Faculté de Médecine Sorbonne Université

Site Pitié-Salpêtrière

Institut de Formation en Psychomotricité

91, Bd de l'Hôpital

75364 Paris cedex 14

« Le corps en note de tête, la relation en note de cœur, l'expression d'une souffrance en note de fond »

Du stress au traumatisme psychique chez une jeune enfant

Mémoire présenté par Floriane VALLEE,

en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référent de mémoire :

Dorothée DEFONTAINE

Session Juin 2018

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu ma maître de mémoire Dorothée DEFONTAINE pour sa disponibilité et l'accompagnement constructif qu'elle m'a fait tout au long de ma réflexion.

Je remercie l'ensemble de mes maîtres de stage et professeurs rencontrés ces trois dernières années qui, par leur approche personnelle du métier, ont forgé mon identité professionnelle.

J'adresse un grand merci à Sarah et Diane pour leur accueil et leur partage professionnel.

Milles mercis à mes camarades de promos, mon cher groupe 7 et à toi Charlotte.

Je remercie Marine pour ses précieux conseils et ces heures qu'elle nous a consacrées. Enfin je remercie tout particulièrement Marianne d'avoir partagé cette superbe aventure avec moi et pour tous nos bons moments partagés.

Enfin, je remercie l'ensemble des patients que j'ai pu rencontrer pour tous nos moments partagés.

Citations

« N'use pas de violence dans l'éducation des enfants, mais fais en sorte qu'ils s'instruisent en jouant : tu pourras par-là, mieux discerner les dispositions naturelles de chacun. » PLATON

« La violence, c'est pas toujours frappant, mais ça fait toujours mal. » Richard LECLERC

« Voir c'est recevoir, recevoir c'est donner à voir » Paul ELUARD

SOMMAIRE

INTRODUCTION **8**

I. INSTITUTION ET CADRE EXPERIMENTAL **11**

II. UNE GRANDE HISTOIRE, UN PETIT ENFANT : SELMA **14**

1. Cadre de la rencontre **14**

2. Anamnèse **15**

3. Observation psychomotrice **17**

4. Projet thérapeutique **21**

5. Déroulement de séances **23**

a. Le cadre 23
b. Les enveloppes comme fil de séances 24
c. La régulation tonico-émotionnelle 27

6. Ma conclusion de la prise en charge **31**

III. DU DEVENIR DE LA VIOLENCE **32**

1. La fonction parentale **32**

a. Etre en relation 33
b. Des mots pour rassembler 35
c. Une présence source de sécurité 35
d. L'apport d'une sécurité affective de base 36
e. Et la fonction paternelle ? 36

2. Des conséquences directes pour l'enfant … **38**

a. La mise à mal du cadre familial et social 38
b. La perte de repères 39
c. La sur-stimulation 40

3. … Et des troubles consécutifs **40**

a. L'impact de l'attachement 40
b. La résonance du stress 41
c. Le psychotraumatisme 43

4. L'expression clinique ou sémiologie **47**

IV. LE TONUS DANS LA RELATION 49

1. Tonus et fonction tonique 49

a. Les tonus 49
b. La maturation tonique 50
c. La fonction tonique 50
d. Le tonus comme moyen de défense 52
e. Un support à la proprioception 52

2. L'apport d'Henri WALLON 53

a. Tonus et émotions sont liés 53
b. Le dialogue tonique 53

3. L'apport de Julian De AJURIAGUERRA 54

a. Le tonus et la relation 54
b. Le contrôle tonique et le corps de l'enfant 55
c. Les particularités toniques : hyper et hypo 55
d. Le langage du corps 56

4. L'apport de Suzanne ROBERT-OUVRAY 56

a. Le tonus comme moyen de communication 56
b. De la bipolarité à l'ambivalence 57
c. Spécificité de l'hypertonie 58
d. Du stress maternel à la fonction tonique 58

V. ENTRE STRESS ET TRAUMATISME 61

VI. UN REGARD PSYCHOMOTEUR PORTE SUR LES MANIFESTATIONS DE STRESS OU DE PSYCHOTRAUMATISME 63

1. Entre continuité et discontinuité 64

2. Une particularité posturale 67

3. Une enveloppe à consolider 70

a. L'enveloppe psychique et le Moi-peau selon Didier ANZIEU 70
b. Les enveloppes psychocorporelles en clinique 71
c. Le psychomotricien, la contenance et la pare-stimulant 72

VII. LA RELATION EN PSYCHOMOTRICITE 74

1. Le dialogue tonico-émotionnel en séance 74

a. Exemple du toucher thérapeutique 75

2. La triangulation 76

a. Etre trois en prises en charge 77
b. Relation et distance 78

VIII. NOTIONS MISES EN AVANT AU COURS DU STAGE : ENTRE APPORTS ET LIMITES 80

1. La temporalité 80

2. La pluridisciplinarité 81

3. Un cadre professionnalisant 83

CONCLUSION 86

ANNEXES 87

BIBLIOGRAPHIE 104

Introduction

Ce mémoire est le fruit de mon parcours rattaché à mes trois années de formation en psychomotricité. J'ai été particulièrement saisie par mes trois derniers stages réalisés successivement auprès de patients militaires en Etat de Stress Post-Traumatique, d'enfants présentant des troubles psycho-affectifs majeurs et enfin les cinq patients en état de stress et/ou de traumatisme rencontrés en stage expérimental. La citation du philosophe François CHIRPAZ illustre la pensée générale que j'ai de ces rencontres : « Ni chose, ni outil, mon corps c'est moi au monde. »[1]. J'en retiens la place majeure du corps chez les patients sus-cités. Il est au cœur de leur expression symptomatique.

Je choisis dans cet écrit de réfléchir précisément sur l'enfant. Une patiente, Selma[2], m'a donné l'envie de partager et approfondir les réflexions et questionnements qu'elle me suscite. Je suis d'abord surprise de notre rencontre car je m'attends à rencontrer des adultes et majoritairement des femmes au cours de mon stage. Etant davantage à mon aise auprès d'adultes cela me correspond. Ainsi je m'étonne d'être sollicitée pour la rencontrer. Etonnée mais curieuse et ravie ! Je rencontre alors Selma et éprouve un élan d'empathie pour elle. Il y a un contraste saisissant dans sa manière d'être que je ne sais quoi penser : si souriante, joyeuse et malicieuse mais tant agitée. Elle me renvoie des manifestations que je trouve très opposées, un bien-être apparent rongé par ce que je juge être un mal-être incontrôlable. Je suis alors intriguée par cette jeune fille et ce qu'elle véhicule chez moi.

Je me questionne ainsi sur l'expression psychocorporelle symptomatique (ou tableau sémiologique psychomoteur ?) de l'exposition prolongée d'un enfant à des violences conjugales. Etant particulièrement frappée par les manifestations tonico-émotionnelles de Selma, mon questionnement se cible principalement sur cette sphère psychomotrice : quel(s) lien(s) établir entre la sphère tonico-émotionnelle et le traumatisme psychique de l'enfant et comment le travailler en séances de psychomotricité ? Dans l'optique d'exposer les manifestations particulières que je relève, quels vécus psychocorporels sont mis en avant par l'enfant et spécifient ainsi la problématique psycho-

[1] JOLY F., LABES G., 2008, p.199

[2] Toutes les personnes citées dans cet écrit sont sous couvert de l'anonymat, à l'exception de mon binôme Marianne.

affective liée au traumatisme psychique ? Comment la relation qui unit le psychomotricien et l'enfant en est-elle marquée ?

Je considère le canal tonico-émotionnel comme moyen de communication privilégié chez l'enfant. Or lorsqu'un facteur de stress ou de traumatisme affecte l'enfant la capacité de régulation et d'adaptation de ce canal en est perturbée. Il est cependant un outil privilégié du psychomotricien qui l'exploite pour soutenir l'enfant dans sa maitrise. Par ailleurs une précaution est à prendre dans la distance relationnelle et/ou thérapeutique avec le patient comme la famille du fait de ce dialogue et de l'histoire lourde portée par le sujet. Enfin, du fait du processus de développement psychomoteur en cours chez l'enfant, le corps et la somatisation expriment en premier lieu la souffrance de l'enfant via de l'agitation motrice, des troubles du sommeil et une particularité posturale.

Je commencerai dans une partie clinico-théorique par présenter le cadre institutionnel dans lequel s'est déroulé ma rencontre avec Selma et le cas clinique de Selma. J'expliciterai, après avoir développé ce que sont les violences conjugales et la fonction parentale, les conséquences et troubles possibles pour l'enfant lorsque la fonction parentale est mise à mal par des violences. Je développerai particulièrement le tonus et son dialogue avec les émotions pour ensuite discuter du regard psychomoteur à porter sur les manifestations symptomatiques de l'enfant, de la relation entre le psychomotricien et l'enfant et enfin de la richesse d'expérience apportée par le cadre de mon stage.

Partie clinico-théorique

I. Institution et cadre expérimental

Mon écrit s'élabore sur un cas clinique principal. Or je rencontre cette personne à l'occasion d'un stage expérimental. Que recouvre cette appellation ? Un stage expérimental consiste à implanter la psychomotricité dans une structure n'employant pas de psychomotricien. Ce stage est assuré par un binôme d'étudiants en troisième année de formation à l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière. Il n'est pas soumis à prescription médicale et est donc protégé par des tuteurs : un interne à la structure d'accueil, un externe qui est un professeur à l'Institut de Formation en Psychomotricité. En l'occurrence, notre tuteur interne est une psychologue de l'association. Les deux tuteurs assurent un suivi régulier du stage.

Notre démarche quant à ce stage est justifiée par notre volonté, à Marianne et moi-même, de développer notre approche clinique psychomotrice auprès de personnes ayant vécu des événements possiblement traumatiques sur le plan psychique. Cette démarche réside dans l'étude clinique de manifestations psychocorporelles et de la place du corps dans une atteinte psychique de type traumatique ou anxiogène.

Notre structure d'accueil est une association d'aide aux victimes, et non une association de victimes, qui a pour objectifs d'accompagner et de soutenir sur les plans juridiques et psychologiques les victimes. Elle accueille des personnes de tout âge ayant vécu une infraction de type atteinte à la personne (agressions physiques et sexuelles, harcèlement, violences intrafamiliales, etc), atteinte aux biens (escroquerie, abus de confiance, etc), accidents de la circulation ou encore événements collectifs (attentats, catastrophes industrielles, etc). 300 000 victimes sont reçues chaque année dans les associations de la fédération sur le territoire français. L'association se compose d'une directrice juriste, de deux psychologues, de juristes et de bénévoles. Les bénévoles sont chargés de recevoir les victimes et de les orienter vers un suivi juridique et/ou psychologique.

Qu'entendons-nous par victime ? L'Assemblée générale des Nations Unies distingue les victimes de la criminalité et d'abus de pouvoir. Elle définit les premières comme « des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle, ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omissions qui

enfreignent les lois pénales en vigueur dans un Etat membre, y compris celles qui proscrivent les abus criminels de pouvoir. […] Le terme « victime » inclut aussi, le cas échéant, la famille proche ou les personnes à charge de la victime directe »[3]. Les secondes sont différenciées par le fait que les actes « ne constituent pas encore une violation de la législation pénale nationale, mais qui représentent des violations des normes internationalement reconnues en matière de droits de l'homme. »[4]. Ce n'est pas le statut de victime qui nous intéresse en soi mais plutôt le vécu de la personne – dite victime dans le langage judiciaire – au moment ou suite à l'événement. C'est donc sur ce vécu subjectif et psychocorporel que repose l'indication en psychomotricité. Nous avons dressé une liste d'un ensemble de vécus types pour lesquels nous estimons approprié l'accompagnement en psychomotricité (ANNEXE I).

Un atout majeur de cette association est l'hétérogénéité d'âge et de vécu des victimes. Les patients que nous rencontrons sont âgés de 3 ans à 67 ans en passant par l'adolescent et la personne trentenaire. Ils peuvent être victime directe comme indirecte d'une agression ou infraction. Ainsi sur les plans clinique et théorique nous avons accès à une richesse de vécus liés à l'âge de la personne mais indissociables du type et de la durée d'exposition à l'événement.

De nombreux échanges se développent entre nous et les psychologues nous permettant de parler chaque semaine des personnes que l'on suit. Ces personnes sont systématiquement suivies d'origine en psychothérapie avec l'une des deux psychologues de l'association. Elles connaissent ainsi bien les victimes pour nous en parler lorsque l'on se questionne. Parallèlement nous partageons certains propos ou faits de séances qui nous interpellent et dont elles n'avaient pas connaissance. Les psychologues sont particulièrement intéressées par l'approche corporelle que nous proposons aux victimes ce qui nous permet d'échanger nos savoirs entre professions, favorisant leur compréhension de notre métier et de notre intervention auprès des victimes (et inversement).

Au début de ce stage, nous nous sommes données la possibilité d'évoluer seule ou en duo auprès des patients. Dans la réalité des suivis nous intervenons constamment en binôme (Marianne et moi), par choix comme je l'exposerai en fin de travail. Cette organisation nous permet d'enrichir nos observations, nos réflexions et il faut se l'avouer, de mettre plus

[3] Assemblée générale des Nations Unies, résolution 40/34 du 29 novembre 1985, consulté le 24/03/2018 à 16h03 sur http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/VictimsOfCrimeAndAbuseOfPower.aspx
[4] Ibid, à 16h04

facilement à distance nos affects personnels. La triangulation des relations soutient de fait la triangulation des affects.

II. Une grande histoire, un petit enfant : Selma

Selma (3 ans) nous est adressée par la psychologue qui a connaissance des inquiétudes de Mme L. quant au comportement de sa fille. Elle suit en psychothérapie le grand frère de Selma (Oliv, 8 ans). Elle remarque que lorsque Selma patiente chaque semaine dans la salle d'attente elle ne parvient pas à se contenir dans le choix des jouets utilisés, qu'elle les étale en masse gênant la circulation des autres personnes reçues. Elle relève également la difficulté de Selma à partir de l'association. Mme L. nous formule une demande quant à l'impulsivité et la forte irritabilité de Selma apparues récemment qu'elle ne se sait plus comment gérer. Cette indication est faite dans le cadre de faits de violences conjugales entre les parents. La mère quant à elle n'a débuté aucun suivi psychologique à ce jour.

1. Cadre de la rencontre

Au préalable de l'entretien, nous organisons une rencontre (fin novembre) avec Selma sur demande de la psychologue. Effectivement Selma étant notre première patiente dans l'association, la psychologue n'est pas certaine de son indication. Pour nous faire un tout premier avis sur l'objet de l'indication nous acceptons cette pré-étape. Nous nous rencontrons à trois : Selma, Marianne et moi. Mme L. ne peut rester mais accepte que Selma reste seule avec nous. Nous nous présentons donc à elle comme des membres de l'association, stagiaires psychomotriciennes. Nous lui proposons de prendre les jouets qu'elle souhaite et de venir jouer cette fois-ci dans notre salle, que nous resterons avec elle et si elle le souhaite nous participerons à ses jeux. Elle accepte volontiers, sans appréhension visible ni timidité apparente.

Au cours de cette rencontre, nous faisons évoluer le jeu (Lego et figurines) vers du symbolique, avec des rôles (pompier, grand-mère et chat). Nous remarquons au cours de cette rencontre que Selma a effectivement des difficultés à tenir en place, à se centrer sur un objet quand elle joue seule (passe rapidement d'un jouet à un autre). Elle parle peu mais observe beaucoup. Lorsqu'arrive la fin de notre rencontre, Selma ne veut pas terminer. Elle veut recommencer l'histoire jouée et le dit à sa mère qui vient de nous rejoindre. Nous refusons de continuer le jeu, Selma commence à se mettre en colère : elle refuse de mettre

son manteau, s'agite et pleure. La psychologue – qui attendait avec Oliv à l'extérieur – intervient comme apparemment chaque semaine pour rassurer oralement Selma. Elle se calme alors.

En conclusion de ce temps, nous décidons de proposer un entretien suivi d'un bilan psychomoteur à Mme L. et Selma. L'indication en psychomotricité repose d'après nous sur de l'impulsivité, une difficulté de régulation émotionnelle et un retard de langage.

2. Anamnèse

L'ensemble des faits anamnestiques rapportés ci-dessous proviennent du discours de Mme L. lors de l'entretien préalable au bilan de Selma. Certains faits apparaissent dans mon écrit car je les juge importants mais ne sont pas complets, Mme L. ne souhaitant pas communiquer certains détails en présence de ses enfants.

L'entretien (fin novembre) se déroule en présence de Selma, de sa mère, Marianne et moi-même. Selma se montre assez agitée au cours de l'entretien et sollicite beaucoup l'adulte (pour aider au dessin, changer de jouet, aller aux toilettes, etc). Je reste alors davantage dans l'échange verbal avec Mme L. et Marianne avec Selma.

La relation mère-enfant est de bonne qualité même si toutes deux ne se montrent pas très proches. Selma sollicite peu sa mère qui elle reste à l'écoute et disponible. Madame nous parait cependant épuisée.

La grossesse est très suivie en partie dû à une chute de Madame entrainant de multiples fractures (pas de précisions supplémentaires). A sa naissance, Selma est décrite comme un bébé facile à vivre, ayant vite fait ses nuits, ne réclamant pas grand-chose. Le père est peu présent. Selma le réclame mais elle a un temps refusé de le voir. Ayant tous les deux un fort caractère, dès qu'ils ne sont pas d'accord Monsieur se braque et dit qu'il ne veut plus voir sa fille. Il prend depuis peu plus de temps auprès d'elle, Selma accepte de le voir.

