nous donner, à nous thérapeute, des informations sur les capacités d'organisation de l'espace, de sa gestuelle et des objets qui l'entourent. Cela nous permet d'émettre une première hypothèse sur la manière dont il se représente lui-même, sur la manière dont il s'est construit. Elle apparaît comme une projection de soi, de son intérieur. Elle nous permet donc d'avoir accès à ce que l'enfant connaît de sa propre enveloppe ainsi qu'à la manière dont il la vit. Car comme Philippe Gutton l'explique : « *l'objet construit symbolise le corps du sujet ; le face à face avec la construction est de l'ordre du miroir, rendant une image globale du corps de l'enfant* » (cité dans Miglioranza, 2006, p.106), la cabane permet de faire un état des lieux de la façon dont l'enfant a construit son enveloppe psycho-corporelle.

Ici, rien ne tient, les modules s'effondrent. Il me montre à la fois l'envie et le désir de faire et à la fois l'impossibilité de créer. Nous tentons d'accueillir son excitation et sa demande en verbalisant et en tentant de faire tenir la cabane (peut-être que cela vient aussi refléter notre besoin de solidité ?). En paradoxe avec ses paroles, Camil supporte difficilement l'aide. Il est uniquement dans l'action, à construire puis déconstruire, il ne se pose pas à l'intérieur. Il est en permanence à l'extérieur de la cabane, debout, dans le mouvement, exprimant son besoin de tonicité. Il me semble alors que l'enveloppe tonique et motrice faite de mouvements incessants qu'il s'est constituée lui sert probablement de système de défense pour ne plus sentir la douleur des tensions associées à son vécu de maltraitance. Néanmoins, par cette activité de construction/ déconstruction, Camil fait

l'expérience que ce qui est détruit peut à nouveau exister, qu'il est possible de recoller les morceaux pour reconstruire une enveloppe plus solide

Après de nombreuses négociations et plusieurs essais, la cabane finit par tenir. Camil souhaite à présent la remplir. Nous devons l'arrêter avant qu'il ne vide les placards. Je vois le remplissage de la cabane comme le besoin de représentation d'un contenant solide permettant d'avoir des contenus. Il s'agit de sa cabane, alors peut-être que l'idée de devoir rester seul dans cet espace fermé lui semble vide d'où ce besoin de remplir ?

Cécile lui autorise trois objets, là encore, Camil exprime sa frustration : « *Mais ce n'est pas assez, moi je veux tout* ». Finalement, il s'enferme à l'intérieur et crie « *Je ne vous aime pas, je vous déteste* ». Pense-t-il que nous sommes contre lui ? Sa colère est-elle dirigée contre nous ou exprime-t-il ici un mal être plus profond ? J'ai la désagréable sensation d'être en trop, comme si Camil n'était finalement pas prêt à m'accueillir en séance. En effet, lui qui est un petit garçon plutôt en recherche de relation duelle avec l'adulte, ma présence amène une autre dynamique. Cette triangulation ouvre un nouvel espace et permet l'émergence de nouveautés dans les séances et implique une altérité qui peut le fragiliser. En appui sur l'étayage psychique et corporel que nous lui apportons, de nouvelles explorations sont possibles et elles peuvent se traduire par le fait d'exprimer de l'agressivité. Winnicott, nous explique que l'agressivité fait partie intégrante du développement de l'individu et que, selon lui, l'expérience simultanée de l'amour et de la haine implique la réussite de l'ambivalence, de la différenciation. Elle est donc une manière de s'affirmer face au monde et donc d'entrer en relation. Néanmoins, avant de penser cela comme un mode relationnel, il m'a été difficile de faire face à autant d'opposition et cela m'a beaucoup questionné sur ma place lors des séances.

2.L'agressivité comme moyen d'expression et d'entrée en relation

Comme expliqué plus haut, il m'est difficile dans les premiers temps de faire face à autant d'agressivité et d'opposition. Cela me renvoie à un sentiment d'échec et surtout au sentiment que cela est trop dur pour Camil. En effet, si l'on se remémore son histoire de vie, celle-ci n'est constituée que de ruptures. Il lui faut du temps pour établir une relation de confiance avec l'adulte. Comment peut-il être sûr, que notre relation ne sera pas entremêlée de ruptures et de discontinuités ? Ainsi, via son agressivité Camil vient tester nos limites personnelles mais également celles du cadre des séances.

Lors de la quatrième séance, Camil est particulièrement agressif, il vient vers nous pour nous pousser à plusieurs reprises, se met en danger en montant tout en haut de l'espalier, jette des quilles dans toute la salle. Positionné en haut de l'espalier, une quille à la main, Camil me regarde d'un regard noir. Pour la première fois, j'ai peur d'un enfant et me dis que je peux me faire frapper à tout

moment. Je soutiens son regard, comme si je voulais lui prouver qu'il ne m'atteindra pas. Je décide alors de surjouer « *Mais moi aussi je suis énervée, j'en ai marre* » et je lance une quille contre le mur. Camil rigole et fait alors de même. Ouf. La séance est particulièrement difficile et à plusieurs reprises, Cécile hausse le ton et rappelle les règles. Pour revenir à ce que disait Winnicott, pour que le jeu et la créativité émergent, l'enfant « *a besoin d'être conscient d'un cadre* ». Ainsi, peut-être vient-il ici en tester les limites ? Y a-t-il eu des facteurs déclencheurs que nous n'avons pas observés ? Car en effet, l'agression est un comportement induit par l'association de facteurs endogènes et de facteurs exogènes. Les facteurs exogènes correspondent au vécu de frustration, de privation de mouvement, les interdictions, l'hyperstimulation, les excitations trop fortes... Peut-être Camil a-t-il été contraint ? A dû faire face à plusieurs frustrations au cours de sa journée ?

A ces facteurs exogènes, se couplent donc les facteurs endogènes. Parmi eux, nous retrouvons certaines zones cérébrales, notamment l'amygdale, l'hippocampe et l'hypothalamus, impliquées dans les comportements agressifs. Le cortex cérébral va activer ou inhiber ces régions par le biais des fonctions exécutives. Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, ces fonctions peuvent être mises à mal dans les troubles des conduites pour les enfants TDAH.

Ainsi, notre rôle va être celui de pare-exciteur, de tenter de réguler ce « trop plein », de mettre en mot, de transformer ce vécu. Cécile tente donc de comprendre ce qu'il se passe et questionne Camil sur son état mais il n'en dit rien. Je me demande ce qu'il comprend des émotions qui le traversent. Par son agressivité, Camil semble mettre à distance la relation, tant du point de vue physique qu'émotionnel. Mais comment comprendre ce qui nous traverse lorsque les relations primaires ont été déficitaires ? Comment mettre des mots sur les pulsions et excitations envahissantes lorsque personne ne nous a appris à les transformer ? Finalement, Camil tente-t-il de maîtriser son environnement via son agressivité car personne ne l'a aidé à se maîtriser soi ?

De manière générale, la mise en mot de ses vécus est particulièrement difficile. Il nous arrive de lui demander comment s'est passée sa journée. Dans ces moments, son attention semble être labile et son temps de réponse étonnamment long. Son regard peut me paraître vide, me laissant penser qu'il lui faut un certain temps avant de traiter l'information. Lorsqu'il réfléchit, Camil marmonne quelques mots difficilement compréhensibles et parfois peu audibles. Finalement, ses réponses sont toujours détournées et il n'en dit rien ou qu'il ne sait plus ce qu'il a fait. Au départ, je m'interrogeais sur un défaut de compréhension mais Camil est tout à fait capable de nous dire ce qu'il a préféré faire durant la séance et l'accès à la symbolisation est possible. C'est donc bien la mise en mot de ses vécus, de ses émotions qui semble être difficile. Cela rejoint l'idée du paragraphe précédent, comment comprendre les émotions qui nous traversent et surtout, comment les mettre en mots lorsque personne n'a su les nommer pour nous dans nos relations primaires ? L'agitation et

l'agressivité semblent donc être le moyen privilégié de Camil pour tenter de nous exprimer ce qu'il se passe à l'intérieur de lui.

Certaines de mes questions vont obtenir des réponses lors d'une réunion de service. C'est d'ailleurs à partir de ce jour que la prise en charge a pris un autre tournant.

B. Vers une compréhension de Camil et une construction commune du soin

Le cinquième mardi, nous assistons à la réunion de service où se trouve Camil. L'équipe s'inquiète à son sujet. Selon eux, il ne va pas bien. Ils font alors le lien avec un récent appel entre Camil et sa mère. Camil aurait pleuré, exprimé à sa mère le fait de se sentir abandonné et reproché de garder sa demi-sœur auprès d'elle. En effet, Madame a depuis peu accouché d'une petite fille issue d'une nouvelle union. A la suite de cet appel, Camil se montre violent envers les éducateurs, il les frappe jusqu'à s'effondrer en pleur. Camil semble montrer ici toute sa fragilité interne et sa colère face à l'injustice qu'il semble vivre. Ce coup de téléphone paraît avoir été particulièrement douloureux. Dans le cas de Camil et pour ceux similaires, je me questionne alors sur la nécessité de préserver les liens entre les parents et les enfants lorsque ceux-ci sont placés sur décision judiciaire ? En effet, les visites médiatisées ou les appels montrent parfois des effets désorganisant chez les enfants : apparition de symptômes dépressifs, troubles du comportement... Et dans la situation de Camil, l'infirmière qui le suit parle de « décompensation psychique. ». En effet, elle suppose que Camil est un enfant dépressif et qu'il serait à la limite de la psychose infantile. Selon elle, cette décompensation psychique serait le reflet de la rupture de l'équilibre psychologique de Camil et marquée par la présence d'un excès de tensions qu'il ne peut plus gérer par ses moyens habituels. L'équipe éducative nous rapporte également des comportements agressifs envers certains autres enfants du service. La veille, il s'en serait pris à un livre très important aux yeux d'un autre enfant et l'aurait détruit.

De plus, Camil se met régulièrement en danger : il court sur la route, s'arrête en plein milieu et se met à danser afin de provoquer les voitures. Il tente également à plusieurs reprises de s'échapper de la camionnette alors qu'ils sont en train de rouler. Si cela peut apparaître comme de l'opposition, Camil semble ici exprimer un véritable mal être. Le chef de service (Eric) nous rapporte alors son entrevue avec lui dans son bureau. Camil aurait verbalisé le fait de vouloir mourir, de ne plus vouloir être au foyer et de vouloir tuer ses parents ainsi que les enfants du service qu'il considère comme « plus faibles » que lui. Lorsqu'Eric tente de mettre des mots sur les émotions de Camil, celui-ci s'emporte, le frappe, lui arrache ses lunettes et finit par s'effondrer sous les effets de la contention physique. Ces informations me touchent, je m'inquiète à mon tour pour Camil et me demande

comment pouvons-nous ramener du plaisir dans les séances, comment lui offrir un espace dans lequel il se sent bien ?

