

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

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



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

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

**Défaillance du sentiment de continuité d'existence et de
l'enveloppe corporelle :
le rôle de la psychomotricité dans la construction de Soi**

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

Par : Lucie LECONTE

Juin 2021 (Session 1)

N° 1639

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

**Défaillance du sentiment de continuité d'existence et de
l'enveloppe corporelle :
le rôle de la psychomotricité dans la construction de Soi**

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

Par : Lucie LECONTE

Juin 2021 (Session 1)

N° 1639

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. ROLLAND Pierre

1.1 Secteur Santé :

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

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

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

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

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. BURILLON Carole**

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

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

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

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

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

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

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

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

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

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

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

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAY
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Lynda ABDELMOUMNAOUI

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier ma maître de mémoire qui m'a guidée dans la rédaction de cet écrit déterminant.

Je remercie également ma maître de stage qui m'a accompagnée tout au long de cette année, dans la découverte de la psychomotricité en psychiatrie, et qui m'a permis de trouver ma place de future psychomotricienne.

Je remercie aussi toutes mes autres maîtres de stages de m'avoir transmis leur passion du métier et de nombreuses clefs qui me serviront dans les années à venir.

Je remercie tous les patients qui m'ont accueillie et m'ont permis d'évoluer auprès d'eux. Merci à Pauline sans qui ce mémoire n'existerait pas.

Je remercie ma famille et mes amis de m'avoir soutenue et supportée durant ces trois années de formation.

Enfin, merci à toutes les personnes, membres de l'équipe pédagogique, qui de près ou de loin ont participé à ma formation.

« Le plus court chemin de soi à soi passe par autrui. »

Paul Ricoeur

SOMMAIRE

LEXIQUE	
INTRODUCTION	1
PARTIE CLINIQUE	3
La structure	3
1. Architecture	3
2. Organisation d'un séjour de soin.....	3
3. Personnel soignant.....	4
Présentation de Pauline	4
1. Description	4
2. Lieux de vie	5
3. Parcours de soins	5
4. Diagnostic, traitement et bilans	7
4.1. Diagnostic	7
4.2. Traitements	7
4.3. Bilans	7
4.4. Projet de soins global.....	8
5. Historique de prise en charge en psychomotricité	8
6. Projet de soins en psychomotricité élaboré par Noémie	9
Pauline, d'octobre à décembre	10
1. La première rencontre	10
2. Les premières séances	11
3. Mes observations et hypothèses au cours des séances	11
3.1. Une enveloppe poreuse.....	11
3.2. Un besoin de se remplir ?	13
3.3. Un narcissisme fragile	14
3.4. La notion d'espace	15
3.5. Empathie et abandon	16
3.6. Déséquilibres	17
4. Conclusion.....	17
PARTIE THÉORIQUE	18
Les carences affectives	18
1. Définition	18

2. Le placement par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).....	19
2.1. Qu'est-ce que l'ASE ?	19
2.2. Placement et séparation	19
2.3. Des carences dues au placement.....	19
3. Conséquences des carences affectives	20
3.1. Sur le plan corporel et des acquisitions	20
3.2. Sur le plan relationnel.....	20
3.3. Autres conséquences.....	21
Sentiment de continuité d'existence	21
1. « Un nourrisson, ça n'existe pas ! »	21
2. Le couple nourrisson/soins maternels	22
3. Stabilité structurelle.....	22
Enveloppe corporelle et construction de Soi	23
1. Une enveloppe, qu'est-ce que c'est ?	23
1.1. Une protection, un contenant.....	23
1.2. Un extérieur, une façade	24
1.3. Dedans, dehors	24
2. Création et évolution de l'enveloppe corporelle	24
2.1. Grossesse et première enveloppe.....	24
2.2. Un environnement contenant.....	25
3. Enveloppe corporelle et identification de Soi en tant que sujet	25
3.1. Des extrêmes nécessaires à la construction de Soi	25
3.2. L'enveloppe tonique	26
3.3. Le Moi-Peau	27
4. L'enveloppe psychocorporelle	27
5. Perturbations et défaillance de l'enveloppe psychocorporelle	28
5.1. Défaillance de l'enveloppe tonique	28
5.2. Dysfonctionnements du Moi-Peau	29
Le toucher et le dialogue tonico-émotionnel	30
1. Le toucher.....	30
1.1. Définition.....	30
1.2. Dans le développement.....	31
1.3. En psychomotricité	31
1.4. Le massage	32
2. Le dialogue tonico-émotionnel.....	32

2.1. Définitions	32
2.2. Dialogue tonico-émotionnel et perception de Soi	32
2.3. Dialogue tonico-émotionnel et émotions.....	33
2.4. Dialogue tonico-émotionnel et psychomotricité.....	33
PARTIE THÉORICO-CLINIQUE.....	34
L'élaboration de la prise en charge	34
1. Le projet de soin.....	34
2. Concrétisation du projet de soin.....	35
3. Particularités de la prise en charge	35
3.1. L'espace de prise en charge.....	35
3.2. L'utilisation de médias pour les massages	36
Pauline, de janvier à avril	37
1. Le temps d'auto-massage	37
2. Le massage	38
2.1. Faire varier les médias.....	38
2.2. L'expérimentation des extrêmes.....	39
2.3. Verbalisation.....	41
3. La représentation pour exprimer ses ressentis.....	42
3.1. La pâte à modeler	42
3.2. Le dessin	43
4. Le dialogue tonico-émotionnel.....	43
4.1. Évolution de l'exercice	44
4.2. S'appuyer sur l'autre sans l'intruser.....	45
5. Des invariants en psychomotricité	45
5.1. Cadre spatial et temporel	45
5.2. Déroulé de la séance	46
6. D'autres évolutions remarquables	47
6.1. L'enveloppe	47
6.2. La contenance	47
6.3. La séparation.....	47
7. Évolution du projet de soin	48
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	
TABLE DES ANNEXES	51

LEXIQUE

ASE : aide sociale à l'enfance

ASH : agent des services hospitaliers

CHU : centre hospitalier universitaire

CMP : centre médico-psychologique

CMPEA : centre médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent

DSM : diagnostic and statistical manual of mental disorders

FAM : foyer d'accueil médicalisé

HDJ : hôpital de jour

HL : hospitalisation libre

IDE : infirmier diplômé d'État

IME : institut médico-éducatif

ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique

LVA : lieu de vie et d'accueil

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

OPP : ordonnance de placement provisoire

SAF : syndrome d'alcoolisme/d'alcoolisation fœtal(e)

SPDRE : soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'État

SPDT : soins psychiatriques à la demande d'un tiers

UMD : unité pour malades difficiles

USIP : unité de soins intensifs psychiatriques

VAO : vacances adaptées et organisées

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Qu'est-ce qui m'attend ? Que vais-je ressentir ? À quoi ressemble un hôpital psychiatrique ? Comment reconnaît-on un patient avec une maladie mentale ? Voilà mes questionnements lors de mon premier trajet pour me rendre en stage. Ce ne sont que les premiers d'une longue série qui m'amènent aujourd'hui à présenter un mémoire sur cet univers si particulier mais si passionnant qu'est la psychiatrie adulte. Ma première journée de stage mêle fascination et curiosité, mais aussi timidité face à ces patients au comportement atypique qui évoluent dans ce lieu à l'organisation singulière. Il me faudra d'ailleurs plusieurs semaines pour prendre mes marques et me sentir à l'aise face à ces portes fermées dont je ne détiens pas les clefs. Puis vient un déclic, derrière la façade qu'offrent à voir ces patients au contact social inadapté, je vois la vulnérabilité. Je pense que c'est à ce moment précis que mon stage a réellement démarré.

C'est à cette même période que je commence à percevoir que Pauline n'est peut-être pas une patiente parmi tant d'autres. Je découvre son histoire à travers son dossier, mais aussi à travers des conversations avec ma maître de stage ou des infirmiers du service, et ce que j'entends me fascine. Son passé est complexe, et donne de nombreuses pistes d'explications sur sa pathologie actuelle.

En séance, j'apprends à découvrir une jeune femme remplie de paradoxes : à la fois vulnérable et très forte, pleine d'attentes envers les soignants mais revendiquant son envie de quitter le service... En me penchant sur son dossier, je découvre également les nombreuses prises en charge qu'elle a eues par le passé, pour travailler la trace écrite ou encore la gestion des émotions. Cela me donne un aperçu de tout le travail qu'il reste à accomplir et je commence alors à repenser sa prise en charge en psychomotricité, ce qui n'est pas une tâche facile au vu des nombreux axes de travail qu'il serait nécessaire d'explorer. En effet, avec Pauline, il serait intéressant d'aborder la notion d'équilibre, de travailler sur son atteinte narcissique ou sa peur de l'abandon...

Au fil de mes réflexions, une notion ressort tout de même : la continuité d'existence, qui semble faire défaut à Pauline.

En élaborant ma pensée, j'en suis venue à me poser une question, qui deviendra le fil conducteur de mon mémoire : comment aider une patiente souffrant de carences affectives majeures à développer un sentiment de continuité d'existence à travers un travail sur l'enveloppe corporelle en psychomotricité ?

Pour répondre à cette interrogation, j'articulerai mon mémoire en trois parties, qui suivent la chronologie de mon stage. Dans un premier temps, je présenterai Pauline et ferai part de mes observations au cours des trois premiers mois de stages, pendant lesquels je n'ai que peu interagi avec Pauline. J'aborderai ensuite les grands concepts qui m'ont été nécessaires à l'élaboration de la prise en charge, et qui me seront donc indispensables pour apporter une réponse à ma problématique. Enfin, j'exposerai plus en détail ma réflexion autour du projet de soin et sa mise en place, puis je répondrai à la problématique en me basant sur mes observations au cours des quatre mois de stage suivants, pendant lesquels j'ai mené la prise en charge de Pauline.

PARTIE CLINIQUE

PARTIE CLINIQUE

La structure

J'effectue, tous les lundis, un stage en psychiatrie adulte dans un hôpital psychiatrique public rattaché à un centre hospitalier universitaire (CHU). Cet hôpital est divisé en plusieurs secteurs destinés à accueillir les patients des différentes zones du département.

1. Architecture

Le CHU a dédié une grande superficie au pôle psychiatrique, ce qui permet à chaque secteur de posséder son propre bâtiment. Tous les bâtiments ont la même architecture moderne et les secteurs fonctionnent de la même manière.

Lorsque l'on entre dans le service dans lequel j'ai passé de nombreux mois, on se retrouve dans un couloir donnant sur plusieurs bureaux, notamment celui de la psychomotricienne, ainsi qu'une salle de visite pour les patients souhaitant s'isoler avec leur famille. Ce couloir débouche également sur une grande salle : la salle commune du secteur ouvert. Depuis cette pièce, on peut accéder à un couloir dans lequel se situe l'enfilade de chambres des patients, à un espace extérieur et au couloir des infirmiers. Ce couloir, lieu de passage très emprunté, regroupe des salles de réunion et de repos ainsi que des bureaux. Il sert également de séparation avec le secteur fermé, construit en symétrie du secteur ouvert.

2. Organisation d'un séjour de soin

En ce qui concerne l'organisation d'un séjour dans le service, les patients commencent généralement par un passage en chambre d'isolement, avant d'être intégrés au secteur fermé puis au secteur ouvert lorsque leur état le permet. Les temps passés dans ces secteurs varient beaucoup d'un patient à l'autre, ils peuvent aller de quelques jours à quelques années, avec des régressions à des conditions de vie plus strictes si nécessaire. L'objectif étant tout de même de limiter au maximum le temps d'hospitalisation en accompagnant les patients vers un projet de sortie (réintégration de leur domicile, accueil en foyer...).

Les patients accueillis peuvent être hospitalisés à leur demande, on parle alors d'hospitalisation libre (HL). S'ils le sont sans consentement, c'est soit à la demande d'un tiers (SPDT) soit sur décision du représentant de l'état (SPDRE).

3. Personnel soignant

De nombreux professionnels de santé travaillent au sein du service de psychiatrie. Des infirmiers diplômés d'État (IDE), des aide-soignants, des agents des services hospitaliers (ASH), sont présents au quotidien auprès des patients. Une psychologue et des médecins psychiatres, que les patients peuvent rencontrer régulièrement. Des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes, une psychomotricienne, une socio-esthéticienne, une coiffeuse, qui prennent en charge les patients sur prescription médicale. Plusieurs professionnels extérieurs peuvent également intervenir sur demande, comme des pédicures-podologues ou encore des éducateurs spécialisés. Enfin, plusieurs cadres de santé se partagent l'organisation de cette équipe importante.

Présentation de Pauline

C'est dans ce contexte que je rencontre Pauline, une jeune femme de 28 ans (née en 1992), hospitalisée à temps complet dans le service de psychiatrie adulte depuis maintenant 6 ans.

1. Description

Pauline est brune, les cheveux courts, assez ronde et plutôt petite. Son visage poupin ainsi que son attitude générale donnent l'impression d'avoir à faire à une adolescente. Elle se déplace toujours avec un sac dans lequel se trouvent toutes ses affaires : des pochettes remplies de dessins à colorier, des magazines, des crayons ou des feutres... Elle accumule également les épaisseurs de vêtements et porte plusieurs vestes, voire un manteau, même à l'intérieur.

Sur ses bras, on peut voir les stigmates d'automutilations.

Elle parle vite et articule peu, ce qui peut parfois entraîner des difficultés de compréhension. Elle a une voix aiguë assez reconnaissable, qui résonne souvent dans le service. Lorsqu'elle vient nous parler, elle peut avoir tendance à se rapprocher de nous de façon excessive.

Elle marche à une allure normale, en traînant les pieds au sol, ce qui permet de l'entendre arriver. Elle présente une lenteur dans sa réflexion, notamment lorsqu'on lui pose une question. Elle peut rester un long moment sans répondre, pouvant parfois nous faire douter de son audition ou de sa compréhension.

L'histoire de Pauline est complexe (les éléments suivants sont issus de son dossier médical et du compte rendu de prise en charge). Elle est la troisième d'une fratrie de huit enfants, résultant des deux unions de Mme C. (la mère de Pauline). Après une grossesse peu suivie, elle naît prématurément à 36,5 SA sans complications à l'accouchement. Elle présente une dysmorphie faciale, une petite taille à la naissance et des troubles du comportement, qui font suspecter la présence d'un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF).

2. Lieux de vie

Son enfance est marquée par un suivi médical important et différentes mesures de placements. Une première ordonnance de placement provisoire (OPP) est faite en 1995 alors que Pauline n'a que deux ans et demi. À partir de ce moment, elle transitera entre la pouponnière du foyer de l'enfance, différentes familles d'accueil, l'internat d'un institut thérapeutique éducatif et pédagogique/institut médico-éducatif (ITEP/IME), des passages dans deux lieux de vie et d'accueil (LVA), une hospitalisation partielle dans le secteur psychiatrique où elle se trouve actuellement. Ainsi, entre 1995 et fin 2014 (début de l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie adulte), Pauline aura connu six lieux de vie différents (parfois plusieurs en même temps), avec une présence assez fluctuante de sa mère.

3. Parcours de soins

Pauline a également un passé médical assez complexe. Durant sa première année de vie, elle est hospitalisée à plusieurs reprises pour diverses raisons (gastro-entérite, malaises, pleurs inexplicables). Elle présente alors un retard staturo-pondéral.

À un an et demi, elle est de nouveau hospitalisée pour « une hypertonicité et une instabilité majeure ». Une « absence totale de repères éducatifs » sera par la même occasion remarquée. Le bilan fait à deux ans conclura à un retard staturo-pondéral et une agitation massive.

Lors de son premier placement en famille d'accueil, Pauline est décrite comme instable, dispersée, craintive, avec des troubles du sommeil et de l'alimentation. Elle commence un suivi en centre médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent (CMPEA) à l'âge de trois ans suite à de graves troubles du comportement (conduites auto et hétéro agressives, lapement de la nourriture, cris, vomissements récurrents...). Elle sera en plus suivie par une infirmière à domicile.

À six ans, un bilan psychologique conclut à une « déficience intellectuelle avec une construction de la personnalité en mosaïque ».

À six ans et demi, elle est adressée par le CMPEA à un ITEP/IME pour sa déficience intellectuelle et son instabilité.