Selma est scolarisée en petite section de maternelle. L'entrée à l'école s'est très bien passée. Au début, frère et sœur étaient ensemble en récréation mais plus depuis la rentrée de la Toussaint car changement d'horaires. Il est relevé par la maitresse des difficultés face à la frustration, de concentration lors de lecture d'un livre. Selma est décrite par sa maitresse comme très bonne élève, volontaire, bien intégrée avec ses camarades, appliquée. Sa maitresse a eu un accident il y a 3 semaines (début novembre). Etant absente depuis, Selma est beaucoup perturbée. Elle réclame sa maitresse depuis et sa mère sent une différence d'attitude.

Depuis fin août un bégaiement est remarqué par Mme L. et également par la maitresse. Il est ponctuel, davantage présent le soir et en période de fatigue. Depuis le congé maladie de la maitresse la mère perçoit un changement chez Selma : colérique, fort caractère encore plus exprimé. Elle cite également une irritabilité, des conflits et de la provocation relevés aussi à l'école par l'ATSEM[5]. « Elle n'est pas méchante en soi mais quand elle se met en colère, qu'on n'est pas d'accord et bien elle n'est pas d'accord » (Mme L.). Ses colères se traduisent par un engagement corporel complet (se roule par terre, tape des pieds), de grosses crises, des pleurs. Madame parle « d'une pile électrique en ce moment, une impression d'être sur ressort ». Son frère a toujours été comme ça mais c'est nouveau pour Selma de ne pas tenir en place.

Par ailleurs, Madame relève de nombreux réveils nocturnes et des cauchemars toutes les nuits quasiment et à heures régulières (toutes les 2 heures). Selma ne dit pas grand-chose sur ses cauchemars hormis « Maman j'ai peur. ». Ceci entraine beaucoup de fatigue pour mère et fille. Elle fait de bonnes siestes à l'école.

Selma vit avec sa mère et son grand frère. Ses parents sont en cours de divorce suite à des violences conjugales répétées. Le père vit à proximité chez sa propre mère. Les enfants le voient irrégulièrement et constamment chez leur grand-mère paternelle. Mme L. nous spécifie qu'oncles, tantes et cousins sont souvent présents au sein du foyer paternel lors des visites des enfants.

La famille est entrée dans l'association en août pour le suivi psychologique d'Oliv. Mme L. nous dit que Selma a été exposée de façon visuelle et sonore aux violences. Elle reste réservée sur les faits. Elle explique qu'elle tient à préserver ses enfants des faits, qu'elle

[5] Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles

leur en parle le minimum afin qu'ils ne voient pas leur père comme un mari violent mais qu'ils conservent « une image de bon père » (Mme L.). Elle distingue nettement mari et père et l'image qu'elle souhaite que ses enfants aient de lui.

Madame prend la fuite un soir d'août où Monsieur « est allé trop loin » (Mme L.). Elle emmène ses enfants encore « en pyjama, sans chaussures, dans la précipitation, un soir en catastrophe » (Mme L.). Selma a alors 2 ans et 8 mois. Madame dit à ses enfants qu'elle a pris la décision de partir mais sans expliquer le pourquoi. Ce soir-là, Selma parle et dit à sa mère « On est parti car papa était méchant avec toi. ». C'est la seule phrase qu'elle dira à sa mère en rapport avec les événements mais Madame reconnait qu'elle n'en parle pas non plus.

Oliv investit beaucoup sa sœur détestant être seul, à aller la chercher, la taquiner dans sa chambre quand elle joue par exemple. Quand ils jouent ensemble ils ne s'entendent pas, ne sont pas d'accord, Selma s'énerve vite. Lorsque Madame essaie de lire une histoire, frère et sœur se chamaillent. Selma déchire les livres quand elle est seule. Les enfants voient leur famille paternelle comme maternelle.

Selma pratique l'anglais, aimerait faire de la danse. Elle apprécie les polypockets, les bébés, les Barbies, les gommettes, perles, dessins. Elle joue plutôt seule et dans sa chambre, cuisine et fait des activités en famille. Sa mère se disant très fatiguée, ils ne sortent plus beaucoup.

3. Observation psychomotrice

L'observation s'effectue sur deux séances à raison de 35 minutes chacune (décembre). Elle est assurée conjointement par Marianne et moi-même, en l'absence de Mme L.

- Communication et relation

Selma est une petite fille perspicace, intelligente, spontanée et volontaire. Elle comprend bien les consignes. Elle peut verbaliser lorsqu'elle ne sait pas faire ou ne connait pas. Cependant certains « je ne sais pas » traduisent davantage un refus. Elle peut s'exprimer par le corps et le mouvement lorsqu'elle ne sait pas ou ne se sent pas capable. Parler de ses ressentis, ses émotions ou ses crises est difficile.

Elle se montre dans l'échange. Elle entre facilement en relation avec l'autre, parfois de manière inadaptée (moment inopportun ou proximité corporelle importante) : par exemple avant de débuter l'entretien je croise fortuitement Selma et sa mère dans les toilettes, et, lorsque je me sèche les mains, Selma m'enlace pleinement une jambe.

Les jeux imaginaires et symboliques lui plaisent beaucoup mais elle ne les initie pas. Elle est attirée préférentiellement par les jeux de construction (type Lego) qu'elle manipule, ordonne et encastre puis change.

- Tonus et contrôle postural

Les chaînes postéro-médiane et postéro-antérieure/antéro-postérieure s'expriment préférentiellement chez Selma qui est dans l'arqueboutement et dans un schème de propulsion. Elle montre une grande souplesse plantaire. Elle est beaucoup dans le mouvement et la course (notion de vitesse) ce qui peut l'amener à chuter (ne prête pas attention à la trajectoire et aux obstacles). Les notions d'ancrage au sol et d'appuis ne sont pas correctement intégrées et parasitent la verticalisation de Selma.

Sa régulation tonico-émotionnelle manque d'aisance. Elle montre une augmentation tonique se traduisant par une instabilité motrice en cas de frustration, de tâche attentionnelle mais aussi lorsqu'elle est en échec. Elle exprime par le corps son trop plein d'émotions (crises). Par ailleurs elle peut évoluer spontanément vers une hypotonie à la suite de colères (postures d'enroulement, de repli ou de liquéfaction).

Le bégaiement pointé par la mère n'est pas observé au cours du bilan. Cependant j'en prends note comme d'une manifestation tonico-émotionnelle fluctuante.

- Motricité globale

Test de Charlop-Atwell évaluant les coordinations motrices générales[6]

Selma a les capacités motrices pour effectuer les items cependant son mouvement est parasité par sa précipitation. Elle a tendance à faire avant de penser. Le repère visuel de l'autre l'aide à cadrer son attention et ainsi reproduire les actions demandées. Elle produit ses mouvements par imitation. L'exécution reste difficile.

[6] Nous tiendrons compte du fait que Marie soit âgée de tout juste 3 ans alors que ce test est côté à partir de 3 ans 6 mois.

La coordination haut-bas est possible avec apprentissage mais la dissociation main-pied reste difficile (précipitation). L'équilibre statique est difficilement réalisable au contraire de l'équilibre dynamique. Son hypertonie d'action dans les activités d'équilibre entrave son maintien de l'axe à la verticale. Elle rebondit beaucoup et est emportée par son mouvement. Elle montre une tendance à se propulser vers l'avant et non vers le ciel dans le saut. Le mouvement lui permet une certaine stabilité.

Elle se meut pendant les consignes mais garde l'attention de nos propos. Elle décroche davantage son attention en fin de test en recherchant le jeu et en testant le cadre. Un cadre spatial matérialisé visuellement (assise figurée par une écharpe par exemple) permet de canaliser son agitation.

- Motricité fine et graphisme

Visser/dévisser une bouteille, la remplir avec de petits objets, empiler de petits anneaux

Elle démontre de bonnes aptitudes en motricité fine dans les activités de préhension et de visée avec une fluidité du geste, une attention visuelle et coordination visuo-manuelle. La coordination bi-manuelle est efficiente. Selma utilise la pince pouce-index et adapte sa posture de façon efficace.

Elle utilise préférentiellement l'outil de la main gauche. Cependant au vu de son âge, il n'est pas possible de dire qu'elle est latéralisée à gauche. Le déliement digital dans les activités de motricité fine est bon. L'outil scripteur est manipulé en prise palmaire avec une position de flexion du poignet.

Copie de formes (dessin d'une maison, rond sans modèle, croix avec modèle, ANNEXE II)

Selma dessine spontanément le rond de manière correcte (fermé, reconnaissable). Elle recopie sur modèle une croix verticale mais pas oblique (difficulté perceptive). Le dessin d'une maison n'est pas reconnaissable. Marie explique avoir produit deux maisons, ne pas savoir faire la porte. Elle répète souvent qu'elle ne sait pas faire mais à la suite d'encouragements, elle produit une trace graphique.

L'attention reste fragilement soutenue sur la tâche (volonté de changer de consigne) mais sa posture adaptée reste stable.

- Investissement et organisation de l'espace

Elle tend facilement à explorer l'espace par le mouvement et l'intérêt aux objets.

Evaluation de la connaissance des repères topologiques par le placement d'une écharpe par rapport à une chaise – placement d'objets entre eux (bouteilles, balles)

Selma s'engage corporellement avec l'écharpe pour la placer aux différents repères demandés (repères egocentrés). Elle montre une bonne connaissance des repères spatiaux devant – derrière – à côté – dessus – dessous. Elle n'est pas hésitante ni précipitée et prend le temps de réfléchir lorsqu'elle se trompe.

Elle maitrise les notions petit – grand et près – loin cependant l'ambivalence dur – mou est encore difficile à distinguer.

Passes de balle

L'évaluation des distances et la maitrise de sa force sont compliquées pour Selma. Elle prend le temps de positionner ses pieds mais a tendance à précipiter son lancer. Cependant de manière générale elle montre une bonne précision de visée. La réception du ballon n'est pas évidente car elle ne l'anticipe pas avec ses bras, même sur induction verbale de ma part.

- Organisation et structuration temporelle

Test de Gisèle SOUBIRAN évaluant la capacité d'adaptation au rythme

Selma montre des difficultés d'adaptation aux cadences 60 et 90. Elle a tendance à se précipiter. Elle est plus à l'aise dans un temps rapide qu'elle reproduit très bien et auquel elle s'adapte rapidement (tempo personnel rapide). La marque du temps avec les pieds est très difficile. Selma cherche à le marquer avec un seul et même pied mais se perd dans le temps, soit avant soit après. Elle montre une bonne perception auditive.

Elle refuse de détailler la chronologie des événements d'une journée. Cette capacité sera donc évaluer lors d'une autre séance si elle accepte.

La durée de la séance comme de l'activité est entendue mais Selma cherche souvent à l'étendre. Sa volonté de faire durer et/ou de ne pas arrêter est récurrente. Par exemple lors de l'épreuve du tournoiement du Charlop-Atwell, Selma qui réussit très bien les trois-

quarts du trajet dévie sa trajectoire et tourne en rond une fois arrivée à deux pas de Marianne. Toutes les séances de bilan se terminent par un refus de la fin plus ou moins marqué, allant de quelques larmes avec une agitation à une colère importante (se roule au sol, jette ses jambes dans tous les sens en appui sur les mains, des gros pleurs). Le contact physique (via une étreinte/enveloppement par exemple) pour la rassembler n'est pas évident car elle fuit. Nous restons donc dans une distance proche mais sans contact. La solution trouvée d'une séance à l'autre est de lui parler pour la rassurer, la calmer et instaurer un rituel de début et fin. Il faut du temps à Selma pour diminuer sa tension interne.

- Connaissances et représentations corporelles

Test des somatognosies de Jean BERGES

Selma possède une très bonne connaissance des parties du corps, à la fois en repérages égocentré et exocentré. Elle fait la différence entre soi et l'autre.

Dessin du bonhomme de Florence GOODENOUGH (ANNEXE III)

La cotation du bonhomme donne un niveau graphique attendu pour un enfant de 6 ans. Selma est capable de décrire les différentes parties qu'elle dessine. Les membres supérieurs ne sont pas produits en symétrie (l'un en simple l'autre en double symétrie). Elle dit également ne pas savoir dessiner mains et doigts (limitation motrice de précision du tracé ou de passage de la perception à l'expression). Les membres inférieurs et le tronc ne sont pas différenciés. Le tracé est net et contrôlé.

Selma est expressive avec son visage, exprimant des mimiques faciales révélatrices de ses émotions. Elle utilise beaucoup le regard pour fixer son attention ou au contraire fuir l'échange verbal. Elle a tendance à recourir aux stimulations vestibulaires (courir en rond, tourner sur une chaise).

4. Projet thérapeutique

J'ai élaboré ce projet thérapeutique en prenant particulièrement en compte la temporalité de notre travail. J'ai choisi de privilégier un axe en particulier que je juge réalisable à court terme (suivi jusqu'en juin 2018 maximum).

Selma est une petite fille dont les compétences motrices et cognitives sont tout à fait correctes comparées à son âge. Ses difficultés se révèlent être davantage sur le plan psycho-affectif. Elles ont tendance à parasiter sa sphère motrice au travers d'une impulsivité et d'une agitation.

Ces difficultés de régulation tonico-émotionnelles me paraissent centrales et causes de ses difficultés attentionnelles. Selma exprime ses difficultés par le corps, ce qui est cohérent pour son âge, mais sans maitrise ni contrôle. Il est nécessaire de l'amener à contrôler son langage corporel et mettre des mots sur son vécu. Par ailleurs je relève au travers de ses nombreux tests du cadre ainsi que de ses crises un manque de continuité et de lien (dans le temps et les relations) qui joue sur son sentiment de sécurité interne et ses capacités de projection. Ceci reste de l'interprétation de ma part. Effectivement les crises s'estompent par la réassurance d'une rencontre prochaine et une verbalisation importante de notre part sur ce que l'on perçoit de son vécu et le temps de notre rencontre.

Selma présente une difficulté à respecter la distance sociale entre soi et l'autre. Elle a tendance à percuter voire « intruser » l'autre sans montrer une quelconque incidence (bouscule, enlace). Ses limites corporelles propres sont intégrées même si je trouve qu'elle cherche souvent à les ressentir : chutes répétées, stimulation vestibulaire dans des courses en toupie par exemple.

Au regard de ces observations, je juge pertinent de proposer un suivi en psychomotricité à Selma, à raison de 45 minutes par semaine à horaire régulier. Je propose d'orienter notre travail sur l'enrichissement de la régulation tonico-émotionnelle de Selma ce qui mettra en jeu à la fois son impulsivité, sa frustration, sa capacité d'expression verbale mais aussi d'ancrage. Il se dirigera également vers un développement de la conscience de Selma sur son enveloppe psychocorporelle. Ceci afin d'améliorer la perception de son corps, de ses sensations et de l'action de son corps dans l'espace.

5. Déroulement de séances

a. Le cadre

Au commencement du suivi, nous planifions un point important avec Selma sur la présentation et le respect du cadre. Effectivement au cours de nos précédentes rencontres, nous notons que le respect de la temporalité des séances est difficilement applicable. Par ailleurs le nombre et la fonction des personnes présentes éveillent chez elle des comportements d'agitation. Nous éclairons dès le début ces différents points. Pour ce faire, nous lui expliquons oralement que nous serons toujours uniquement trois en séance, à savoir elle-même, Marianne et moi. Que ce temps est pour elle uniquement, pas pour son frère ni sa mère mais bien pour elle. Nous lui rappelons également notre fonction, ce que l'on va faire ensemble et pourquoi.

Elle se montre à cet instant et encore aujourd'hui agitée lors des temps de discussion. Sans parvenir à la canaliser, nous la laissons courir en nous assurant de son écoute : ce qu'elle semble effectivement faire puisqu'elle nous dit qu'elle se rappelle que l'on va passer nos mercredis ensemble par exemple. Nous lui précisons que nous nous verrons chaque semaine à horaire régulier, hors vacances scolaires.

A la suite d'une séance, nous échangeons avec Mme L. qui nous questionne sur le contenu de la séance. Nous sommes agréablement surprises qu'elle demande d'elle-même. Nous lui exposons succinctement les propositions du jour. Elle retient le passage des balles sur le corps et propose à Selma de le reproduire à la maison. Selma lui répond alors qu'ils n'ont pas de balle et ne peuvent donc pas le faire. Sa mère lui répond qu'elle peut utiliser des balles différentes mais Selma refuse. Je vois dans la réaction de Selma une forme de compréhension des règles de nos rencontres, qu'elle affirme auprès de sa mère.

Afin de soutenir la matérialisation du cadre spatio-temporel, nous maintenons le « rituel des chaussures » initié lors de la dernière séance de bilan. Il consiste à enlever ses chaussures en début de séance puis les remettre en fin. Il permet de symboliser au travers de l'acte le temps de la séance. Nous nous appuyons dessus pour faire un décompte des activités lorsque la fin approche : « Nous allons faire telle activité et après nous irons mettre nos chaussures pour rejoindre maman dans la salle d'attente, et on se reverra la semaine prochaine. ».

L’espace de la salle se trouve également délimité par ce rituel. Les chaussures comme le manteau sont placés auprès de la porte d’entrée (entre un mur et une table). Cette disposition permet de symboliser entrée et sortie de la pièce, de la contenir dans un espace restreint (même si non matérialisé) et donne un accès direct à l’extérieur de la salle une fois les chaussures mises.