Suite à cette réunion, avec Cécile, nous décidons de revoir les objectifs de séance. En effet, au vu de l'état émotionnel de Camil, il vaut mieux ne pas avoir trop d'attente en ce qui concerne les séances. Nous souhaitons lui montrer que nous ne sommes pas là pour le contraindre à quelque chose mais pour l'accueillir tel qu'il est. Nous décidons de ne pas préparer de séance, de faire à partir de ce qu'il amènera, de ses envies afin de lui offrir un espace où il puisse s'exprimer et faire une activité qui lui fasse plaisir. Finalement l'idée est ici de pouvoir co-construire le soin en émettant l'hypothèse que Camil amènera de lui-même ce qu'il doit travailler. Au-delà du plaisir, la prise en charge doit également permettre de venir travailler ce qui fait défaut et, comme l'adulte nous l'amènerait de lui-même, un petit garçon de six ans en est tout à fait capable aussi, de manière moins consciente cependant.

Cette réunion et la discussion avec Cécile qui en a découlé, semblent avoir marqué un tournant dans la prise en charge de Camil et dans la triade de notre relation. S'en sont alors suivies plusieurs séances autour du jeu de cache-cache que je vais développer dans la partie suivante.

IV. Et si on jouait à cache-cache ? (De décembre à mars)

A la suite de la réunion exposée plus haut, Cécile décide qu'elle ira chercher seule Camil au service afin de déterminer sa disponibilité psychique et émotionnelle et si une séance à trois est toujours possible. Nous émettons, Cécile et moi, l'hypothèse que la triade formée ferait revivre à Camil des enjeux relationnels trop importants et qu'il aurait alors besoin de s'installer dans une relation duelle plus stable. Lorsque Cécile part, je ne peux m'empêcher de penser qu'il ne souhaitera pas venir en séance. A mon grand étonnement, quelques minutes plus tard, j'entends sa voix dans les couloirs. Il marche calmement, ses bras sont relâchés, sa tête est baissée. Il semble presque triste, absent. Sa colère est-elle retombée ? Les discussions avec les éducateurs ont t'elles eues un effet apaisant sur Camil ?

Nous lui disons qu'aujourd'hui, nous n'avons pas prévu de jeux, que nous souhaitons faire quelque chose qui lui plaise. Camil propose alors un jeu de colin-maillard qui se révèle être un jeu de cache-cache dans le noir. Durant cette séance, les tours s'alternent, chacun expérimente le rôle de compter et de chercher et celui d'être caché. Cécile et moi faisons en sorte de ne pas trouver Camil en premier afin de le laisser gagner. Au vu de ce qu'il traverse, nous avons l'impression qu'il est

important à ce moment-là, qu'il puisse se sentir valoriser afin que son vécu de rejet puisse se transformer en quelque chose de plus agréable. Je suppose ici que nos actions ont un effet de soutien à son narcissisme. Nous exagérons nos paroles, théâtralisons nos propos : « *Camil tu es trop fort, tu es trop rapide pour nous* ». Nous mettons du temps avant de le trouver, accentuant ainsi ses capacités à pouvoir se cacher. Lorsque c'est autour de Camil de nous trouver, la partie est de courte durée. Il n'y a pas d'attente, pas de surprise, Camil nous touche très rapidement. Est-il réellement en train de jouer ?

Son toucher est superficiel, Camil n'entre que très peu en contact, sa tonicité est élevée. Est-ce lié à l'excitation du jeu ou est-ce le contact avec autrui qui le dérange ? Nous poursuivons la séance ainsi, alternant nos rôles. A la fin, je me sens soulagée et ait l'impression que, d'une certaine manière, ce jeu de cache-cache a permis de faire émerger un lien, un début d'alliance thérapeutique. Être dans le noir, ne pas être perçu par l'autre semble impliquer moins de réciprocité et d'enjeux dans la relation. D'un certain point de vue, il me semble que cela permet à Camil de se différencier et de différencier les notions de corps perçu et de corps percevant. Il expérimente ici le corps en relation sans pour autant être sous le regard de l'autre et cela semble plus acceptable.

A. Maîtriser l'autre pour se maîtriser soi

Nous jouerons au cache-cache dans le noir durant plusieurs séances. Enfin pour être précise, il s'agit d'un mélange entre un cache-cache et un trappe-trap dans le noir. En effet, Cécile a ajouté la règle suivante : si l'une des personnes cachées touche la porte avant de se faire trouver, c'est gagné. Devenues presque un rituel, Camil ne souhaite faire que ça durant plusieurs séances. Globalement, elles s'organisent de la manière suivante : rappel des règles et des interdits : on ne monte pas en haut de l'espallier ni sur les tables puis, établissement de l'ordre de passage pour compter puis Camil ferme les volets et je commence à compter. L'ordre est alors toujours le même pour compter, je commence, Cécile suit puis c'est au tour de Camil. J'observe ici que Camil tente de maîtriser la situation, la relation, c'est toujours lui qui choisit l'ordre et si nous tentons d'y déroger, il nous reprend « *Non, c'est moi qui choisis* ». En plus de maîtriser les passages, Camil souhaite décider du moment où l'on pourra débiter le compte. Si je démarre avant son signal, il s'exclame : « *Non je suis pas prêt, attends c'est moi qui te dis* ». Camil me donne ici l'impression de vouloir contrôler son environnement afin d'essayer de se contrôler lui-même. Lorsque je compte, je suis positionnée dans l'angle entre la porte et le placard. J'ai alors la sensation que Camil m'immobilise dans ce coin, lui laissant alors le temps de trouver sa meilleure cachette. Dans ces moments, je ne sais jamais trop comment agir, comment trouver la limite entre le laisser diriger, exercer son besoin de maîtrise et lui

faire entendre qu'il ne peut pas tout contrôler ? Comment parvenir à s'imposer face à cet enfant qui semble toujours être dans l'opposition, le refus ?

Au niveau contre transférentiel, je me sens un peu effacée, j'ai du mal à trouver ma place et à émettre des propositions. J'ai peu d'idées pour étayer Camil, poser un cadre, mon propre cadre, peut-être parce qu'il vient faire émerger en moi certaines faiblesses ou bien parce qu'il me fait sentir l'ambivalence de la relation ? A ce moment-là, je n'ai pas le sentiment de m'être appropriée un rôle différencié, je m'appuis beaucoup sur le positionnement et les propositions de Cécile.

C'est avec ce sentiment que, lors d'une autre partie de cache-cache, je décide de ne pas laisser gagner Camil. Peut-être ai-je eu à ce moment-là, le besoin de montrer à Camil, Cécile et encore plus à moi-même que je pouvais m'affirmer et défier la routine mise en place. Je me mets donc à compter. A la fin, arrivée à vingt, je m'exprime : « *caché ou pas caché, j'arrive, je vais vous trouver* ». Au départ, je fais semblant de ne pas les voir afin de ne pas terminer la partie trop vite. Puis Camil, comme à son habitude, commence à se déplacer dans la salle, me frôlant sans presque un bruit. C'est alors que, lorsqu'il me passe à côté une seconde fois, je décide de le toucher et lui dis alors : « *Camil, je t'ai trouvé* ». Camil se met à crier « *Non, c'est pas vrai, t'as triché* », il tente de me pousser et répète que c'est injuste que je ne sais pas jouer. La frustration semble importante et difficilement acceptable. Je tente alors de lui remémorer la règle et lui dit que, lorsque lui nous touche, nous acceptons d'avoir été trouvées. Je lui explique également qu'il a le droit d'être en colère mais qu'il ne doit pas me faire mal. Mais Camil continue de s'emporter et crie. Je m'interroge, était-il trop tôt pour tenter ? Ou bien au contraire, peut-il être intéressant de travailler cette intolérance à l'échec ? J'ai tout de même la sensation d'avoir commis une erreur qui a provoqué de fortes émotions désagréables chez Camil. Finalement, Cécile lui propose de recommencer la partie et que celle-ci ne compte pas. Camil s'apaise et me dit « *cette fois-ci tu ne me trouves pas* ». Je comprends alors que ce qui amuse Camil est de me voir faire semblant de ne pas le trouver, de surjouer la surprise et l'étonnement. Peut-être n'est-il pas encore suffisamment sûr pour accepter de perdre ? Pas suffisamment en confiance dans la relation ? Ainsi quelques séances s'en suivent sans possibilité de gagner avant Camil et sans pouvoir modifier une seule règle. Lors de ces jeux, Camil semble être dans la négociation avec moi, dans le test de mes propres limites. En effet, cet effet de maîtrise de l'autre apparaît moins lorsque c'est Cécile qui compte. Il ne tente pas de négocier les temps de compte. Il semble ainsi avoir assimilé le cadre de Cécile. Finalement, avec moi, il vient négocier la réalité, tester les limites sans se mettre en danger puisque la relation avec Cécile n'est pas impliquée. En faisant cela, Camil m'invite, d'une certaine manière, à réfléchir sur mes propres limites personnelles et à la manière dont je souhaite les lui faire entendre.

Finalement, je parviens au fur et à mesure à diminuer cette sensation d'être maîtrisée. Si les rituels de tours ne changent pas, je parviens néanmoins à faire accepter à Camil que, lorsque c'est moi qui compte, c'est moi qui décide du moment où je commence et du moment où je termine. En plus de cette mise en place de mon propre cadre qui, j'en émets l'hypothèse, devient rassurant pour Camil, j'observe au fur et à mesure de ces jeux, qu'un lien corporel commence à émerger. En effet, les contacts sont de plus en plus nombreux et je perçois que Camil en a besoin car il vient les chercher de lui-même.

E. Le contact physique ou l'émergence d'une relation

Si durant les premières séances Camil n'était pas réellement dans le jeu, au fur et à mesure, il commence à faire semblant de ne pas nous trouver. De plus, lorsque c'est au tour de Cécile de nous chercher, Camil peut venir se coller à moi et me dire « *on reste caché ensemble* ». Pendant quelques minutes nous sommes alors très proches, et à ce moment-là, j'ai été rappelée par la pensée que, quelques mois plus tôt cela n'aurait probablement pas été possible. C'est comme si quelque chose était en train de s'assembler, de se rassembler. A cet instant, j'ai la sensation que Camil n'est plus dans cette mise à distance physique de la relation. J'ai enfin l'impression qu'une relation s'installe, que Camil m'accepte.

Dans un premier temps, Camil vient coller son épaule contre la mienne, nous sommes à côté, nous patientons. J'ai alors la sensation que cette proximité physique lui permet de mieux supporter les temps d'attente, qu'elle permet d'atténuer l'excitation. En effet, il est en mesure de se poser. J'entends une respiration calme et non plus accélérée, essoufflée. Néanmoins, ces moments sont de courtes durées, l'envie de se mouvoir reprend vite le dessus. Cependant, lorsqu'il se déplace Camil est à peine audible. Son discours logorrhéique des premières séances a disparu. Ses pas sont légers, fluide, il ne cherche plus à monter sur les meubles ou à l'espalier. Il effectue des allers-retours vers moi pour me dire de faire attention, de ne pas me faire attraper. Se soucie-t-il réellement de moi ? Ou souhaite-t-il que la partie dure plus longtemps ? Le fait de savoir que je n'ai pas non plus été trouvée l'aide-t-il à se maintenir dans le jeu ? Ce questionnement vient se renforcer car lorsque Cécile me trouve, Camil se fait de nouveau entendre. Il rigole, sa course est bruyante, il s'agite. L'attente est de moins en moins supportable, Camil se dirige alors vers la porte pour toquer ou plutôt frapper dessus pour signifier qu'il a gagné. Il allume la lumière et s'écrie « *J'ai gagné !* ». S'en suit alors un discours peu compréhensible où il nous explique comment il est parvenu à gagner. Parfois, il se laisse aller à son imagination et nous dit qu'il s'est mis à voler au travers de la salle. D'autre fois, son discours est plus clair et plus cohérent.