En 2006, à quatorze ans, elle commence une prise en charge dans un hôpital de jour/centre médico-psychologique (HDJ/CMP). Celle-ci s'arrête 4 ans plus tard tandis que commence une nouvelle prise en charge en IME et une hospitalisation partielle dans le service de psychiatrie actuel.

En 2014, toutes les prises en charge s'arrêtent définitivement et Pauline est hospitalisée à temps complet dans le service de psychiatrie adulte. Elle a alors vingt-deux ans.

En résumé, entre 2004 et 2010, Pauline fréquente cinq lieux de prise en charge en même temps, et cela fait maintenant neuf ans qu'elle est hospitalisée (à temps partiel ou complet) dans le même service psychiatrique.

À la suite de son **admission à temps complet** dans le service de psychiatrie, le parcours de soin de Pauline, bien que moins intense, connaît encore des rebondissements.

En 2014, elle est hospitalisée en unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) suite à des comportements auto et hétéro agressifs.

Une mise en SPDRE sera ensuite prononcée et Pauline intègre une unité pour malades difficiles (UMD).

L'année 2016 voit beaucoup de changements. Tout d'abord, elle passe d'un SPDRE à un SPDT, avec sa curatrice comme tiers. Un projet de famille d'accueil voit le jour mais sera finalement abandonné (situation de la famille d'accueil incompatible avec la problématique de Pauline), de même que la mise en place d'une référence assurée par deux soignantes que Pauline mettra en échec. Pauline passe également du secteur fermé au secteur ouvert. À la même période commence une prise en charge en psychomotricité, qui ne durera que quelques mois.

En 2017, elle effectue un séjour dans un centre de vacances adaptées et organisées (centre VAO) dans le but de donner du répit au service, qui n'arrivera pas à son terme car Pauline fait une crise clastique. Plus tard, elle sera prise en charge à l'HDJ pour mettre du tiers dans la prise en charge. Cependant le manque de lien entre les équipes et la difficulté à accrocher à la structure mettront en échec ce projet également.

2018 commence avec une « commission de situation difficile » avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour trouver un foyer d'accueil

médicalisé (FAM) à Pauline. En mars de la même année, la mère de Pauline souhaite reprendre contact. Cependant, elle ne fera jamais le déplacement pour voir sa fille et leur lien se résumera à une lettre. En fin d'année, une prise en charge en FAM débute avec un groupe équitérapie, qui sera suspendu face au comportement inadapté de Pauline. Un autre groupe « vie quotidienne » lui sera alors proposé pour évaluer ses capacités à vivre en foyer.

En 2019, la MDPH, le FAM et l'hôpital psychiatrique décident de proposer une prise en charge plus importante à Pauline pour pouvoir poursuivre son évaluation. Le départ d'une patiente, amie de Pauline, de l'hôpital psychiatrique va entraîner une période difficile sur le plan du comportement à cause d'un nouveau vécu d'abandon.

La suite du projet de Pauline prévoit une présence plus longue sur le FAM avec, comme objectif final l'intégration du FAM de façon permanente. Une aide humaine est également mise en place.

Suite à la crise sanitaire de 2020, la prise en charge au FAM est suspendue et n'a toujours pas repris à l'heure actuelle. Mais Pauline reste très en demande.

Depuis décembre 2020, une éducatrice intervient deux à trois fois par semaine auprès de Pauline.

4. Diagnostic, traitement et bilans

4.1. Diagnostic

Le diagnostic de Pauline a évolué au cours des années de prise en charge. À l'heure actuelle, elle souffre d'un « trouble caractériel s'exprimant sur fond de limitation intellectuelle importante et de problématique abandonnique sur fond de carences affectives et éducatives majeures ».

4.2. Traitements

Au vu de son diagnostic, Pauline suit un traitement médicamenteux. Elle prend des neuroleptiques (LOXAPAC® principalement à visée sédatrice et CLOPIXOL®) ainsi qu'un correcteur (PARKINANE®).

4.3. Bilans

Aucun bilan psychomoteur complet n'a été réalisé au cours de son hospitalisation dans le service psychiatrique, et je n'ai pas eu accès aux précédents bilans qu'elle aurait pu passer.

Un bilan graphomoteur, réalisé en 2016, fait état de difficultés graphiques et de motricité fine, notamment dues à des difficultés de repérage spatial. De plus, une mauvaise posture globale et une augmentation du tonus de la main sont observées. L'organisation gestuelle et la coordination oculo-manuelle mettent également Pauline en difficulté. Malgré cela, Pauline apprécie grandement les activités graphiques et dessine spontanément. Elle a conscience de sa difficulté à écrire et formule d'ailleurs son besoin d'aide dans ce domaine. De ce bilan débouchera une prise en charge dont le fil conducteur sera de « laisser une trace » (graphique, tactile...).

D'après mes nombreuses observations au cours des séances, je peux faire un état des lieux des capacités de Pauline.

Pauline est latéralisée à droite. Elle possède un tonus assez bas mais est capable d'une bonne adaptation tonique. La notion de temps n'est pas complètement maîtrisée : elle est en apprentissage pour la lecture de l'heure. Il est également important de rappeler que le cadre de l'hôpital psychiatrique ne facilite pas le repérage temporel.

Comme je l'exposerai plus tard, Pauline investit bien l'espace mais a des difficultés d'ajustement de la distance relationnelle. Son schéma corporel n'est pas complètement intégré.

4.4. Projet de soins global

Le projet de soins global de Pauline est d'intégrer un FAM. Cependant, de fréquentes crises clastiques, peu gérables, expliquent sa présence aussi longue dans le service psychiatrique.

5. Historique de prise en charge en psychomotricité

Le compte rendu de prise en charge retraçant la période entre août 2016 et septembre 2019, rédigé par la psychomotricienne exerçant dans le service (que nous appellerons Noémie), fait état de nombreuses choses.

La prise en charge psychomotrice de Pauline commence à sa demande en août 2016, car elle souhaite apprendre à écrire. Noémie lui propose donc un travail graphomoteur avec pour objectif de permettre à Pauline d'inscrire son identité, son appartenance au groupe social et donc que son existence fasse trace. Ce travail et les séances de psychomotricité s'arrêteront en décembre 2016 également à la demande de Pauline.

Le suivi psychomoteur reprend en juillet 2017. Plusieurs axes de travail vont alors être explorés. Dans un 1^{er} temps, en lien avec l'échec du séjour en centre VAO, Noémie

propose à Pauline de mettre des mots sur ses ressentis. Elle l'invite également à trouver des caractéristiques propres aux différents membres du personnel soignant (qu'est-ce qui a manqué pendant ce séjour ? la voix ? l'odeur ? le regard ?).

Dans un second temps, Noémie propose des séances divisées en deux parties : un premier temps autour du dessin et un second temps de massage. Le dessin lui permet d'explorer les contenants avec des coloriations aux bords définis, qu'on dépasse ou non. Le massage permet quant à lui une régression ainsi qu'une expérimentation des fonctions maternelles. Il permet de contenir les débordements et procure une certaine cohérence corporelle.

L'utilisation d'huiles essentielles offre également une trace olfactive, un témoin du moment de calme et de répit que vit Pauline.

Noémie mettra également en place un cahier pour laisser une trace. Celui-ci deviendra le témoin des états d'âme de Pauline, qui ne l'attaquera jamais, contrairement à beaucoup de ses affaires.

Un travail autour de l'arbre généalogique de Pauline est entamé. Il a pour but de l'aider à s'inscrire dans sa lignée familiale, de se situer vis-à-vis de ses parents, de sa fratrie, mais également de sa famille d'accueil. Ce travail l'amènera à exprimer un sentiment de culpabilité vis-à-vis de la séparation de ses parents, mais également de la colère pour sa mère qu'elle juge responsable de sa présence en psychiatrie.

Au printemps 2018, Mme C. reprend contact avec Pauline, entraînant un grand trouble chez celle-ci. Elle va alors entrer dans un processus de ré-interrogation du lien familial, et les séances vont s'axer sur la relation mère-enfant : Pauline va dessiner des « mamans animaux » avec leur bébé, elle va s'occuper d'une poupée...

En 2019, Pauline suit un groupe de médiation animale puis un groupe escalade animés par Noémie. En parallèle la prise en charge individuelle se poursuit.

6. Projet de soins en psychomotricité élaboré par Noémie

En accord avec ce projet global, le projet de soins en psychomotricité élaboré par Noémie est d'aider Pauline à réguler ses émotions, les comprendre en les traduisant en mots et en les mettant en lien avec le contexte et l'environnement dans lesquels elles apparaissent, mais aussi avec son histoire. Pour cela, plusieurs médiations ont été utilisées au cours de la prise en charge mais le cadre reste inchangé : solide et contenant face aux accès d'agressivité et à la détresse psychique de Pauline.

Pauline, d'octobre à décembre

1. La première rencontre

Je rencontre Pauline pour la première fois lorsque, avec Noémie nous allons chercher un patient dans le secteur fermé. Comme tous les matins, ma maître de stage prend le temps en passant dans la salle commune du secteur ouvert, de dire bonjour aux patients, de demander comment s'est passé le week-end...

Lorsque nous entrons dans la salle commune, Pauline est presque collée à l'étudiante en ergothérapie présente dans la salle. Elle me fait alors penser à une petite fille qui resterait accrochée aux jambes de sa mère face à des adultes qu'elle ne connaît pas.

À ce moment-là, je ne sais pas encore que je vais suivre cette patiente en psychomotricité tous les lundis matin. Et je sais encore moins qu'elle deviendra mon sujet de mémoire. Mon regard glisse sur elle, un peu comme sur toutes les autres personnes présentes, et j'essaye de m'habituer à ce nouvel environnement, qui sera mon terrain d'apprentissage durant les mois à venir.

Je la revois plus tard dans la matinée, cette fois-ci dans le bureau de Noémie. De cette première séance, j'ai assez peu de souvenirs : Pauline et Noémie ont discuté un moment des livres et dessins que Pauline avait apportés, puis Noémie lui a proposé un massage du dos, et Pauline a choisi de l'huile essentielle de lavande comme support olfactif. Je me souviens également m'être dit qu'elle semblait très fatiguée. Son état m'a interpellée, mais Noémie m'a par la suite informée que les médicaments y étaient pour beaucoup.

Plus tard, tandis que l'on discute avec Noémie des patients vus dans la matinée, Pauline fait irruption dans le bureau. Elle entre sans frapper et n'attend pas qu'on l'autorise à entrer ou que l'on termine notre discussion. Noémie, sachant qu'il y a peu de monde dans le service et que dans cette situation Pauline se sent abandonnée, ne la reprend pas. Pauline se met alors à pleurer en parlant du foyer dans lequel elle va habituellement tous les mardis mais qui ne peut plus l'accueillir à cause de la pandémie actuelle. Face à cette situation, je me sens à la fois mal à l'aise et démunie. Hésitante quant au positionnement à adopter, j'imite ma maître de stage et reste neutre, laissant Pauline évacuer son trop-plein d'émotion.

L'ambivalence de cette première rencontre me saute aux yeux tandis que j'écris ces lignes. Je la trouvais anodine mais elle se révèle en réalité être un aperçu des différentes problématiques de Pauline.

J'ai pu observer que ces difficultés sont très liées à la notion de limites, qu'elles soient corporelles, spatiales, temporelles... Elles sont également à mettre en lien avec son vécu abandonnique.

2. Les premières séances

Lors des premières semaines de prise en charge, pendant lesquelles je suis observatrice, je remarque que toutes les séances de Pauline sont structurées en deux temps. Un temps de discussion, sur ce qu'a fait Pauline au cours de la semaine, les « anecdotes » du service, les coloriages et magazines que Pauline a amenés avec elle. Puis un temps de massage aux huiles essentielles. Celles-ci ont pour but d'être le témoin d'un moment de détente et de permettre à Pauline de se le remémorer si nécessaire dans la journée.

Au cours de ces premiers mois, il n'est pas rare que Pauline écourte ou rate des séances car elle a prévu d'autres choses sur ce temps de rendez-vous, notamment aller au Club (cafétéria/snack tenue par des patients, en libre accès pour les patients du secteur ouvert). Jusqu'en janvier, Pauline ne m'inclut pas dans les séances. Elle ne s'adresse qu'à Noémie et me regarde peu lors des discussions. Pour ma part, j'interviens occasionnellement, ou lorsque Noémie m'implique dans la conversation. Puis, la première séance de janvier marque un tournant dans la relation qu'elle entretient avec moi. En effet, comme à son habitude, elle se met à discuter avec Noémie en sortant ses affaires, puis elle se tourne vers moi et me demande si je veux colorier un dessin pour elle. Au cours de cette séance puis de la suivante, Pauline m'inclut d'elle-même dans la conversation et me propose de colorier avec elle. Les deux fois, elle repartira avec mon dessin en cadeau. Il est intéressant de noter qu'elle a dû passer par un média qui lui était familier et qu'elle maîtrisait pour commencer à m'investir.

À la suite de ces séances, je mettrais en place un nouveau projet de soin et prendrais Pauline en charge seule.

3. Mes observations et hypothèses au cours des séances

3.1. Une enveloppe poreuse

Je me pose plusieurs questions concernant l'enveloppe corporelle de Pauline. S'est-elle correctement construite ? Quelle perception en a-t-elle ? Quelles en sont les limites ? Assure-t-elle correctement les fonctions du Moi-Peau d'Anzieu ?

J'ai pu remarquer au cours des séances avec Pauline qu'elle a tendance à accumuler les **couches de vêtements**. Elle peut par exemple arriver en séance avec plusieurs vestes et un manteau. Cette première observation me fait me questionner sur la continuité de son enveloppe. A-t-elle besoin de ces épaisseurs de vêtements comme barrière protectrice qui séparerait l'intérieur de son corps de l'environnement extérieur ? Ressent-elle le besoin de se protéger contre quelque chose qui pourrait l'intruser ou au contraire cela sert-il à retenir quelque chose qui viendrait de l'intérieur ? Ses vêtements représentent-ils des objets transitionnels, des doudous qu'elle emmènerait partout comme une enfant ? Est-ce que ses nombreuses couches de vêtements l'aident à sentir son corps ?

Cependant, elle est capable de se séparer de ces couches de vêtements. Elle peut enlever son manteau et ses vestes mais elle les garde à proximité, et lorsqu'elle se déplace entre la salle commune et le bureau de la psychomotricienne par exemple, elle va porter ses affaires dans ses bras si elle ne les a pas sur le dos.

Cette façon qu'elle a de toujours conserver ses vêtements près d'elle me donne l'impression qu'elle ne peut pas s'en séparer, comme s'ils faisaient partie d'elle, comme une couche de peau supplémentaire. Les déposer reviendrait alors à se dépecer.

Ces habits pourraient aussi lui procurer une forme de contenance, permettant de la rassurer et de contenir ses angoisses. Ils seraient alors un moyen de défense contre l'environnement extérieur et elle ne pourrait s'en séparer que lorsqu'elle se sent en sécurité. Cela explique peut-être pourquoi elle ne semble pas présenter de difficultés à enlever son haut lors des massages aux huiles essentielles que peut lui proposer Noémie. Ces massages ont lieu dans le bureau de psychomotricité, un espace fermé, que Pauline a identifié comme sécuritaire, dans lequel elle sait que ce qu'elle dépose sera accueilli. C'est un espace qui, contrairement à beaucoup d'autres, ne lui a jamais été retiré.

Lors d'une séance de janvier, Pauline m'a surpris en acceptant de se détacher de ses affaires, assez facilement au vu de l'attachement qu'elle y porte habituellement. En fin de matinée, Noémie m'envoie chercher Pauline dans la salle commune. Lorsque j'arrive, elle est dans sa chambre. Je lui propose donc de venir car il est l'heure de son rendez-vous.