Au cours de ce temps, Selma se montre extrêmement méticuleuse. Elle tient à aligner chaque chaussure, les nôtres comprises, le long du mur. Au besoin elle les replace pour qu’elles soient bien collées au mur. Pendant un temps nous la laissons faire puis après plusieurs séances nous décidons qu’il est temps de nous laisser installer nous-même nos chaussures comme on le souhaite. Elle accepte.

Elle retient et intègre ce temps après cinq séances. Il s’avère efficient en lui apportant une forme de contenance qui l’a jusqu’ici plus ou moins retenu de réitérer une crise. Il s’inscrit et l’inscrit dans une continuité. Toutefois je sens parfois encore Selma sur le fil, à la limite du débordement lorsque l’on aborde concrètement la séparation.

L’évolution de nos rencontres a fait que nos séances se constituent presque depuis le début de deux activités fixes et une nouvelle. Chacune étant proposée sans ordre établi.

b. Les enveloppes comme fil de séances

A travers notre travail, nous souhaitons clarifier les limites entre soi et l’autre et le respect de l’espace de chacun. Nous insistons sur le respect de son corps, celui de l’autre et sur le fait que l’on ne doit pas toucher quelqu’un sans qu’il le veuille et qu’inversement on ne peut pas être touché par autrui si on ne le souhaite pas.

Effectivement nous notons qu’à plusieurs reprises en séance, Selma fait preuve « d’intrusion » envers l’autre. En l’occurrence souvent envers moi. Un jour en séance, je fais semblant de dormir. Selma voulant me réveiller met ses doigts dans mes yeux comme pour chercher dedans mais sans agressivité. A deux reprises sur des séances différentes elle agira ainsi. Une autre fois en guise d’au revoir en salle d’attente, elle fait un bisou sur le

ventre de chacune d'entre nous. Ces comportements sont inattendus donc on ne peut les empêcher mais nous revenons dessus en mettant des mots sur ce qu'elle vient de faire.

Comment travaillons-nous les limites ? Nous abordons les différentes échelles des limites entre soi et l'autre et des limites corporelles par un travail de contenance, de dessin, de construction de cabanes, etc. Je vous présente des instants de séances au cours desquels nous l'abordons spécifiquement.

Lors des premières séances nous initions la construction de cabanes. Nous cherchons à matérialiser les passages et limites entre dedans/dehors et ce à l'échelle de la salle. Après avoir créé la séance dernière une seule cabane à trois, nous surprenons Selma en l'accueillant dans une salle déjà préparée. Nous construisons en amont trois cabanes dans tout l'espace de la salle (ANNEXE IV). L'objectif est de gagner du temps de séance qui passe très vite avec Selma, et d'axer cette fois plus sur l'expérimentation et le jeu (et non la construction faite la fois d'avant). Selma se montre intriguée et observatrice en arrivant dans la salle. Nous choisissons chacune une cabane qui nous appartient : Selma la rouge, Marianne la jaune, moi la bleue. Nous passons ainsi la séance à observer notre maison, faire le tour ensemble de chaque maison pour les découvrir, s'inviter chez l'une ou l'autre, rentrer chacune chez soi, etc. Nous insistons par-là sur le partage et l'appartenance des espaces. Respecter le fait de ne pas entrer dans l'espace de l'autre est compliquée. Selma entre à plusieurs reprises dans nos maisons et souhaite même que la maison de Marianne soit la sienne. Cette maison lui plait par son aspect tout clos. Par ailleurs elle intègre très bien le fait que sa maison est la sienne. Elle réagit en nous en manifestant son appartenance lorsque l'une de nous tente de s'y rendre sans y être invitée.

Puis nous travaillons les limites dans une proximité moins sociale et plus intime. Nos proposons par exemple de dessiner sa silhouette sur une feuille scotchée au sol qu'elle remplit un peu à chacune de nos séances (ANNEXE V). Elle investit très bien cette proposition. Elle se montre appliquée dans son tracé. Nous la laissons libre de remplir comme elle le souhaite sa silhouette.

Au vue du temps engagé par Selma sur cette activité, nous décidons de lui proposer d'y revenir pendant 5 à 10 minutes à chaque séance. Ce dessin de silhouette inscrit une continuité des séances.

Selma ne tient pas en place. Elle change souvent de positions, se lève pour faire l'inventaire des feutres, etc. Un jour nous lui demandons : « Je vois que tu n'arrêtes pas de changer de position. Pourquoi est-ce que tu bouges ? ». Elle nous répond alors : « C'est pour dormir et dessiner. ». Nous restons interloquées quelques secondes. Selma s'installe toujours à demie allongée pour dessiner. Nous pensons qu'elle fait un lien entre sa position actuelle et le contexte dans lequel elle a l'habitude de l'adopter, sans bien comprendre notre question.

Sa progression dans la silhouette est nettement organisée. Elle évolue à chaque séance dans les contours, qu'elle repasse sans discontinuité. Elle reprend là où elle s'est arrêtée la fois d'avant généralement. Elle utilise indifféremment un feutre ou l'autre mais verbalise beaucoup sur les couleurs : « Je prends le orange, ah non plutôt le bleu. Non c'est pas le même bleu que là. ». Pendant les trois premières semaines passées sur ce dessin, Selma fait des allers-retours entre le dessin du contour et l'inscription d'éléments du visage. Elle reprend à chaque fois la disposition des yeux, du nez et de la bouche sans paraitre gênée par leur représentation précédente. Elle fait varier la bouche principalement : une fois avec un trait, en forme de O, avec un grand sourire. J'ai la sensation qu'elle fait cette reprise en fonction de son état du jour, et la relie à ses émotions. Lors de la cinquième séance où nous reprenons ce dessin, Selma reproduit la dynamique dans laquelle elle se trouve ce jour (très excitée). Elle dessine alors en dehors du corps, de façon plus anarchique et ajoute rapidement des cheveux.

Je retrouve dans son évolution le besoin d'ordre et d'organisation qu'elle laisse paraitre. La récurrence de ce temps lui apporte d'ailleurs une répétition que je trouve organisatrice et rassurante pour elle. Le fait que la silhouette soit la sienne est bien ancré dans son esprit. Elle a tendance à nous dire « On fait Selma ? » lorsque l'on retourne la table avec son dessin. Nous jouons un jour de cet aller-retour entre son corps propre et dessiné. Selma est d'humeur farceuse ce jour. Elle tente à un moment de mettre son feutre dans mon œil puis de dessiner sur mon épaule. Je lui explique qu'elle appuie très fort, que cela me fait mal et reprend les limites de chacun. On joue à se montrer c'est mon corps, c'est le tiens. On déroule ce jeu en touchant une partie de son corps en réel puis à partir de ce ressenti, on lui demande de localiser la partie du corps touchée sur le dessin. Elle parvient très bien à identifier dans ce sens. Elle m'étonne d'ailleurs avec le dos qu'elle dit ne pas pouvoir montrer car c'est derrière le dessin, qu'on ne le voit pas ici. En revanche lorsque l'on part dans le sens inverse (du dessin vers le corps réel) elle ne parvient pas à savoir. Selma fait

ici preuve de symbolisme en étant capable de passer du réel au représenté. Le passage inverse n'est pas encore possible.

Dans l'optique de percevoir la réceptivité de Selma à un travail par le toucher, nous choisissons d'initier du toucher médiatisé par une balle. Elle choisit une balle moyenne et molle. Selma montre un intérêt accru à la proposition. Elle jongle entre passivité dans la réception et activité dans le faire pour l'autre. L'activité consiste à se passer la balle sur le corps, sans plus de précisions pour cette première. Etant très réceptrice, je prends du temps pour parcourir tout le corps de Selma (côté ventre et côté dos). En retour de séance, nous jugeons très intéressant la position dans laquelle Selma est allée. Elle se montre curieuse, réceptive et posée. Ses sensations et perceptions sont au cœur de l'activité qui mobilise à la fois une capacité à réguler son tonus, ses émotions, sa relation à soi et l'autre, apporte une contenance et participe de la formation de son enveloppe. Selma se montre particulièrement actrice de la séance suivante en demandant d'elle-même de réutiliser la balle. C'était également notre volonté !

J'initie par cette proposition l'abord de notre travail sur la régulation tonico-émotionnelle.

c. La régulation tonico-émotionnelle

- L'accès au tonus par le toucher médiatisé

Je reprends maintenant plus précisément le déroulement de l'activité sensorielle que l'on propose à Selma.

Elle est toujours libre de choisir la balle parmi deux ou trois choix, de textures et propriétés différentes. Nous la laissons découvrir par elle-même l'objet lorsqu'elle ne le connait pas. C'est un temps très autonome soutenu par notre présence. L'objectif est qu'elle explore fixement un objet, qu'elle se centre dessus et sur les possibilités offertes à elle. Dans un second temps nous lui proposons des manipulations plus précises répétées à l'identique chaque fois. Elle est alors en position allongée au sol sur un tapis ou non (le sol étant de la moquette). Je lui propose la première fois un ordre de passation allant des pieds à la tête pour redescendre aux pieds. Selma le retient parfaitement et insiste pour qu'on le

reproduise les fois d'après. Elle se rappelle également de la posture la plus adaptée c'est-à-dire les jambes tendues et les bras décroisés. Je manipule la balle en roulant ou par pression. Je peux nommer les parties du corps touchées. Le but de ce moment est d'inscrire en elle des sensations variées et de l'amener à y être à l'écoute.

Les deux premières fois où nous proposons ce travail, nous expliquons très succinctement à Selma l'objectif. Or elle se montre à plusieurs reprises légèrement agitée ou gênée : elle parle, questionne sur le moindre son qu'elle perçoit, peut rire ou avoir des réactions de prestance[7] (mains qui bougent). Lors d'une séance, ces manifestations sont quasiment toutes réunies. Je me dis alors que nous devons préciser le cadre de l'activité.

Nous sommes en fin de séance. Selma choisit une balle à picots et s'allonge sur le dos. Nous éteignons les néons comme elle souhaite et lançons une musique douce. C'est moi qui passe la balle sur Selma ce jour. Celle-ci commente la musique, rie parfois, a des réactions de prestance. Je mets des mots sur ce que j'observe d'elle et répond à ses questions. Elle se retourne sur le ventre et commence à bouger de nouveau. Je décide de prendre du temps pour mieux lui expliquer le travail que l'on fait et la rassurer. Je lui explique que ce temps est pour elle, qu'elle peut se concentrer sur la balle qui passe sur son corps. Si elle le souhaite elle peut fermer les yeux. Marianne et moi-même restons là autour d'elle. Elle peut à tout moment ouvrir les yeux et nous dire si la balle ne doit pas passer à un endroit sur le corps. Ce moment est un moment calme où on se centre sur le corps. Elle ne dit rien mais se calme. Je reprends les passages de balle. Quelques instants plus tard, elle ferme les yeux et ne parle plus. Je perçois qu'elle se détend peu à peu. La séance arrivant à sa fin j'arrête ma mobilisation. Je remarque qu'elle commence à se détendre, qu'elle est calme et centrée sur l'instant présent. Elle se remobilise doucement mais avec une bonne énergie tout de même. Cette séance nous fait prendre conscience de la réception particulière qu'a Selma à ce type de proposition et à quel point les explications sont importantes. Il suffit de les adapter à l'âge du patient. Nous décidons de réitérer ceci en posant un meilleur cadre dès le début.

Le toucher est toujours médiatisé pour le moment. Nous avons comme projet d'intégrer progressivement du toucher non médiatisé. L'objet médiateur peut être utilisé passivement comme activement par Selma, nous alternons les types de manipulations. Le médiateur nous permet de maintenir une distance entre elle et nous. Nous voyons au

[7] La réaction de prestance est une dysharmonie tonique qui révèle une difficulté d'adaptation relationnelle.

travers de ses différentes « intrusions » qu'elle n'a pas encore totalement intégré une juste distance. Pour limiter également son attachement nous trouvons judicieux de conserver peut-être jusqu'à la fin un médiateur.

L'intérêt que nous trouvons au toucher est de passer de la sensation, à la perception puis à la représentation. Nous sommes aujourd'hui au premier stade de sensation auquel elle se montre réceptive et demandeuse. Il met particulièrement en jeu le tonus sur lequel il peut agir.

Les séances ainsi formées donnent une continuité à Selma. Elle retrouve du connu et peut se l'approprier. Le contenu de séance est ainsi répétitif et rassurant ce qui lui donne l'opportunité de s'organiser sur le plan psychocorporel. Nous introduisons en plus chaque semaine une activité inédite choisie par Marianne et moi-même. Elle est généralement plus axée sur la motricité et le mouvement. Les objectifs sont d'accéder à des niveaux toniques autres et d'apporter de la nouveauté.

- Des activités nouvelles pour contacter d'autres niveaux toniques

Nous proposons à Selma un jeu de carte inspiré du yoga des animaux. Il représente un enfant et un animal qui font tous deux une même posture de yoga. Selma pioche de façon très ordonnée (une carte à la suite de l'autre) les cartes. Les coordinations globales et le repoussé du sol sont difficiles pour Selma. Elle parvient à reproduire globalement la posture qui est reconnaissable mais conserve les genoux pliés, les bras pliés par exemple. Elle s'appuie sur l'imitation d'une de nous et sur l'image. Les postures sont lâchées rapidement. Elle se montre bien attentive le temps de cinq cartes. Au-delà elle nous montre qu'elle souhaite arrêter. Elle fait preuve de persévération mais des tensions résident dans l'ensemble de son corps.

Une autre fois, nous lui proposons de la pâte à rêve. Il s'agit d'une pâte à modeler qui a la particularité d'être très extensible. Cette matière très sensorielle éveille plusieurs émotions chez Selma. Elle rit à la vue des grands fils qui s'étendent et s'étendent que l'on forme. Parallèlement elle manifeste de la peur lorsque je fais rebondir dans l'air mon fil qui pend. Elle le compare à une fourmi et l'évite autant qu'elle peut, se cache avec ses mains mais se reprend vite lorsque j'arrête. Après un moment assez calme de manipulation, Selma commence à déchirer frénétiquement son morceau de pâte : elle l'arrache beaucoup et vite, le mord. Son visage est très crispé mais c'est comme si elle ressentait du plaisir à s'activer

ainsi. On lui précise de ne plus la mettre à la bouche. Elle se refreine plusieurs fois juste avant d'y arriver. Elle se montre par la suite plus calme, nous échangeons une balle en pâte dans des buts. Je suis étonnée par l'émoussement que lui suscite l'activité. C'est soudain et très contrasté. Selma rit à gorge déployée comme nous ne l'avons jamais entendu ce jour par exemple. Je ne cherche pas à savoir ce qui l'a particulièrement faite réagir. Je note seulement qu'elle prend du temps pour explorer une texture nouvelle. Que cela éveille en elle des émotions qu'elle extériorise. Elle parcourt ainsi ici deux émotions particulièrement fortes. Je remarque qu'elle parvient à sortir d'une émotion pour aller vers une autre. Cette fluctuation émotionnelle est accompagnée d'une tensionnelle.

Lors de notre dernière séance nous cachons dans la salle une physioball. Selma la remarque de suite et saute pour s'en munir. Alors, elle tape et saute dessus de tout son corps. Nous la sécurisons au maximum pour ne pas qu'elle se fasse mal puis progressivement interagissons avec elle. Elle reste dans la même dynamique mais, nous tombant dessus et avec le degré de tension libérée, nous lui disons de faire plus doucement car elle se met en danger et risque de faire mal à quelqu'un. Selma se met alors un peu en retrait. Je mobilise la balle pour la faire rebondir sur le corps de Marianne : sa tête, ses pieds mis en l'air, ou encore la faire rouler sur le corps. Selma est curieuse et souhaite que je le reproduise avec elle. Après cette proposition elle reprend dans la même dynamique qu'au début. Je lui répète mes propos et elle se met alors à l'écart dans un coin et décide de ne plus participer. Nous l'attendons, jouons avec le physioball quelques minutes avant qu'elle nous rejoigne. Nous le mobilisons toutes les trois en tapant avec les pieds puis les mains dessus. Afin de varier les mobilisations nous lui proposons d'en montrer une chacune notre tour aux autres qui pourront la reproduire ensuite. Elle quitte d'elle-même la proposition pour la troisième fois en allant sous une table car elle ne parvient pas à faire doucement. Je décide alors de lui donner une image : « Lorsque tu as un verre qui est tout plein d'eau dans les mains et que tu marches avec, il ne faut pas renverser toute l'eau par terre sinon tu ne pourras pas boire. Du coup tu contrôles ton corps pour garder l'eau dans le verre. Là c'est pareil, il faut se concentrer pour ne pas faire trop fort sinon patatra comme l'eau ! ». Cette image la convainc. Elle revient auprès de nous. C'est à mon tour de proposer une manipulation. Je le fais avec un doigt qui appuie rapidement puis plus lentement. Etonnement elle y parvient et finit lorsque cela sera à son tour par nuancer ses percussions : un petit temps lentement entouré de temps rapides. Elle accède ici, grâce à une représentation mentale ou une mémoire corporelle, à la nuance tonique de son geste.

6. Ma conclusion de la prise en charge

J'observe que Selma est impliquée et actrice dans sa prise en charge. Elle est réceptrice au travail abordé sur la contenance, la régulation tonico-émotionnelle et le jeu de continuité/discontinuité. Elle s'en saisit au sein des séances. Je ne sais pas exactement ce qu'il en est en dehors même si Mme L. nous précise à la séance dernière que Selma vient de dormir trois nuits successives sans réveil. Elle nous rapporte également que Selma se rend toujours avec joie en séance.

Ainsi je prévois de continuer sur ce modèle de séances pour offrir à Selma un continuum d'expérimentations à vivre, s'approprier et intégrer.