Au fil des séances, la proximité physique est de plus en plus importante. Lorsque je trouve ma cachette, Camil peut me prendre la main voire me faire un câlin. Ces instants durent de plus en plus longtemps et me semblent nécessaires pour que Camil puisse s'apaiser. Lors d'une séance, alors que je suis cachée sous un drap, Camil vient se cacher dessous avec moi en me disant « *C'est Camil, pas Cécile, ne t'inquiète pas* ». Cherche-t-il maintenant à me protéger ? A cet instant, j'ai l'impression de vivre un moment privilégié avec lui. Le noir et le drap ainsi positionné sur nous, permet l'émergence d'un dialogue tonico-émotionnel plus ajusté. C'est comme si nous étions hors du temps, hors de la salle, nous ne sommes que tous les deux et personne ne nous voit. Semblable à une enveloppe externe, ce drap vient nous entourer, délimiter un espace, des limites corporelles et permet d'assurer, en plus de ma présence, une fonction de contenance, une contenance de la pensée mais aussi du mouvement, Camil est ainsi confortablement installé dans la relation.

De plus, j'observe au fur et à mesure que Camil peut jouer de l'attente qu'entraîne le fait d'être caché. Il nous imite en faisant semblant de soulever des cachettes et se dirige à l'opposé de l'endroit où nous sommes même s'il sait où nous sommes cachées. Il s'amuse à traverser la salle en verbalisant : « *Ah, peut être que Morgane est dans le tunnel ? Ah non, alors, à côté du tableau ?* ». Il passe alors très près de moi et fait semblant de ne pas me voir, peut me toucher et dire « *C'est bizarre ce truc, non c'est pas Morgane.* ». De la même manière, lorsque c'est à son tour de se cacher, accompagné de Cécile ou moi, Camil est moins dans la précipitation. Il verbalise le fait d'avoir besoin de temps pour trouver une bonne cachette et nous demande de compter longuement. Je l'entends alors se déplacer dans l'entièreté de la salle, bouger des modules, soulever le tapis, le tunnel. Il bouge et change de place le matériel pour me laisser penser qu'il se trouve à tel ou tel endroit. Ici, Camil expérimente le fait d'émettre ses propres croyances sur moi ce qui marque sa capacité à se différencier mais aussi à s'identifier à l'autre. De plus, il expérimente la surprise et le fait de surprendre l'autre. Ces temps d'attente représentent des moments suspendus où l'on se sent attendu, désiré par l'autre, cela permet de renforcer le lien. Ainsi, au fur et à mesure, j'ai la sensation de devenir une véritable partenaire de jeu où chacun prend sa place et possède un rôle déterminé.

Si ces jeux de cache-cache ont été nécessaires pour créer un lien sécurisé entre Camil, Cécile et moi, il nous paraît important de commencer à se diriger vers d'autres jeux. En effet, si la répétition a eu son effet dans l'apaisement corporel et psychique de Camil, nous ne voulions pas que cela devienne une habitude de laquelle nous ne parvenons pas à nous détacher.

V. Vers une expérience partagée autre

Depuis peu, Camil accepte de faire autre chose que le cache-cache dans le noir. Nous avons pu lui proposer de faire des jeux de dessins et de mimes. A chaque fois, nous instaurons la règle de

chacun son tour. Camil peut rester concentré et se poser sur le tapis. Les temps de décharge motrice au travers de la pièce ont presque disparu. Une des choses qui me montrent que Camil m'a désormais investie est que, après un jeu de dessin, Camil a souhaité que chacun puisse repartir avec le sien. Il en a alors donné un à Cécile, un à moi et a choisi le sien et nous a dit « *Comme ça, vous pourrez l'accrocher dans votre chambre* ». J'ai ici le sentiment que Camil souhaite laisser sa trace, tant bien sur la feuille qu'auprès de nous. Il insiste même en fin de séance : « *Vous avez bien vos dessins hein ?* », montrant ainsi à quel point cela est important pour lui.

En parallèle de ces jeux de dessins, nous avons débuté des jeux de mimes. Chacun doit piocher une carte et mimer l'action, l'animal ou l'objet qui est sur la carte. Ces jeux amènent encore une dimension différente dans la relation. Il s'agit ici de jouer ensemble à trois. Si les mimes exposent davantage au regard de l'autre, ils permettent d'obtenir l'attention des deux autres personnes sur soi durant un moment. En général, nous sommes placés en triangle, Camil se retrouve alors entre Cécile et moi. Lorsqu'il mime, ses mouvements sont parfois saccadés ou peu compréhensibles entraînant un échec dans le fait de trouver ce qu'il mime. Camil se joue de ça, il en rigole et peut dire : « *Alors, vous donnez la langue au chat ?* ». Alors nous donnons notre langue au chat et Camil, fier, nous montre sa carte.

Ce qui est également intéressant dans ces jeux, est le fait que Camil accepte de perdre, de ne pas savoir. En effet, lors de certains mimes que j'effectue, il peut exprimer qu'il trouve cela dur et qu'il veut avoir la réponse. Si une légère frustration est audible au son de sa voix, Camil n'utilise plus sa motricité pour décharger, il semble désormais en capacité d'exprimer certaines émotions de manière moins débordante. Ce qui reste cependant très prégnant, c'est sa volonté de maîtrise. Camil souhaite décider de tout et de tout faire seul. L'aide de l'adulte est difficilement acceptable et les négociations sont encore importantes.

L'un des objectifs en psychomotricité est maintenant que Camil parvienne à s'apaiser, que nous puissions travailler la régulation tonico-émotionnelle au travers de temps de relaxation.

La prise en charge de Camil est une véritable source de questionnements et de réajustements pour moi. Elle m'a amenée à m'interroger sur les conséquences des nombreuses ruptures précoces, du placement, du TDAH, sur son développement. Son agitation et son agressivité m'ont rapidement mise au travail et touchées car elles étaient le reflet d'un profond mal être. En élaborant mes réflexions et au fil d'échanges avec différents professionnels, j'ai pu comprendre que son comportement traduisait un sentiment profond d'insécurité. Ainsi, cette défaillance de sa sécurité interne a entraîné des conséquences sur son développement tant d'un point de vue corporel que relationnel. Cela se répercute aussi sur ses capacités de pare-excitation et d'individuation. Cette

fragilité, je crois, a pu aussi avoir des effets sur mon positionnement et ma pratique dans le soin. La partie suivante sera donc le reflet de ma réflexion autour de ce patient.

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

Nous l'avons vu dans la partie clinique, au cours du suivi, Camil est d'abord pris dans un mouvement défensif où il vient tester la relation et se montre opposant. Bien qu'il démontre une certaine aisance motrice, il semble enfermé dans une agitation et une mise en mouvement insatiable, l'empêchant de s'apaiser corporellement et psychiquement. S'observent alors des difficultés tonico-émotionnelles, caractérisées par une intolérance à la frustration et une rigidité motrice. Les mouvements de Camil sont saccadés, peu précis. De plus, je découvre au fur et à mesure un enfant fragile dont la douleur vient s'exprimer par des crises de colère intenses et des mises en danger montrant ainsi toute son insécurité. Mes questionnements sont alors nombreux et me poussent à m'interroger sur le travail que nous pouvons amorcer, en tant que psychomotricienne, avec un enfant au carrefour de la maltraitance et du TDAH.

Ainsi, par un travail de réflexion théorico-clinique, de mise en lien et de croisements de regards, j'aviserais d'apporter des éléments de réponses à la question posée en introduction. Il s'agit, dans un premier temps de repérer, comment ce sentiment d'insécurité vient impacter la relation. Puis, dans un second temps, quels éléments, dans le cadre de la thérapie psychomotrice, peuvent être un support à l'intégration du sentiment de sécurité interne chez un enfant ayant un TDAH et ayant évolué dans un environnement maltraitant.

I. Un défaut de pare-excitation qui impacte la relation

Nous l'avons vu dans la partie clinique, Camil, qui a probablement manqué de réponses satisfaisantes et étayantes de la part de son environnement, ne parvient pas à gérer et assimiler toutes les stimulations qui l'entourent. De plus, cette agitation entraîne des difficultés sur le plan tonico-émotionnel avec une tonicité particulièrement élevée, ainsi que des difficultés d'ajustement à l'autre. Comme le précise Suzanne Robert-Ouvray, Camil cherche à exister autrement qu'à l'intérieur de son corps : mises en danger, mouvements incessants et sensations extrêmes. Dans cette fuite en avant du corps et par sa volonté de maîtrise, Camil tente de nous exprimer à quel point, pour lui, tout peut être source d'excitation. Ne sachant comment la traiter intérieurement, Camil se met en mouvement, se parle à lui-même comme pour évacuer ce trop-plein qui l'envahit ou parfois, pour tenir l'autre suffisamment à distance. Ces agissements peuvent être en lien avec un pare-excitation défaillant.

Selon différents auteurs, la défaillance de ce système serait corrélée à des interactions précoces inadaptées, voire inexistantes, entre la figure maternelle et son enfant (Golse, 2019). Romain Giffard parle lui d'interactions précoces chaotiques et carencielles sans rythmicité comme cause potentielle de l'instabilité de l'enfant (Giffard, 2008).

Cette notion d'interactions précoces chaotiques correspond à ce que j'ai pu comprendre et observer chez Camil. En effet, son histoire est marquée par des ruptures dans ses interactions précoces avec de nombreux allers-retours entre famille d'accueil, foyer et domicile parental. Camil n'a pas pu expérimenter le fait d'avoir un environnement stable et sécurisant. Il ne semble pas avoir été accompagné vers l'apprentissage de conduites d'auto-apaisement. Ainsi, n'ayant pas eu de figures parentales jouant le rôle de pare-excitation, Camil semble s'être enfermé dans son agitation motrice. Agitation qui vient alors perturber la représentation que Camil a de lui-même et donc, sa manière d'interagir avec son environnement.

Comme expliqué dans la partie théorique, les enfants ayant un TDAH présentent souvent des troubles de la représentation de soi car l'assimilation des informations sensorielles nécessaires à la construction du schéma corporel est perturbée par l'agitation. De ce fait, l'enfant va souvent avoir tendance à se dévaloriser et à s'auto-déprécier (Zammouri, 2022). Cela me fait penser à toutes les fois où Camil a pu nous dire « *c'est trop dur, moi j'y arrive pas* » et avait tendance à vouloir passer à autre chose, se sentant en difficulté. Cette dépréciation s'est également retrouvée lors du bilan où, lorsqu'il estimait être en échec, il devenait opposant. Je me demande alors comment s'installer sereinement dans le lien à l'autre lorsque l'image que l'on a de soi-même est dévalorisée ? De plus, comme l'explique Suzanne Robert-Ouvray, il est souvent observé, chez les enfants ayant subi de la maltraitance, un clivage au niveau des différentes ceintures. Ces dissociations étant le résultat d'une mauvaise intégration des sensations et des représentations, l'enfant vit des incohérences. Ces incohérences vont se retrouver dans la relation à autrui. En effet, les ruptures affectives et les surstimulations émotionnelles ont diminué l'empathie chez l'enfant, voire ne lui ont pas permis de se développer, l'empêchant de reconnaître sur autrui certaines émotions.