Elle accepte mais me dit qu'avant elle doit récupérer ses affaires. Celles-ci sont dispersées sur la table et les chaises de la salle. Elle commence donc à ranger ses dessins et ses feutres, met son sac sur son épaule et tente de saisir ses manteaux. Cependant, ayant les mains pleines de feuilles, elle n'y arrive pas et me demande donc mon aide. Je profite de l'occasion pour lui proposer de laisser ses affaires là en lui expliquant qu'elle n'en aura pas besoin pendant la séance. Elle commence par me dire que non, qu'elle veut les

prendre. J'essaye de lui expliquer que ses manteaux peuvent rester là, qu'ils seront toujours là quand elle reviendra. Un patient, et ami de Pauline, assis à la table, va alors dans mon sens en lui disant qu'il veillera sur ses vêtements, qu'elle peut les laisser l'esprit tranquille. Après un temps de réflexion, Pauline décide finalement de renoncer à les prendre et de me suivre en séance, non sans s'assurer à plusieurs reprises que l'autre patient les surveille.

Je me suis par la suite interrogée sur cet épisode. Pourquoi Pauline a-t-elle accepté de laisser ses affaires ce jour-là ? Se sentait-elle en sécurité ? La confiance qu'elle accorde à l'autre patient était-elle assez forte pour la rassurer ? Avait-elle déjà assez d'épaisseurs de vêtements sur elle pour se permettre de se détacher de ces couches supplémentaires ?

L'identification de la salle de psychomotricité comme un lieu sûr l'a-t-elle aidée à se détacher de ses habits ? Peut-être aussi que la fonction contenant des vêtements a, ce jour-là, été remplacée par le thérapeute (en l'occurrence Noémie ou moi) tenant alors lieu de figure maternelle. Le *holding* et le *handling* que nous proposons à Pauline étaient peut-être suffisamment contenant et porteur pour lui permettre de se détacher de ses vêtements. Une dernière hypothèse m'est venue concernant les vêtements de Pauline. Tout comme le maquillage ou la coiffure, le style vestimentaire permet de marquer son appartenance à un groupe social. Porter de nombreuses épaisseurs de vêtements est peut-être un moyen pour Pauline de revendiquer sa place dans la société, son appartenance à une communauté.

Je me suis également attardée sur la question de l'enveloppe corporelle de Pauline en voyant les **marques de scarifications** sur ses bras.

Il est possible que ces automutilations, en plus de permettre aux tensions internes de retomber, soient une façon pour Pauline de ressentir son enveloppe et ses limites corporelles.

3.2. Un besoin de se remplir ?

Tout au long des séances, j'ai pu observer que Pauline est dans une recherche de remplissage importante. Cette recherche du plein se retrouve dans l'accumulation qu'elle fait de tout. Par exemple, Pauline possède un sac dans lequel elle stocke ses affaires : des crayons et des feutres, des coloriages, des magazines, une brosse... Tout cela forme un amas de possessions tellement important que son sac est en permanence plein à craquer. Elle réclame d'ailleurs régulièrement de l'aide pour le fermer. À travers ce remplissage

extrême, Pauline cherche-t-elle à tester la fonction contenante du sac, et donc sa propre fonction contenante par extension ?

Cette accumulation tourne beaucoup autour des **coloriages**, qui sont une de ses principales activités. Dans sa chambre, les murs sont recouverts des coloriages qu'elle a réalisés. Les motifs de ses coloriages varient assez peu et elle n'a donc que quelques modèles différents, déclinés dans diverses palettes de couleurs. Elle possède aussi près d'une centaine de feutres et crayons de différentes formes, tailles et couleurs, et de nombreux coloriages vierges, souvent plusieurs exemplaires d'un même motif, qu'elle transporte dans des pochettes dont les élastiques menacent de lâcher.

Le remplissage se retrouve aussi dans l'activité de coloriage en elle-même : ses traits de feutres sont méthodiques pour ne pas dépasser les lignes et elle semble fière de nous montrer, à Noémie ou moi, lorsqu'elle fait un dessin complet sans dépasser.

Le besoin de se remplir chez Pauline est aussi visible au niveau de la relation à l'autre. En effet, elle est dans une **demande d'attention** presque constante, comme si ce que nous lui donnions ne suffisait pas, ou comme si cela ne tenait pas. Je fais alors le lien avec son enveloppe poreuse qui ne lui permet peut-être pas de retenir ce que lui donne autrui, de le faire sien et de le garder.

De plus, au vu de son passé, Pauline n'a pas pu construire les bases d'une sécurité interne nécessaires à son développement et aux apprentissages. Ainsi, peut-être est-elle en recherche permanente de ces bases absentes et essaye de les retrouver auprès du personnel soignant, qui fait actuellement office de famille pour elle.

Pauline peut par exemple taper à la porte du couloir des infirmiers tant que quelqu'un n'est pas venu la voir. Mais une fois un infirmier présent, il n'y a pas de réelle demande. Ce comportement fait penser à celui d'un enfant qui demande sans cesse à son parent de le regarder jouer mais qui n'interagit pas réellement avec lui.

3.3. Un narcissisme fragile

En plus de demander constamment l'attention des soignants, Pauline est très autocentrée. Lorsqu'elle raconte un événement auquel elle a assisté, elle se place souvent au centre de l'histoire, se donnant le rôle principal. C'est ainsi qu'en nous racontant comment un des patients s'est blessé en tombant lors d'une balade, elle a orienté son récit pour se positionner en sauveuse. Elle aurait été, d'après elle, la seule à aider le patient à se soigner

à la suite de sa chute puis elle serait allée chercher des infirmiers en courant pour qu'ils viennent aider le patient au plus vite. Cependant, en l'interrogeant sur ce que lui a fait vivre cette scène, nous finissons par entendre qu'elle a été choquée, et que la quantité de sang présente l'a beaucoup impressionnée. Ce vécu diffère beaucoup de la position de « leader » dans laquelle elle se place dans son récit et nous confirme qu'elle n'a pas été autant actrice qu'elle le laisse entendre.

Lorsqu'elle se met en avant de la sorte, je me demande si Pauline ne cherche pas à se valoriser et ainsi compenser une atteinte narcissique.

Il se peut également que lorsqu'elle se place en sauveuse, elle cherche par la même occasion à être sauvée. Si elle sauve quelqu'un, elle sort de sa condition de patiente, elle devient quelqu'un.

Il est aussi possible qu'elle se sente redevable : lors d'une dispute parentale particulièrement violente durant sa petite enfance, les pompiers ont été amenés à intervenir. Selon Pauline, si ceux-ci n'étaient pas arrivés, l'issue de la dispute aurait été sa mort à elle. Ainsi, les pompiers ont été des sauveurs à ses yeux, prendre leur rôle en sauvant d'autres patients est peut-être pour elle un moyen de les remercier.

Cette position peut également l'amener à se sentir toute-puissante vis-à-vis des autres patients : sans elle, le patient blessé n'aurait pas survécu.

Un autre comportement de Pauline tend à confirmer qu'elle cherche à compenser une atteinte narcissique : à plusieurs reprises lors de séances de psychomotricité, elle nous informe que tel ou tel événement l'a rendue triste ou énervée mais qu'elle a « su gérer ». Elle nous explique ensuite que les soignants ont été très fiers d'elle, qu'ils lui ont « donné des bonnes notes » et qu'elle aura une récompense pour son bon comportement. De plus, j'ai pu l'observer à plusieurs reprises aller vers les soignants et leur demander spontanément si elle avait eu un bon comportement et quelle note lui mettait le soignant. Derrière ces actes, il me semble voir chez Pauline le besoin de se revaloriser, en affirmant ou en se rassurant sur sa valeur.

3.4. La notion d'espace

J'ai pu observer que Pauline présente des difficultés pour **ajuster sa distance relationnelle**. En effet, elle ne semble pas avoir conscience qu'elle entre régulièrement dans notre espace personnel. Elle peut notamment s'approcher très près de nous pour nous parler. Par exemple, lorsque l'on passe dans la salle commune pour venir chercher un patient, elle s'approche, se colle à Noémie ou moi pour discuter. Dans ces cas-là, elle n'est

pas capable de se rendre compte seule que cette proximité est excessive, et elle n'est donc pas capable de s'ajuster.

Je me demande ce que signifie cette recherche de proximité. Est-elle simplement en recherche de contact physique ? Ou bien en recherche d'appuis (visuel, corporel...) ? Son parcours de placement et ses relations passées sont peut-être à l'origine de ce mode d'entrée en relation : peut-être pense-t-elle que pour obtenir notre attention elle doit obligatoirement se trouver très proche de nous ?

En plus d'envahir notre espace personnel, Pauline a tendance à nous **intruser**, Noémie et moi. En effet, elle peut pénétrer dans le bureau de Noémie sans s'annoncer, qu'il soit l'heure de sa séance ou non. Voir la porte du bureau fermée ne la freine pas dans son élan. Lorsqu'elle agit ainsi, plusieurs questions me viennent : Pauline fait-elle la distinction entre les espaces de son environnement ? Que signifie une porte fermée pour elle ? Y voit-elle quelque chose de sécurisant comme d'autres patients pourraient le voir ? Cette porte fermée n'a-t-elle aucun impact sur sa perception de l'espace ?

La brutalité dont elle peut faire preuve rend ses entrées intrusives. Et j'y vois alors un lien avec sa propre enveloppe, poreuse, qui ne la protège pas complètement de l'environnement extérieur : Pauline serait alors quotidiennement intrusée par les autres patients, les soignants...

3.5. Empathie et abandon

En plus du nous intruser par ses brusques apparitions, Pauline nous effracte également avec ses sorties de séances. Il lui arrive parfois de partir du bureau de Noémie, mettant ainsi fin à la séance sans un mot, sans « au revoir » ou « à la semaine prochaine ».

Lorsqu'elle part ainsi, j'ai l'impression qu'elle agit comme si nous étions à son entière disposition. Cela s'observe également lorsqu'elle vient déposer ses affaires dans le bureau de Noémie à l'heure de sa séance mais qu'elle part chercher quelque chose ou qu'elle se met à parler à quelqu'un, perdant ainsi du temps sur sa séance de psychomotricité. Dans ces moments-là, je me sens presque comme un objet : disponible quand elle le veut, utilisable et jetable à volonté.

Je me demande également ce que ses départs précipités reflètent du sentiment d'abandon qu'elle peut ressentir. Lorsqu'elle agit ainsi, n'a-t-elle pas l'impression de nous abandonner ? Est-ce intentionnel, comme pour se « venger », pour nous faire ressentir ce qu'elle ressent ? Peut-être est-ce pour elle un moyen de prendre le contrôle de la relation :

par peur d'être à nouveau abandonnée, elle préfère prendre les devants et couper le lien avant que l'autre ne le coupe ? Ou bien est-ce le seul fonctionnement qu'elle connaît : des séparations vécues comme des arrachements ?

3.6. Déséquilibres

Parfois, sans raison apparente, Pauline a un déséquilibre soudain vers l'arrière et se met à reculer sur les talons jusqu'à percuter quelque chose (un mur, un meuble, une personne...) avec son dos. Lorsque je l'interroge, Noémie m'informe qu'il ne lui est jamais arrivé de tomber mais je me questionne quand même quant au pourquoi de ces déséquilibres. Je n'ai pour l'instant pas remarqué de dénominateur commun. Cela peut par exemple arriver lorsque l'on discute dans la salle commune ou dans le bureau. Son déséquilibre débute généralement alors qu'elle est statique. Est-ce qu'elle est en recherche d'un appui-dos ? Pourquoi ? Est-ce que cela la rassure ? Cherche-t-elle à sentir son corps ? Ou bien à percevoir les limites de l'espace dans lequel elle se trouve ? Si elle est en recherche de limites, l'espace de la salle commune n'est-il pas trop grand pour lui permettre de trouver des repères ou pour être sécurisant ?

4. Conclusion

Ces trois premiers mois de stage m'ont permis de me familiariser avec l'environnement de l'hôpital psychiatrique, mais surtout d'observer et d'essayer de comprendre Pauline et sa problématique. Ou devrais-je dire ses problématiques. En effet, on observe chez Pauline, comme chez de nombreux patients, une pathologie aux facettes multiples.

Ne pouvant pas toutes les prendre en charge en même temps, il m'a fallu faire un choix qui répondrait au mieux aux besoins actuels de Pauline.

C'est ainsi que j'ai envisagé puis mis en place un nouveau projet de soin. À travers celui-ci, je souhaite amener Pauline à développer un sentiment de continuité d'existence, en entamant un travail sur son enveloppe corporelle et ses limites. À plus long terme, le projet de soin vise à lui faire prendre en compte les limites de l'autre, à appréhender les espaces et à trouver une distance relationnelle adéquate.

Et c'est de ce projet de soin qu'a naturellement découlé la problématique de mon mémoire. Après avoir abordé les concepts théoriques m'ayant permis de penser et de construire ma prise en charge, je tenterai donc d'expliquer **comment, à travers un travail sur l'enveloppe corporelle, la psychomotricité peut aider une patiente souffrant de carences affectives majeures à développer un sentiment de continuité d'existence.**

PARTIE THÉORIQUE

PARTIE THÉORIQUE

Les carences affectives

1. Définition

Il est assez difficile de définir précisément les carences affectives. I. Flückiger, s'appuyant sur les travaux de Bowlby, explique que le terme « carence » « *décrit un type de situation (enfant placé hors de sa famille)* » (Flückiger, 2000, p. 31). Cependant, elle apporte une nuance : ce n'est pas tant le lieu de vie de l'enfant que la nature des soins reçus qui va provoquer des carences (Flückiger, 2000).

Cette explication restant un peu floue, essayons de décortiquer l'expression.

Le dictionnaire définit la carence comme étant une « *absence ou insuffisance d'éléments indispensables à la nutrition* » (Carence - définitions, synonymes, conjugaison, exemples | dico en ligne le robert, n. d.).

Le mot « affective » quant à lui signifie « *qui concerne les affects, les sentiments* »

(Affectif - définitions, synonymes, conjugaison, exemples | dico en ligne le robert, n. d.).

Ainsi, en réunissant de manière un peu barbare ces deux définitions, une carence affective est donc une absence ou une insuffisance d'éléments indispensables à la nutrition des affects, des sentiments. Et de la même manière qu'un enfant a besoin de nourriture en quantité suffisante et de bonne qualité, il a besoin d'entretenir des relations qualitatives (qui répondent à ses besoins et ses attentes) avec ses figures parentales de façon régulière. P. Verdier résume assez bien cette idée : « *l'enfant avait besoin pour vivre non seulement de nourriture et de chaleur, mais aussi de stimulations et d'amour : il a besoin d'être investi par sa mère, "habité" en quelque sorte* » (Verdier, 2013, p. 58).

D'après toutes ces définitions, on peut donc comprendre les carences affectives comme étant un défaut ou une absence de soins, initialement apportés par les figures d'attachement. I. Flückiger rajoute même que « *des soins aux enfants inadéquats, inconstants, indifférents, hostiles, ineptes sont directement des causes de grandes souffrances* » (Flückiger, 2000, p. 33). Une question reste tout de même en suspend d'après I. Flückiger « *à partir de quel degré de négligence peut-on parler de carence ?* » (Flückiger, 2000, p. 33).

2. Le placement par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

2.1. Qu'est-ce que l'ASE ?

L'ASE est « un ensemble de moyens financés et organisés par la collectivité publique pour remédier aux difficultés économiques ou éducatives de la famille et à l'inadaptation à une situation particulière des moyens d'existence et de protection mis à la disposition de tous » (Verdier, 2013, p. 8).

C'est un service départemental dont l'une des missions est de lutter contre la maltraitance, notamment en plaçant l'enfant concerné dans une famille d'accueil ou un établissement d'enfants à caractère social (« Aide sociale à l'enfance », 2021).

2.2. Placement et séparation

Les conséquences du placement d'un enfant ne sont pas tant dues au placement lui-même qu'à la séparation. En effet, il se trouve qu'on a « *souvent tendance à minimiser les effets de la séparation, peut-être parce qu'on se réfère à notre propre expérience d'adulte* » (Verdier, 2013, p. 52). Cependant, contrairement à nous, l'enfant séparé de sa famille n'a pas la possibilité de s'appuyer sur des repères créés grâce aux expériences. « *Pour lui, la perte est totale* » (Verdier, 2013, p. 52).

Plusieurs facteurs sont à prendre en compte pour évaluer les conséquences du placement d'un enfant. Tout d'abord, l'âge, la période entre huit mois et trois ans étant critique. En effet, à cet âge-là l'enfant connaît ses parents et les vit comme un prolongement de lui-même, répondant à ses besoins. De plus, l'âge est à relier avec le vécu de l'enfant et notamment l'état des relations affectives entre lui et ses parents.