Comment le développement psycho-affectif et psychomoteur d'un enfant se trouve impacté par la violence conjugale ? Quel regard psychomoteur porter sur leur vécu ? Peut-on dire que la violence conjugale est source de traumatisme psychique pour l'enfant témoin ? Et donc les manifestations psychocorporelles de l'enfant sont-elles des manifestations traumatiques ?

III. Du devenir de la violence

La violence conjugale est définie comme « un processus évolutif au cours duquel, dans le cadre d'une relation de couple, un partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents, voire destructeurs. »[8]. L'intensité, la fréquence et la mise en danger de l'autre la distingue de simples difficultés dans le couple.

L'enquête ENVEFF[9] (2001) réalisée en France révèle que les enfants sont témoins des violences conjugales (or violences sexuelles) dans la moitié des cas. Cette violence vécue par l'enfant est assimilée à de la maltraitance infantile et entre dans le cadre des violences intrafamiliales. Elles sont définies comme « une transgression des droits humains qui a des conséquences graves au niveau individuel, familial et social. »[10]. L'enfant peut les vivre de façon directe ou indirecte (présence pendant les scènes de violences ou défaillances des soins maternels par exemples).

A la source de ces violences sont les parents. Quelles fonctions occupent-ils dans le développement de l'enfant ? Quelles conséquences et troubles engendre la violence au sein du foyer familial ?

1. La fonction parentale

« J'ai osé faire un jour le commentaire suivant : « un bébé, ça n'existe pas » - voulant dire par là que si vous voulez décrire un bébé, vous vous apercevrez que vous décrivez un bébé et quelqu'un d'autre. Un bébé ne peut exister tout seul ; il fait essentiellement parti d'une relation. »[11] Donald Woods WINNICOTT

[8]KEDIA M., SABOURAUD-SEGUIN A. et al, 2013, p.150
[9] Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes
[10] GOLSE B., LAZARATOU H., 2016, p.320
[11] WINNICOTT D. W., 1947, p.107

a. Etre en relation

❖ Une fonction de pare-excitant

La fonction pare-excitatrice est initialement développée par Sigmund FREUD (1920) dans son ouvrage *Au-delà du principe de plaisir*. Il la décrit comme une fonction de protection de l'organisme contre les excitations extérieures et de support des excitations. Ce système pare-excitant est à la fois support des excitations du monde interne et bouclier des excitations du monde externe ; il filtre ainsi les excitations en excès. Afin d'être fonctionnel, il requiert une bonne organisation psychique.

Jusqu'à ses trois mois, l'enfant a besoin du parent pour se calmer et pallier à l'immaturité de son psychisme. Le parent joue alors le rôle de pare-excitation en contrôlant l'intensité des stimulations externes comme internes de son enfant. Il utilise des gestes instinctifs (bercement, caresse, etc) afin que les stimulations soient tolérables.

D. W. WINNICOTT avec ses notions de holding, handling et objet presenting, et Wilfried BION avec la fonction alpha illustrent les mécanismes par lesquels le parent assure une pare-excitation mais pas seulement.

❖ Les conduites de soin

D. W. WINNICOTT (1947) développe trois notions clés du lien entre la mère et son enfant au cours de ses premiers mois de vie. Le holding – qui signifie maintien – désigne la façon dont l'enfant est porté psychiquement et corporellement par sa mère. Un portage de qualité apporte une contenance à l'enfant et lui assure un premier sentiment de sécurité. Le handling – qui signifie traitement – caractérise la manière dont la mère soigne et manipule son enfant. Il englobe ainsi les soins quotidiens prodigués qui permettent à l'enfant de sentir que son corps lui appartient. Enfin l'object presenting est traduit en français par mode de présentation de l'objet. Il désigne le moment où la mère présente l'objet d'intérêt de l'enfant, en l'occurrence le sein ou le biberon, alors même que celui-ci ne l'a pas encore demandé mais qu'il en a besoin.

Au travers de ces trois notions, la mère assure un rôle relationnel majeur auprès de son enfant. D. W. WINNICOTT parle de préoccupation maternelle primaire autrement dit l'état psychologique de préoccupation toute particulière de la mère vis-à-vis de son enfant.

Au travers de ses soins et de son écoute, tant physique que psychique, elle peut lui apporter contenance, sécurité et ouverture sur le monde.

- L'élaboration des sensations

W. BION (1962) décrit la fonction alpha comme la capacité de la mère à recevoir et contenir les sensations et émotions brutes de son enfant puis de les transformer.

Il nomme bêta les éléments bruts projetés par l'enfant, et alpha les éléments transformés et disponibles pour la pensée. Ces éléments alpha sont formés par le vécu maternel issu des manifestations de son enfant. Ainsi ils se dotent d'une forme particulière qui donne sens aux tensions infantiles. Cette mise en forme ou en image, W. BION la nomme capacité de rêverie de la mère.

La transformation a pour but de faciliter la compréhension et l'assimilation par l'enfant de ses excitations. Ainsi la mère lui apporte une première forme de représentation et d'élaboration. Cette fonction « constitue le premier pas dans l'activité de pensée »[12].

- L'intégration des sensations

Suzanne ROBERT-OUVRAY (2003) précise qu'au-delà de ces précédentes modalités relationnelles, le parent a un rôle d'agent d'intégration. Il donne sens à la projection psychomotrice de l'enfant en répondant à ses tensions. Il ne va pas directement apporter une détente à l'enfant mais il va arrêter de façon temporaire son inconfort.

La répétition des mises en sens du parent vont petit à petit faire sortir l'enfant de son système réflexe. Les capacités neurologiques du bébé et la qualité de son environnement sont déterminants dans le développement de l'enfant. Ils vont spécifier sa façon de percevoir, intégrer et gérer les stimulations. Pour se construire en tant que personne, l'enfant aura besoin d'une bonne maturation neurologique pour soutenir son intégration sensorielle mais aussi d'interactions de qualité avec son environnement pour intégrer les stimulations internes et externes.

La dynamique relationnelle va faire se lier les premiers liens psychomoteurs validés par le parent et les manifestations physiologiques de l'enfant : boucle de détente impulsée par la relation – apaisement interne – enveloppe tonique souple et tonicité basse lié à son sentiment de sécurité affective – hypotonie axiale.

[12] CICCONE, 2001, p.85

b. Des mots pour rassembler

La mise en mot des ressentis de l'enfant par le parent permet de faire le lien entre un monde intérieur propre à l'enfant et un monde extérieur partagé par tous. Ces mots ont une importance fondamentale. Ils relient au monde. « Les échanges toniques préparent l'enfant à la communication langagière et à la symbolisation »[13].

Lorsque le parent parle à son enfant au cours des soins, il crée une enveloppe sonore contenant entre autres les émotions du parent comme de l'enfant, et apporte contenance, limite et sécurité au bébé. Il est important de relever que « le travail psychique de rassemblement de soi se fait en même temps que le travail psychique de rassemblement de l'objet maman » ainsi « la valeur personnelle du bébé sera directement liée à la qualité relationnelle de la personne qui s'occupe de lui. » [14].

c. Une présence source de sécurité

S. ROBERT-OUVRAY (2003) prévient que l'absence psychique du parent peut provoquer une violence pour l'enfant.

La mère apporte une contenance physique et psychique à l'enfant, comme démontré précédemment avec le concept de holding de D. W. WINNICOTT. Lorsqu'elle est psychiquement absente, elle ne porte pas de mots sur les sensations de l'enfant ni de repères sensoriels nécessaires à la différenciation de l'enfant. L'enfant est perdu entre la présence et en même temps l'absence de sa mère. Il se crée alors lui-même ses repères comme il peut avec son environnement. L'absence affective de la mère chamboule la sécurité affective de l'enfant. Il doit seul faire face à ses peurs et angoisses. Les repères externes qu'il s'est constitué vont former une nouvelle enveloppe source de sécurité.

Dans une situation où la sécurité affective de l'enfant est assurée, celui-ci va organiser les différents invariants qu'il possède et en privilégier certains (tensions, postures, etc). Il appliquera alors cette différenciation sur autrui. Il va différencier et s'orienter vers les personnes dont les invariants concordent avec les siens.

[13] ROBERT-OUVRAY S., 2003, p.53
[14] Ibid, p.94

d. L'apport d'une sécurité affective de base

L'alternance du rythme de réponses du parent (immédiates puis de plus en plus différées) apporte une sécurité affective de base à l'enfant qui, aux niveaux tonique et affectif, saura petit à petit saisir ou lâcher volontairement l'objet de pensée. Il pourra penser à sa mère quand elle n'est pas là mais aussi quand elle est là ; il va intégrer comme le nomme D. W. WINNICOTT (1958) la capacité à être seul en présence de l'autre. Et « C'est seulement lorsqu'il est seul (c'est-à-dire en présence de quelqu'un) que le petit enfant peut découvrir sa vie personnelle. »[15].

Des difficultés relationnelles ponctuelles n'impacteront pas le devenir de l'enfant qui rebondira quand la relation sera meilleure. Par contre une défaillance relationnelle prolongée sera néfaste sur l'organisation psychocorporelle de l'enfant qui n'aura jamais l'occasion de rebondir dans une bonne relation.

L'intégration de la base narcissique de sécurité et la présence du second parent vont permettre de maintenir l'équilibre affectif de l'enfant. Même si les interactions précoces ont été de bonne qualité cet équilibre est précaire au début. Il y aura des hauts et des bas mais l'enfant sera capable de rebondir grâce à sa base solide. Boris CYRULNIK cité par S. ROBERT-OUVRAY explique que l'intégration d'un attachement sécure au cours des premiers mois de vie avec au moins une personne garantie à l'enfant une capacité de résilience c'est-à-dire de résistance face à différents chocs. Ceci permettant à l'enfant de se développer normalement malgré des conditions difficiles.

e. Et la fonction paternelle ?

Daniel STERN avance que l'« On attend du père qu'il procure un contexte de soutien dans lequel la mère puisse accomplir son rôle de mère pendant une période initiale. »[16]. A la suite de ce temps nécessaire, il fait office de tiers dans la relation qui unit la mère et son enfant. Il participe de la défusion de la dyade par l'apport d'une altérité, d'un autre.

[15] WINNICOTT D., 1958, p.206
[16] STERN D., 1997, p.227

Caroline DUMONT expose dans sa thèse de psychologie la relation qui unit un père et son enfant et démonte que la fonction paternelle est plurielle. Cette fonction ouvre l'enfant vers un autre que la mère, vers le reste du monde : « Pour Le Camus (2000), le père agit comme une figure d'ouverture au monde pour l'enfant, soit une figure qui invite et stimule l'enfant à découvrir ce qui l'entoure. »[17]. Margaret MAHLER citée par C. DUMONT conçoit le père comme « facilitateur du processus de la séparation-individuation »[18]. La fonction paternelle soutient ainsi l'enfant dans ce processus, qui perçoit qu'il ne fait plus un avec sa mère mais bien deux personnes distinctes. L'accès à l'autonomie est ainsi initié.

Elle exprime la fonction socialisante du père qui mobilise son enfant dans une dynamique plus de jeu que de soin, sollicitant un versant physique et stimulant chez l'enfant. La stimulation apportée favorise l'ouverture et l'entente avec ses pairs : « La régulation des émotions apprise lors des jeux faits avec le père est donc importante pour le développement des compétences sociales de l'enfant. »[19]. Reprenant des propos de J. BOWLBY, elle exprime que le père est une figure d'attachement seulement s'il prodigue les soins à son enfant et lui apporte du réconfort. Il le qualifie de figure d'attachement auxiliaire lorsqu'il est un compagnon de jeu.

Enfin François DUPARC (2004) reprenant D. W. WINNICOTT introduit le rôle de respect de la loi, de la morale et de l'interdit de la fonction paternelle, même si cela vaut pour la fonction maternelle aussi.

Précisons que la fonction paternelle peut être endossée par la mère ou le père. Il s'agit d'une fonction, non pas d'une référence sexuée. Certaines mères auront tendance à interagir dans une dynamique de stimulation avec leur enfant tandis que des pères seront plutôt dans le soin par exemple.

Comme il l'est mis en avant, les parents occupent une place majeure dans le développement de leur enfant. L'intrusion de violences dans ce triangle familial n'est pas sans conséquence pour l'enfant.

[17] DUMONT C., 2011, p.58 Thèse p.58
[18] Ibid, p.69
[19] Ibid, p.60

2. Des conséquences directes pour l'enfant …

Les violences dont les formes sont larges (abus sexuels, négligences, coups, etc) vont avoir des conséquences sur l'enfant mais avec des degrés d'intensité variables selon la forme, le soutien de l'environnement, l'âge de survenue, la fréquence mais aussi l'individualité de chaque enfant. Comme l'explique S. ROBERT-OUVRAY « dans tous les cas de figures, plus l'enfant est jeune et moins il pourra traiter les stimulations douloureuses. »[20] Ainsi plus l'enfant sera exposé tôt à une quelconque forme de violence et moins son organisme psychocorporel sera apte à l'intégrer.

Quand l'événement survient au sein de la famille, les proches peuvent ne plus être disponibles pour l'enfant de façon ponctuelle ou durable. L'environnement ne devient plus sécurisant ni stable. La qualité des ressources de l'enfant avant et après l'événement détermine les réactions de l'enfant face à l'événement. Suzanne ROBERT-OUVRAY précise que la gravité du traumatisme dépend de ce qu'il sera signifié par la parole à l'enfant.

a. La mise à mal du cadre familial et social

Andrée FORTIN (2009) relève les différentes répercussions des violences faites sur la vie familiale. La violence exercée sur la mère peut impacter ses conduites de holding et handling. Les routines familiales favorables aux échanges affectueux et sources de sécurité sont mises à mal. D'autant que ces moments tels que les repas, les temps de repos peuvent être propices au déclenchement de violences. Son étude précise que le silence autour des violences renforce également la survenue de difficultés pour l'enfant. L'absence de prise en charge maternelle est de moins bon pronostic pour le rétablissement d'une bonne relation mère-enfant.

Elle met en avant comme la fonction maternelle peut être de la sorte mise à mal. Qu'en est-il de la fonction paternelle ? Le père (que l'on suppose agresseur) en attaquant la figure maternelle ne remplit plus son rôle de tiers dans la relation. De fait il altère le processus d'individuation de l'enfant qu'il est censé assurer. De plus, il ne représente pas ou plus les

[20] ROBERT-OUVRAY S., 2003, p.11

normes morales et éthiques. Il altère ainsi le développement identitaire de l'enfant et compromet son rôle de transmission des lois, des règles et des limites.

b. La perte de repères

Selon Hélène ROMANO (2003), lorsqu'un événement a lieu dans la vie de l'enfant son importance dépendra non pas de celle qu'on lui donne de notre vision d'adulte mais de la place qu'il a dans l'histoire de l'enfant. De fait l'importance des violences sera davantage liée à la perturbation des repères de l'enfant et au sens qu'il leur donnera plutôt qu'aux conséquences médicales, pénales ou matérielles.

L'enfant déploie en fonction de ses compétences développementales (au niveau affectif et cognitif) des théories sur ce qu'il vit et qu'il ne comprend pas. Il tente ainsi de réharmoniser son corps et son psychisme mis à mal au cours de l'événement : « Lorsque l'événement traumatique fait irruption dans la vie de l'enfant et qu'il vient tout bouleverser dans son corps, dans sa tête, dans son cœur, dans ses habitudes, dans son cadre de vie, l'enfant tente de s'y adapter en intégrant cette réalité dans son univers. Quelles que soient les informations qui lui sont transmises par ses parents ou/et par les professionnels, il interprète les mots et les actes à la lumière de leur affectivité pour essayer de faire coller la réalité de l'événement à la logique de la théorie qu'il a échafaudée. »[21]. Notons que ce travail se fait par étapes et au rythme du développement de l'enfant.

Comme l'expliquent Catherine VASSELIER-NOVELLI et Charles HEIM (2006), lorsque la femme décide de quitter le foyer familial avec ses enfants cela crée une rupture et des pertes souvent brutales. La rupture peut se faire avec le père, l'école, les activités extra-scolaires. L'enfant peut ne pas savoir s'il les reverra un jour. Il perd aussi ses repères généralement. Quand le départ se fait dans la précipitation, l'enfant ne peut pas toujours emporter ses jouets, ses vêtements, ses objets fétiches ou secrets. L'ensemble conduit l'enfant à n'avoir comme seul repère stable sa mère et à devoir en construire de nouveaux. La rupture du temps, des espaces et des relations est d'autant plus difficile à vivre pour l'enfant qu'il est jeune.

[21] ROMANO H., 2013, p.19

c. La sur-stimulation

Pour être reconnu comme être humain, le bébé a besoin de tendresse et de mots sur ses manifestations émotionnelles. On parle de sur-stimulation quand le parent propose des manipulations brutales et un mauvais accompagnement sensoriel. Les informations sensorielles envahissent alors l'enfant ce qui entrave le processus d'humanisation, ainsi « un défaut d'humanisation se manifeste chez le petit enfant par des difficultés à symboliser, des passages à l'acte, des conduites émotionnelles explosives »[22].

L'abus de stimulations sensorielles rend très difficile pour l'enfant le rassemblement des différents stimuli dans sa pensée, sa motricité, sa coordination et son sommeil. L'enveloppe tonique ne communique plus et rigidifie le corps. S. ROBERT-OUVRAY (2003) parle de la formation d'une seconde peau musculaire et d'une perte d'auto-défense de recentrage sur soi en cas d'agression. Elle illustre le manque de rassemblement par différents exemples : l'enfant coure sans orientation et chute, se fait mal sans se plaindre comme s'il ne sentait rien.