En plus de se répercuter dans la relation à l'autre, la mauvaise intégration du schéma corporel et le manque de repères sur le corps, vont entraver l'élaboration des repères spatiaux (Boscaini, Saint-Cast, 2010). Ces difficultés se retrouvent chez Camil lors de la construction de cabane. En effet, il ne parvient pas à dérouler l'activité. Il se situe dans une immédiateté d'agir, il construit mais sans que cela tienne et peine à comprendre que le but d'une construction de cabane est qu'elle devienne solide. Avec du recul, il m'a semblé que cette proposition était trop déstructurante pour Camil. En effet, lui qui est si excitable, avait à sa disposition trop d'informations à traiter. Il s'est alors trouvé

dans une volonté d'utiliser tout ce qui était à sa disposition sans y mettre de sens. Comme nous l'explique Romain Giffard (2008), l'enfant instable n'arrive pas à différer, organiser et synchroniser les informations qui sont à sa disposition. Il se retrouve alors dans un mouvement impulsif et ne parvient pas à organiser sa réponse. Ce déséquilibre a également un impact sur les aspects affectifs et cognitifs. L'enfant instable possède un autre schéma de pensée et de fonctionnement.

Ainsi, le TDAH et les traces des interactions précoces semblent particulièrement se manifester dans sa manière d'investir l'espace et les relations. Il m'a alors été difficile de comprendre Camil. D'abord prise dans cette agitation puis immobilisée par ses conduites, il m'aura fallu du temps pour m'ajuster à lui et à sa temporalité. Néanmoins, comme je vais le décrire dans la partie suivante, ces étapes ont été nécessaires.

II. Le travail en thérapie psychomotrice sur l'insécurité interne de l'enfant dans le cadre de maltraitance et de diagnostic de TDAH

Tout d'abord, il me semble nécessaire de définir ce que j'entends par le terme de "thérapie psychomotrice". Parmi les cinq axes d'interventions psychomotrices, Catherine Potel décrit les thérapies psychomotrices comme *"des dispositifs de soin qui proposent des médiations psychomotrices mais qui, dans ce cas, vont se faire support d'une activité expressive. Ce ne sont pas les fondamentaux en tant que repères à structurer qui vont être au cœur du projet thérapeutique mais bien leur inscription dans un registre symbolique."* » (Potel Baranes, 2019). Ainsi, la psychomotricienne intervient : soit parce que c'est cette inscription symbolique qui fait défaut ou est inutilisable, soit parce que le sujet, au travers de son symptôme, exprime une souffrance, soit parce que *« malgré un schéma corporel bien structuré, des repères bien en place, un langage bien construit, une intelligence souvent très développée, le plan le plus profond de la personnalité, c'est-à-dire le sentiment de sécurité interne, est fragile »* (Potel, 2019, p.349). Dans ce cas, l'angoisse est telle que l'enfant l'évacue souvent par des comportements violents, agressifs et d'agitation. Le langage corporel va primer, d'où l'importance d'une thérapie psychomotrice. Thérapie psychomotrice qui doit être pensée selon un cadre bien particulier.

A. Un cadre sécurisant

Nous l'avons vu dans la partie théorique, l'enfant, via des interactions sécurisantes avec son environnement, parvient peu à peu à se construire des limites, des enveloppes psychocorporelles et à se différencier en tant qu'individu. Lorsque ces premières interactions ont été défailtantes, nous constatons l'installation de troubles. Ces troubles se manifestent souvent de manière psychomotrice amenant l'enfant à être suivi en psychomotricité. L'objectif est alors d'accompagner ces patients à

investir leur corps de manière apaisée, à se « *construire dans des limites plus tranquilles et plus sécurisantes [...], de permettre une mise en pensée du corps.* » (Potel, p.360, 2019). Le travail proposé par la psychomotricienne fait appel autant au corps qu'au psychisme. Afin que le patient puisse intérioriser ses éprouvés et non plus se sentir submergé, la psychomotricienne, en quelque sorte, « prête son psychisme ». En ce sens, son action n'est pas sans rappeler certaines qualités parentales et maternantes.

Pour affirmer ses qualités, la psychomotricienne s'appuie sur le cadre : le cadre externe qui relève de la pratique concrète mais aussi de l'enveloppe institutionnelle, mais également le cadre interne, propre à lui et formé par ses connaissances, ses appuis théoriques et ses propres vécus.

1. L'enveloppe institutionnelle

La dimension institutionnelle se compose de différents niveaux de fonctionnement : hiérarchique, juridique, administratif, communication, travail pluridisciplinaire, ... qui viennent créer différentes enveloppes, qui s'assemblent et se contiennent mutuellement. La psychomotricienne travaille sur prescription médicale bien que les signes d'alerte puissent être donnés par les équipes éducatives dans le cadre du foyer. La fonction contenante du soignant est donc étroitement liée au travail d'équipe. Ce cadre institutionnel permet au thérapeute de ne pas être seul à penser un patient et surtout, de pouvoir facilement communiquer en cas de difficultés. En effet, la souffrance des patients et leurs histoires, parfois très lourdes dans le cas d'un foyer de l'enfance, peut avoir un effet de contamination chez les professionnels les accompagnant. L'enveloppe institutionnelle permet donc de se questionner, de confronter les regards pour comprendre le patient dans sa globalité et d'élaborer un projet au plus près des besoins du patient. Ainsi, le fait de penser le patient à plusieurs, joue une fonction de tiers permettant de se décoller du patient et de prendre de la distance vis à vis de sa situation.

Dans le cas du foyer de l'enfance, lieu de vie et lieu de soin sont mêlés, ce qui permet de créer une sorte d'enveloppe psychique autour du patient. Les équipes médicales et éducatives vont se rassembler autour d'un même projet à l'image d'une enveloppe contenante, qui prend sens une fois que tout est réuni. Le soin psychomoteur va donc être pensé grâce au cadre institutionnel.

2.L'espace de psychomotricité

Comme abordé en partie clinique, la psychomotricienne doit penser son cadre externe et se questionner sur son cadre interne. Le cadre de la prise en charge peut être vu comme un contenant externe à la fonction contenante de la psychomotricienne. Le cadre externe, concerne donc

l'entièreté du dispositif et des modalités de soin et permet au patient de trouver une place qui lui est propre. En effet, un espace et un temps lui sont dédiés, de manière permanente durant un temps donné.

Au vu du fait que lieu de vie et lieu de soins soient mêlés, il est important de distinguer l'espace de vie de la salle de psychomotricité. En effet, la salle de psychomotricité devient peu à peu un repère physique pour l'enfant et représente un lieu d'expression et d'expérimentation, loin du regard habituel des autres enfants et des éducateurs. Cet espace vient garantir un lieu intime, à l'abri de tout jugement. Ainsi, selon C. Potel (2019), la salle de psychomotricité doit être pensée pour pouvoir accueillir la mise en mouvement, l'excitation, la décharge. Elle doit pouvoir contenir les expériences sensorielles et motrices afin d'aider l'enfant à mieux vivre dans son corps. De plus, le caractère privé des séances offre un espace de sécurité à l'enfant notamment lorsque celui-ci est pris dans des difficultés relationnelles avec son environnement.

Durant les premières séances, Camil s'est saisi de cet espace de manière impulsive et de façon à pouvoir utiliser sa motricité sous forme de décharge. Il était dans l'incapacité de maintenir son attention sur une activité et était constamment dans l'opposition. Ses déplacements et son discours étaient sans fin. Tous ces éléments semblent venir témoigner d'une défaillance au niveau de l'intégration d'une enveloppe psychocorporelle sécurisante et contenant.

Dès le départ, Cécile et moi avons veillé à instaurer un cadre sécurisant pour Camil. Cela a donc induit une forme de continuité. En effet, souvent, les enfants placés au foyer ont subi de la maltraitance et souvent souffert de discontinuité. Nous avons d'ailleurs vu, au travers des travaux de Winnicott, que la continuité dans le portage est essentielle pour l'enfant, elle est un élément majeur du développement de sa sécurité interne. Le soin psychomoteur va venir agir comme une forme de portage pour l'enfant et donc pour que celui-ci soit sûr, il a tout intérêt à être continu. Par ses aspects de fiabilité, de constance et de continuité, la salle de psychomotricité vient offrir un contenant à la fois corporel et psychique (Miglioranza, 2006). Ainsi, pour Camil, le fait de rester dans cet espace durant un temps déterminé, représente une première enveloppe qui se forme. Au travers de cet espace, il va venir exprimer son besoin de se mouvoir, sa frustration, expérimenter les distances relationnelles, d'abord suffisamment à distance puis, de plus en plus près, jusqu'à parvenir à être collé à l'adulte. De plus, S. Miglioranza remarque que, bien souvent, l'espace est investi de manière sécurisante et rituelle.

B. La ritualisation et la rythmicité au cours des séances

Nous l'avons vu, la rythmicité apporte une base de sécurité pour l'enfant. Ainsi, la rythmicité au cours des séances représente un élément clé du soin. Durant la séance, des rituels s'instaurent : entrer dans la salle, se dire bonjour, s'installer au bureau... Camil et Cécile ont mis en place, avant mon arrivée, un rituel d'accueil. A chaque début de séance, nous allons nous asseoir au bureau où se trouve son dossier et Camil écrit la date du jour à l'intérieur. De plus, Camil a instauré un jeu qui fait fonction de rituel : le cache-cache. Je remarque que ce jeu a pris une place importante dans les séances avec Camil. Plus qu'un simple jeu de retrouvailles, Camil a eu besoin de l'expérimenter longuement avant d'autoriser l'introduction de variations. En effet, au départ, les règles étaient inflexibles et il n'y avait pas de place pour autre chose. Mais, peu à peu, nous avons réussi à diminuer les temps de cache-cache, sans pour autant les supprimer car ils sont encore nécessaires et sonnent comme une transition où Camil sait quand ils vont s'arrêter. Cela lui permet de se préparer à d'autres expériences sensorielles ou motrices. Cela me fait alors penser aux macrorhythmes décrits par Marcelli. En effet, il nous explique que l'enfant a besoin de rythmes sécurisants et répétitifs pour ensuite accepter les variations. Pour faire un parallèle avec le soin, il me semble que, dans cet espace aussi, l'enfant a besoin de repères stables, de jeux fixes, d'un lieu fixe et de séances régulières pour pouvoir accepter les changements que nous allons proposer. Sans prendre le temps de la répétition, le risque serait que l'enfant n'adhère pas aux soins et qu'il ne puisse pas accéder à ce sentiment de confiance permettant d'aller au-delà de ses défenses. Ainsi, j'é mets l'hypothèse que la répétition initiée par Camil du même schéma pendant plusieurs séances est rassurante et constitue un niveau de macro-rythme. Par ailleurs, avec Camil nous avons mis un système de comptage "parties" où une partie correspond au passage de chacun (Cécile, Camil et moi) dans le rôle de la personne qui compte. Ainsi, en début de séance, nous déterminons ensemble le nombre de parties et l'écrivons sur une feuille. Puis, à chaque fin de tour, nous rappelons le nombre restant. Cela permet à Camil d'anticiper la fin du jeu, nous l'invitons, à chaque fois, à matérialiser avec ses doigts le nombre de parties restantes. Nous avons mis en place ce système suite aux frustrations fréquentes lorsque nous lui annonçons la fin du jeu. J'ai pu observer qu'il se saisissait pleinement de cet outil car entre chaque tour, Camil allume la lumière et annonce à voix haute combien de tours nous allons encore réaliser. Par la suite, Camil n'a presque pas été débordé par ses colères à la fin du jeu. Ainsi, il me semble pertinent d'anticiper au maximum les fins de jeux afin que l'enfant ne soit pas pris au dépourvu. Effectivement, même si nous le prévenons oralement, l'enfant ne possède pas toujours des repères temporels suffisamment construits et intégrés pour se représenter le fait que ce soit bientôt terminé. Ainsi le système de comptage des parties est une astuce qui permet à Camil de se représenter le nombre de parties qui lui reste.