Il faut également prendre en compte la manière dont le placement a lieu : la séparation est-elle brutale et inattendue, ou a-t-elle pu être mise en mots et préparée ?

Enfin, les séparations nombreuses et répétées, lorsque l'enfant passe de famille en famille, de foyer en foyer, sont les plus préjudiciables.

Ainsi, la séparation d'un enfant et de ses parents entraîne ou aggrave les carences affectives (Verdier, 2013).

2.3. Des carences dues au placement

Lors des placements, notamment en institution, les enfants peuvent être confrontés à diverses situations créant ou alimentant les carences.

Tout d'abord, l'investissement dont les enfants font l'objet n'est pas optimal. En effet, la vie en collectivité ne permet pas de porter une attention individuelle constante. De plus,

l'accent est parfois mis sur les soins corporels à apporter aux enfants placés (hygiène, santé, alimentation...), mettant alors de côté le relationnel et l'affect (Verdier, 2013). Enfin, le grand nombre d'intervenants crée des discontinuités relationnelles, ce qui provoque ou entretient les carences (Lemay, 1995).

3. Conséquences des carences affectives

Les carences affectives auront de nombreuses conséquences sur le développement à la fois psychique et corporel d'un enfant.

3.1. Sur le plan corporel et des acquisitions

M. Lemay nous indique tout d'abord qu'un enfant carencé peut présenter des troubles du sommeil et de l'alimentation, une agitation motrice, un retard du langage, et des difficultés dans les acquisitions gestuelles (Lemay, 1995).

Il est également possible d'observer des régressions dans divers domaines comme l'acquisition du langage et de la propreté, ou la motricité. Cela peut alors être le signe d'une « *véritable régression du "Moi" en formation* » (Lebovici et al., 2004, p. 2539).

Un enfant carencé aura également tendance à être plus vulnérable aux infections. Enfin, les carences et les tensions affectives au sein de la famille peuvent parfois « *entraîner un ralentissement ou un arrêt de la croissance de la taille chez l'enfant* » (Royer, 1980, p. 63).

3.2. Sur le plan relationnel

Sur le plan relationnel, on peut observer, chez des enfants très jeunes, des alternances entre périodes d'appel et périodes de retrait, qui démontrent des difficultés d'interactions avec l'environnement. Ils peuvent aussi avoir des difficultés à agir sur leur environnement, des difficultés communicationnelles, et une humeur changeante (Lemay, 1995).

Un enfant souffrant de carences affectives va montrer une avidité affective auprès des adultes, mais dans un même temps, il va être incapable d'assimiler les marques d'affection qu'on lui témoigne : « *il veut tout avoir, mais ne garde rien, et ceci s'étend non seulement aux personnes mais aussi aux objets qu'il crée et qu'il reçoit* » (Lemay, 1995, p. 10).

De plus, les limites entre soi et l'autre et entre soi et l'extérieur ne sont pas correctement inscrites chez ces enfants. Ils peuvent également avoir un comportement adhésif, tout en changeant perpétuellement d'objet d'affection. L'investissement de ces enfants par l'entourage est donc complexe. (Lebovici et al., 2004).

3.3. Autres conséquences

Un enfant souffrant de carences affectives peut aussi avoir des symptômes atteignant l'espace dans lequel il évolue, sa temporalité, ses mécanismes de gestion de l'anxiété et son développement intellectuel (Lemay, 1995).

J. Bowlby affirme que « la santé mentale est directement le fruit “de la qualité de soins prodigués à l'enfant par ses parents durant ses premières années” » (Bowlby, 1954, cité par Flückiger, 2000, p. 30). Ainsi, des troubles mentaux tels que des psychoses peuvent également faire partie des conséquences (Lemay, 1995).

Au vu des nombreuses répercussions qu'elles peuvent avoir, il est légitime de se demander comment un sentiment de continuité d'existence peut émerger chez l'enfant dans un contexte de carences affectives.

Sentiment de continuité d'existence

1. « Un nourrisson, ça n'existe pas ! »

« *Un nourrisson, ça n'existe pas !* » (Winnicott, 1969, cité par Houzel, 2016, p. 115).

Voici les mots prononcés par D. Winnicott au cours d'un débat et rapportés par D. Houzel dans son article *Le sentiment de continuité d'existence*. Ce qu'a voulu exprimer D. Winnicott à une époque où le nourrisson n'était vu que comme un tube digestif, c'est qu'à la naissance, le bébé est entièrement dépendant de son environnement, et ne possède pas encore ce qu'il appelle le sentiment de continuité d'existence.

Ce sentiment va se construire pas à pas, en lien avec l'évolution de la relation mère-enfant.

« “Être” [...] suppose la dépendance » (Winnicott, 1969, cité par Houzel, 2016, p. 116).

Le bébé devra passer par une étape de dépendance totale à sa mère et aux soins qu'elle lui procure. Il expérimentera ensuite une dépendance relative avant d'atteindre l'indépendance, qui signe également l'introduction du père dans la dyade mère-bébé, qui devient alors une relation à trois (Houzel, 2016).

Cette relation entre les parents et l'enfant va être déterminante pour permettre à l'enfant de construire les bases de sa vie psychique. En effet, des parents ayant eux-mêmes des bases internes instables ne pourront pas apporter la continuité nécessaire au développement de la sécurité interne du bébé (Molénat, 2001).

« La qualité des liens du sujet avec ses objets primaires est donc déterminante pour le destin du sentiment d'exister » (Hirsch, 2009, p. 236).

2. Le couple nourrisson/soins maternels

Durant la période de dépendance totale du bébé, un couple nourrisson/soins maternels se met en place : ils sont indissociables l'un de l'autre, l'enfant « n'existant pas », pour reprendre les mots de D. Winnicott, sans les soins constants de sa figure maternelle.

Par « soins maternels », c'est la notion de *holding* développée par D. Winnicott qui est mise en avant.

Le *holding*, fonction attribuée à la figure maternelle, signifie littéralement « tenue », « maintien » en anglais. Il désigne la façon dont l'enfant est porté, à la fois physiquement lors des soins et psychiquement, par la figure maternelle. C'est également le premier stade de la relation parent-bébé, correspondant à la période de dépendance totale (Houzel, 2016). Ce portage, lorsqu'il est *suffisamment bon*, permet la création du sentiment d'exister chez l'enfant, l'amenant à devenir une personne à part entière (Courtinat, s. d.).

La notion de *suffisamment bon* fait référence à la manière dont l'environnement va répondre aux sollicitations du tout-petit. De manière très ajustée dans un premier temps, puis en introduisant de légers décalages temporels en adéquation avec les capacités mentales du bébé. Cela va contribuer au bon développement de la continuité d'existence et des capacités mentales (Rousselot, 2013).

Le couple nourrisson/soins maternels est donc indispensable car, « sans soins adéquats, le potentiel inné de l'enfant ne peut aboutir à l'intégration et au sentiment de continuité d'existence, il conduit à l'annihilation » (Houzel, 2016, p. 116).

Ainsi, si aucun noyau central du Moi n'a pu se mettre en place et que le sentiment d'unité n'a pas pu être intériorisé, l'enfant développera une dépendance extrême à son entourage et son individuation sera approximative (Houzel, 2016).

3. Stabilité structurelle

D. Houzel propose une autre approche que celle de D. Winnicott, qui ne décrit pas l'enfant comme complètement dépendant à la naissance.

Il se pose alors une question : comment l'enfant peut-il se créer un sentiment de continuité d'existence à partir d'expériences inconstantes, et qui manquent donc de continuité ?

Ces expériences correspondent en fait à l'environnement, l'entourage du bébé, qui est en perpétuel changement (mimiques, vêtements, coiffure, maquillage...).

Le nourrisson va pouvoir, grâce à la notion de « stabilité structurelle » (ou « propriétés émergentes »), isoler les invariants et s'en servir pour stabiliser son expérience.

Pour expliquer cette notion de stabilité structurelle, D. Houzel prend l'exemple d'une tornade :

J'ai été frappé de voir un jour à la télévision un film sur une tornade au nord de l'Australie. Quoi de plus mouvant qu'une tornade ? Et pourtant, on voyait sur ce film une immense colonne qui se déplaçait lentement à l'horizon en conservant sa forme. Telle est la stabilité structurelle. (Houzel, 2016, p. 121)

Ainsi, cette stabilité structurelle permet à l'enfant d'identifier des formes stables, au sein de son environnement changeant.

Pour pouvoir se constituer un sentiment de continuité d'existence, il n'est donc pas nécessaire que la mère, lors des soins, soit toujours la même, mais il est indispensable que le bébé soit capable d'identifier les invariants, et d'obtenir des représentations structurelles stables de sa figure maternelle (Houzel, 2016).

Lorsqu'un enfant souffre de carences affectives, cela signifie que son environnement ne répond pas suffisamment à ses besoins relationnels, et notamment que le *holding* de la figure maternelle n'est pas *suffisamment bon*. Les diverses étapes de son développement menant à la différenciation risquent alors être altérées, faisant obstacle à l'apparition du sentiment de continuité d'existence.

La construction de l'enveloppe corporelle dépendant aussi de facteurs tels que l'adaptation de l'environnement au bébé, elle participe également à l'individuation et l'affirmation de Soi.

Enveloppe corporelle et construction de Soi

1. Une enveloppe, qu'est-ce que c'est ?

Avant d'aborder le terme d'enveloppe d'un point de vue psychomoteur, faisons un point sur ce qu'est une enveloppe. Quel est le sens commun de ce mot ?

1.1. Une protection, un contenant

D'après Le Robert, le mot « enveloppe » est un nom féminin possédant plusieurs définitions. Cela peut être une « *chose qui enveloppe, entoure* », « *ce qui entoure un organe, un organisme* », une « *feuille de papier pliée et collée en forme de poche* ». Dans ces définitions, on retrouve la notion de protection de quelque chose, d'un organe, d'une

lettre... L'enveloppe est alors synonyme de « *fourreau* » ou « *d'écrin* », elle est donc le réceptacle de quelque chose de précieux.

Par extension, on peut évoquer la notion de limites, avec des synonymes tels que « *gaine* », « *capsule* », « *chape* », qui contiennent autant qu'ils enferment (Enveloppe - définitions, synonymes, conjugaison, exemples | dico en ligne le robert, s. d.).

1.2. Un extérieur, une façade

Le Robert propose également des définitions plus littéraires, dans lesquelles l'enveloppe est alors « *ce qui constitue l'apparence extérieure d'une chose* », ou bien un « *air, apparence, aspect extérieur* » (Enveloppe - définitions, synonymes, conjugaison, exemples | dico en ligne le robert, s. d.).

Cette seconde façon de définir l'enveloppe renvoie à ce que l'on voit de l'extérieur, comment l'on est perçu et comment l'on se perçoit. On peut alors faire le lien entre enveloppe et image du corps.

On peut également relier ces définitions à la notion de faux self. En effet, D. Zucker le définit comme un « *caméléon, susceptible de prendre n'importe quelle forme* ». « *Le faux self a attaché son regard vers l'extérieur et se suspend aux apparences [...] Il n'est qu'une image, un simulacre de vie.* » (Zucker, 2012, p. 19).

1.3. Dedans, dehors

La distinction entre dedans et dehors est commune à toutes ces définitions. L'enveloppe sert donc de séparation, de limite, entre deux parties, une interne et une externe à l'enveloppe. Dans l'une se trouve quelque chose de protégé, de caché, tandis que l'autre est visible, à découvert, et sert parfois de façade.

2. Création et évolution de l'enveloppe corporelle

Plusieurs facteurs interviennent dans la construction de l'enveloppe corporelle chez le bébé. Comme l'affirme C. Potel « *c'est une construction de tous les jours* » (Potel, 2010).

2.1. Grossesse et première enveloppe

C'est au cours de la grossesse qu'un premier sentiment d'enveloppe fait son apparition. Les sensations tactiles sont constantes, notamment grâce au contact de la paroi utérine dans le dos du fœtus, et le liquide amniotique atténue les bruits et les chocs éventuels, créant une enveloppe protectrice (Rousselot, 2013).

Ce sentiment d'enveloppe que le bébé va développer est à la fois physique et sensoriel, puisque tous les sens (sonore, tactile, thermique...) vont être stimulés (Buot de l'Épine, 2016).

2.2. Un environnement contenant

À sa naissance, le bébé perd cette enveloppe protectrice que lui procurait le ventre maternel. Il va alors faire face aux premières sensations de faim, aux variations de température... Cela va le désorganiser et l'environnement deviendra le garant de sa sécurité, en lui fournissant la contenance nécessaire à son développement.

Et cet environnement, c'est avant tout la mère. Elle va, par le peau-à-peau présent notamment lors des soins ou de la tétée, permettre de créer une continuité avec le contact intra-utérin, et ainsi transformer ce contact en « relation » (Potel, 2010).

Ces soins et ce portage apportés à l'enfant correspondent au *holding* de D. Winnicott, décrit un peu plus haut.

De plus, d'après G. Haag, ce portage va permettre l'existence d'un sentiment de sécurité interne. C'est en associant les différents sens (visuel, tactile...) qu'une première peau psychique va pouvoir se constituer (Buot de l'Épine, 2016).

Lors des soins et des contacts peau-à-peau avec sa mère, le bébé prend conscience de sa peau comme d'une surface, ce qui lui permet d'assimiler la présence d'une limite entre intérieur et extérieur.

Au cours de la tétée, le bébé va également pouvoir faire une expérience indispensable à la construction de son enveloppe : il va progressivement distinguer une surface, composée d'une face interne et d'une face externe, qui va permettre la distinction dedans/dehors. Cette discrimination l'amènera ainsi à expérimenter la contenance (Anzieu, 1995).

3. Enveloppe corporelle et identification de Soi en tant que sujet

3.1. Des extrêmes nécessaires à la construction de Soi

En plus de l'environnement contenant que nous avons évoqué précédemment, les premières semaines de vie du bébé sont organisées par ses états toniques. Ceux-ci, évoqués par S. Robert-Ouvray dans son ouvrage *Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité*, permettent l'intégration des extrêmes au niveau tonique, avec la présence d'hypotonie (axiale, et associée à la détente et la satisfaction), et d'hypertonie (périphérique, et liée à la frustration et à l'insatisfaction des besoins). Ce « couple d'opposition tonique fondamentale » va par la suite rendre possible l'intégration

des extrêmes au sein des autres niveaux d'organisation : sensoriel, affectif et représentatif (Robert-Ouvray, 2017).

Ces extrêmes sont, selon S. Robert-Ouvray, indispensables à la constitution de l'enfant en tant que sujet.

Le terrain réflexe physiologique, les réactions en tout ou rien, ainsi que la dualité des tensions permettent à l'enfant de ressentir clairement, d'une façon innée, les deux pôles opposés. Un fond intégratif est ainsi assuré physiologiquement par les pôles toniques extrêmes dur périphérique et mou central et il se complète de la dualité hyper-hypo-relationnel. (Robert-Ouvray, 2017, p. 86)

De plus, la différenciation dedans/dehors, et donc le développement des enveloppes corporelle et psychique se fera grâce à la différenciation de « *l'organique du moteur, le mou du dur, l'action de la sensation, l'activité de la passivité* » (Robert-Ouvray, 2017, p. 98).

Enfin, l'intégration des « *coordonnées géométriques et spatiales de toutes les parties du corps* » sera possible grâce aux extrêmes sensoriels vécus par le bébé (Robert-Ouvray, 2017). Ainsi, le schéma corporel, pourra se développer correctement à la condition que l'enfant ait pu expérimenter l'alternance hypotonie/hypertonie, agréable/désagréable, satisfaisant/insatisfaisant et représentations bonnes/mauvaises du Moi et de l'objet.

3.2. L'enveloppe tonique

Après avoir eu l'environnement comme enveloppe, le bébé va petit à petit développer une enveloppe propre à lui-même, qui lui permettra notamment de se différencier de sa mère et de l'environnement.