Ces conséquences peuvent altérer à différents niveaux l'évolution de l'enfant et former un trouble. Je me propose d'en relever certains et d'en préciser d'autres plus en détails.

3. … Et des troubles consécutifs

a. L'impact de l'attachement

John BOWLBY réalisa de nombreux travaux sur l'attachement dont il a développé une théorie reposant sur les besoins émotionnels de l'enfant. La disponibilité et la qualité de réponse de l'adulte, nommé figure d'attachement, assurent une base de sécurité à l'enfant. Grâce à cela, il peut effectuer des allers-retours entre l'exploration du monde et la sécurité du connu. Ses nouvelles expériences vont étoffer son comportement d'attachement.

[22] ROBERT-OUVRAY S., 2003, p.34

Dans le cadre de violences, D. W. WINNICOTT et Nicole GUEDENEY, justifient l'apparition possible d'un trouble de l'attachement, l'un par l'altération des figures d'attachement et l'autre par la formation d'un attachement désorganisé.

Selon D. W. WINNICOTT (1956), les comportements de ruptures précoces et d'interruptions continuelles de la relation affectent notablement et durablement la vie psychique de l'enfant. Ces réactions au cœur des situations de violences conjugales engagent tant le parent agresseur que celui agressé. Le parent agresseur fait figure d'instabilité et de peur. Le parent agressé perd de sa disponibilité et de sa capacité d'accordage à son enfant. Le processus d'attachement est ainsi entravé et compromet l'appui de l'enfant sur ses figures d'attachement. Elles ne sont plus source de soin, de sécurité ni de compréhension.

Pour N. GUEDENEY (2007), un attachement désorganisé serait développé dans 80% des cas d'exposition des enfants aux violences conjugales. Le vécu d'insécurité prend une ampleur telle qu'il entrave le processus d'attachement entre la mère et son enfant, et ce d'autant plus que l'enfant est jeune. L'enfant mobilise alors toute son énergie pour faire face à la violence, au détriment de son développement.

b. La résonance du stress

Dans une situation de menace ou d'agression, l'organisme réagit immédiatement par une réaction de stress. Hans SELYE définit cette notion en 1975 comme la « réponse non spécifique de l'organisme à toute sollicitation »[23]. Il met en avant la variété des agents stressants qu'il nomme « stressors ». Leur action peut entrainer une réponse non spécifique (le stress) et une réponse spécifique de l'organisme. Pour s'adapter, l'organisme doit solliciter ces deux types de réponses. Catherine VASSELIER-NOVELLI et Charles HEIM reprennent H. SELYE pour préciser le stress « comme la réaction bio-physiologique standard d'alarme et de défense de l'organisme face à toute agression »[24]. Dans un premier temps, l'organisme se met en alerte et mobilise pour cela ses ressources biologiques. Il réagit ensuite pour s'adapter aux stressors par le biais de ses ressources physiologiques. Enfin l'organisme s'épuise.

[23] SELYE H., 1975, p.XI
[24] VASSELIER-NOVELLI C., HEIM C., 2006, p.190

Blaise PIERREHUMBERT montre que l'exposition prolongée à un facteur de stress recrute au niveau cérébral du cortisol. D'autant plus chez le jeune enfant. Le taux élevé de cortisol altère certaines régions cérébrales telles que l'hippocampe. Or l'hippocampe est responsable de la régulation du stress entre autres : « une conséquence de l'exposition à des stress prolongés est ainsi l'altération de la réactivité ultérieure au stress […] sur le plan comportemental, elle se manifeste par une ''hyper vigilance'' ou au contraire un ''émoussement '' des réactions lors de la rencontre de nouveaux stress et peut conduire à des symptômes comme l'état de stress post-traumatique. »[25].

Une réaction importante de stress est communément mobilisée chez la femme et l'enfant exposés à des violences conjugales. Une femme enceinte violentée de manière répétée transmet son stress au fœtus par le biais de médiateurs chimiques complexes. Le fœtus est susceptible de vivre in utero donc des modifications bio-physiologiques possiblement néfastes à son développement futur. Nawshad ALI HAMED (2010) exprime que des études montrent que, dès la 20e semaine de vie in utero, la sécrétion importante de cortisol agit sur la capacité de réagir face au stress. En l'occurrence l'enfant sera enclin à plus réagir face à un événement (augmentation de la réactivité).

Le corps de l'enfant est ainsi impacté au niveau biologique par les violences. En situation lambda, le parent protège son enfant des facteurs de stress ou du moins permet la limitation de leur impact sur l'enfant. Le parent sécurise ainsi le système nerveux de l'enfant via des soins adaptés. En grandissant, N. ALI HAMED (2010) précise que l'enfant peut manifester suite à des réactions répétées au stress des difficultés à réguler ses affects, éprouver de l'empathie, tolérer la frustration, contenir son agressivité ou encore établir des liens durables.

On parle de stress pathologique lorsque l'organisme est dépassé dans ses capacités d'adaptation. Louis CROCQ ajoute qu'étant « Eminemment réactionnel, le stress disparait lorsque disparait le stresseur. »[26]. Il devient pathologique dans sa persévération.

Michel De CLERCQ et Vincent DUBOIS précisent que « si les effets du stress disparaissent dès la fin de l'action de l'agent stresseur, l'image traumatique, elle, installe

[25] PIERREHUMBERT B., 2003, p.79
[26] CROCQ L., 1999, p.15

au cœur du psychisme du sujet une véritable « menace interne » qui produira ses effets dans l'immédiat mais aussi à long terme. »[27].

Les propos respectifs des auteurs en viennent à la même idée : le maintien dans le temps d'une réaction au stress inscrit en l'individu une pathologie, de type stress pathologique selon l'un et traumatisme selon les autres. Au regard de ces deux définitions, stress pathologique et traumatisme sont synonymes ? Précisons pour y répondre ce qu'est le psychotraumatisme et comment il s'identifie et s'exprime chez l'enfant.

c. Le psychotraumatisme

Le terme traumatisme vient du grec *trauma* qui signifie blessure. Il est initialement employé en médecine et chirurgie et désigne un choc sur le corps provoquant une blessure grave ouverte. Aujourd'hui il est également utilisé en psychopathologie avec la spécificité que la blessure est psychique.

❖ Sa définition générale

Didier ANZIEU note la distinction dans la langue française entre les termes de trauma et de traumatisme. Le trauma se définit comme « une violence externe produisant une blessure physique par effraction » tandis que le traumatisme recouvre « les effets du trauma sur l'organisme »[28]. Selon M. De CLERCQ et V. DUBOIS « Ce n'est pas l'événement qui est traumatique, mais le vécu subjectif du sujet qui l'a subi. »[29]. Ainsi un événement traumatogène est susceptible d'être source d'un vécu traumatique. Notons qu'un événement traumatique aux yeux de la société ne le sera pas forcément pour le sujet l'ayant vécu.

Jean LAPLANCHE et Jean-Bertrand PONTALIS définissent le traumatisme ou trauma psychique comme un « événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique »[30].

[27] De CLERCQ M., LEBIGOT F., 2001, p.16
[28] LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., 1985, p.2794
[29] De CLERCQ M., LEBIGOT F., 2001, p.20
[30] LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., 2007, p.499

❖ Le traumatisme psychique de l'enfant

Les violences conjugales sont qualifiées de traumatisme psychique dans le sens où l'appareil psychique est effracté. L'enfant est dans « l'impossibilité de penser, d'agir ou de réagir sur un plan individuel, et au niveau du groupe, l'altération des liens familiaux et sociaux qui s'en suit. »[31]. Cette mesure différencie ainsi le traumatisme du stress. L'événement traumatique que représentent les violences est répété de façon récurrente. Cette répétition constitue le traumatisme. L'enfant vit des émotions intenses mêlées comme la peur, l'angoisse, la haine, etc.

Chez l'adulte le traumatisme est lié à la mort, par sa confrontation ou sa menace, et entraine chez lui un sentiment d'impuissance, de peur et/ou de honte. Evelyne JOSSE explique que le jeune enfant (moins de 3 ans) ne conçoit pas la mort par-là donc il y réagit comme face à une situation de séparation. La perte vécue par la séparation peut être réelle (décès) ou affective (absence psychologique) et « Ce n'est que lorsqu'ils sont en mesure de réaliser le caractère mortifère d'un événement, soit après l'âge de trois ans, que ce dernier pourra se révéler traumatique au sens conventionnel du terme. »[32]. Différents auteurs tels que Lionel BAILLY ou Louis CROCQ ont cependant développé la spécificité du psychotraumatisme chez le jeune enfant.

Les conséquences d'une situation traumatique sur l'enfant reposent sur un tableau clinique semblable à celui de l'adulte (ANNEXE VI) avec des symptômes spécifiques à l'enfance, dépendants de tranches d'âge et de types d'agression.

L. CROCQ distingue les nourrissons (moins d'un an), les enfants de 1 à 5 ans, de 6 à 12 ans et les adolescents. Je ne développerai que la tranche de 1 à 5 ans du fait de l'âge de Selma. A cet âge l'enfant « est capable de prendre conscience – même s'il ne la comprend pas exactement – d'une situation d'agression ou de menace pour son intégrité corporelle. »[33]. Ceci se fait par reproduction de la réaction du parent : peur, détresse, impuissance. De fait selon lui, l'enfant subit son propre trauma et celui de son parent par phénomène de miroir. Il est possible de le rapprocher du trauma interpersonnel définit comme suit par Bernard GOLSE et Hélène LAZARATOU : « Le trauma interpersonnel se définit par l'existence d'une symptomatologie post-traumatique chez un adulte, qui se

[31] VASSELIER-NOVELLI C., HEIM C., 2006, p.198
[32] JOSSE E., 2011, p.19
[33] CROCQ L., 2012, p.85

transmet ou aggrave celle de l'enfant qui peut être témoin direct ou indirect de l'événement traumatique. »[34]. Ils ajoutent que malgré une symptomatologie proche, les réactions de l'enfant et de l'adulte peuvent être diamétralement différentes. En citant Bruce PERRY et Maia SZALAVITZ, ils précisent que ce trauma prend en compte la perte de relation avec le parent soignant dont la confiance, la sécurité, la fiabilité et la valeur sont émoussés.

Bessel VAN DER KOLK cité par M. KEDIA et A. SABOURAUD-SEGUIN, développe entre 2005 et 2008 le diagnostic de trauma développemental qui met en avant « les conséquences somatiques, relationnelles et affectives des violences prolongées commises par d'autres êtres humains, notamment par les figures d'attachement »[35]. Cette démarche vise à spécifier la démarche diagnostique au vue du développement de l'enfant, non pas de la description symptomatique faite pour l'adulte.

Liliane DALIGAND soutient que la maturité des organes des sens et le développement des capacités motrices et langagières influent sur la perception de l'événement. Ainsi chez le très jeune enfant par exemple, la perception auditive sera susceptible de « générer des images sonores traumatiques »[36] au contraire de la perception visuelle moins développée. L'accès à la marche et/ou à une motricité libérée permet à l'enfant d'éviter l'objet dangereux par exemple. De même, l'acquisition du langage donne le moyen à l'enfant de s'exprimer, d'alerter et de comprendre ce qu'il lui est dit. On perçoit ici que le niveau de développement psychomoteur de l'enfant a une part très importante dans l'impact de l'événement traumatique.

- Les classifications

Leonore TERR (1991) a établi une classification du traumatisme psychique selon la fréquence et le niveau de prévisibilité de l'événement traumatique. Le traumatisme de type I désigne un événement traumatique unique, soudain et inattendu avec des limites de début et de fin précises. Le traumatisme de type II désigne quant à lui un événement traumatique prévisible, répété, présent constamment ou qui a menacé de se reproduire à tout instant pendant une longue période.

Judith HERMANN (1992) propose une autre classification du traumatisme en forme simple (assimilable au type I) ou complexe (assimilable au type II). Elle décrit le

[34] GOLSE B., LAZARATOU H., 2016, p.316
[35] KEDIA M., SABOURAUD-SEGUIN A. et al, 2013, p.51
[36] DALIGAND L., 2009, p.223

traumatisme complexe comme le « résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personne ». H. ROMANO illustre cette description avec les victimes silencieuses de violences intrafamiliales par exemple.

Le traumatisme de type I et le traumatisme simple peuvent être illustrés par un accident de la route ou une agression. Le traumatisme de type II et le traumatisme complexe peuvent l'être par le racket, les abus sexuels, l'enfermement en camps de concentration ou encore l'exposition aux violences conjugales.

Il est à spécifier qu'en fonction du type de traumatisme l'impact sur le développement est significativement différent.

- La nosographie internationale

Le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, ou DSM, introduit dans sa quatrième édition le traumatisme de l'enfant dans la catégorie des troubles anxieux. Dans sa dernière version, le DSM-5, elle l'introduit dans une catégorie distincte (ANNEXE VI).

Selon le DSM-5, l'exposition à un événement traumatique ou stressant est le critère diagnostic obligatoire retenu dans le traumatisme. Il distingue chez l'adulte comme l'enfant divers troubles attachés au traumatisme ou à un facteur de stress : le trouble réactionnel de l'attachement, la désinhibition du contact social, le trouble stress post-traumatique (distinguer chez l'adulte et chez l'enfant de moins de 6 ans), le trouble stress aigue, les troubles de l'adaptation et les autres troubles spécifiés ou non spécifiés. Cependant, cette nosographie n'est pas adaptée au jeune enfant (de moins de 3 ans) car elle nécessite une participation verbale de l'enfant pour la pose du diagnostic.

Ainsi la classification diagnostique 0-3 ans (CD : 0-3) propose une nosographie spécifique pour l'enfant d'âge pré-scolaire (ANNEXE 7). Elle établit un tableau clinique de ce qu'elle nomme état de stress traumatique autour de quatre axes : des symptômes de reviviscence de l'événement, une baisse de la réactivité et émoussement, des symptômes d'hyperéveil et l'apparition de nouveaux symptômes. Afin de poser le diagnostic d'état de stress traumatique, il faut que pendant un mois et à la suite d'un événement traumatique, au moins un symptôme soit présent dans chacun des quatre clusters (c'est-à-dire des axes).

L'établissement d'une liste de troubles possibles ne révèle pas ce qu'il est observé concrètement chez l'enfant. Je me propose de relever ce que des théoriciens ont rassemblé comme manifestations psychocorporelles chez l'enfant à la suite d'une exposition répétée à la violence conjugale et/ou dans le cas de traumatisme.

4. L'expression clinique ou sémiologie

Lionel BAILLY cité par François LEBIGOT (2001), dont les travaux ont permis de mettre en évidence le psychotraumatisme de l'enfant en France, décrit un ensemble de manifestations traumatiques. Elles comprennent des manifestations psychosomatiques, un état de stress post-traumatique, des troubles développementaux et cognitifs.

L. CROCQ (2012) relève en plus des manifestations anxieuses attachées à la séparation, somatiques douloureuses, des troubles du sommeil et sphinctériens, des modifications du caractère et du comportement (agressivité, irritabilité, colères violentes, opposition systématique), une tendance au retrait, des jeux répétitifs possibles.

H. ROMANO reprend et illustre les manifestations relevées par ces auteurs. Les changements de comportement avec des troubles réactionnels possibles (mutisme, provocation, isolement, etc) sont observés surtout chez l'enfant jeune. Ainsi « Les maux du corps sont témoins des multiples traces susceptibles d'être laissées par l'événement. »[37]. Les troubles du sommeil sont favorisés par l'hypervigilance (difficultés d'endormissement, peur que l'événement se reproduise) et « témoignent également des reviviscences en particulier quand l'événement s'est produit la nuit. »[38]. Une atteinte de la propreté peut également témoigner de l'impact des reviviscences dans la vie de l'enfant mais aussi d'une recherche de réappropriation du corps (dedans/dehors, ouvert/fermé, conservable/à évacuer).

Selon elle, il est aussi important de tenir compte du niveau de développement de l'enfant. La perception du temps est impactée chez l'adulte comme l'enfant. Cependant le concept de durée chez l'enfant n'est pas forcément encore élaboré si bien que la perception temporelle dépendra de son âge et du moment d'apparition de l'événement dans son

[37] ROMANO H., 2001, p.41
[38] Ibid, p.55

histoire. D'autre part, la mémoire de l'enfant repose jusqu'à ses trois ans sur les données émotionnelles, sensorielles et affectives. La mémoire épisodique est la seule à être efficiente. Au-delà de trois ans, l'enfant sera capable de construire des scénarios. De même au niveau cognitif, l'enfant peut continuer à être bons à l'école cependant on remarque une altération temporaire des fonctions intellectuelles et créatrices de l'enfant (ne joue plus, isolement, etc). Enfin une altération du langage peut faire symptôme via un bégaiement, un zozotement, des difficultés de verbalisation, etc. Ainsi « Ces symptômes témoignent de l'impact de l'événement dans les liens que l'enfant établit avec le monde extérieur. »

S. ROBERT-OUVRAY (2017) apporte dans son dernier ouvrage publié une vision psychocorporelle du traumatisme et tente ainsi de pallier au manque de description sur ce sujet chez les enfants de moins de 3 ans. Elle distingue deux tranches d'âge : l'une de la naissance à un an, l'autre de 2 à 6 ans. Lorsque le traumatisme survient avant les un an de l'enfant, elle explique qu' « une mémoire comportementale agit à travers des comportements répétitifs et elle semble persister en l'absence de mémoire verbale. On observe des retraits ou inhibitions, des états d'excitation, des pleurs, des terreurs nocturnes, des troubles du sommeil et de l'appétit, des retards de développement. »[39]. L'enfant grandissant, entre 2 et 6 ans, des troubles viscéraux s'ajoutent à ceux précédemment décrits tels que « des maux de ventre permanents, des diarrhées, des craintes spécifiques, des jeux et des dessins répétitifs, des comportements régressifs, une addiction au sucre. »[40].