Donc, pour qu'un enfant se sente en sécurité et qu'une rythmicité stabilisante s'instaure, il est essentiel qu'un partage se crée pour qu'enfin, la relation puisse émerger. Si nous reprenons les exemples ci-dessus, nous avons partagé ensemble des jeux, des rituels, qui ont permis de créer cette rythmicité et donc une stabilité. Cette stabilité va lui permettre d'anticiper, de développer un sentiment de maîtrise et donc ses capacités de représentation. Cependant, nous l'avons vu, l'enfant doit aussi expérimenter la surprise, l'inattendu, c'est-à-dire les microrhythmes. Lors des séances, les microrhythmes peuvent se rapprocher des changements apportés, notamment sur la règle du jeu. Je fais allusion ici à la nouvelle règle instaurée par Cécile dans le jeu de cache-cache : si l'une des personnes cachées tape sur la porte avant d'être trouvée, c'est gagné. L'intégration de cette nouvelle règle a été possible car nous avons instauré une base stable, invariante.

Ainsi, dans le soin psychomoteur, lorsque nous travaillons avec des enfants insécures, il me semble indispensable de rétablir un cadre sécurisant. En effet, un cadre stable et continu offre à l'enfant la possibilité de s'investir dans le soin en se sentant suffisamment en sécurité. Cela lui permet ensuite de se laisser aller à des expériences psychomotrices. Néanmoins ce cadre ne peut se construire sans penser sa posture professionnelle qui se doit être ajustée au plus près des besoins du patient.

II. Une posture professionnelle ajustée

Avec Camil, j'ai souvent eu l'impression d'être plus malléable, de faire preuve de plus de prévenance qu'avec les autres enfants. En y réfléchissant, je pense qu'il a surtout fallu accepter d'aller à son rythme, de prendre le temps d'apprendre à se connaître. Cela est évidemment nécessaire avec chaque enfant mais je pense que, pour Camil son entrée en relation et sa manière de communiquer étaient tellement particulières, qu'il a fallu davantage s'adapter. Il était important pour lui de venir tester le cadre, les limites, la solidité de la relation mais également ma propre solidité. Ainsi, comme avec chaque patient, le soin psychomoteur demande une attention soutenue et une disponibilité psychique constante et structurante pour que cela soit porteur et soutenant pour le patient. Néanmoins, avec Camil, il a d'abord fallu accepter qu'il adopte une position de maîtrise pour que la relation émerge au fur et à mesure.

A. L'immobilité psychique du thérapeute

Mes premières expériences relationnelles avec Camil m'ont fait vivre un sentiment de discontinuité et une sensation de ne pas exister, de ne pas être à ma place. Le besoin de maîtrise et de mise à distance de l'autre dans ses choix de jeux mais aussi de mouvement, viennent ainsi

crystalliser notre rencontre. Avec du recul, je me rends compte à quel point son agitation et son agressivité ont pu me rendre imperméable à la réflexion. Durant les premiers temps, lorsque je tente d'émettre des propositions ou lui demande de m'écouter, son hyperkinésie est alors remplacée par une logorrhée qui me donne l'impression d'être paralysée. En effet, comme le disait M.Berger (2022), l'enfant instable entretient une relation particulière avec l'autre et a tendance à s'inscrire dans un mouvement paradoxal avec un besoin de surinvestissement mais aussi de fuite de la relation. La présence de l'autre est vécue comme une menace, qu'il se doit de neutraliser pour ne plus ressentir ce sentiment d'intrusion. L'enfant va alors immobiliser la menace, pour ne plus la faire exister en tant que sujet ou lui faire subir ce qu'il a subi auparavant. Je repense alors à l'expérience de la cabane où Camil m'impose une immobilité et refuse mon aide. En plus de cela, Camil instaure une maîtrise physique sur moi, m'indiquant où je dois me placer et ce que je dois faire. Si j'agis en dehors de ses demandes, la colère monte. Toutes mes propositions et tentatives d'entrer dans le jeu sont réfutées et vécues comme des intrusions. Je me sens alors impuissante, dans l'impossibilité de penser et d'agir.

Cette sensation, c'est ce que M.Berger nomme la position "*d'auditeur paralysé*" où le thérapeute ne peut manifester aucune existence propre et ne se sent pas exister comme autre. A partir de cela, nous pouvons dire que l'enfant est en incapacité à être seul en présence de l'autre, parce que la présence de l'objet est potentiellement traumatique. Il ressent l'autre comme tyrannique, non maîtrisable, soit parce qu'il est en effet intrusif, soit parce qu'il risque de lâcher le sujet, de s'absenter. Selon lui, le thérapeute doit d'abord se laisser immobiliser avant de pouvoir travailler sur le mode de relation que l'enfant crée avec lui. De plus, si l'on reprend les travaux de Moureau et Delvenne (2016), certains enfants maltraités seraient dans l'incapacité de nouer un attachement sain et serein avec autrui. Si nous reprenons l'histoire de Camil, il semble être en permanence dans l'ambivalence alternant collage et opposition avec l'adulte. Nous pouvons ici émettre l'hypothèse d'un attachement insécurisé désorganisé chez Camil. En effet, comme le précise E. BONNEVILLE, ce type d'attachement est souvent associé à la maltraitance de l'enfant ainsi qu'à des traumatismes non réglés dans l'histoire des parents. Cette forme d'attachement se caractérise par des mouvements ambivalents envers l'adulte et des réactions individuelles variables. Bien souvent, les mouvements vers l'adulte vont être détournés et freinés à la dernière minute (Bonneville-Baruchel, 2018).

Cette forme d'attachement et ses comportements ambivalents amènent à soulever la question de la position d'attente de la psychomotricienne, qui permet de se laisser le temps

d'aborder le patient. Cette posture met l'accent sur la capacité du thérapeute à suspendre l'action, à se détacher de l'agir pour privilégier l'être avec l'autre, l'être en relation avec. Il est fort possible que ma volonté à aller hors des règles imposées par Camil soit une réaction défensive face à la domination de Camil. Par exemple, dans le jeu du cache-cache, le fait de venir le toucher en premier pour montrer que je l'ai trouvé, pourrait être une manière de me protéger et de refuser que Camil ait l'ascendant sur moi. Cette manière de neutraliser l'autre, peut venir toucher le thérapeute dans ses propres failles internes. Reconnaître ses défenses dans la rencontre avec le patient, sous-entend que le thérapeute ne s'élanche pas de suite dans la dimension de l'agir. Avant de chercher à s'installer avec l'autre, il faudrait prendre le temps de s'installer avec soi-même, comprendre ses propres mécanismes avant de pouvoir accueillir les émotions et mouvements de l'autre. J'ai longtemps eu la sensation que Camil venait me pousser dans mes retranchements afin de savoir malgré toute son agressivité et ses tentatives de destruction, si je restais présente et constante. Nous pouvons ainsi penser que Camil, a pu expérimenter le fait d'avoir un environnement malléable à souhait. La psychomotricienne est ainsi disponible pour jouer, expérimenter. C'est-à-dire qu'il est à la fois manipulable et suffisamment solide, pour subir des actes destructifs du patient sans être lui-même détruit. Il peut également accueillir et transformer cette agressivité sans la renvoyer de manière brutale au patient. *« On a alors le sentiment que l'enfant tente d'être lui-même l'objet suffisamment malléable dont il avait besoin et qu'il n'a pas rencontré lorsqu'il était petit. »* (Berger, 2013). De mon côté, j'ai pu observer cette extrême malléabilité à travers le corps de Camil qui se défait et se refait, qui se disperse lorsque le contact devient trop intrusif. M.Berger donne alors une image que je trouve intéressante, celle du mercure *« qui se fragmente en une multitude de petites boules molles dès qu'on essaie de s'en emparer. »* (Berger, 2013) Ainsi, à l'image du mercure, Camil m'apparaît dans un premier temps insaisissable.

S'il a été important pour Camil de venir tester la relation, il a également fallu engager un travail autour de la mise en mots de ses émotions et de l'ajustement tonique dans le lien à l'autre.

B. Le dialogue tonico-émotionnel

1. Accueillir les émotions et les verbaliser

Comment, en tant que soignant, gérer l'agressivité, la colère, la tristesse chez l'enfant ? C'est une question qui m'a beaucoup traversée. Il m'a fallu être attentive à ce que je ressentais lorsque Camil s'énervait et devenait agressif. Toutefois, ses crises de colère me semblaient être le reflet d'une tristesse et d'un profond mal être qui venaient me toucher. En effet, le système d'empathie émotionnelle nous permet d'identifier et d'être sensible aux émotions de l'autre (S. Tisseron, 2017).

Comme expliqué plus haut, j'ai donc dû être attentive à ce qui se jouait chez moi dans ces moments-là. Comme expliqué en partie en clinique, Camil faisait régulièrement l'expérience d'états émotionnels très envahissants. Face à cela, je restais, dans un premier temps, sidérée voire apeurée. Puis, rapidement, j'avais envie de l'interrompre. En prenant conscience de cela, j'ai pu me questionner sur mes réactions et passer au-delà de ce sentiment de sidération pour comprendre ce qui était en train de se jouer chez Camil. J'ai alors eu la sensation que ses colères étaient importantes pour lui et qu'il était nécessaire de lui laisser la place de les exprimer. Evidemment, l'objectif n'était pas qu'il se mette en danger. Nous intervenions alors oralement ou physiquement lorsque l'agressivité et la colère de Camil augmentaient. Cependant, j'ai pu constater que, au fur et à mesure, en tentant de mettre des mots sur ce qui le traverse (commenter une frustration vécue par exemple) et en restant disponible pour le rassurer, Camil a pu apprendre à ne plus pousser et/ou provoquer l'adulte. Il peut maintenant exprimer sa frustration sans tenter de mettre la salle sans dessus/dessous et ne cherche plus à taper. Bien que des cris soient toujours présents, il peut désormais mettre des mots sur ce qui le met dans cet état émotionnel. Par exemple, lorsque la fin de séance approche et que nous devons arrêter les activités, il peut dire : "Mais c'est nul, moi je voudrais que ça dure longtemps, c'est pas juste on prend jamais le temps pour moi" là où il se serait mis à crier "Non!" auparavant et aurait tenté de se mettre en danger. Ainsi, lorsqu'un enfant traverse une forte réaction émotionnelle, si nous tentons d'intervenir immédiatement, comme un tampon, nous ne lui laissons pas l'opportunité de l'exprimer. Une émotion, si elle se manifeste, revêt un sens important. Elle est une forme d'expression de son état interne. Accepter l'émotion de l'enfant, c'est accepter et valider ce qu'il ressent et exprime tout en lui offrant l'espace pour le faire. Il est donc important de l'accompagner afin qu'il puisse apprendre à les réguler par lui-même par la suite.