D'après S. Robert-Ouvray, cette première enveloppe est tonique. Ainsi, elle définit l'enveloppe tonique comme étant « *le résultat de la coordination des schèmes de base entre eux* » (Robert-Ouvray, 2017, p. 165). Cette enveloppe permet donc de rassembler les parties du corps et du Moi, « *le Moi devient un objet total* » (Robert-Ouvray, 2017, p. 165). C'est en intégrant son hypertonie que l'enfant se créera des limites psychiques et corporelles. Cette intégration étayera la mise en place de la période d'opposition, indispensable à l'enfant pour établir son identité (Robert-Ouvray, 2017).

En plus d'être le siège de la proprioception, la peau est donc un organe régulateur du tonus, ce qui présuppose l'existence d'un Moi-Peau si on la pense en termes économiques (Anzieu, 1995).

3.3. Le Moi-Peau

Le Moi-Peau de D. Anzieu est un autre concept entrant en jeu dans la constitution de l'identité de l'enfant. D. Anzieu définit cette notion comme étant une « *figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* » (Anzieu, 1995, p. 61).

La constitution du Moi-Peau est également possible grâce aux diverses fonctions de la peau. Le Moi-Peau étant la peau psychique, ses rôles sont à mettre en parallèle avec ceux de la peau physique. C'est ainsi que D. Anzieu va en décrire huit. Je n'évoquerai ici que celles me semblant pertinentes à l'élaboration de mon mémoire.

Tout comme la peau a le rôle de recouvrir le corps, de le contenir, comme un sac, le Moi-Peau possède également une **fonction de contenance**. Physiquement c'est la mère qui exerce cette fonction grâce au *handling*. Cette notion théorisée par D. Winnicott, qui signifie « manutention », « manipulation » en anglais, correspond à la façon dont la mère soigne, traite et manipule son enfant (Courtinat, s. d.).

Ce second rôle du Moi-Peau va pouvoir se mettre en place grâce aux interactions mère-bébé et aux réponses apportées par la figure maternelle, qui vont permettre à l'enfant de s'approprier ses émotions et sensations. Le Moi-Peau va alors faire figure d'écorce, tandis que le Ça représentera le noyau, rempli de pulsions à contenir. Cette dyade pulsion-contenant est indissociable, l'un ne pouvant être caractérisé que grâce à la présence de l'autre. « *Cette complémentarité de l'écorce et du noyau fonde le sentiment de la continuité de Soi* » (Anzieu, 1995, p. 125).

Le Moi-Peau possède également la **fonction de recharge libidinale** du fonctionnement psychique. Il va maintenir une tension énergétique interne entre divers sous-systèmes psychiques, tout comme la peau est en permanence un lieu de stimulation du tonus sensorimoteur.

4. L'enveloppe psychocorporelle

Pour terminer sur la notion d'enveloppe, il m'apparaît important d'évoquer l'enveloppe psychocorporelle. Celle-ci est tout particulièrement intéressante pour le psychomotricien car elle résulte d'une co-construction entre l'enveloppe psychique et l'enveloppe corporelle.

Cette enveloppe, issue de l'interaction entre les enveloppes corporelle et psychique, peut être qualifiée de membrane imaginaire et dynamique, délimitant notre entité psychocorporelle. En plus de maintenir les différentes parties du corps ensemble, elle va permettre un sentiment d'unité d'être en rassemblant les représentations, les affects, les sensations et les pensées. (Marion, 2020).

Ainsi, cette enveloppe présente les caractéristiques de contenant mais aussi de filtre que possèdent les enveloppes corporelle et psychique. Elle fait donc office de délimitation entre Soi et non-Soi, permettant ainsi au sujet de s'individuer et de prendre conscience de son identité propre (Duberland, 2020).

L'existence de l'enveloppe psychocorporelle est donc la preuve, s'il en fallait encore une, que corps et psyché sont indissociables, démontrant par la même occasion l'importance du travail en psychomotricité.

5. Perturbations et défaillance de l'enveloppe psychocorporelle

Au cours de son développement, l'enfant peut être confronté à toutes sortes d'évènements qui pourront impacter de façon plus ou moins importante l'évolution de son enveloppe corporelle. Ces variations développementales, généralement issues de dysfonctionnements lors de la rencontre entre l'enfant et l'environnement, pourront mener à divers troubles et perturbations de l'enveloppe, présents durant l'enfance mais aussi à l'âge adulte. Par exemple, « *si la mère est trop tendue, si elle n'est pas assez présente psychiquement pour son enfant, ce dernier en souffrira et ne pourra investir suffisamment bien son enveloppe corporelle* » (Marvaud, 2020, p. 142).

Je ne citerai ici que quelques-unes de ces perturbations, qui me semblent pertinentes au vu des hypothèses faites dans la partie clinique.

5.1. Défaillance de l'enveloppe tonique

Dans son ouvrage *Intégration motrice et développement psychique*, S. Robert-Ouvray fait état de potentielles défaillances de l'enveloppe tonique, si celle-ci se développe sur des schèmes de base non-coordonnés ou mal coordonnés. Cette mauvaise coordination peut avoir lieu à cause d'un « dérythmage tonique » : l'alternance hypertension/hypotension n'est pas harmonieuse. Si ce rythme ne peut se mettre en place, la permanence de l'objet n'existe pas. Le sujet aura alors besoin de réassurance, il cherchera des preuves de son existence et de celle d'autrui.

De plus, cela aura pour conséquence la création de ce qu'elle appelle une « paroi tonique ». L'introjection des bons objets ne sera pas possible à cause de l'étanchéité de cette paroi. De plus, une perturbation du schéma corporel et de l'orientation dans l'espace due à une mauvaise perception des parties du corps et des repères sensoriels pourra s'observer (Robert-Ouvray, 2017).

Les tensions créées par l'absence de rythmicité tonique entraîneront une disparition des limites. Le sujet passera par l'agir à cause d'un défaut de symbolisation et présentera des symptômes tels que « *des difficultés à dormir, à se concentrer, à se calmer, à supporter la frustration* » (Buot de l'Épine, 2016, p. 19). Ces limites absentes auront également pour conséquences des troubles de l'intégration des repères spatio-temporels et une impossibilité à introjecter les fonctions contenantantes. Ainsi, l'enveloppe de l'individu présentera de nombreux trous et faiblesses : on parlera alors d'enveloppe poreuse (Buot de l'Épine, 2016).

5.2. Dysfonctionnements du Moi-Peau

Le Moi-Peau, de par ses fonctions nombreuses et variées, peut présenter divers dysfonctionnements.

En cas de carence de la **fonction de contenance** du Moi-Peau, l'individu pourra être confronté à divers types d'angoisses. « *L'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse, permanente, éparse, non localisable, non identifiable, non apaisable* » (Anzieu, 1995, p. 125). Le sujet cherchera alors à remplacer cette enveloppe qui ne le contient pas en utilisant la souffrance : il se créera une enveloppe de douleur physique ou d'angoisse psychique. L'individu peut également avoir affaire à un « Moi-Peau passoire ». Cette appellation est explicite : l'enveloppe est présente mais possède des trous qui laissent s'échapper les pensées et souvenirs. L'angoisse majeure sera alors de se vider, et par conséquent de ne plus pouvoir s'affirmer en tant que Soi.

La **fonction de recharge libidinale**, lorsqu'elle dysfonctionne, peut amener le sujet à vivre deux types d'angoisses : l'angoisse d'explosion de l'appareil psychique à cause d'une surcharge d'excitation, et l'angoisse du Nirvâna. Cette dernière est en fait la crainte d'une diminution de la tension jusqu'à sa disparition complète (Anzieu, 1995).

L'enveloppe corporelle va donc se construire en appui sur l'environnement. Mais si celui-ci est carencé, l'enfant risque de développer une enveloppe incomplète. Pour remédier à cela et limiter les éventuelles répercussions à l'âge adulte, il peut être intéressant d'entamer un travail en psychomotricité. Celui-ci pourra alors porter sur le toucher et le dialogue tonico-émotionnel, tous deux présents entre les figures parentales et l'enfant au cours du développement normal.

Le toucher et le dialogue tonico-émotionnel

1. Le toucher

1.1. Définition

Le mot « toucher » est, d'après Le Robert, un verbe transitif possédant de nombreuses définitions. Une première distinction intéressante est faite entre toucher « avec mouvement », qui est donc actif, et « sans mouvement », qui est passif.

Ainsi, en ajoutant la notion de mouvement, toucher peut signifier « *entrer en contact avec (qqn, qqch.)* », on éprouve alors « *les sensations du toucher* ». On peut aussi « *entrer en contact avec (qqn, qqch.) au terme d'un mouvement* », ce qui rajoute la notion de « aller vers » : on cherche à toucher.

Cela peut également vouloir dire « *atteindre (l'adversaire)* », on retrouve alors une connotation plus agressive.

Lorsque la notion de mouvement n'est pas présente, toucher peut signifier « *se trouver en contact avec* », « *être tout proche de* ». On entend bien ici que le contact est fait en dépit de la volonté du sujet.

Le toucher peut également être un nom commun. Il peut définir une « *action ou manière de toucher* ». Ce sont les caractéristiques du toucher qui vont être mises en avant, les sensations qui vont être ressenties.

Enfin, il désigne évidemment l'un des cinq sens et correspond « *aux sensibilités qui interviennent dans l'exploration des objets par palpation, contact avec la peau* » (Toucher - définitions, synonymes, conjugaison, exemples | dico en ligne le robert, s. d.).

Cet ensemble de définitions nous donne un aperçu de la complexité que cache ce simple mot.

1.2. Dans le développement

Le toucher est le premier sens à se mettre en place au cours de la grossesse. Déjà *in utero*, une première forme de toucher est présente entre le dos du fœtus et la paroi utérine. Ces sensations tactiles vont être le point de départ de l'entièreté du développement sensoriel du bébé (Marvaud, 2020). Par ailleurs, « *ces premières inscriptions tactiles vont engrammer chez le fœtus la "nécessité" d'être contenu qui se poursuivra après la naissance* » (Delion, 2018, cité par Marvaud, 2020, p. 138).

De plus, J. Marvaud affirme que « *la parole est liée au toucher et à ce qu'il provoque* » (Marvaud, 2020, p. 138). Ainsi, le toucher occupe une place primordiale dans le développement physique et dans les apprentissages de l'enfant.

Mais il intervient également dans la construction du sentiment de continuité d'existence. En effet, nous avons vu qu'elle nécessite la formation d'un couple nourrisson/soins maternels et que le bébé doit être capable de repérer et d'isoler des invariants dans son environnement pour pouvoir se créer des bases stables et solides.

S. Robert-Ouvray rajoute que des bases sensorielles sont indispensables. Celles-ci se mettent en place grâce à la proprioception et au tact, qui forment des systèmes sensoriels constants (Robert-Ouvray, 2017). Cette notion de constance rejoint d'ailleurs la stabilité structurelle évoquée par D. Houzel.

1.3. En psychomotricité

« *La séance de psychomotricité est le lieu d'une rencontre où parent et enfant "se parlent au travers du toucher"* » (Giromini, 2015, p. 10). Mais si ce lieu permet aux familles de se découvrir et s'approprier, il permet également la rencontre entre le patient et le psychomotricien, et cette découverte mutuelle peut aussi se faire par le toucher.

Le toucher en psychomotricité a cela d'intéressant que l'on peut en modifier les caractéristiques facilement, offrant ainsi une grande variété de touchers.

Il peut être fait directement de peau à peau, ou à travers les vêtements, ou encore à l'aide d'un objet médiateur, comme une balle ou une couverture par exemple. On peut en modifier la pression (en appuyant plus ou moins fort), la surface de contact (à une ou deux mains, avec un gros ou un petit ballon), l'intentionnalité (il peut avoir lieu au cours d'un jeu ou d'un massage).

1.4. Le massage

Différent du massage en kinésithérapie, le massage en psychomotricité va faire appel à d'autres propriétés.

Contenant et enveloppant, il permet de soutenir le corps du patient dans sa totalité. Il permet également de faire prendre conscience de son corps au patient et d'en voir émerger des représentations mentales (Sarda, 2002).

L'utilisation de médias pour réaliser ces massages peut être intéressante. En effet, avoir recours à du matériel comme un ballon permet « *la contention, la pression du corps contre le matelas (lequel sert d'appui au corps total)* », ce qui pourra amener chez le patient « *l'apaisement des tensions internes, l'accès à l'expérience vivante de la pesanteur* ». Le patient pourra alors percevoir son corps comme « *global, lourd, consistant, présent à soi, unifié* » (Sarda, 2002, p. 92).

2. Le dialogue tonico-émotionnel

2.1. Définitions

Le dialogue tonique est défini par J. de Ajuriaguerra comme étant le « *processus d'assimilation et surtout d'accommodation, entre le corps de la mère et le corps de l'enfant* » (Ajuriaguerra, 1985, p. 272). Dans ce corps à corps mère-enfant, un échange permanent a lieu. Le bébé va faire varier sa posture et ses appuis pour trouver une position confortable dans les bras de sa mère. Celle-ci répondant à ces variations, une accommodation réciproque s'opère.

Le dialogue tonico-émotionnel est un processus similaire, à la différence qu'il fait intervenir les émotions. En effet, J. de Ajuriaguerra explique que « *très progressivement l'enfant utilise des attitudes ou des expressions qui deviennent des signaux intentionnels à partir desquels il attend une réponse de l'adulte. Au cours, de ces échanges, celui qui interpelle et celui qui est interpellé s'ouvrent à la communication* » (Ajuriaguerra, 1985, p. 272).

2.2. Dialogue tonico-émotionnel et perception de Soi

Le dialogue tonico-émotionnel, et notamment les réactions et l'ajustement dont va faire preuve l'entourage du bébé, entrent en jeu dans la perception de soi comme une entité fonctionnelle. L'enfant va pouvoir discerner ses contours changeants, et ses rythmes internes (muscles et viscères) à partir de cet ajustement : l'adulte va alors jouer le rôle d'un miroir sensoriel (Livoir-Petersen, 2008).

L'enfant va pouvoir, en se constituant un « arrière-fond » grâce à la régularité présente dans son environnement, « *se représenter en tant qu'entité malgré ses fluctuations toniques* » (Livoir-Petersen, 2008, p. 67).

Les ajustements tonico-émotionnels de son entourage vont également permettre à l'enfant de découvrir la permanence de soi (Livoir-Petersen, 2008).

2.3. Dialogue tonico-émotionnel et émotions

Le dialogue tonico-émotionnel, lorsqu'il est efficient, va donner au bébé la « capacité de représenter ses états toniques sous forme d'émotions grâce à la perception des changements toniques de ses proches. Plus précisément grâce à sa perception simultanée de ses réactions et de celles d'autrui » (Livoir-Petersen, 2008, p. 57).

M.-S. Bachollet et D. Marcelli ajoutent même que « le dialogue tonique, basé sur le tonus musculaire, est [...] un moyen utilisé pour la transmission des émotions » (Bachollet & Marcelli, 2010, p. 17).

Il est possible de rencontrer des ruptures d'accordage affectif (terme proposé par D. Stern) entre un enfant et sa mère lorsque celle-ci n'est pas disponible émotionnellement, que ce soit parce qu'elle est débordée par ses émotions ou parce qu'elle présente un blocage pour les ressentir. L'impact sur le bébé est alors important puisque « *la souplesse, la fluidité, l'expression des émotions sont perdues* » (Bachollet & Marcelli, 2010, p. 17).

2.4. Dialogue tonico-émotionnel et psychomotricité

Le dialogue tonico-émotionnel est une notion centrale en psychomotricité. Il permet au patient d'investir sa motricité, d'en devenir le sujet.

Cela va encourager l'apparition des éprouvés et ressentis, mais également la distinction dedans-dehors du corps, et la différenciation entre son corps et le corps de l'autre.

Le psychomotricien va, en séance, jouer le rôle du « passeur », et accompagner le patient vers l'appropriation ou la réappropriation de son corps et de ses limites (Sarda, 2002).

Ainsi, le toucher et le dialogue tonico-émotionnel participent au développement de l'enveloppe corporelle et du sentiment de continuité d'existence. Mais, il est possible que les figures parentales n'aient pas pu ou su s'ajuster correctement, entraînant un défaut d'enveloppe et de sentiment de continuité d'existence chez leur bébé.

L'enfant se développera alors en conséquence, et des séquelles pourront se retrouver jusqu'à l'âge adulte.