De sa naissance à ses 2 ans et 8 mois, Selma grandit dans un environnement familial marqué par des violences. Nous voyions que sa relation avec ses parents en est impactée et de facto son développement psychomoteur. Les résonances des violences s'appliquent dans plusieurs sphères comme exprimé précédemment. Je fais le choix de développer ci-après la sphère tonico-émotionnelle. C'est elle qui en premier m'a intrigué et accaparé dans mes observations, réflexions et agissements avec Selma.

[39] DUVERNAY et ROBERT-OUVRAY, 2017, p.23, Le corps ressource, disponible sur https://suzanne-robert-ouvray.fr/wp-content/uploads/2015/09/LE-CORPS-RESSOURCE.pdf
[40] Ibid, p.23

IV. Le tonus dans la relation

1. Tonus et fonction tonique

Le mot tonus vient du grec *tonos* qui signifie tension. Il est défini comme « l'état de tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique (la tension augmente mais pas la longueur) est permanente et involontaire. […] Il est la toile de fond des activités motrices et posturales. Jover (2000)»[41].

On distingue trois niveaux toniques intimement liés : le tonus de fond, le tonus postural et le tonus d'action. Agnès SERVANT-LAVAL (2015) les décrit ainsi.

a. Les tonus

Le tonus de fond est aussi appelé tonus de base ou permanent. Il s'agit de l'état de tension musculaire permanente et involontaire qui est constamment présente. Ce tonus ou état de tension est présent même au cours du sommeil par exemple. Il soutient l'inscription des émotions dans le corps.

Il unifie et contient l'ensemble du corps : il « participe de la qualité de cohésion d'ensemble du corps » et de « sentiment d'unité corporelle »[42]. Il forme ainsi une enveloppe tonique en deçà de l'enveloppe cutanée.

Le tonus postural caractérise le niveau minimal de tension nécessaire au maintien d'une posture. Il est automatique même s'il est possible d'agir volontairement dessus. Par posture il est entendu « disposition relative des différents segments corporels et le maintien de cette organisation du corps dans l'espace »[43]. Il n'y a donc pas de mouvement. La posture qualifie ce temps immobile, suspendu entre deux séquences de mouvements. Le tonus de posture correspond donc à l'organisation tonique du corps à un instant donné. Ce n'est pas tout, il est aussi relationnel et émotionnel. Les différentes postures endossées par le corps

[41] RIVIERE J., 2000, p.17-18
[42] SCIALOM Philippe, GIROMINI Françoise, ALBARET Jean-Michel, 2015, p.173
[43] Ibid, p.173

permettent de s'orienter vers l'autre et d'interagir avec l'environnement. Elles laissent transparaitre les réactions toniques et affectives suscitées par la relation.

Le tonus d'action caractérise les modulations de tensions musculaires qui permettent la préparation et le soutien du mouvement, de l'action. Il n'y a plus comme dans le tonus de posture de l'immobilité mais de la mobilité. Il permet le déroulé du mouvement. Il est ainsi à la base de la motricité globale mais aussi de la communication verbale et infra-verbale. Par ailleurs, il se mobilise autant de façon volontaire qu'automatique.

b. La maturation tonique

Pour être contrôlés par l'enfant, l'ensemble des niveaux toniques se développent en suivant la maturation neurologique selon des lois de développement. La loi de succession se compose de deux lois. D'une part la loi de développement céphalo-caudale fait que le tonus croît progressivement dans une dynamique descendante, du haut vers le bas du corps. Ainsi l'enfant contrôle ses muscles du cou avant ceux de ses jambes. Dans le même temps s'applique la loi de développement proximo-distale. Elle caractérise l'expansion du contrôle tonique du centre vers la périphérie du corps, de fait la maitrise des membres succédera à celle de l'axe.

La progression de ces lois permet le développement d'une autre ; la loi de différenciation caractérise l'évolution d'une motricité globale à élaborée et involontaire à volontaire. Enfin la loi de variabilité exprime le fait que l'ordre de maturation neurologique est identique pour chaque enfant, c'est son rythme qui est propre à chacun.

Par cette maturation, l'enfant passera d'une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique à une homogénéité favorable à sa verticalisation. Notons que ce développement repose sur les bases neurologiques de l'enfant et ses expérimentations.

c. La fonction tonique

De par la description de ces niveaux toniques, on perçoit le rôle fonctionnel du tonus. Agnès SERVANT-LAVAL et Suzanne ROBERT-OUVRAY précisent à ce propos que le

tonus « participe de la sensation interne du corps propre, de la perception et de la conscience de soi. »[44], et que la conscience de soi se distingue en conscience d'être soi-même, d'être là, d'être en mouvement et d'être en relation avec l'autre. Mais le tonus a également un rôle relationnel à ne pas négliger. Ces deux auteures expliquent que le tonus dans sa dimension relationnelle a trois fonctions principales. Celles de rencontrer l'autre par la vision ou le toucher, de se rencontrer soi-même au travers de nos états toniques (hypertonicité ou hypotonicité) et de rencontrer le bébé qui ne parle pas encore.

Le tonus permet ainsi d'établir une communication, un langage infra-verbal. Ce langage passe par la vue ou le toucher et se ressent en soi, dans son corps. Les tensions ou détentes, les postures adoptées, les mouvements développés sont autant d'indicateurs du ressenti que l'autre nous transmet. Ceci est particulièrement à l'œuvre chez l'enfant qui n'utilise pas le langage parlé ou qui a encore des difficultés à mettre des mots sur ses ressentis. Ses mimiques faciales, ses postures traduisent son bien-être ou son mal-être que l'adulte est capable d'identifier. Le tonus dans sa dimension de communication infra-verbale est particulièrement à l'œuvre en psychomotricité que cela soit avec l'enfant mais aussi la personne polyhandicapée, la personne âgée démente pour parler de pathologie, l'adolescent, l'adulte.

Je rencontre par exemple un patient qui me dit être très tendu mais à bout de force, ne tenant debout que grâce à ses nerfs. Il a eu un accident du travail et depuis est plongé dans un état d'isolement. Il ne s'alimente plus et exprime de nombreuses douleurs dues pour certaines à ses tensions (douleurs aux jambes, des migraines, des pics au cœur, des sensations d'étouffement). Il exprime extrêmement bien ses symptômes et ses ressentis. Outre cela je peux observer comme sa tension est présente : il agite frénétiquement ses jambes, triture ses mains, a le regard intense et peut même agiter convulsivement sa tête en écoutant mes propos. Par ailleurs en lui serrant la main je sens une main dénuée de fermeté et molle. Je note ici comme son discours et ses manifestations corporelles se rejoignent.

En tant que psychomotricien, nous prêtons attention à toutes ces manifestations toniques, que l'on observe et que l'on étudie au travers du bilan, avec tous nos patients. Ce sont des indicateurs privilégiés de l'état du moment de la personne, de notre relation.

[44] Ibid, p.172

d. Le tonus comme moyen de défense

Au début de sa vie, l'enfant a un psychisme immature. Il n'a pas de mécanismes de défense comme l'adulte et réagit aux stimulations de manière réflexe. Ces réflexes sont corporels et jouent sur des jeux de tensions musculaires et organiques. Le corps de l'enfant est alors « le support biologique des systèmes psychiques de protection futurs »[45]. Les modulations toniques sont son premier mécanisme de défense non pas psychique mais corporel. L'attaque du corps par des violences fragilise ainsi les bases du psychisme. D'autant qu'en se défendant via son corps (par ses tensions) l'enfant participe de cette fragilisation. Plus l'enfant est précocement sujet à des violences, plus son psychisme est immature et plus la violence pourra être néfaste sur l'enfant.

Ces manifestations corporelles vont être mises en lien avec le développement progressif du psychisme par le biais de la relation à l'autre. Cette liaison va permettre de construire progressivement des moyens de défense non plus corporels mais psychiques.

e. Un support à la proprioception

La proprioception est décrite par Alain BERTHOZ (1997) comme le sens musculaire ou sens du corps dans l'espace. C'est elle qui informe le système nerveux central des états toniques, des positions et des mouvements du corps via des capteurs proprioceptifs d'ordre articulaires (corpuscules de Ruffini, organes de Golgi, corpuscules paciniformes), cutanés, musculaires (fuseau neuromusculaire) et vestibulaires. La proprioception, qui est une sensibilité profonde, recense les flux sensoriels de façon continue, inconsciente que le corps soit ou non en mouvement. Elle englobe ainsi l'ensemble du corps, traversant le mou comme le dur.

Elle joue sur le tonus postural en permettant l'ajustement des membres dans l'espace et des contractions toniques. Elle est fondamentale pour nous informer de l'inconfort ou du confort d'une position, de l'organisation du corps dans l'espace en l'absence d'un contrôle visuel par exemple.

[45] ROBERT-OUVRAY S., 2003, p.40

2. L'apport d'Henri WALLON

a. Tonus et émotions sont liés

Henri WALLON précise au sujet des contractions musculaires qu'elles ne signifient « pas seulement mouvement et tonus mais geste et attitude. »[46]. Il redonne alors à la motricité sa fonction première qui est une fonction de relation, non pas de motricité pure comme l'entendent la neurologie et la physiopathologie à l'époque. Ainsi l'être humain est inscrit dès sa naissance dans la relation à l'autre par le biais de son corps.

Cet auteur a particulièrement développé le lien qui unit le tonus et les émotions. Il écrit à ce propos que « les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire »[47]. Le tonus fluctue en fonction de nos rencontres avec l'environnement : les variations toniques et posturales traduisent un état émotionnel autant qu'elles sont influencées par cet état, état suscité par une rencontre réelle ou imaginaire (dans la pensée). Les réactions tonico-émotionnelles sont pour lui les premières formes d'expression vers l'autre de l'enfant. Elles sont constamment liées aux mécanismes sensori-moteurs (comme l'imitation) et sensori-viscéraux eux-mêmes actualisés par les réactions toniques et posturales qui sous-tendent leur expression.

b. Le dialogue tonique

H. WALLON tient au fait que la symbiose affective – c'est-à-dire la fusion affective entre l'enfant et son parent au début du développement, qui succède à la symbiose physiologique – participe de la communication non-verbale, autrement dit du dialogue tonique. A ce stade de symbiose, les comportements de l'enfant (cris, pleurs, sourires) sont chargés d'affects envers la personne qui s'occupe de lui. Il lui exprime alors son contentement ou mécontentement. Le prélude du dialogue verbal, le dialogue tonique, « jette le sujet tout entier dans la communion affective et ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps. »[48].

[46] JOLY F., LABES G., 2008, p.186
[47] WALLON H., 1949, p.174
[48] JOLY F., LABES G., 2008, p.171

En 1942, il décrit le dialogue tonique comme une modulation vibratoire entre deux interlocuteurs selon 4 modalités. Chaque modalité sous-tendant un lien particulier. Le porter est un lien tonique, le palper un lien sensoriel, le parler un lien affectif et le penser un lien de pensée. Ce dialogue permet l'intégration des sensations vécues et l'aller-retour d'un niveau tonique à un autre. Julian De AJURIAGUERRA introduira le terme de dialogue tonico-émotionnel en 1977. Repris par Marie-Sophie BACHOLLET et Daniel MARCELLI, il serait « le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge. »[49].

3. L'apport de Julian De AJURIAGUERRA

a. Le tonus et la relation

D'après J. De AJURIAGUERRA, le corps humain possède un « fond tonique » et une « réactivité »[50] (des modes de réactions) qui sont sous influence de la maturation neurologique. Ces deux composantes se modulent par la relation, autant dans la communication verbale qu'infra-verbale. Effectivement dans une discussion, l'attitude de chaque interlocuteur est particulière selon qu'il attende une réponse ou qu'il se prépare à parler : « Lors de la phase de dialogue, l'action propre et celle d'autrui sont vécues ainsi que le montre Wallon comme des attitudes interchangeables. Ces attitudes font vivre dans le corps propre la vie développée d'autrui et l'enrichissent. »[51]. Ainsi relation à l'autre et tonus corporel sont en étroite relation.

Au cours du développement psychomoteur, le corps est ainsi expérimenté dans différentes sphères : motrice, affective, tonique, sensorielle, perceptive, etc. Au fil de ses multiples expérimentations, l'enfant doit acquérir un sentiment de continuité d'existence pour s'individuer. Le dialogue tonico-émotionnel l'y aide particulièrement en sollicitant à la fois des processus d'identification et de distanciation, se comparant à l'autre dans la relation tout en s'en différenciant. J. De AJURIAGUERRA dit à ce propos que l'enfant « se sent et

[49] BACHOLLET M., MARCELLI D., 2010, p.14
[50] JOLY F., LABES G., 2008, p.117
[51] Ibid, p.117

vit dans sa proprioceptivité mais, dans son ambiguïté, il est en même temps isolé et participant ; il est acteur et spectateur, il se mire et s'admire, il se juge et se compare. »[52].

b. Le contrôle tonique et le corps de l'enfant

J. De AJURIAGUERRA décrit en 1971 trois étapes du développement psychomoteur chez l'enfant : le corps vécu (de la naissance à 3 ans), le corps perçu (de 3 à 6 ans) puis le corps représenté (de 6 à 12-14 ans).

Le stade du corps vécu met en avant le fonctionnement en bipolarité tonique et émotionnelle de l'enfant, qui est à ce stade son moyen de communication privilégié pour exprimer à son entourage la satisfaction ou non de ses besoins. Ce sont ses proches qui régulent et contrôle son état tonique au travers de portage, de mots, etc. A force de répétitions de ces expériences et de la maturation neurologique, l'enfant va progressivement sortir de sa bipolarité pour globaliser ses vécus. Le second stade est caractérisé par un meilleur contrôle tonique et une adaptation croissante aux stimulations sur les plans toniques et moteurs. L'enfant est capable de porter un moment son attention sur son corps pour le réguler malgré des sollicitations extérieures concomitantes : il est dans un vécu perceptif. Enfin au cours du dernier stade, l'enfant qui a une perception et une représentation de son corps propre, réel va le mentaliser. Il se représente mentalement son corps et ses perceptions. Il peut mettre des mots dessus, accéder à des apprentissages moteurs plus complexes, etc.

c. Les particularités toniques : hyper et hypo

J. De AJURIAGUERRA (1962) a décrit les caractéristiques de l'expression motrice des enfants hyper ou hypotoniques. Chez les hypertoniques, le mouvement est brusque et saccadé, les décharges motrices[53] souvent violentes et l'enfant explore plus l'espace qu'il ne manipule d'objets. L'hypotonique réalise de préférence des mouvements souples et

[52] Ibid, p.195

[53] Elles sont imagées par cet auteur comme la succion du pouce, un balancement du corps, l'exploration d'une zone corporelle comme le nez. Il distingue la décharge motrice de la stabilité posturale qui est la quantité de mouvements spontanés sur le lit ou en déplacement.

déliés, explore son corps et des objets. On voit ainsi comme le tonus influe dans l'appréhension de l'environnement, appréhension qui peut déterminer le développement ultérieur de l'enfant.

d. Le langage du corps

Le schéma corporel, intimement lié à la perception issue de sensations, est défini par Maurice MERLEAU-PONTY cité par J. De AJURIAGUERRA comme une expérience du corps propre dans le monde, corps qui donne un sens moteur au signal verbal. Il ajoute que « Je ne suis pas dans l'espace et dans le temps, je ne pense pas l'espace et le temps, je suis à l'espace et au temps. Mon corps s'applique à eux et les embrasse. »[54]. J. De AJURIAGUERRA ajoute à cela que « cette rencontre instaurée sous le signe de la perception interne du monde postural de l'autre, telle que nous venons d'y faire allusion, se poursuit avec le monde des adultes, gardien des significations révélées par le langage. »[55]. Il introduit là la faculté de l'enfant à comprendre et mettre en lien la parole de l'autre avec l'ensemble de ses attitudes (posture, intonation de la voix, etc).

Pour comprendre le langage verbal, il faut solliciter la vue et l'ouïe : « L'expression mimo-gestuelle d'autrui est déjà langage, l'attitude du corps de l'enfant est déjà réception. Mais le dialogue corps à corps dans lequel le corps joue un rôle même dans la virtualité des réalisations possibles ne devient mouvant que par le langage sonore, le rythme et l'intonation. »[56]. Quand le langage verbal n'est pas accessible ou possible, le sujet retourne ou reste à un stade d'expression qui sollicite uniquement la motricité (attitudes, tonus).

4. L'apport de Suzanne ROBERT-OUVRAY

a. Le tonus comme moyen de communication

« La tonicité est le premier moyen de communication avec le monde environnant et elle s'installe dans le corps du bébé dès la vie fœtale. »[57] Suzanne ROBERT-OUVRAY

[54] JOLY F., LABES G., 2008, p.173
[55] Ibid, p.173
[56] Ibid, p.174
[57] ROBERT-OUVRAY S., 2003, p.49

Avant et après sa naissance, le bébé est contenu dans une enveloppe tonique qui l'entoure complétement et lui fournit des sensations. Elle est à la fois contenant et contenu. Le parent validera cette enveloppe tonique dans ses manipulations et ses mots pour peu à peu lui donner également valeur d'enveloppe psychique.

b. De la bipolarité à l'ambivalence

L'enfant vit au début dans une bipolarité tonique (agréable ou désagréable). Ces deux opposés doivent être clairement intégrés pour que l'enfant puisse nuancer sa bipolarité par la suite. Cette bipolarité tient lieu de repère, d'invariants pour l'enfant. Pour mieux se repérer et s'adapter au monde extérieur, il va faire l'expérience de nouvelles sensations. Il va en enregistrer certaines qui enrichiront et s'ajouteront comme invariants. En multipliant les invariants, l'enfant sera de plus en plus capable de différenciation. Il va progressivement par exemple différencier la voix ainsi que l'odeur de sa mère. En grandissant, nous-même sommes capables de reconnaitre une voix au téléphone, la démarche d'une personne. Les nuances, les intermédiaires que l'enfant va créer participent au processus d'ambivalence.