2.Soutenir corporellement le vécu émotionnel

Afin d'illustrer l'accompagnement corporel dans la gestion des émotions, je voudrais reparler de ces moments où Cécile et/ou moi avons tenté d'agir en miroir face aux états émotionnels de Camil. Je pense ici à la fois où Camil était en haut de l'espalier, une quille à la main, prêt à la lancer, sur moi ? C'est en tout cas l'impression que j'en avais. Durant cette séance, le comportement de Camil était très ambivalent, à la fois énervé et excité de nous retrouver. Au départ, Camil montrait dans ses réactions un sentiment de colère réel. Placé à côté et en dessous de lui, je montais en tonus, parallèlement à Camil dont le corps se crispait. Puis, lorsque j'ai décidé de lancer la quille d'un coup fort en soutenant verbalement « *Mais moi aussi je suis énervée, j'en ai marre* », mon tonus s'est abaissé. J'ai alors observé une baisse de tension chez Camil se manifestant par un rire. A plusieurs reprises, nous avons dû nous ajuster à ses états de tension particulièrement élevés. En agissant en

miroir et en faisant varier notre propre tonicité, nous portions, dans un certain sens Camil. Il pouvait alors nous suivre toniquement et arriver lui aussi à un état d'apaisement. Cela évoque ce que nous explique S. Robert-Ouvray, dans le dialogue tonico-émotionnel entre la mère et l'enfant. Le parent, en s'adaptant au tonus de son enfant va pouvoir lui montrer comment réguler le sien. En s'appuyant sur cette théorie, en tant que soignant, nous pouvons agir pour aider l'enfant à réguler son tonus lorsqu'il n'a pas encore acquis ces capacités. Lorsque Camil venait parfois vers moi pour tenter de me repousser, il avait déjà vécu l'expérience d'un relâchement après un état de tension. Je pouvais alors l'accompagner en émettant une résistance dans mon corps puis finissais par lâcher. J'ai alors remarqué que cela pouvait être une sorte de jeu où il semblait prendre du plaisir dans sa modulation tonique. Camil pouvait s'approcher très près de moi avec une tonicité élevée, me toucher puis s'éloigner en rigolant. Il devenait alors moins tonique, avec des épaules plus relâchées.

Ainsi, notre approche professionnelle doit être adaptée à chaque patient. Lorsque nous travaillons avec des enfants présentant un manque de sécurité interne, nous pouvons les accompagner mentalement, verbalement et physiquement vers une régulation émotionnelle face aux situations changeantes qui peuvent les déstabiliser. Avec Camil, les jeux de cache-cache ont également permis de mettre en scène son insécurité et, petit à petit, la diminuer.

II. Les jeux de cache-cache

A. Le jeu de cache-cache comme médiateur de la relation

Nous avons vu comment, entre présence et absence, entre les microrhythmes et les macrorhythmes, l'enfant apprend à être en lien avec son entourage qui, progressivement, va être intégré au « non-soi », comme étant à l'extérieur, différent de lui. Le jeu de cache-cache permet de vivre de manière symbolique la séparation de l'autre, corporelle et psychique et, au fur et à mesure, de l'intérioriser.

Notre jeu de cache-cache s'est présenté comme un rituel et a marqué un véritable tournant dans la prise en charge. En mettant en scène de manière répétitive cette alternance, Camil tente-t-il de remettre en question cette intégration de la séparation entre le « soi » et le « non-soi » qui serait défaillante chez lui ? Rappelons-nous à quel point il pouvait être dans le collage de l'adulte à son arrivée et à l'école également. Ce jeu est d'ailleurs apparu à un moment où la santé mentale de Camil était au plus bas. En effet, le fait que sa mère réapparaisse soudainement dans sa vie semble avoir eu un effet délétère sur l'état psychique de Camil. Je m'interroge alors sur la signification de cette alternance présence-absence mise en acte ? Est-ce une manière pour lui d'aborder la relation à l'autre ? De venir la tester ? N'oublions pas le contexte dans lequel a évolué Camil qui lui aussi, a été

marqué de présences et d'absences. Ainsi, cette ritualisation du « cache-cache » ne vient-elle pas mettre en lumière son vécu ?

En prenant du recul sur ses difficultés dans la relation directe, je remarque qu'il ne peut qu'agir sur celle-ci et non pas la subir. Le « cache-cache » de Camil semble être ainsi un médiateur de la relation à l'autre, il lui permet de l'instaurer tout en la maîtrisant. Au début de nos séances partagées, Camil me regarde de temps en temps mais ne semble pas savoir comment interagir avec moi ou comment me laisser venir à lui. Lorsque les premières situations de cache-cache apparaissent, Camil me désigne toujours comme celle qui doit chercher en premier et, lorsque c'est à lui de chercher les autres, il me trouve régulièrement avant Cécile. Cela vient montrer encore une fois son besoin de maîtrise dans la relation. Par cette activité du « cache-cache », Camil semble s'habituer à l'idée que, lorsque l'autre disparaît, cela est toujours succédé par sa réapparition. Il peut ainsi consolider son soi interne, conférant une permanence d'être et une sécurité intérieure.

Par ce biais, nous avons pu lui permettre d'expérimenter, dans un espace de jeu partagé, cette alternance entre présence et absence ainsi que le fait d'aller vers les autres comme de se laisser approcher par l'autre. En effet, j'ai observé que, peu à peu, le jeu de « cache-cache » a pris une autre forme. Il s'est construit en même temps que la relation devenait sécurisée. Camil se cache alors de mieux en mieux, met plus de temps à nous trouver et fait semblant de ne pas nous voir. Il diminue les chances d'être trouvé et de trouver l'autre. Ceci ne semble possible que parce que l'enfant est en mesure de garder à l'intérieur de lui l'image de l'objet, de l'autre et donc aborder l'absence et la séparation. Cette réassurance lui permet de rester caché seul et plus longtemps. Néanmoins, il a quand même besoin de mettre en place des stratégies visant à s'assurer que nous ne l'oublierons pas : se coller à nous, nous prévenir de ses déplacements, faire des allers-retours vers la personne qui est cachée avec lui pour lui dire qu'il n'a pas été trouvé et de faire attention. La répétition de ces « bonnes expériences » et le développement de la fonction symbolique vont aider l'enfant à mentaliser le fait que l'adulte pense à lui et qu'il ne l'oubliera pas. Cependant, ce processus n'est pas si évident pour Camil qui semble intrusé lorsque je le trouve et ce, malgré l'intégration progressive de ma présence. Ce qui marque une évolution, c'est que Camil peut désormais verbaliser le fait de vouloir une partie longue et sa volonté qu'on ne le trouve pas.

B. L'aspect temporel des jeux de cache-cache

La notion de temporalité a été théorisée par de nombreux auteurs et recouvre différents concepts comme le tempo, la durée et le rythme. Cette temporalité est progressive chez l'enfant et apparaît en fonction de ses échanges avec l'environnement.

Nous l'avons vu, la ritualisation des soins parentaux tels que le *holding* et le *handling* constitue les *macrorhythmes* qui sont stables et réguliers. Les *microrhythmes* quant à eux, ont un caractère inattendu, aléatoire et incertain. Ils vont fonder la capacité d'attention et donner un sens à l'excitation de l'attente et initient le tout petit au plaisir des interactions sociales. Dans ces moments d'échanges ludiques comme le jeu de chatouille, de la petite bête qui monte ou encore le jeu de « coucou-caché », le parent crée des règles, puis s'amuse à les rompre, à tromper l'anticipation de l'enfant. La surprise est ainsi créée et permet à l'enfant de tolérer voire d'investir l'incertitude (Marcelli & Albin, 2001) .

Dans le jeu de cache-cache, les joueurs peuvent expérimenter l'alternance de plusieurs phases. Celle où l'on se cache, puis celle où l'on attend d'être trouvé ou encore celle où on attend que les autres se cachent, puis, celle où l'on cherche. Ces phases peuvent provoquer des réactions corporelles (toniques, respiratoires, ...) que le joueur peut mettre en lien avec ce qu'il vit. C'est par ces différents vécus corporels que va s'inscrire la temporalité dans le corps de l'enfant, comme l'explique D. COURBERAND ; « *la permanence de l'objet n'est acquise que par le jeu de séparation-apparition, par l'attente où s'inscrit la temporalité dans le corps* ».

Au travers de ces différentes phases, les temps d'attente présentent donc une importance particulière car ils permettent l'enregistrement de la temporalité à la fois dans le corps et dans le psychisme. En effet, ces jeux de surprise se forment autour de l'attente et, d'après Marcelli, l'attente, crée la pensée.

Dans les premières situations de « cache-cache » en séance avec Camil, le rythme était rapide et l'enchaînement des différentes phases non fluide. Camil peinait à prendre le temps de nous trouver et à instaurer de l'attente, de la surprise. A force de répétition, un jeu s'est mis en place et Camil a pu instaurer des temps d'attente, de tension chez nous provoquant ainsi l'excitation du jeu.

Au travers de ce cache-cache qui s'est mis en place depuis le mois de décembre, la rythmicité est devenue plus apaisée et les enchaînements plus fluides. Ainsi nous avons trouvé un moyen d'être en lien au sein d'une rythmicité commune permettant le jeu. Ce lien et cette variation de rythme ont participé à sécuriser Camil dans son rapport à lui et à l'autre et donc de venir renforcer du moins mettre au travail son sentiment de sécurité interne.

C. Un partage émotionnel

Au fur et à mesure des séances, nous devenons de véritables partenaires de jeu. Camil se familiarise à ma présence et commence à venir dans mon propre espace. Il peut venir se coller à moi ou m'attraper la main durant les temps où Cécile nous cherche. Il semble ainsi y avoir une réaction

en miroir à la sienne, un partage d'excitation de l'attente. Ainsi, Camil semble accéder à un niveau relationnel plus différencié.

En parallèle, une notion de plaisir émerge. En effet, les expérimentations de Camil s'élaborent en même temps que son agitation motrice diminue et laisse place au plaisir. Nous savons que le plaisir est une expérience positive qui permet d'atténuer les traces d'expériences négatives. Ces expériences positives, reconnues et répétées, participeront au sentiment d'unité corporelle, d'une enveloppe psychomotrice plus sécurisée et donc à l'émergence d'un sentiment de sécurité. Ainsi, le plaisir favorise le développement d'une image positive de soi. Néanmoins, la notion de plaisir est aussi à rattacher à celle de déplaisir.

Comme l'indique Valérie Hanss (2019) « *Le déplaisir provient probablement de la perte de contrôle liée à l'anticipation trompée, susceptible de réactiver les éprouvés douloureux et le sentiment d'impuissance dans les expériences de séparation* ». L'intérêt des jeux de cache-cache est avant tout de pouvoir appréhender cette expérience douloureuse liée à la séparation dans le cadre sécurisant d'un partage émotionnel. Camil n'est pas seul face à cette expérience, le jeu lui offre l'opportunité de la revivre au travers du prisme des dynamiques corporelles et émotionnelles qu'engendrent la thérapie psychomotrice. En effet, l'ajustement tonico-émotionnel que nous lui offrons dans ces moments permet l'exploration et la reconnaissance de ses propres émotions. Ainsi, la répétition de ces premiers jeux, qui engendrent une expérience commune et un partage des affects, facilite l'identification d'un élément fondamental au développement du sens de soi : l'état émotionnel.