PARTIE THÉORICO- CLINIQUE

PARTIE THÉORICO- CLINIQUE

À la lumière des divers apports théoriques que nous avons évoqués dans la partie précédente, nous ne pouvons que constater que les carences affectives ont un impact majeur sur le développement de l'enfant, et de son sentiment de continuité d'existence. Pauline en est d'ailleurs le parfait exemple.

Ainsi, après avoir formulé diverses hypothèses sur ce que j'ai pu observer de Pauline, et avoir balayé les grands points de théorie en lien avec mon projet de soin, je vais maintenant m'atteler à apporter une réponse à la question qui est le fil rouge de ce mémoire, à savoir : **comment une prise en charge psychomotrice peut-elle aider, à travers un travail sur l'enveloppe corporelle, une patiente souffrant de carences affectives majeures à développer un sentiment de continuité d'existence ?**

L'élaboration de la prise en charge

1. Le projet de soin

Lorsque ma maître de stage m'a proposé de reprendre le suivi de Pauline, il m'a semblé important de me réapproprier la prise en charge, et au vu de l'évolution de Pauline dans la gestion de ses émotions, j'ai réfléchi à un nouveau projet de soin, plus axé sur le corps et ses limites.

De plus, il m'apparaissait important de marquer la différence entre Noémie et moi auprès de Pauline, dont l'une des problématiques est de ne pas réussir à attribuer des caractéristiques spécifiques à chaque personne. C'est ainsi qu'à partir des nombreuses observations que j'ai pu faire de Pauline au cours des séances et de temps informels, j'ai élaboré un nouveau projet de soin. Celui-ci vise à permettre à Pauline de sentir ses limites corporelles et différencier un espace interne d'un espace externe dans un premier temps, ce qui l'amènerait à développer un sentiment de continuité d'existence. Dans un second temps, j'aurais souhaité l'amener à prendre en compte les limites d'autrui, trouver seule une juste distance relationnelle et appréhender les espaces.

2. Concrétisation du projet de soin

Le travail du psychomotricien repose sur l'idée que corps et esprit ne peuvent être dissociés, et que l'on ne peut donc pas agir sur l'un sans agir sur l'autre.

Ainsi, lorsque j'ai repensé la prise en charge de Pauline, j'ai cherché par quel biais corporel je pourrais atteindre son psychisme. Psychisme d'autant plus difficile à atteindre dans le cadre de pathologies psychiatriques.

Comme nous avons pu le voir, l'enveloppe corporelle et le sentiment de continuité d'existence sont intrinsèquement liés. Entamer un travail sur l'enveloppe m'a donc semblé approprié. À partir de mes observations et hypothèses, il m'est apparu que l'espace de son dos allait être le point de départ pour essayer d'amener Pauline à éprouver un sentiment de continuité d'existence.

En effet, nous avons vu que le dos est impliqué dès la vie intra-utérine dans la construction de l'enveloppe corporelle du bébé (Rousselot, 2013). De plus, au vu des déséquilibres que j'ai pu observer, qui ne s'arrêtent que lorsque le dos de Pauline se retrouve en contact avec une surface résistante, il m'a semblé intéressant d'initier ce travail en commençant par la surface du dos.

C'est ainsi que j'ai commencé par proposer à Pauline un temps de massage de son dos à l'aide d'un média (balle à picot, swiss ball, balle de tennis).

3. Particularités de la prise en charge

Au début de la prise en charge, j'ai mis en place des aménagements que j'estimais nécessaires. Ce n'est qu'en y repensant dans le cadre de ce mémoire que je me suis rendu compte que ces aménagements étaient également un moyen pour moi de sécuriser le cadre et donc ma place de jeune thérapeute.

3.1. L'espace de prise en charge

Lorsque Noémie s'occupait du suivi de Pauline, les séances avaient lieu dans le bureau de la psychomotricienne. Une pièce assez petite, mais que Pauline avait repérée et identifiée comme sécurisante.

En reprenant le soin, j'ai souhaité emmener Pauline dans une salle de relaxation, à l'extérieur du service de psychiatrie. C'est une salle plus grande que le bureau de Noémie, très épurée, avec peu de matériel. La lumière y est tamisée et les bruits extérieurs sont étouffés. Il me semblait donc que c'était l'espace adéquat.

De plus, pour continuer à différencier mon intervention de celle de Noémie, il me paraissait intéressant de changer de lieu, pour que Pauline puisse m'associer à un lieu tout en continuant à associer Noémie à son bureau.

Après réflexion, j'ai compris que je n'avais pas choisi cette salle uniquement pour ces raisons. En effet, cette pièce étant en dehors du service, pour ne pas être dérangé pendant les séances et pour éviter d'éventuelles fugues, il est nécessaire d'en fermer la porte à clef. Pauline ne peut donc pas sortir seule.

Ainsi, étant la gardienne des clefs pour le temps de la séance, je contrôlais également les allées et venues de Pauline, l'empêchant notamment de partir sans un mot, comme elle pouvait le faire au cours des séances avec Noémie. Par cette action, je cherchais donc à protéger mon cadre interne et mon espace, qui étaient jusqu'alors effractés par Pauline lorsqu'elle quittait la séance sans un mot.

Cette réflexion me permet également de me rendre compte que ce comportement de Pauline et ses départs précipités m'ont plus impactée que ce que je pensais au premier abord.

Pauline a mis quelques séances à s'habituer à ce nouvel espace. Au cours des premières séances, il lui est arrivé plusieurs fois de demander « on est où ? » lorsqu'elle rouvrait les yeux en fin de relaxation. Lors de la première séance dans cette salle, elle a également eu quelques instants d'agitation en pensant être en chambre d'isolement. Pour la calmer, il a suffi de lui rappeler que nous étions en séance de psychomotricité et qu'elle n'était pas seule.

À ce jour, c'est un espace qu'elle a repéré et complètement investi. Un peu avant l'heure de sa séance, elle vient frapper à la porte car elle sait que Noémie et moi sommes en séance dans cette même salle avec une autre patiente avant elle. Dès qu'elle entre dans la salle, elle sait où s'asseoir pour poser ses chaussures et prend souvent l'initiative d'installer les tapis au sol.

3.2. L'utilisation de médias pour les massages

Au cours de la rédaction de mon mémoire, j'ai également réalisé quelque chose d'important : je n'ai jamais massé Pauline directement avec mes mains. Je suis toujours passée par l'intermédiaire d'une balle.

Tout d'abord, rappelons que Pauline était massée par Noémie directement en peau-à-peau. Seule une brassière de sport couvrait une partie du dos de Pauline dans ces moments-là. Je savais donc que c'était une situation qu'elle pouvait accepter.

Par conséquent, j'ai cherché des explications à mon choix inconscient ailleurs que du côté d'un éventuel blocage chez Pauline, et plusieurs réponses me sont apparues.

Il est possible que je n'aie pas été prête à ce contact direct qui implique plus de choses que ce que l'on pourrait croire. En effet, le toucher en psychomotricité présente de nombreux bénéfices, mais il faut le maîtriser. Il est indispensable d'éviter toute ambiguïté, que ce soit dans la façon de masser ou dans les zones touchées. Dans ma position de jeune future professionnelle, seule avec une patiente ayant une pathologie psychiatrique, il m'a certainement semblé plus rassurant de passer par des médias pour entamer la prise en charge. Ceux-ci laissent moins de place à d'éventuelles équivoques dans la manière dont ils touchent le corps, et permettent de masser des zones globales.

De plus, travailler avec des balles permet d'estomper le dialogue tonico-émotionnel obligatoirement présent. En élaborant ma prise en charge, j'ai estimé que travailler sur le dialogue tonico-émotionnel viendrait dans un second temps, après que Pauline ait pu se construire des enveloppes corporelle et psychique contenant et non-poreuses.

Pauline, de janvier à avril

1. Le temps d'auto-massage

J'ai instauré un temps d'auto-massage en début de séance pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, il me semblait important que Pauline puisse expérimenter seule et à son rythme.

Ensuite, je souhaitais la rendre actrice de son soin. En effet, lors des séances avec Noémie, il arrivait régulièrement que Pauline ne vienne que dans l'objectif d'avoir un massage.

Cette participation active me paraissait importante pour que Pauline puisse s'investir dans le soin, mais également investir son corps et ses ressentis.

Ainsi, lors des premières séances, elle était assez réticente lors de cette activité. Je réalisais donc un auto-massage en même temps qu'elle, lui proposant de suivre mes mouvements, tout en verbalisant ce que cela me faisait ressentir.

Petit à petit, Pauline s'est mise à investir de plus en plus ce premier temps de la séance.

Un jour, elle m'a d'ailleurs beaucoup surpris. En début de matinée, elle vient nous voir dans le bureau de Noémie pour vérifier l'heure de la séance. En voyant une balle à picots posée sur le bureau, elle la prend et commence spontanément à se masser les mains et le visage tout en continuant à parler.

À l'heure actuelle, en arrivant en séance, elle prend d'elle-même les balles, m'en tend une et s'assoit sur le tapis pour se masser. Elle n'a plus besoin que je la guide et expérimente à son rythme, en massant ses mains, ses bras, sa poitrine, ses jambes, ses pieds...

Cela donne un aperçu de l'évolution de son rôle au sein de la séance. De complètement passive, elle est devenue active, reprenant même les exercices en dehors de la salle de psychomotricité.

En mettant cette évolution en parallèle avec les différentes étapes de dépendance du bébé évoquées par Winnicott (Houzel, 2016), j'observe que Pauline est passée de complètement dépendante (lors des massages avec Noémie), à indépendante puisqu'elle peut s'apporter de la détente seule, lorsqu'elle en ressent le besoin.

2. Le massage

Le massage en psychomotricité peut être utilisé dans plusieurs buts. Pour détendre pendant un temps de relaxation, pour travailler le schéma corporel ou encore pour faire ressentir au patient ses limites corporelles. Comme J. Sarda l'a évoqué, le type de massage proposé dépendra donc de son intentionnalité (Sarda, 2002).

À travers les massages du dos, je souhaitais tout d'abord procurer à Pauline une meilleure perception de cette surface corporelle. En effet, S. Robert-Ouvray parle de la proprioceptivité et du tact comme des systèmes sensoriels constants, constituant « *la base sensorielle du sentiment de continuité de vivre, et c'est sur eux que s'étaye l'investissement de l'activité de représentation et de l'image* » (Robert-Ouvray, 2017, p. 98). Le toucher du massage permet donc de mettre au travail et de soutenir les représentations que Pauline peut avoir de son corps.

Mais ceci n'étant pas la finalité du projet de soin, j'ai ensuite étendu le massage à tout l'arrière du corps de Pauline : ses bras, ses jambes, sa tête... En effet, mon objectif était de faire prendre conscience à Pauline de ses limites corporelles.

2.1. Faire varier les médias

Au cours du suivi, j'ai alterné entre trois types de balles lors des massages. Ainsi, j'ai pu utiliser, une petite swiss ball, une balle de tennis et une balle à picots.

Il était intéressant de faire varier ces médias pour explorer et mettre à profit leurs diverses caractéristiques.

La swiss ball, de la taille d'un ballon de foot environ, est la plus grosse des trois balles. Elle permet donc un massage assez global. C'est d'ailleurs la balle que j'ai utilisée lors de la première séance.

De plus, étant un peu dégonflée, elle était assez molle. Elle pouvait alors s'adapter à la forme du corps de Pauline (ses épaules, ses omoplates...). Cela lui offrait ainsi un pouvoir contenant, enveloppant, correspondant aux caractéristiques que J. Sarda donne au massage (Sarda, 2002). Sa mollesse rendait également le toucher relativement peu appuyé, ce qui m'a permis d'avoir un premier aperçu de ce que Pauline pouvait accepter, et ainsi de m'adapter pour les séances suivantes.

La balle à picots est la seconde balle que j'ai utilisée. Beaucoup plus petite et plus dure, elle n'offre pas du tout les mêmes sensations. Pauline a d'ailleurs pu me dire au bout de quelques séances qu'elle préférait cette balle aux autres.

Elle permet d'être plus précise dans la zone massée, et offre un retour sensoriel plus important grâce aux picots.

De plus, de par sa taille, je la trouve plus maniable que la swiss ball, et les picots me permettent également d'ajuster la pression que j'exerce puisque je la ressens avec la même intensité.

La balle de tennis possède une dureté intermédiaire. De même taille que la balle à picots, elle est intéressante notamment dans les contacts directs avec la peau. En effet, étant recouverte de poils, elle amène une sensation nouvelle, plus duveteuse.

2.2. L'expérimentation des extrêmes

S. Robert-Ouvray nous explique que pour la construction d'une enveloppe corporelle solide, il est nécessaire que le bébé expérimente dans son corps plusieurs extrêmes. Cela permet entre autres la différenciation dedans/dehors (Robert-Ouvray, 2017). J'ai donc essayé, à travers les massages, de faire expérimenter à Pauline certains de ces extrêmes.

Les variations de balles permettent par exemple d'alterner entre le doux de la balle de tennis et le piquant de la balle à picots, ou entre le mou du la swiss ball et le dur de la balle à picots.

Mais **les extrêmes dur et mou** peuvent également être expérimentés à travers les différentes zones du corps massées. En effet, le corps est constitué de parties molles (les

muscles au repos, la graisse) et de parties dures (les os, les muscles contractés). Passer d'une zone à une autre permet donc de ressentir ces différences.

Pauline semble plus apprécier les extrêmes durs puisqu'elle me dit à plusieurs reprises préférer la balle à picots. Elle semble également particulièrement apprécier les massages sur la tête et les pieds, qui sont des zones dures du corps. Je relie cela à l'idée de S. Robert-Ouvray selon laquelle « *une mère qui laisse son enfant dépasser son seuil de tolérance à la stimulation, l'entraîne à vivre l'intégration unilatérale du pôle dur* » (Robert-Ouvray, p. 87). Pauline souffrant de carences affectives depuis sa petite enfance, il se peut qu'elle n'ait pu intégrer que le pôle dur, l'identifiant donc plus facilement et se sentant plus rassurée par cette sensation.

Je mets également cela en lien avec l'angoisse du Nirvâna dont parle D. Anzieu dans *Le Moi-Peau*. En effet, il est arrivé qu'à plusieurs reprises, Pauline se redresse brusquement au cours d'un massage, qu'elle rassemble ses affaires et remette ses chaussures sans un mot. Lorsque cela arrivait, il m'était impossible d'obtenir des explications, et il me fallait généralement me résoudre à la ramener dans la salle commune. J'ai d'ailleurs remarqué que cela engendrait un contre-transfert important : je me sentais abandonnée.

Après réflexion, il est possible que ces départs précipités soient dus à la non-intégration du pôle mou évoqué par S. Robert-Ouvray. Pauline ressentirait alors l'angoisse du Nirvâna, c'est-à-dire « *l'angoisse devant ce qui serait l'accomplissement du désir d'une réduction de la tension à zéro* » (Anzieu, 1995, p. 128). N'ayant pas intégré le mou, elle ne s'y sentait pas à l'aise. Cependant, j'ai pu observer une importante évolution, puisqu'à ce jour, Pauline ne fuit plus la détente. Elle prend le temps en fin de massage, d'ouvrir les yeux, de s'étirer, de bâiller... Elle peut également me dire que le massage l'a détendue, mettant ainsi des mots sur son état, tandis que durant les premières séances elle ne pouvait que me dire « c'était bien ».

Ainsi, à travers le massage, Pauline a pu expérimenter et intégrer ce pôle mou, favorisant la différenciation entre l'intérieur et l'extérieur de son enveloppe.

Instaurer un temps d'auto-massage avant le temps de massage a également amené Pauline à expérimenter le passage **de l'activité à la passivité**. Cette expérimentation semblait particulièrement intéressante pour Pauline puisqu'elle avait tendance à se réfugier dans la passivité dès qu'elle le pouvait, notamment dans le soin. J'ai ainsi pu observer une évolution importante de sa position au sein de la séance, puisqu'elle est passée de réticente à très investie et autonome lors de ce temps d'auto-massage. À l'heure actuelle, Pauline

commence généralement seule cet auto-massage pendant que je range les bâtons ayant servi pour expérimenter le dialogue tonico-émotionnel.