Un excès de stimulations néfastes au cours des trois premières années de vie nous dit S. ROBERT-OUVRAY « oblige l'enfant à rester dans la bipolarité de base avec un effet de clivage c'est-à-dire ne pas avoir la possibilité de passer du mauvais au bon »[58]. Cela s'explique par l'intégration du cervelet qui se termine à trois ans, or le cervelet est l'organe de l'équilibre et de la coordination des mouvements. Sans accès à l'ambivalence tonique et sensorielle durant ces trois années, les ajustements posturaux nécessaires à ces deux items psychomoteurs seront défaillants.

L'enveloppe tonique décrite précédemment est liée à la bipolarité de l'enfant. Lorsque les besoins de l'enfant sont satisfaits l'enveloppe est souple et permet la réception des bonnes sensations. A l'inverse quand les besoins ne sont pas satisfaits, elle se trouve rigidifiée et se coupe de toute sensation. S. ROBERT-OUVRAY précise que l'enveloppe peut aller de « la détente la plus complète proche de l'extase à la plus forte tétanie »[59]. Ces réactions toniques de l'enfant sont une projection réflexe de ses tensions que le psychisme immature

[58] Ibid, p.97
[59] ROBERT-OUVRAY, 2003, p. 51

ne sait pas encore traiter. Face aux agressions internes et externes, l'enfant projette l'intégralité de son Moi sur l'enveloppe tonique.

c. Spécificité de l'hypertonie

Un bébé est hypertonique dans deux situations possibles : lorsqu'il est dans une posture d'étirement (que l'on déterminera par son sourire par exemple) ou dans une attitude d'hypervigilance. Cette dernière se marque par une hyperextension dorsale en arc-boutement, avec ou sans pleurs, une enveloppe tonique tendue et un moulage difficile dans les bras.

L'hypertonicité traduit une situation de stress et déclenche des problèmes digestifs avec des régurgitations fréquentes. Elle implique une immobilité des membres inférieurs et coupe en quelque sorte l'enfant de ses sensations plantaires. S. ROBERT-OUVRAY (2003) explique qu'à un certain seuil tonique, l'enfant va recruter son tonus périphérique au niveau postérieur ce qui l'arc-boute. Il ne va plus fonctionner qu'en arrière. En grandissant, les enfants hypertoniques repoussent peu le sol, manquent d'ancrage dans le sol, tirent plus qu'ils ne poussent, ont des difficultés de concentration.

d. Du stress maternel à la fonction tonique

Julia DUVERNAY et S. ROBERT-OUVRAY (2017) détaillent dans *Le corps ressource* différentes études ou théories sur le stress maternel et ses conséquences.

En citant Boris CYRULNIK elles expliquent l'importance du partage émotionnel entre la mère et son fœtus dans des situations traumatisantes. Le développement fœtal serait malmené par un vécu psycho-traumatisant maternel. Le bébé aurait à la naissance un poids moyen et un périmètre crânien inférieur à la normale ainsi qu'une atrophie des lobes préfrontaux. On entend l'idée de communication infra-verbale, en corps à corps qui va jouer sur le devenir de l'enfant. Un dialogue tonico-émotionnel in utero se joue déjà. On voit toute l'importance du canal tonique, « principale source d'informations du bébé »[60].

[60] DUVERNAY J., ROBERT-OUVRAY S., 2017, p.61 dans *Le corps ressource* (Cf note n° 39)

La mère traumatisée a inscrit dans son tonus son traumatisme. Elle le communique dans le langage infra-verbal à son enfant in utero et après sa naissance. Comme nous l'avons vu, l'enfant s'exprime dans un premier temps par son tonus. Il va rejeter sur la surface de son corps ses tensions musculaires et végétatives, mais également celles transmises par son parent. Par ailleurs, S. ROBERT-OUVRAY ajoute que l'enfant absorbe la violence émotionnelle qui lui est corporellement transmise pour éviter d'être englouti par elle. Il est dans un mécanisme de défense et « d'identification à l'agresseur »[61], on entend par agresseur une personne porteuse de tensions excessives liées au trauma.

Le dialogue tonico-émotionnel est un outil majeur du psychomotricien. Ainsi lorsqu'il est en relation avec des enfants à vécu de violences, une particularité se joue-t-elle ? La distance thérapeutique s'en trouve-t-elle modifiée par rapport à d'autres enfants ? Comment mettre à distance l'histoire parfois très lourde de jeunes enfants ? Une médiation ou un médiateur est-il à privilégier ?

[61] Ibid, p.61

Partie discussion

Au cours de ma discussion, j'aborderai la difficulté de diagnostic chez l'enfant d'un état de stress ou de traumatisme et trois manifestations particulièrement importantes en psychomotricité qui y sont liées. Je m'exprimerai sur les notions de relation et de distance en thérapie. Pour terminer je relaterai les spécificités de mon stage qui ont ouvert ma réflexion.

V. Entre stress et traumatisme

Dans ma réflexion pour ce mémoire, je me suis beaucoup questionnée sur le diagnostic de Selma : est-elle en état de stress intense ? traumatisée ? n'ai-je pas totalement occulté un pan de sa problématique ? A ce jour ma réflexion reste en cours. Selma étant jeune aucun état n'est fixé. Les difficultés chez l'enfant sont fluctuantes ainsi le diagnostic peut évoluer et c'est tout l'intérêt d'une prise en charge précoce chez l'enfant.

Je pense qu'effectivement Selma a vécu au cours de ses trois premières années de vie des conditions familiales non optimales, stressantes et possiblement sources de traumatisme. Il entre en jeu à la fois la chronicité des violences envers sa mère auxquelles elle a assisté mais aussi le départ précipité du domicile. J'ai beaucoup tergiversé entre ces deux événements pour me demander lequel dois-je prendre davantage en considération ? Leur départ a significativement affecté Selma qui le manifeste grandement sur le plan psychomoteur comme je l'ai démontré. Il a été source de stress et de chamboulement intense dans sa vie et ses repères. Par ailleurs je garde à l'esprit l'exposition aux violences. L'étant depuis bébé Selma s'est construite avec. Il est extrêmement difficile de distinguer ce qu'il en est des traits de caractère de Selma et des conséquences des violences. Tout est intriqué. De fait je garde en tête l'ensemble de ses éléments de vie pour les rassembler et percevoir ce que chacun à sa façon a inscrit en Selma.

Ma place de psychomotricienne n'est pas d'établir un diagnostic médical pour Selma. Je n'en ai pas les compétences ni les moyens. Cependant je pense qu'il est important d'y réfléchir et d'avoir un point de vue à ce propos, libre d'évoluer au cours de nos rencontres et de mes réflexions clinico-théoriques. Il guide en partie nos prises en charge puisqu'il apporte des connaissances et des repères que des auteurs expérimentés ont développés. Mon travail repose davantage sur comment l'aider, avec les compétences, connaissances et outils à ma portée, à poursuivre son développement psychomoteur de façon optimale.

L'expérience que j'ai à ce jour me confirme à quel point certaines personnes (non pas uniquement des victimes) traumatisées ou stressées ont leur corps au cœur de leur problématique. Le stress comme le traumatisme ont une grande part de manifestations corporelles et somatiques. C'est une évidence pour moi que le psychomotricien intervienne auprès d'elles pour justement les accompagner dans l'assimilation de ce vécu. Les victimes elles-mêmes peuvent mettre en avant à quel point le corps est central dans leur mal-être ; il se manifeste inhabituellement, est douloureux, malmené ou au contraire est totalement délaissé.

Je mets en avant au début de mon travail l'hétérogénéité d'âge et de vécu des personnes rencontrées dans ce stage en particulier. Le point commun entre toutes est l'impact du corps par un événement, unique ou répété, et ce chez l'enfant, l'adolescent comme l'adulte. C'est la manière dont le corps est affecté qui varie de façon individuelle. Je note une particularité chez l'enfant liée au fait que c'est un être en développement. Il faut en tenir compte car cela influe à la fois sur l'impact de l'événement et sur l'évolution de l'enfant par la suite. Les conséquences peuvent être bien plus mouvantes que chez l'adulte. Le jeune enfant exprime moins par la parole son vécu. En l'occurrence Selma parle peu et surtout peu d'elle, au contraire d'adultes rencontrés qui peuvent même s'épancher sur leur vécu que cela engage leur corps et ses sensations ou l'événement. Jusque-là ces derniers ont grandement mobilisé la sphère de la parole. Mme M. fait une psychanalyse depuis 10 ans. Son discours en est très imprégné. Lorsque nous la questionnons sur des ressentis ou des sensations actuelles son discours est pauvre. Cependant elle le rapporte régulièrement à des éléments passés de son enfance ou de sa vie familiale que l'on sent formulé dans son analyse. Ses mots très précis comme « Vous savez mon mari est un pervers narcissique. » enrichis de métaphores et d'images « Ma mémoire vous savez c'est comme un ballon flottant dans les airs que l'on tient avec fil. Je tire et tire la ficelle mais ne parvient jamais à mettre le ballon devant mes yeux. ». Mme M. est un exemple frappant pour moi car elle nous parle énormément en séance cependant moins à l'extrême les autres adultes parviennent tout autant à s'exprimer.

Je me propose de rassembler et développer ci-après trois éléments sémiologiques significatifs que j'ai pu observer chez l'enfant. Je me base ainsi sur Selma et sur deux autres enfants rencontrés cette année que je vous présente en cours d'exposé.

VI. Un regard psychomoteur porté sur les manifestations de stress ou de psychotraumatisme

« Par ailleurs, il est bien connu, comme l'indique Tallaferro, que lorsque la verbalisation n'arrive pas à se réaliser, l'expression se produit sur un plan plus régressif, sur le plan moteur. L'action n'est pas une simple activité motrice, mais sur le plan des structures elle est cercle sensitivo-sensori-moteur et, dans sa réalisation, une activité vers un but défini dans un espace orienté par rapport au corps. » Julian De AJURIAGUERRA[62]

Ma réflexion s'est initialement basée sur les manifestations psychocorporelles du traumatisme psychique. Or je doutais déjà de l'emploi du terme psychotraumatisme comme je viens de l'expliquer avec Selma. Je reconsidère donc davantage mon questionnement reposant sur les manifestations psychocorporelles de l'enfant d'un facteur lié au stress ou au psychotraumatisme. Je constate qu'elles peuvent être multiples mais affectant des domaines spécifiés. Je ne me permettrai pas de les généraliser car je n'ai été confrontée en clinique qu'à une seule enfant. Même si j'ai rencontré d'autres enfants ayant des caractéristiques communes à celles présentées par Selma. Il s'agit de Tyler (4 ans) et Hajiba (9 ans) tous deux rencontrés en cabinet libéral lors de mon stage long de troisième année de formation. Tous deux présentent des troubles psycho-affectifs majeurs et me font écho chacun spécifiquement à Selma. Je ferai référence ponctuellement à ces enfants au cours de mes prochains propos.

Tyler est un jeune garçon âgé de 4 ans lorsque je le rencontre. Il est indiqué en bilan de psychomotricité pour un retard de langage, un manque d'autonomie et d'aisance corporelle. Il vit depuis toujours avec sa grand-mère maternelle. Ses parents séparés n'ont pas souhaité s'en occuper. Sa mère vit avec ses quatre autres enfants et voit de temps à autre Tyler. Le jeune garçon vit mal ses rencontres avec sa famille : coléreux, troubles du sommeil, énurésie, recherche de proximité importante avec sa grand-mère. Son bilan met en avant un défaut de régulation tonico-émotionnelle, d'ancrage et de posture allié à un manque de confiance en soi et d'aisance motrice.

Hajiba est une jeune fille de 9 ans. Elle vit en foyer d'enfance depuis plusieurs années. Ses parents sont tous deux instables psychiques. Son frère aîné vit dans une famille d'accueil.

[62] JOLY F., LABES G., 2008, p.175

Elle ne souhaite pas elle intégrer une famille d'accueil mais veut changer de foyer. Pour autant elle dit ne plus supporter la vie en communauté. Elle est adressée en psychomotricité pour des difficultés dans la socialisation. Elle se montre en recherche d'affection et de proximité corporelle. Elle se laisse très vite envahir par son environnement étant happée par le moindre élément. Ses difficultés attentionnelles sont importantes. Par ailleurs la temporalité est une question difficile pour elle : elle va difficilement au bout d'une activité, veut en changer très rapidement et a du mal à quitter les séances.

Les caractéristiques sur lesquelles je vais m'attarder ne sont pas individuellement spécifiques du stress ou du psychotraumatisme mais réunies je pense qu'elles peuvent en former un tableau sémiologique psychomoteur.

1. Entre continuité et discontinuité

La sphère temporo-spatiale par les notions de continuité et discontinuité est centrale à la fois dans l'origine du trouble et dans le pronostic d'évolution. Le manque de continuité vécu par l'enfant est exprimé par le corps dans un débordement d'énergie matérialisé par un excès de tension.

Pour pallier à cette discontinuité il est important de commencer par (ré)apporter de la continuité. Effectivement, le développement de l'enfant est marqué par une disponibilité totale de la mère pour son enfant qui progressivement intègre des temps de latence pour lui répondre. Ce processus entre immédiateté et attente s'opère dans les soins, les activités, les relations de l'enfant, etc. C'est grâce à une dose suffisamment importante de continuité que l'enfant est ensuite capable d'accepter la discontinuité.

Ainsi lorsqu'un événement stressant ou traumatisant survient, il bouleverse la continuité des événements de la vie. Il fait rupture, que cela soit chez l'enfant comme l'adulte. L'enfant particulièrement peut être moins apte à intégrer cette rupture car selon son âge il a besoin de ses différents repères pour être rassuré et donc d'une quantité supérieure à l'adulte de continuité. C'est l'ensemble de son monde qui peut devenir discontinu à ses yeux.

Selma je pense a vécu plusieurs ruptures qui ont supprimé les repères auxquels elle s'était accrochée. Quitter le foyer familial marque une véritable rupture à plusieurs niveaux. D'une part les relations familiales sont chamboulées. Le père et le reste de la famille sont séparés et ce sans explication. La famille change ainsi subitement de configuration. D'autre part des éléments de stabilité spatiale comme la maison, les meubles, le quartier ou temporelle comme des habitudes familiales sont perdus. Enfin des repères affectifs – outre le père – sont un temps absents tels que des jouets, des peluches qui peuvent avoir une grande importance aux yeux de l'enfant. Selma manifeste alors immédiatement des réactions de type physiologique avec l'apparition d'un bégaiement et des troubles du sommeil. Son corps réagit.

C'est la réaction dont Mme L. nous fait part à la suite du départ de la maitresse qui m'interpelle particulièrement. Je trouve qu'elle illustre à quel point la succession de pertes et donc de discontinuité répétée peut affecter l'enfant, en l'occurrence Selma.

Les repères familiaux de Selma sont bouleversés suite au départ du foyer dont je viens de faire part. Quelques jours plus tard Selma fait sa rentrée en maternelle. Elle rencontre pour la première fois sa maîtresse avec qui elle développe une relation particulière et dont elle est proche. Le départ de cette dame fait perdre un repère auquel Selma a pu s'accrocher. Un lien continu et stable se rompt laissant Selma en proie à une nouvelle discontinuité. Ce qui me fait lier cela de la sorte ce sont les manifestations psychocorporelles de Selma à cet instant. Elle manifeste cette perte par une accentuation des manifestations dont elle a pu faire preuve jusqu'ici uniquement dans le cadre familial. Le personnel enseignant rapporte à Mme L. le comportement nouveau de Selma, similaire à celui que madame décrit : irritabilité et colères principalement.

J'illustre par ce constat d'éléments biographiques comme un chamboulement de repère répété dans un court laps de temps (deux mois) peut désorganiser un enfant. Comment est-il possible de moduler ce rapport entre continuité et discontinuité en psychomotricité ?

L'apport de continuité par lequel il faut commencer et insister d'après moi dans ce contexte passe déjà par la régularité des séances : le lieu, l'horaire, le jour, la fréquence des rencontres. Ce cadre posé inscrit l'enfant dans une régularité.

Le psychomotricien peut penser et organiser ses séances de sorte à fournir une dose de continuité nécessaire à l'enfant. C'est ce que nous installons avec Selma avec nos deux

activités récurrentes par exemple. La continuité apporte à l'enfant de la sécurité et des repères. Elle contient l'enfant, le rassure et lui offre une base de sécurité. Cette base est nécessaire au bien-être et au bon développement de l'enfant.

La pyramide des besoins de MASLOW (ANNEXE 8) classe au second niveau le besoin de sécurité. C'est dire comme la continuité est importante. Le besoin de premier niveau est physiologique. Il recouvre la faim, la soif, la survie, l'habitat et le sommeil. Notons que lorsque nous rencontrons Selma, la stabilité du lieu de vie n'est pas établie car la famille est hébergée chez une amie de Mme L. de façon très temporaire.