Par ailleurs, les moments de disparition dans le jeu ne sont pas vécus comme des absences mais plutôt comme des promesses de retrouvailles.

Ainsi, ces jeux autour de l'alternance présence-absence permettent, à travers leur rythmicité, d'anticiper les retrouvailles en expérimentant le fait que, la séparation est toujours suivie de retrouvailles, qu'au déplaisir de l'absence succède le plaisir des retrouvailles. (Hanss, 2019)

Le contact tactile, provoqué par Camil lors des moments de cache-cache semble lui permettre de se rassurer de la permanence de ma disponibilité et de ma présence auprès de lui et ainsi restaurer son sentiment de sécurité.

Au fil des jeux de cache-cache, la durée des contacts diminue. Une relation de confiance s'est établie et Camil effectue des allers-retours vers moi lorsque nous sommes cachés ensemble.

Cette expérience de la continuité de la présence de l'autre semble ainsi favoriser le sentiment de sécurité de base, nécessaire à l'émergence du jeu symbolique. De plus, cette

expérience partagée semble soutenir l'intériorisation des processus transitionnels et l'appropriation des expériences de séparation. Par la suite, Camil a pu progressivement gérer ses états émotionnels en transformant leurs caractères destructeurs en sentiments plus gérables, en acceptant les règles établies et en prenant de plus en plus appui sur ses propres ressources internes et le soutien qui lui était proposé.

IV. Le soin psychomoteur : un portage pour l'enfant inséure

Selon moi, le soin psychomoteur est à mettre en parallèle avec le concept de *holding* de D. Winnicott. En effet, il en a souligné l'importance à la fois sur le plan physique et psychologique dans l'environnement parental, pour aider à contenir les expériences émotionnelles et corporelles du bébé. Ainsi, l'engagement corporel et psychique de la psychomotricienne dans sa relation avec le patient résonne avec cette fonction de contenance parentale. Bien que la psychomotricienne possède certaines de ces fonctions : réceptivité, empathie, bienveillance, malléabilité, solidité, résistance, sécurité, ... Elle n'est pas un substitut de l'environnement parental. Au contraire, son rôle est de soutenir le patient sur le plan psychique jusqu'à ce qu'il puisse se soutenir lui-même.

Nous avons vu que l'enfant, dans une situation de maltraitance, n'a pas pu bénéficier de portages soutenant. Très tôt dans sa vie, l'enfant maltraité a fait l'expérience de la peur, des coups et de nombreuses discontinuités dans le portage mais également dans ses attachements. Le soin psychomoteur en offrant une stabilité, une continuité, constitue une forme de *holding* pour l'enfant où il pourrait se sentir en sécurité et explorer plus sereinement son environnement.

A. L'enfant et son histoire

Le dossier de Camil révèle des lacunes importantes dans son histoire, avec des informations fragmentaires provenant des divers professionnels qui l'accompagnent. Par exemple, nous n'avons pas d'informations sur le déroulement de la grossesse, sa naissance et ses premiers mois de vie. Du fait d'un environnement parental insécurisant et maltraitant, Camil a grandi jusqu'à maintenant auprès de nombreuses personnes différentes et dans plusieurs lieux. Les éducateurs de son service, qui constituent l'environnement dans lequel Camil grandit actuellement, n'ont donc pas toutes les informations sur son histoire et sur son développement. La mémoire de l'enfant fonctionnant dès sa naissance et Camil ayant l'âge de six ans, il conserve des souvenirs de son passé. Peut-être ne sont-ils pas tous élaborés dont certains inconscients mais Camil peut rapporter ce dont il se souvient et surtout dire qu'il ne souhaite pas vivre chez ses parents. Le vécu d'injustice est très présent chez Camil sans pour autant qu'il ne parvienne toujours à y mettre de sens. Il peut avoir des réactions

émotionnelles très fortes avec les autres enfants, notamment envers ceux qui partent bientôt en famille d'accueil ou ont des visites régulières de leur famille. De plus, il semble très en difficultés pour créer des liens d'amitiés et joue souvent seul. Rappelons-nous également les liens très conflictuels qu'il entretient avec sa fratrie. Je me demande alors, si cette relation qu'a Camil avec les autres enfants n'aurait pas un rapport avec l'état de souffrance et de conflit qu'il aurait vécu plus jeune ? Ceci n'est qu'une hypothèse que nous ne pouvons vérifier. En revanche, il me semble intéressant de la conserver à l'esprit pour ne pas oublier que le passé de Camil n'est pas à négliger et qu'il conserve très probablement des traces de ce qu'il a vécu. Ainsi, en nous appuyant sur les éléments en notre possession, nous pouvons mettre des mots sur l'histoire de Camil face aux réactions qu'il peut avoir.

Dans les situations de maltraitance, l'histoire de l'enfant est très souvent faite de divers placements et est souvent discontinuée. Cela peut être une réelle source d'insécurité. Il est donc selon moi important de pouvoir la retracer et la comprendre. Mais alors, cela entre-t-il dans le champ de la psychomotricité ? Nous l'avons vu, l'enfant conserve des traces sensorielles, toniques et mnésiques de son histoire. De plus, son sentiment de sécurité et sa manière d'entrer en relation en sont forcément teintés. Qui plus est, son développement peut s'en trouver affecté comme nous l'observons chez Camil avec son TDAH. Dans ce contexte, comprendre et travailler autour de l'histoire de l'enfant, s'avère être un réel élément de la thérapie psychomotrice.

B. L'effet de narcissisation

Dans le cas de Camil, il est parfois difficile de savoir si certaines de ses caractéristiques proviennent de son TDAH ou sont le reflet des conséquences de la maltraitance sur un jeune enfant. Bien que ce ne soit pas tant cela qui nous intéresse, sinon de pouvoir éventuellement comprendre et identifier des chaînes de causes à effets, cela permet, en partie, d'éclairer l'instant présent et de permettre d'adapter le projet thérapeutique proposé. Nous avons vu que, si l'enfant ne possède pas une base de sécurité interne suffisamment solide, il ne peut pas mettre en place de système exploratoire (Marcelli, 2005). Cette absence d'exploration empêche l'enfant de développer pleinement ses capacités psychomotrices et de s'adapter à l'environnement. C'est ce que nous montre Camil d'un point de vue clinique où, par manque de sécurité interne, il n'a pas pu avoir de pare-excitation suffisant pour apaiser ses états de détresse. De ce fait, en psychomotricité, notre objectif est de soutenir l'émergence de ce sentiment de sécurité et de donner les clés à l'enfant pour aller explorer son environnement et d'interagir avec. Chez Camil, les capacités motrices sont présentes, mais ne lui permettent pas d'interagir de manière adaptée avec son environnement. Nous

devons donc, en psychomotricité revaloriser ses capacités et mettre en avant ses points forts afin qu'il prenne confiance et lui donner l'envie de s'ouvrir.

En effet, lorsque nous travaillons auprès d'enfants qui présentent une sécurité interne fragile et un narcissisme défaillant, il me paraît important de les encourager, de les féliciter et de surjouer les émotions agréables lorsqu'elles apparaissent afin qu'ils puissent les intégrer et les repérer. Chaque effort est intéressant à mettre en valeur afin de leur prouver qu'ils ont les capacités nécessaires. Je pense alors aux jeux de cache-cache où nous répétons à Camil qu'il est "trop fort", qu'il est "super rapide et discret", que "nous ne l'entendons pas". Ici, nous l'accompagnons verbalement dans son ajustement, nous le félicitons sur sa capacité à être plus calme et moins dans l'agitation. Nous valorisons le fait de pouvoir se déplacer sans grimper partout ainsi que le silence qui peut être envahissant pour Camil. Ainsi, en plus de l'accompagner par nos actions, nous l'accompagnons dans nos paroles afin de le soutenir émotionnellement. Cela, dans l'objectif de renforcer son sentiment de sécurité interne. En effet, c'est en améliorant l'image que l'on a de soi, que l'on va pouvoir avoir une plus grande confiance en soi et donc se sentir plus sécurisé intérieurement.

Il me semble que cet effet de narcissisation se retrouve dans le cadre que nous instaurons. En effet, si la rythmicité des soins apporte une certaine sécurité à l'enfant, la réalité institutionnelle fait que, parfois, nous ne pouvons assumer une séance. Je me suis alors souvent demandé quels pouvaient être les effets de ces coupures sur Camil, mais surtout, comment les anticiper ? En effet, avec Camil et son sentiment de sécurité interne fragilisé, il me semble important qu'il puisse anticiper ses coupures dans le soin. Pour un enfant comme lui, chaque variation peut être anxiogène.

Alors, en collaboration avec les éducateurs, nous anticipons et symbolisons ces absences auprès de Camil. En effet, ils vont pouvoir le prévenir à l'avance et symboliser sur le cahier d'activités notre absence ainsi que notre présence le mardi suivant. De plus, comme la coupure peut être longue et difficilement supportable, Cécile fait en sortir d'aller le voir sur son autre jour de travail afin de maintenir le lien et de lui montrer que nous sommes toujours là pour lui, que nous ne l'avons pas oublié. Il se peut tout de même que nous croisions Camil dans les couloirs les jours où nous ne pouvons assumer sa séance, nous prenons alors le temps d'en discuter avec lui. Dans ces moments, nous pouvons lui demander ce qu'il apprécierait de faire la fois prochaine, cela lui montre que nous sommes attentives à ses envies et à ses besoins. Ainsi, ce n'est pas temps le rythme d'une séance par semaine, le mardi, à 14h et durant quarante-cinq minutes qui permet à Camil d'investir le soin, mais bien le cadre que nous lui offrons.

C. Synthèse

En définitive, par ce partage, cet accordage réciproque, par cette confiance qui s'est peu à peu établie entre Camil et moi, il me semble qu'il a été possible de l'accompagner vers une forme de sécurité. Il a ainsi pu tendre petit à petit vers une expression de ses vécus, de ses intentions et vers une entrée en relation plus apaisée. Ceci avec davantage de sérénité et de plaisir. De la même manière, j'ai été très impliquée dans ce travail et, avec Cécile, nous nous sommes beaucoup interrogées sur la manière de réussir à trouver des éléments rassurants auxquels se raccrocher, tant pour Camil que pour nous-même. Le changement dans les objectifs de la prise en charge, nous a permis d'être plus structurantes pour Camil et d'être pleinement disponibles, car nous savions pourquoi nous faisons les choses et surtout, dans quelle direction aller. Cela renvoie au fait que, en tant que psychomotricienne, on « *implique sa propre sensibilité* » (Potel, 2019, p.358). Cette prise en charge, par le biais des médiations proposées en mettant le corps en relation, semble avoir permis à Camil de mettre du sens sur les expressions de son corps et de se l'approprier, progressivement, de manière plus sereine.

CONCLUSION

CONCLUSION

Accompagner Camil n'a pas toujours été simple. L'évolution que j'ai souhaité mettre en avant a coexisté avec des séances où l'agitation et l'agressivité de Camil m'ont sidéré. Il m'a cependant beaucoup entraînée dans le faire, dans l'agir, rendant parfois difficile l'élaboration de ma pensée.