Cette place active s'est particulièrement vue au cours de certaines séances pendant lesquelles, au moment de l'auto-massage, Pauline a spontanément pris mon bras pour y faire rouler la balle à picots. Ainsi, en plus de tenir une position active pour son expérimentation personnelle, elle est capable d'être active dans la relation, n'attendant plus que l'échange soit initié par l'autre. De plus, à chaque fois, elle m'a demandé de lui dire si c'était agréable ou si elle me faisait mal, étant attentive à mes ressentis.

Comme le bébé qui petit à petit se détache de sa mère et prend conscience qu'elle est une personne à part entière avec des besoins différents des siens, Pauline se détache peu à peu de l'image de thérapeute assurant uniquement une fonction de *holding* qu'elle m'avait attribuée. Ainsi, elle évolue dans sa prise en compte d'autrui, de ses besoins et de ses limites, et avance progressivement vers l'indépendance nécessaire au sentiment de continuité d'existence.

2.3. Verbalisation

Pour guider Pauline dans l'expérimentation de ses vécus corporels au cours du massage, j'ai accompagné mon toucher de mots, pour verbaliser mes actions, mais également les potentiels ressentis de Pauline. J. Sarda affirme d'ailleurs « *voix, chansons, murmures, mots, sont autant d'invitations à porter l'attention sur la partie du corps massée, ou sur la respiration, invitations au relâchement musculaire et tonique, à exprimer les ressentis, images mentales de ses éprouvés* » (Sarda, 2002, p. 92).

Ainsi, je l'ai amenée à se focaliser sur la balle, sur les sensations agréables ou désagréables, sur les zones du corps concernées... J'ai énoncé les parties du corps que je massais au fur et à mesure de ma progression, et j'ai nommé les mouvements et les changements de pression de la balle.

Cette verbalisation m'a semblé importante pour aider Pauline à poser des mots sur ses ressentis. En effet, elle se retrouve souvent en difficulté pour nommer ses vécus corporels. Au cours de plusieurs séances, elle est incapable de parler de son ressenti. Elle ne peut que me répondre « c'était bien », en collant aux propositions de réponses que je lui avais faites. À la fin de la seconde séance, je demande à Pauline comment elle se sent. Elle me répond alors « je me sens drôle ». J'essaie de pousser un peu plus loin son introspection, mais je n'obtiens qu'un « j'ai faim » avant qu'elle ne demande à partir.

3. La représentation pour exprimer ses ressentis

3.1. La pâte à modeler

C'est cette difficulté à verbaliser qui m'a poussée à proposer de la pâte à modeler à Pauline.

La pâte à modeler est ce que R. Roussillon appelle un médium malléable : elle « ne représente rien par elle-même, mais elle est saisissable, se laisse prendre par la main, toujours prête à l'emploi, toujours disponible, elle est informe, indéterminée et se prête ainsi à l'exploration des formes premières de la liberté » (Roussillon, 2001, p. 249).

Les nombreuses propriétés du médium malléable en font un outil très intéressant pour permettre de matérialiser des représentations et des processus psychiques insaisissables. « C'est parce qu'elle est informe et en même temps indestructible qu'elle peut prendre toutes les formes, qu'elle transforme les différences quantitatives en variations qualitatives, qu'elle transforme la force en sens » (Roussillon, 2001, p. 249).

La pâte à modeler a donc servi de messenger pour la pensée de Pauline. Plutôt que d'essayer de mettre des mots, souvent difficiles à trouver, sur des sensations, j'ai proposé à plusieurs reprises à Pauline de modeler la façon dont elle se sentait.

Ainsi, selon les séances, elle a pu faire **un bonhomme** pour se représenter elle-même, me donnant par la même occasion la possibilité d'observer la représentation qu'elle peut faire de son propre corps. Ses réalisations sont très enfantines et posent question quant à son image du corps : les proportions ne sont pas respectées, il n'y a pas de détails, le bonhomme ne correspond pas à sa morphologie réelle (voir annexe I).

Elle a également représenté **un cœur** à plusieurs reprises. Lorsque je cherche à en savoir plus, elle me répond que c'est parce que son cœur bat, et qu'il bat parce qu'elle est contente. Elle montre par là qu'elle a conscience que le rythme cardiaque varie selon les situations, et qu'elle a perçu qu'il avait tendance à augmenter lors de moments de joie.

Pauline a su investir et tirer profit de cet exercice. En effet, lors d'une séance, elle m'a beaucoup étonnée en utilisant sa réalisation en pâte à modeler pour se renarcissiser. En fin de séance, je lui donne de la pâte à modeler et la consigne suivante : « représentez avec la pâte à modeler comment vous vous sentez suite à ce massage ». Elle réalise alors **une fleur** (voir annexe II), et lorsque je cherche à savoir pourquoi elle a choisi de représenter une fleur, elle me répond que la fleur représente la détente. Elle m'explique ensuite qu'elle

a réalisé une tulipe, que c'est une fleur magique : elle peut pousser partout, quel que soit le temps, qu'il fasse beau, qu'il vente ou qu'il pleuve. Je lui demande alors si cette fleur lui fait penser à quelqu'un et après un instant de réflexion elle me répond avec un petit sourire incertain : « à moi ». Cette fleur a non seulement servi à Pauline à pallier momentanément une atteinte narcissique mais aussi à indirectement exprimer qu'elle se sentait forte, ce qu'elle n'aurait pas été capable de mettre en mots autrement.

3.2. Le dessin

Pour faire varier le moyen de représentation utilisé pour exprimer les ressentis, j'ai récemment proposé à Pauline de dessiner plutôt que de modeler.

Elle a entre autres réalisé un bonhomme la représentant (voir annexe III) qui m'a permis d'observer une évolution. En effet, j'ai comparé ce dessin à des dessins antérieurs qu'elle avait réalisés avec Noémie, et j'ai pu constater l'apparition d'un axe pour représenter le corps (avant, celui-ci était un rond peu régulier). Les vêtements distincts du corps sont aussi une nouveauté.

Ainsi, même si le tracé reste assez immature, cette réalisation est la preuve d'une évolution dans la représentation que Pauline a de son corps, et par extension, de la conscience qu'elle a de son enveloppe corporelle.

Expérimenter son enveloppe corporelle et exprimer les ressentis qui peuvent y être liés a été une première étape dans le projet de soin et dans la construction d'un sentiment de continuité d'existence. Lorsque j'ai senti Pauline prête, je lui ai proposé d'aborder le dialogue tonico-émotionnel.

4. Le dialogue tonico-émotionnel

Travailler sur le dialogue tonico-émotionnel présuppose une certaine différenciation entre soi et l'autre, puisque c'est une forme de communication qui demande d'être capable d'envoyer et de recevoir des signaux (Ajuriaguerra, 1985). Il faut donc être capable de déterminer ce qui vient de soi et ce qui vient d'autrui. De plus, cette communication passant par le corps, il est indispensable d'en connaître les limites et de réussir à identifier les sensations que l'on peut éprouver. Pour un patient dont les limites corporelles sont poreuses, « *c'est comme s'il "absorbait" l'état tonico-émotionnel d'autrui avec une confusion dans la différenciation soi/non-soi* » (Duberland, 2020, p. 58).

Il m'a donc semblé nécessaire d'entamer ce travail uniquement après que Pauline ait pu intégrer son enveloppe corporelle.

Pour travailler le dialogue tonico-émotionnel en séance, j'ai proposé à Pauline d'évoluer dans la salle en maintenant entre nous des bâtons tenus dans les paumes de nos mains, ceux-ci ayant alors le rôle d'intermédiaire dans le dialogue corporel.

4.1. Évolution de l'exercice

Lorsque j'ai proposé cet exercice pour la première fois, je pense avoir surévalué les capacités de Pauline : elle semblait devoir fournir beaucoup d'efforts et les bâtons tombaient énormément au sol.

J'ai donc décidé de procéder par étape, en mettant en place diverses variantes de l'exercice auquel j'avais initialement pensé. Je lui ai tout d'abord proposé de s'asseoir plutôt que de rester debout : les bâtons continuaient de tomber mais moins souvent, et Pauline a quelques fois réussi à les rattraper avant qu'ils ne tombent.

Au cours d'une séance, j'ai également proposé à Pauline de réaliser l'exercice les yeux fermés, pour limiter les distractions visuelles qui pourraient la déconcentrer. À la fin de celle-ci, elle a pu me dire « j'ai senti de l'énergie ». Qu'elle puisse mettre des mots, même approximatifs, sur les sensations vécues était alors pour moi le signe d'une évolution : elle était plus attentive et à l'écoute de ses sensations corporelles.

Petit à petit, j'ai observé une évolution chez Pauline. Les bâtons tombaient moins et elle s'ajustait de mieux en mieux aux mouvements que je proposais. J'ai donc pu l'inciter à rouvrir les yeux, puis nous avons pu réessayer l'exercice debout. Dans un premier temps, Pauline s'adossait au mur pour réaliser l'exercice, peut-être pour ne pas avoir à rattraper d'éventuels déséquilibres ? Mais aujourd'hui, nous pouvons réaliser l'exercice au milieu de la salle sans autre appui que nos pieds au sol. Dans son article *Le dialogue tonico-émotionnel : un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme*, M.-F. Livoir-Petersen explique que « le bébé a la ressource de se constituer un "arrière-fond" grâce aux régularités qu'il peut établir avec son milieu » (Livoir-Petersen, 2008, p. 67). Ainsi, à l'aide de l'expérimentation du dialogue tonico-émotionnel, Pauline a pu se construire cet « arrière-fond » et se détacher du mur qui lui servait de soutien.

De plus, j'ai également observé que les bâtons ne tombent plus, démontrant un meilleur ajustement tonique de la part de Pauline.

4.2. S'appuyer sur l'autre sans l'intruser

Travailler sur le dialogue tonico-émotionnel m'a également permis de faire de nouvelles observations concernant les déséquilibres que Pauline pouvait avoir.

Au cours d'une séance où nous réalisions l'exercice debout, Pauline a plongé ses yeux dans les miens et a maintenu ce contact pendant plusieurs minutes. Et presque à l'instant où le contact visuel a été rompu, elle s'est mise à partir en arrière, et ne s'est arrêtée que lorsque son dos a trouvé un appui contre le mur. Pendant les minutes précédant le déséquilibre, mon regard a été un réel soutien pour Pauline. Ce contact visuel intense lui a permis de se tenir debout, sans déséquilibre. Il me semble qu'à ce moment-là, au-delà du transfert émotionnel, mon regard a remplacé l'appui physique nécessaire à Pauline. À ce propos, Winnicott affirme que « *dans la cure [...] le cadre psychanalytique remplit la fonction de holding* » (Winnicott, 1969, cité par Houzel, 2016, p. 117). Par extension, la fonction de *holding* est assurée par le thérapeute, garant du cadre. Ainsi, le psychomotricien est amené à « porter » son patient, comme le ferait une mère avec son enfant. Cet échange de regard a été un soutien pour Pauline, assurant ainsi sa stabilité. Cette séance me permet également de noter une évolution quant aux intrusions de Pauline. En effet, même si son positionnement dans l'espace ne respecte pas toujours une distance relationnelle adéquate, son regard lors de cet exercice était intense mais en aucun cas intrusif. Pauline a su trouver un point d'appui dans mon regard sans m'envahir.

5. Des invariants en psychomotricité

Nous avons vu que pour se construire un sentiment de continuité d'existence, le bébé avait besoin de repérer des invariants dans son environnement (Houzel, 2016). Dans le cadre de mon projet de soin, il fallait donc que Pauline puisse retrouver de tels invariants à travers la psychomotricité.

5.1. Cadre spatial et temporel

Ainsi, la séance se déroule toujours à la même heure et au même endroit. **Le cadre spatial** a été repéré et intégré assez rapidement par Pauline. Au bout de quelques séances, elle vient d'elle-même avant l'heure devant la porte de la salle. À ce moment-là, je lui rappelle qu'elle doit respecter le cadre et donc l'horaire fixé, notamment pour ne pas déranger la séance ayant lieu avant.

Actuellement, lorsqu'elle n'est pas là avant et que je vais la chercher dans la salle commune, elle se dirige d'elle-même directement vers la salle.

Le cadre temporel a été un peu plus long à intégrer, et a nécessité que Pauline le teste à plusieurs reprises. Tout d’abord, le matin Pauline venait dans le bureau de Noémie nous demander à quelle heure avait lieu sa séance. Je lui répondais alors invariablement « à onze heures, comme d’habitude » pour insister sur le fait que l’horaire n’allait pas changer. De plus, elle est venue plusieurs fois frapper à la porte de la salle de relaxation un peu avant l’heure de son rendez-vous pour savoir si elle pouvait venir. Je lui expliquais alors qu’il n’était pas encore l’heure, et que je viendrais la chercher dans la salle commune à onze heures précises. Par ce comportement, elle me donnait l’impression d’éprouver le cadre que j’avais posé, pour déterminer si elle pouvait s’y fier ou non. Aujourd’hui, il lui arrive de demander l’heure du rendez-vous lorsqu’elle nous croise dans la salle commune, mais ce n’est pas systématique. En outre, elle ne vient plus à la porte avant l’heure et attend simplement que je vienne la chercher dans la salle commune.

5.2. Déroulé de la séance

Les séances que je propose à Pauline sont divisées en plusieurs temps. Seuls certains de ces temps sont des invariants. Nous commençons toujours la séance en retirant nos chaussures, puis nous prenons le temps de discuter pour faire un point sur l’état global de Pauline. De la même façon, la fin de séance est toujours la même : je propose un temps d’auto-massage puis de massage à Pauline, je l’amène ensuite à revenir dans l’instant présent en s’étirant, puis nous essayons de mettre des mots sur la séance et ce qu’elle a pu lui faire vivre. Enfin nous remettons nos chaussures et je la raccompagne en salle commune.

Entre ces temps invariants, je propose à Pauline diverses activités, qui changent selon les séances. De plus, je peux lui proposer d’utiliser de la pâte à modeler ou de dessiner en fin de séance pour l’aider à exprimer ses ressentis.

Cependant, introduire ces variations au sein de la séance ne s’est pas fait instantanément.

Tout comme la mère doit être *suffisamment bonne* et attendre que son enfant soit près avant de ne plus répondre immédiatement à ses sollicitations (Houzel, 2016), j’ai dû attendre que Pauline intègre le déroulé « basique » de la séance avant de le faire varier.

Ainsi, ce n’est que lorsqu’elle a pu enchaîner les différents temps, sans que j’aie besoin de lui indiquer quoi faire, que j’ai progressivement mis en place d’autres activités.

Pauline a tout d’abord été réticente, notamment lorsque je lui ai proposé un exercice sur le dialogue tonico-émotionnel avant le massage. Après lui avoir expliqué que cela ne remplaçait pas le massage mais venait simplement en complément, elle a pu faire

l'exercice. Il lui a fallu un certain nombre de séances avant d'intégrer que le massage serait toujours présent, quoi que je lui propose avant. Actuellement, lorsque je l'informe en début de séance que j'ai une nouvelle activité à lui proposer, elle montre de l'enthousiasme et ne s'inquiète plus quant au temps de massage.

6. D'autres évolutions remarquables

Au cours des mois suivant le début de ma prise en charge, j'ai pu observer plusieurs évolutions dans le comportement de Pauline.

6.1. L'enveloppe

Tout d'abord, j'ai remarqué qu'elle laisse maintenant ses vêtements sur une chaise dans la salle commune lorsque je viens la chercher pour aller en séance. Elle n'a plus besoin que je lui demande de ne pas les prendre, ou que quelqu'un lui promette de les surveiller.

Le fait qu'elle puisse se détacher si facilement de ses vêtements m'amène à penser que grâce au travail sur l'enveloppe corporelle et notamment l'expérimentation des extrêmes, elle arrive maintenant à distinguer la différence entre intérieur et extérieur de son corps. En effet, S. Robert-Ouvray affirme que « *c'est parce que l'enfant différenciera dans un rythme alternatif, l'organique du moteur, le mou du dur, l'action de la sensation, l'activité de la passivité, qu'il pourra différencier le dedans du dehors* » (Robert-Ouvray, 2017, p. 98).

6.2. La contenance

De plus, j'ai pu observer qu'elle ne range plus nécessairement ses feutres et crayons de couleur dans son sac : elle les laisse étalés sur la table de la salle commune, même si elle prend tout de même la peine de les rassembler avant de partir en séance. Face à ce comportement, je vois une évolution de la fonction de contenance de son Moi-Peau. À travers le massage qui « *est contenant, enveloppant* » (Sarda, 2002, p. 92), Pauline a pu sentir son enveloppe corporelle et ainsi éprouver sa fonction de contenance.

6.3. La séparation

Enfin, Pauline ne quitte plus les séances soudainement. Lorsqu'il lui arrive de partir plus tôt, elle peut donner une explication à son départ : « j'ai mal au ventre », « mon éducatrice va venir me chercher, il faut que je me prépare ». Et lorsque celle-ci ne semble être qu'une excuse, nous pouvons en discuter pour essayer de comprendre ensemble la véritable raison de son désir de s'en aller. Quelle que soit la situation, elle ne part plus seule sans dire un

mot : elle attend toujours que je sois prête à la ramener en salle commune. De mon côté, j'attends systématiquement qu'elle ait répondu à mon « au revoir » avant de la laisser. Ce changement de comportement m'amène à penser que Pauline ne vit plus systématiquement les séparations comme des déchirements, et qu'elle est capable de faire face aux départs et aux absences. Ceci se vérifie d'ailleurs car récemment, son éducatrice a été absente pendant plusieurs semaines, et Pauline a su « gérer » comme elle le dit elle-même : elle n'a pas fait de crise clastique. Elle est également capable de mettre en place des stratégies pour mieux faire face au sentiment d'abandon qu'elle peut ressentir. Un jour où son éducatrice était en retard, sentant qu'elle risquait de faire une crise, elle est allée d'elle-même dans le bureau de la cadre de santé lui demander si elle pouvait rester le temps que son éducatrice arrive.

7. Évolution du projet de soin

Actuellement, je n'ai pas encore assez avancé dans la prise en charge avec Pauline pour travailler la seconde partie du projet de soin que j'ai pensé pour elle. En effet, il me semble important de prendre le temps de répéter les expériences, car même si les séances se ressemblent, il ne s'y joue pas les mêmes choses d'une semaine à l'autre.

De plus, un projet de prise en charge groupale au sein d'une ferme pédagogique a été mis en place par Noémie, et Pauline y participe. Je ne la vois donc plus en prise en charge individuelle mais uniquement lors de ce groupe.

Celui-ci a pour but de travailler la relation à l'autre. Pour cela, les patients s'occupent d'animaux de la ferme, les nourrissant, nettoyant leurs enclos... Ainsi, ils prennent conscience des besoins et désirs des animaux et apprennent à repérer leur langage infraverbal et à agir en conséquence.

Ce travail groupal permettra par la même occasion de préparer mon départ, qui signera la fin de ma prise en charge avec Pauline. Au travers du groupe, nous pourrions réintroduire Noémie dans la relation et ainsi amorcer la reprise de la prise en charge de Pauline par Noémie.

CONCLUSION

CONCLUSION

Cette année de stage en psychomotricité dans un service de psychiatrie adulte m'a beaucoup apportée. J'y ai découvert des patients singuliers, et je me suis confrontée à la réalité, plus complexe que je ne l'aurais pensé, de la pathologie psychiatrique. Les prises en charge variées m'ont permis de découvrir diverses approches psychomotrices, mais aussi de prendre peu à peu ma place de stagiaire et de future psychomotricienne, en aiguisant mon regard et ma réflexion clinique.

Cependant, c'est auprès de Pauline que j'ai réellement pu percevoir toute la complexité de la psychomotricité avec des patients atteints de pathologies psychiques. En effet, ses troubles sont nombreux, et si intriqués les uns aux autres qu'il est difficile de les mettre au travail séparément. C'est pour cette raison que j'ai choisi de traiter la construction du sentiment de continuité d'existence au travers de la prise de conscience de l'enveloppe corporelle. Je me suis attelée à démontrer, au travers de cet écrit, le rôle majeur de la psychomotricité en psychiatrie : c'est en passant par une approche corporelle que l'on peut initier un remaniement psychique.

En reliant diverses observations et hypothèses issues de séances et de temps informels, j'ai pu entamer un travail de recherche sur les carences affectives de Pauline et leurs conséquences sur la construction de son enveloppe corporelle et de son sentiment de continuité d'existence. Cela m'a menée à proposer une prise en charge basée sur le massage et le dialogue tonico-émotionnel à Pauline.

Ce mémoire, résultat de nombreuses mises en lien entre les références théoriques et les observations psychomotrices, a nécessité un travail important auprès de Pauline mais également sur moi-même. À plusieurs reprises, je me suis retrouvée dans l'incapacité de poser des mots concrets sur mes idées, mes hypothèses, mes ressentis, un peu comme les patients que je côtoyais au quotidien. Peut-être ai-je inconsciemment été influencée dans ma façon de penser ces patients et leurs problématiques ?

Cette interrogation amène à se poser la question plus large du transfert et du contre-transfert, en psychomotricité, mais aussi dans le soin en général. Quelle place prennent ces phénomènes dans le soin psychomoteur ? Comment les repérer et limiter leur impact sur la prise en charge ?

Ces questions, de par leur importance, auraient pu faire l'objet d'un mémoire. J'y serai pour ma part vigilante dans ma pratique future, quels que soient les patients que je rencontrerai.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Affectif—Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | dico en ligne le robert. (s. d.).

Consulté 27 avril 2021, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/affectif>

Aide sociale à l'enfance. (2021). In *Wikipédia*.

https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Aide_sociale_%C3%A0_l%27enfance&oldid=181157639

Ajuriaguerra, J. (1985). Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements.

Enfance, 38(2), 265-277. <https://doi.org/10.3406/enfan.1985.2887>

Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.

Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements.

Enfances & Psy, 49(4), 14 à 19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>

Buot de l'Épine, F. (2016). *Comment s'installer dans la maison de son corps ? Soutenir la restauration d'un sentiment d'enveloppe auprès d'une enfant reçue pour instabilité psychomotrice* [Mémoire de psychomotricité, Université Claude Bernard Lyon 1]. BU Lyon 1.

Carence—Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | dico en ligne le robert. (s. d.).

Consulté 27 avril 2021, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/carence>

Courtinat, E. (s. d.). *La préoccupation maternelle primaire 1956 Donald Wood Winnicott*.

[http://psychanalyse.com/pdf/LA%20PREOCCUPATION%20MATERNELLE%20PRIMAIRE%20-%20WINNICOTT%201956%20\(15%20Pages%20-%2074%20Ko\).pdf](http://psychanalyse.com/pdf/LA%20PREOCCUPATION%20MATERNELLE%20PRIMAIRE%20-%20WINNICOTT%201956%20(15%20Pages%20-%2074%20Ko).pdf)

Dubertrand, E. (2020). *L'eau enveloppe : Apport de la psychomotricité et de la médiation eau dans le soutien de l'enveloppe psychocorporelle* [Mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux]. HAL. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02894626>

Enveloppe—Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | dico en ligne le robert. (s. d.).

Consulté 11 avril 2021, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/enveloppe>

Flückiger, I. (2001). Les négligences, les carences affectives, les rejets. In *Enfants maltraités :*

Intervention sociale (Isabelle Flückiger, p. 25-36).

https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/publications/media_29_Enfants_maltraites.pdf#page=37

Hirsch, D. (2009). La construction du sentiment d'exister : Jean-Paul Matot, Préface de B.

Golse. Éditions de L'Harmattan, coll. « Études psychanalytiques », 2008, 260 pages.

Cahiers de psychologie clinique, 32(1), 233-238. <https://doi.org/10.3917/cpc.032.0233>

Houzel, D. (2016). Le sentiment de continuité d'existence. *Journal de la psychanalyse de*

l'enfant, 6(1), 115-130. <https://doi.org/10.3917/jpe.011.0115>

Livoir-Petersen, M.-F. (2008). Le dialogue tonico-émotionnel : Un gué permettant au bébé de

passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme. *Contraste*, 28-29(1-2), 41-70.

<https://doi.org/https://doi.org/10.3917/cont.028.0041>

Marion, L. (2020). *La psychomotricité : Une réponse singulière au défaut d'enveloppe psychocorporelle* [Mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux]. HAL.

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900368>

Marvaud, J. (2020). La peau et le toucher (Thème et variations). *Annales Médico-*

psychologiques, revue psychiatrique, 178(2), 137-144.

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.12.014>

Molénat, F. (2001). Logique des émotions et sentiment continu d'exister. *Spirale*, 18(2), 69-76.

<https://doi.org/10.3917/spi.018.0069>

Perrier-Genas, M. (2015). La stimulation psychomotrice du nourrisson. In F. Giromini, *Manuel*

d'enseignement de psychomotricité : Clinique et thérapeutiques (p. 5-18). Solal.

- Potel Baranes, C. (2008). Intimité du corps. Espace intime. Secret de soi. *Enfances & Psy*, 77-90. <https://doi.org/10.3917/ep.039.0106>
- Robert-Ouvray, S. (2017). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité*. <http://docelec.univ-lyon1.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsvox&AN=edsvox.international.scholarvox.88878917&lang=fr&site=eds-live>
- Rousselot, V. (2013). « *AIDES MOI A CONSTRUIRE MA MAISON* » : *Réflexion sur l'espace et ses objets comme support de structuration psychocorporelle en thérapie psychomotrice*. [Mémoire de psychomotricité, Université Claude Bernard Lyon 1]. BU Lyon 1.
- Roussillon, R. (2001). L'objet « médium malléable » et la conscience de soi. *L'Autre*, 2(2), 241-254. <https://doi.org/10.3917/lautr.005.0241>
- Sarda, J. (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances & Psy*, 20(4), 86-95. <https://doi.org/10.3917/ep.020.0086>
- Toucher—Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | dico en ligne le robert*. (s. d.). Consulté 21 avril 2021, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/toucher>
- Verdier, P. (2013). *L'enfant en miettes*. Dunod.
- Zucker, D. (2012). Pour introduire le faux self. In *Penser la crise : L'émergence du soi* (De Boeck Supérieur, p. 19-21).

TABLE DES ANNEXES

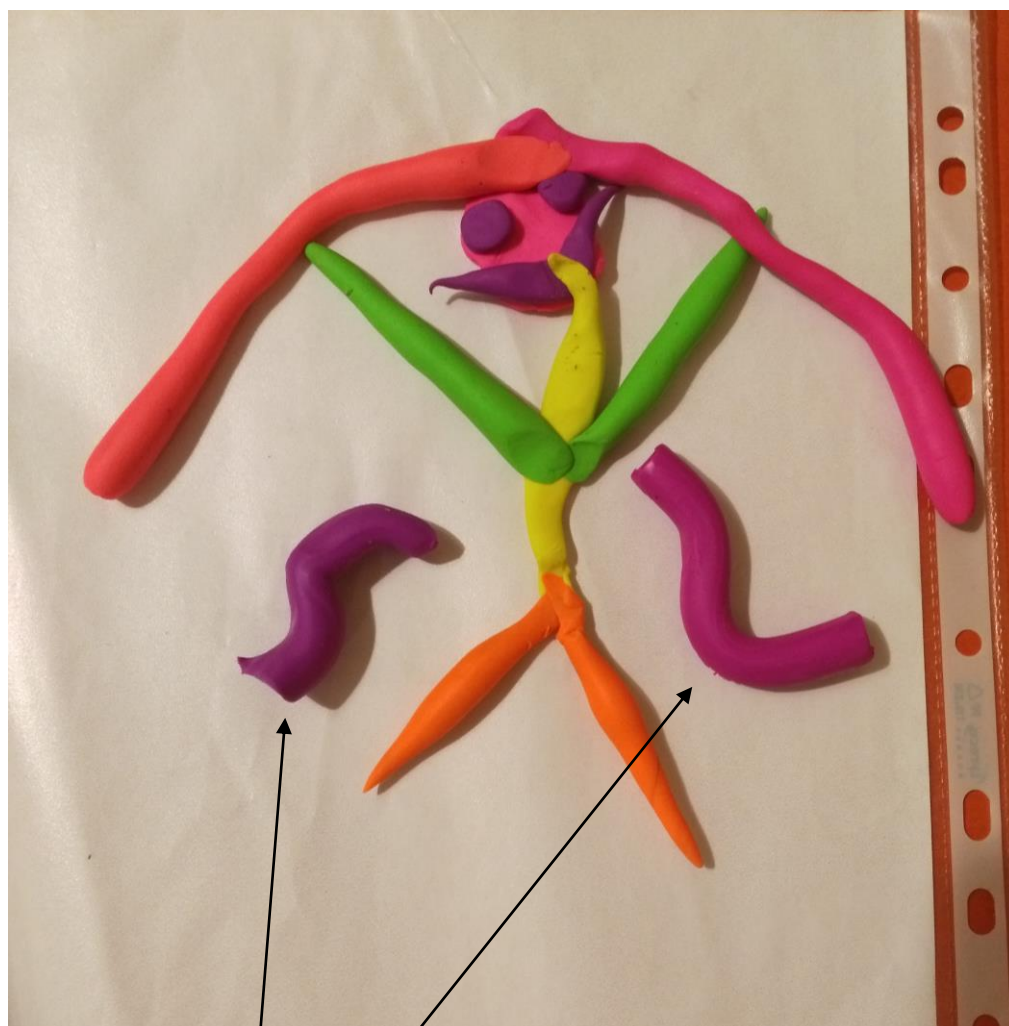
TABLE DES ANNEXES

Annexe I : bonhomme en pâte à modeler, réalisé par Pauline suite à la consigne
« représentez-vous comme vous vous sentez après ce massage »

Annexe II : fleur en pâte à modeler, réalisée par Pauline suite à la consigne « représentez
avec la pâte à modeler comment vous vous sentez suite à ce massage »

Annexe III : bonhomme dessiné par Pauline suite à la consigne « dessinez comment vous
vous sentez maintenant »

Annexe I : bonhomme en pâte à modeler, réalisé par Pauline suite à la consigne
« représentez-vous comme vous vous sentez après ce massage »



Ce sont des serpents qui « jouent » avec Pauline et qui « sont gentils »

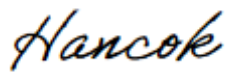
Annexe II : fleur en pâte à modeler, réalisée par Pauline suite à la consigne « représentez avec la pâte à modeler comment vous vous sentez suite à ce massage »



Annexe III : bonhomme dessiné par Pauline suite à la consigne « dessinez comment vous vous sentez maintenant »



Signature du maître de mémoire

A handwritten signature in blue ink that reads "Hancok". The script is cursive and fluid, with the 'H' and 'C' being particularly prominent.

Chloé Hancok



**Institut de Formation en Psychomotricité,
ISTR Lyon 1**

Promotion 2020-2021

Auteur : Lucie Leconte

Titre : Titre du mémoire :

Défaillance du sentiment de continuité d'existence et de l'enveloppe corporelle : le rôle de la psychomotricité dans la construction de Soi

Mots - clés

Sentiment de continuité d'existence – enveloppe corporelle – massage

Sense of being – body envelope – massage

Résumé :

Au cours de mon stage dans le secteur, fascinant et complexe, de la psychiatrie adulte, j'ai rencontré Pauline. Les carences affectives dont elle souffre ont impacté la construction de son enveloppe corporelle, empêchant l'élaboration d'un sentiment de continuité d'existence. Ainsi, en m'appuyant sur la prise en charge de Pauline, j'exposerai comment la psychomotricité peut aider une patiente souffrant de carences affectives à construire un sentiment d'existence, à travers un travail sur l'enveloppe corporelle. Je parlerai de l'utilisation du massage dans le soin psychomoteur et du dialogue tonic-émotionnel pour aider à construire l'enveloppe corporelle.

During my fascinating and complex internship in adult psychiatry, I met Pauline. The emotional deprivation from which she suffers has impacted the construction of her body envelope, preventing the elaboration of a sense of being. Thus, in this thesis, I will explain how psychomotricity can help a patient suffering from emotional deprivation to build a sense of being, through a work on body envelope. I will deal with the use of massage in psychomotor therapy and the tonic-emotional dialogue to help build body envelope.