Au travers de son suivi, mais également de ceux des autres enfants, des temps d'échange avec ma maîtresse de stage, des réunions en équipe, j'ai pu m'imprégner du travail effectué en protection de l'enfance. L'enjeu, pour ces enfants, serait de pouvoir trouver des repères stables dans l'environnement sur lesquels s'appuyer pour que, au fur et à mesure, leur propre corps puisse devenir un repère sécurisant. Pour cela, il est important qu'ils éprouvent la solidité du cadre et que celui-ci soit soutenant. En effet, lorsque nous travaillons en psychomotricité avec des enfants ayant été maltraités, l'objectif n'est pas de réparer leur passé. Notre rôle est, en prenant conscience des enjeux qu'entraînent la maltraitance et le placement, d'amener l'enfant vers un renforcement d'une base interne sécurisée et, de stimuler son intérêt dans les interactions environnementales.

Camil a eu sa première séance de psychomotricité à l'âge de six ans. À ce moment-là, il présentait des troubles du comportement couplés d'une difficulté dans la gestion de ses émotions en lien avec son TDAH et ses fragilités. Notre travail, dans le cadre du foyer de l'enfance est donc d'avoir une action thérapeutique sur ses difficultés actuelles. Néanmoins, un soin psychomoteur précoce aurait été intéressant. Il aurait permis de réduire l'impact de son TDAH sur son développement en amont. Au fil du suivi, j'ai pu apprécier le caractère singulier de l'approche psychomotrice. En effet, en étant au carrefour des dimensions psychiques et corporelles, elle offre un espace d'expérimentation du corps en relation. Par son aspect unique, elle permet d'entendre et d'accompagner le patient dans sa globalité. Au fur et à mesure des séances, par un travail d'introspection, de recherche, d'échange et par l'action mise en œuvre, une alliance thérapeutique avec Camil a pu se créer. Suite à cela, un travail thérapeutique centré sur l'exploration et l'engagement du corps dans ses aspects moteurs, sensoriels et affectifs a émergé.

Quant à moi, j'ai été, tout au long de l'année, traversée par des périodes de remises en question, de doutes, mais aussi par des moments de progression, de créativité, de partage et de plaisir. Ce stage, en parallèle de la formation, m'a permis de consolider ma posture professionnelle et de, peu à peu, créer mon identité de future psychomotricienne. Travailler en équipe, échanger les points de vue, m'ont permis de comprendre tous les enjeux qu'implique l'exercice d'un métier de soin.

Je voudrais également souligner la richesse que représente l'élaboration d'un mémoire. En effet, les recherches théoriques m'ont permis d'enrichir mes connaissances et de faire émerger des liens théorico-cliniques dans ma réflexion. Au cours de mon cheminement et de mon écriture, j'ai pu préciser mes observations, questionner mon positionnement ainsi que le soin apporté à Camil. Au travers de cet écrit, j'ai pu poursuivre ma réflexion sur la construction d'une base sécurisée chez les enfants que nous retrouvons en protection de l'enfance. L'approche psychomotrice, dans ce cadre, a un important rôle à jouer pour soutenir et accompagner les enfants dans l'appropriation de leur corps et, surtout, dans la recherche d'appuis permettant de se sentir sécurisés.

Néanmoins, travailler en protection de l'enfance implique de se confronter à certaines difficultés, celles des enfants accueillis, dans un premier temps, mais également celles institutionnelles et organisationnelles. Nous l'avons vu avec l'histoire de Camil, celle-ci manque d'informations et, malgré plusieurs recherches et demandes, je n'ai pu réussir à combler ces trous. Au-delà de Camil, c'est une réalité à laquelle j'ai dû me confronter pour l'ensemble des enfants rencontrés au cours de ce stage : leurs histoires semblent commencer à leur arrivée au foyer. Nous pouvons alors nous interroger sur la signification de ces lacunes, et quel peut-être, ou non, leur intérêt pour l'enfant ? N'est-il pas important que les enfants puissent retracer leurs histoires et que, les professionnels qui les accompagnent puissent mettre des mots sur ce passé douloureux ? L'objectif n'est pas d'effacer leur passé, mais bien de composer avec, tant est si bien, que, par les visites médiatisées, ils y sont confrontés. De plus, pour éviter un énième trou dans ces histoires, nous pouvons nous interroger sur le travail de séparation. En effet, les enfants ne sont pas voués à rester au foyer, tout comme certains professionnels ou bien stagiaires, comme cela est le cas pour moi. Ainsi, comment amorcer un travail de séparation auprès de ses enfants dont le vécu est marqué par de multiples discontinuités ? Comment leur apporter la stabilité et la sécurité nécessaires pour que ces vécus de séparation ne soient plus douloureux ? Et surtout, comment maintenir le lien avec les différents professionnels qui les suivront par la suite ?

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. de. (1985). Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements. *Enfance*, 38(2), 265-277. <https://doi.org/10.3406/enfan.1985.2887>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM Library. <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Berger, M. (2013). L'instabilité psychomotrice chez l'enfant : Description et hypothèses actuelles. In *L'enfant instable* (p. 5-18). Dunod. <https://www.cairn.info/enfant-instable--9782100701407-p-5.htm>
- Berger, M. (2022). Chapitre 4. Premières hypothèses théoriques. In *Soigner l'enfant hyperactif: Vol. 4e éd.* (p. 61-80). Dunod. <https://www.cairn.info/soigner-l-enfant-hyperactif--9782100824281-p-61.htm>
- Bonneville-Baruchel, E. (2018). Troubles de l'attachement et de la relation intersubjective chez l'enfant maltraité. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 7(1), 6-28. <https://doi.org/10.3917/cnmi.181.0006>
- Courberand, D. (2015). De l'informe à la forme le concept d'enveloppes psychocorporelles. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 48(182), 12-24.
- Gétin, C. & directrice. (2021, novembre 19). *Quelles sont les causes du TDAH*. HyperSupers - TDAH France. <https://www.tdah-france.fr/Quelles-sont-les-causes-du-TDAH.html>
- Giffard, R. (2008). Les représentations séquentielles et rythmiques chez l'enfant instable. *Perspectives Psy*, Vol .47(3), 258-265.
- Golse, B. (2008). Bébés, enfants et adolescents dépressifs. Continuités et discontinuités. *Psychologie clinique et projective*, 14(1), 9-31. <https://doi.org/10.3917/pcp.014.0009>

- Golse, B. (2019). 17. L'enfant excitable : Système pare-excitation, système pare-incitation. In *Les destins du développement chez l'enfant* (p. 151-157). Érès. <https://www.cairn.info/les-destins-du-developpement-chez-l-enfant--9782749263731-p-151.htm>
- Hanss, V. (2019). "Jouer seul, ça n'existe pas". Du lien symbiotique au jeu intersubjectif. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 41(1), 98-116. <https://doi.org/10.3917/cges.041.0098>
- Marcelli, D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : La surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, 44(4), 123-129. <https://doi.org/10.3917/spi.044.0123>
- Marcelli, D., & Albin, M. (2001). Lectures croisées. *Enfances & Psy*, 15(3), 152-155. <https://doi.org/10.3917/ep.015.0152>
- Meurin, B. (2019). Chapitre 15. Amaury et la question de l'axe corporel. In *Autisme, corps et psychomotricité* (p. 105-108). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2019.01.0105>
- Miglioranza, S. (2006). L'utilisation de l'espace en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 33(4), 104-112. <https://doi.org/10.3917/ep.033.0104>
- Ministère des Solidarités. (2018, novembre 6). *Qu'est-ce que la maltraitance faite aux enfants* | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. <https://solidarites.gouv.fr/quest-ce-que-la-maltraitance-faite-aux-enfants>
- Moureau, A., & Delvenne, V. (2016). Traces cérébrales des traumatismes infantiles et devenir psychopathologique. *La psychiatrie de l'enfant*, 59(1), 333-355. <https://doi.org/10.3917/psy.591.0333>
- Potel Baranes, C. (2019). 18. Cinq axes essentiels d'intervention en psychomotricité. In *Être psychomotricien* (p. 345-356). Érès. <https://www.cairn.info/etre-psychomotricien--9782749264264-p-345.htm>
- Robert-Ouvray, S. (2000). *Porter un enfant c'est un savoir être—Réseau Prisme*. <https://www.documentation-sociale.org/base-prisme/23018/>
- Robert-Ouvray, S. (2019). Les abîmes de la maltraitance. *Suzanne Robert-Ouvray*. <https://www.suzanne-robertouvray.fr/les-abimes-de-la-maltraitance/>
- Tarquinio, C. L., Trousselard, M., Rotonda, C., & Tarquinio, C. (2024). Modèles descriptifs de l'adversité vécue durant l'enfance (*Adverse Childhood Experiences*). *Annales Médico-*

psychologiques, revue psychiatrique, 182(3), 242-250.

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.06.008>

Wahl, G. (2019). *Chapitre II. Description clinique: Vol. 3e éd.* (p. 21-36). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/les-enfants-hyperactifs-tdah---9782130815587-p-21.htm>

WHO. (s. d.). *Maltraitance des enfants*. Consulté 11 avril 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité—Connaissance de l'Inconscient—GALLIMARD - Site Gallimard*. <https://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Connaissance-de-l-Inconscient/Jeu-et-realite#>

Winnicott, D. W. (2014). *La famille suffisamment bonne | Payot*. <https://www.payot-rivages.fr/payot/livre/la-famille-suffisamment-bonne-9782228911443>

Zammouri, I. (2022). Chapitre 13. Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) et dyspraxie : Importance du parcours de soins. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices: Vol. 2e Éd.* (p. 139-155). Dunod. <https://www.cairn.info/le-grand-livre-des-pratiques-psychomotrices--9782100824984-p-139.htm>

Vu par la maîtresse de mémoire, Camille Seydi, psychomotricienne

A Lyon, le 11/05/2024

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Seydi', with a long horizontal stroke extending to the right.

Auteur : BOURILLON MORGANE

Titre : Une enfance marquée par la maltraitance et la discontinuité

La thérapie psychomotrice comme soutien à l'élaboration d'une sécurité interne stable chez un enfant hyperactif et en situation de placement

Mots - clés Thérapie psychomotrice – Sentiment de sécurité interne- Maltraitance- Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

Psychomotor therapy- internal security feeling - Abuse- attention deficit disorder with or without Hyperactivity.

Résumé :

Le placement dans un foyer de l'enfance permet d'offrir, dans une certaine mesure, à l'enfant une sécurité et un environnement adapté à ses besoins lorsque ses parents ne peuvent pas y répondre. Par ailleurs, beaucoup d'enfants ont fait l'expérience de maltraitance et de nombreuses séparations. Les coups reçus et la négligence sont source de peur et d'anxiété, influençant le développement de l'enfant. Lorsque je rencontre Camil, un garçon de six ans, victime de maltraitance et porteur d'un Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité, ses fragilités et ses relations avec ses pairs me questionnent sur le développement de son sentiment de sécurité interne. Ainsi, ce mémoire tente de mettre en lumière comment, les expériences vécues dans le cadre de la thérapie psychomotrice peuvent être un support à l'intégration du sentiment de sécurité interne ?

Placement in a children's home provides a degree of security and an environment adapted to the child's needs when the parents are unable to meet them. Furthermore, many children have suffered abuse and numerous separations. Beatings and neglect are a source of fear and anxiety, influencing the child's development. When I met Camil, a six-year-old boy who had been abused and had Attention Deficit Hyperactivity Disorder, his vulnerabilities and his relationships with his peers raised questions about the development of his sense of internal security. This dissertation therefore attempts to highlight how experiences in psychomotor therapy can support the integration of a sense of internal security.