Cependant il ne faut pas être dans l'excès de continuité. Il est bon d'apporter de la discontinuité au travers de nouveautés, de surprises. Je rapproche ces notions aux fonctions du parent dans le développement de l'enfant. Comme je l'ai expliqué, la mère apporte cette continuité au travers des soins répétitifs par exemple. Le père représente la discontinuité dans son apport d'altérité à l'enfant. Tout ce processus est progressif. Il est important de reproduire en psychomotricité auprès d'enfants stressés ou traumatisés ce processus progressif qui construit l'enfant. Je pense que la discontinuité ouvre au monde, à l'imprévu et stimule ainsi les capacités d'adaptation, quand la continuité apporte l'assurance et la confiance nécessaire à cela.

Les colères de l'enfant pour ramener matériellement un objet de la séance de psychomotricité symbolise pour moi ce besoin d'établir une continuité entre ce qu'il se joue en séance et la vie quotidienne de l'enfant. Je me dis que l'objet, par l'image symbolique qu'il prend pour l'enfant, peut servir de liant entre des vécus ou soutenir le rappel d'un vécu de séance en dehors de celle-ci.

Au début de sa prise en charge, Selma a ce comportement à plusieurs reprises. Elle souhaite régulièrement rapporter chez elle les dessins faits. La première fois nous acceptons car nous estimions qu'il avait une plus grande valeur et importance à ses yeux qu'aux nôtres. Elle s'était mise dans un profond état de tristesse et ne s'était absolument pas montrée prête à le laisser. Les fois d'après nous savions que certains dessins devraient être conservés sur place tels que ceux du bilan. Ainsi nous créons un dossier cartonné qu'elle customise personnellement pour qu'elle puisse ranger soigneusement dedans les productions qu'elle fait. Depuis elle ne demanda pas à remporter un dessin chez elle. Cet exemple peut également signer d'un test du cadre de sa part.

Hajiba manifeste souvent l'envie de ramener un objet au foyer et fait durer les séances pour cela. Elle peut dessiner sur un post-it et demander à l'emmener, vouloir emmener la production du jour, un objet, etc. Parfois nous l'y autorisons comme le jour où elle souhaite prendre un bilboquet. La psychomotricienne à qui elle s'est adressée accepte et l'invite à s'entrainer durant la semaine, à condition de le ramener la séance prochaine. Hajiba respecte cette condition.

Je pense qu'il faut veiller à ne pas systématiquement acquiescer à cette demande de l'enfant. D'ailleurs l'enfant ne le manifeste pas à toutes les séances. Mais je vois d'une sorte comme thérapeutique de leur accorder : cela renforce la relation de confiance et apporte quand il y a un besoin une continuité matérielle entre divers espaces.

Enfin l'enfant peut manifester sa difficulté à finir la séance. De la même façon, ce contexte symbolise pour moi la discontinuité. L'enfant part, quitte ce lieu qu'il a investi. Il peut ressentir ce départ comme une fin définitive et non comme une interruption laissant entrevoir une prochaine rencontre. Face à l'enfant j'opte personnellement pour lui rappeler avec mes mots que nous nous reverrons. Je pense que l'enfant a besoin d'être rassuré sur le fait qu'il est prévu de se revoir, qu'il n'y a pas de fin brutale. Il a pu vivre des départs incompris ou brutaux. C'est aussi au thérapeute de lui montrer que ce n'est toujours le cas.

Cependant face à Hajiba par exemple ces propos sont difficiles à tenir. Le contexte de vie en Foyer de l'Enfance fait que l'enfant peut presque du jour au lendemain être placé dans une famille d'accueil, sans que personne ne s'y attende spécialement. Il m'arrive de penser que chaque fin de séance avec Hajiba peut être définitive. C'est extrêmement compliqué à penser je trouve. Le thérapeute doit développer un dispositif continu défini sur un temps donné tout en sachant qu'il peut subitement être rompu. Je pense qu'Hajiba en l'occurrence en est en partie consciente également.

2. Une particularité posturale

J'observe que la morphologie posturale de l'enfant est marquée par son histoire. L'excès de tension interne présente très tôt chez l'enfant s'inscrit en lui de telle sorte qu'il parait robuste et trapu. Je le remarque chez Selma comme Tyler particulièrement au niveau du tronc. Il est dense et vigoureux, ce qui contraste pour de si jeunes enfants. Leur posture

d'hyperextension traduit une attention accrue portée sur l'environnement. Dans une observation globale de leur posture, je tends à dire que les chaînes musculaires postéro-médiane (dite PM) et postéro-antérieure/antéro-postérieure (dite PA-AP) s'expriment dans l'excès chez ces enfants.

GODELIEVE STRUYF-DENYS (1997) développe la correspondance entre l'excès de certaines chaînes musculaires et des types de personnalité. La chaîne postéro-médiane est l'une des cinq paires de chaînes musculaires distinguées par cette auteure. Toutes travaillent en synergie pour faire se mouvoir le corps et se distinguent par les muscles successifs qui les composent. La façon dont chaque personne se meut implique l'utilisation préférentielle de certaines chaînes par rapport à d'autres. Ainsi chacune sont sollicitées inégalement et donnent une forme globale du corps spécifique à chacun. L'excès d'une chaîne signe d'une désorganisation de l'ensemble. L'auteure met en avant l'empreinte laissée par le mouvement (sous-tendu par le geste et la posture) et le psychisme sur la forme du corps : « lorsqu'une chaîne musculaire manifeste sa dominance au travers d'une caractéristique morphologique qui la révèle, cette dominance peut provenir des gestes et des postures personnalisées par les pulsions psychiques dominantes »[63]. Psychisme et mouvement s'influant l'un l'autre, elle a ainsi cherché la correspondance entre l'expression d'une chaîne musculaire et un trait de caractère.

La chaîne PM s'illustre par une extension en arcboutement qui ouvre le regard sur le monde. Le tronc est le principal acteur de cette chaîne, là où les membres sont inactifs. Il s'agit d'une chaîne statique source de stabilité. Elle signe d'un corps en ouverture en proie à la découverte. Elle caractérise une personnalité avide, en soif de découverte et d'apprentissage. Elle est qualifiée d' « en dehors du moi »[64] par l'auteure. Les personnes dont la chaîne PM s'exprime préférentiellement cherchent l'expérience, la curiosité par l'action et la performance. Cette chaîne impulse certes une ouverture au monde mais sans appropriation de ses découvertes. Ainsi un excès favorise le manque d'intériorité et de rationalisme. Mme STRUYF-DENYS ajoute à ce propos que « son avidité le conduit à l'insatisfaction et à l'inquiétude, à l'agitation mentale et physique qui le mènent à l'instabilité. Cette agitation nuit à la concentration et à la réflexion, ceci est mortel pour le

[63] STRUYF-DENYS G., 1997, p.25
[64] Ibid, p.80

PM qui s'appuie sur ses facultés mentales. Cette agitation engendre donc l'anxiété et la peur. »[65].

La chaîne PA-AP est synthétiquement définie comme une chaine d'émotivité et d'impulsivité. Elle est source de dynamisme contrairement à la précédente et de réactivité. Elle commande le redressement et doit ainsi toujours être considérée chez l'Homme debout. Une notion rythmique est ici fort présente oscillant au travers du mouvement et des rythmes fondamentaux du corps tel que l'est la respiration. Un excès de cette chaîne entraine au niveau physiologique une perturbation du rythme respiratoire (dans une rigidité limitant l'amplitude respiratoire). Elle doit être couplée de façon harmonieuse avec la chaîne PM (ou son opposé la chaîne antéro-médiane) de sorte à garder l'ascendant dessus. Ainsi en terme de personnalité, une personne en PA-AP ne sera pas trop influençable ni instable mais vive d'esprit et d'échanges. L'auteure décrit ces personnes ainsi : « Très réceptifs et vibrants, et de ce fait d'une grande sensibilité, brins d'herbe ébranlés par le petit souffle, ces êtres sont comme des antennes dressées dans le ciel. »[66].

Dans le cas d'un émoussement psychique comme le stress ou le traumatisme, l'enfant est en alerte prolongée. Son hypervigilance marque son corps en mobilisant préférentiellement les deux chaînes musculaires précédemment décrites. Elles sont mobilisées dans l'excès ce qui à long terme peut façonner d'une part les tensions dans le corps de l'enfant et d'autre part son psychisme. L'élasticité corporelle va en s'amenuisant avec l'âge ce qui inscrit progressivement et durablement les postures privilégiées par une personne. Or une posture prise en excès donc une chaîne mobilisée en excès induisent une perte d'un autre côté. En l'occurrence il s'agit d'une perte d'élasticité des muscles responsables de l'enroulement, du retour sur soi. La composante psychique de personnalité dans ce cas présent n'est pas forcément à considérer car c'est un événement extérieur qui vient influer sur l'ensemble psychocorporel. Est-ce qu'un événement en affectant le corps est capable de modifier une personnalité ? Je n'ai pas la réponse à cette question mais je trouve intéressant d'y réfléchir, compte tenu de l'âge précoce d'apparition des événements marquants pour Selma. Je me dis que ses chaînes musculaires s'en trouvent affectées et marquent son corps dans ses postures. Or comme je l'ai repris par les propos de Godelieve STRUYF-DENYS ces chaînes traduisent un état psychique. Selma devrait de fait tendre à

[65] Ibid, p.88
[66] Ibid, p.106

exprimer préférentiellement ces traits de personnalité : vive d'expérience, de curiosité et d'esprit, susceptible de manquer d'intériorité et d'être influençable.

L'hypervigilance que je relève particulièrement est liée selon moi à un défaut de contenance et de sentiment interne de sécurité. C'est ainsi l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant qu'il incombe au psychomotricien de (re)dessiner, densifier, fortifier.

3. Une enveloppe à consolider

a. L'enveloppe psychique et le Moi-peau selon Didier ANZIEU

L'enveloppe psychique initiée par S. FREUD est reprise par D. ANZIEU (1995) comme une enveloppe composée de deux couches. La couche externe est rigide, dirigée vers l'extérieur uniquement. Elle filtre les stimulations externes remplissant ainsi le rôle de pare-excitation. La couche interne est mince et souple. Elle a une fonction réceptrice permettant de percevoir et d'inscrire en elle les signaux issus de l'intérieur comme de l'extérieur. Elle est ainsi nommée pellicule pour sa faculté de double perception. L'enveloppe doit être malléable et perméable afin d'assurer une communication entre les deux couches et donc les mondes interne et externe.

D. ANZIEU décrit plus particulièrement l'enveloppe qu'est le Moi-peau comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. »[67]. La peau a ainsi un rôle fondamental dans le développement psychique initial de l'enfant. Prenant en compte le fait qu'une fonction psychique est toujours soutenue par une biologique, il ajoute que les fonctions biologiques de la peau étayent le Moi-peau. Ces fonctions reprises par René KAES (2007) sont de contenir et retenir à l'intérieur, servir d'interface de séparation entre l'intérieur et l'extérieur du corps, et enfin permettre à l'instar de la bouche la communication. Ainsi le Moi-peau prend valeur d'enveloppe psychocorporelle qui contient et limite.

[67] ANZIEU D., 1995, p.61

Une correspondance entre les fonctions sus-citées de la peau et celle du Moi est établie par D. ANZIEU cité par Didier HOUZEL (2010) formant ainsi les 8 fonctions du Moi-peau :

1- La fonction de maintenance : elle correspond à l'intériorisation par l'enfant du holding de D. W. WINNICOTT.
2- La fonction contenante : il s'agit d'une référence au handling de D. W. WINNICOTT qui prodigue à l'enfant la « sensation-image de la peau comme sac»[68].
3- La fonction de pare-excitation : elle désigne la capacité du Moi-peau à protéger le psychisme d'un excès d'excitation externe. La mère endosse ce rôle jusqu'à ce que l'enfant suffisamment autonome puisse se reposer uniquement sur sa peau pour le faire.
4- La fonction d'individuation
5- La fonction d'intersensorialité
6- La fonction de soutien de l'excitation sexuelle
7- La fonction de recharge libidinale
8- La fonction d'inscription des traces

Les fonctions de maintenance, contenance et pare-excitation sont susceptibles d'être impactées chez Selma. J'ai parallèlement développé ces trois fonctions en lien avec la fonction parentale. L'idée étant que les violences conjugales exercent une perturbation dans l'apport de ces fonctions à l'enfant. Liée au concept d'enveloppes psychocorporelles il est possible de percevoir l'impact qu'elles ont en termes de développement sur la sensorialité[69] et l'ensemble psychocorporel de l'enfant.

b. Les enveloppes psychocorporelles en clinique

La violence exercée sur la mère peut impacter ses soins de holding et de handling, en étant moins disponible physiquement et psychiquement pour son enfant. Son vécu peut la marquer d'une hypertonie la rendant ainsi moins apte à s'adapter et à moduler ses réactions face à l'enfant. Elle transmet alors à l'enfant par le dialogue tonico-émotionnel ses tensions. Elle est moins apte à filtrer les diverses tensions affectant son enfant et ne remplit

[68] Ibid, p.124
[69] Elle est définie comme l'ensemble des fonctions du système sensoriel.

plus convenablement son rôle de pare-excitant. L'enfant réceptacle de l'hypertonie maternelle peut de fait en grandissant continuer à rechercher cette tonicité connue, rassurante et contenante liée à sa mère. Ce défaut de modulation tonique influe directement sur l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant du fait de ses liens avec les trois premières fonctions du Moi-peau.

Il s'agit là d'une hypothèse globale qui est à nuancer. Ces défaillances peuvent être rencontrées à différentes intensités dans chaque dyade mère-enfant exposée à la violence. Je pense que plus les violences interviennent tôt et plus ces défaillances sont susceptibles d'être présentes et multiples.

Je postule ce lien suite aux observations que je fais de Selma. Il s'avère qu'elle recherche en terme de sensorialité beaucoup de dur. Elle chute souvent, peut percuter l'autre, les murs, des objets durs sans laisser paraitre une sensation de douleur. Je perçois que cette façon d'agir est totalement recherchée et souhaitée par Selma. D'autant qu'elle agit ainsi en séance souvent jusqu'à ce qu'on lui propose de ressentir sur d'autres modalités sensorielles son enveloppe. Ne cherche-t-elle pas à percuter son corps pour retrouver la sensation rassurante de sa mère sur sa peau ? Et ainsi chercher la présence de sa mère pendant son absence ? J'estime que Selma recherche réellement cette sensation de dureté car il lui est arrivé de tomber sur le parking un jour avant notre séance, acte involontaire, et de pleurer car elle s'est faite mal. Ici elle ne recherchait pas cette sensation donc il y a eu en conséquence une réaction émotionnelle. Dans les situations que j'observe habituellement Selma ne laisse paraitre aucune émotion, seulement de la répétition. C'est intéressant de voir qu'elle choisit des objets mous lors du toucher médiatisé que l'on fait ensemble. Quand elle ressent cette modalité sur son corps elle tend à s'apaiser et ne cherche plus par la suite à ressentir du dur. Est-ce que par cette proposition Selma n'enrichirait-elle pas ses invariants, l'aidant à moduler encore précairement son niveau tonique et sa perception psychocorporelle ?

c. Le psychomotricien, la contenance et la pare-stimulant

« C'est à travers un travail sur la peau, le tonus mais aussi par le matériel mis à la disposition des enfants (ballon de baudruche – gros ballon – maracas – couverture) que nous permettons aux enfants de retrouver la globalité de leur corps, leur enveloppe

corporelle, de se reconstituer un Moi corporel grâce et par le corps de l'autre, dans le jeu des distances. La thérapie psychomotrice, c'est là où peut se réparer l'enveloppe. »[70]

Un écho aux enveloppes psychocorporelles se fait en moi avec des rôles du psychomotricien. Par ses savoir-être et savoir-faire le psychomotricien communique dans un langage éminemment corporel avec le patient. Il peut ainsi toucher et remodeler les fonctions du Moi-peau (défaillantes).

D'une part dans un rôle de contenance, il peut accéder aux fonctions de maintenance et contenante. Par le cadre thérapeutique posé, le psychomotricien apporte un contenant à tout ce qui se jouera au sein des séances. Places de chacun, lieu, horaire et jour de rencontre sont établis et bordent les séances. Ainsi une première forme de contenance et de continuité existe.

Par ailleurs il fournit au patient une contenance assimilable au holding maternel, aussi nommé holding psychomoteur par S. ROBERT-OUVRAY. Il désigne selon elle l'« ensemble des manières d'être et de faire qui prend en compte tous les niveaux d'organisation du sujet, tonique, sensoriel, affectif, représentatif et langagier. »[71]. Au travers de ses mots, sa gestuelle, sa présence, son écoute le psychomotricien apporte un holding tactile, sonore et/ou visuel. C'est ici sa disponibilité psychocorporelle qui est importante, que cela soit dans l'action ou l'inaction ; effectivement une particularité je trouve du psychomotricien est qu'il peut s'engager dans une activité avec le patient comme être plus en retrait le laissant libre d'expérience. Dans tous les cas il est disponible et attentif au patient.

Il accède par la fonction alpha de W. BION à cette fonction contenante. Développée précédemment entre la mère et son enfant, cette fonction est projetable à la relation entre le psychomotricien et son patient. Il accueille les vécus du patient et, par ses actes et ses mots, lui donne la possibilité de les transformer en pensées.

D'autre part dans un rôle de pare-stimulant, il filtre les excitations en choisissant par exemple une médiation ou un médiateur adapté qui ne désorganisera pas le patient. Nous sommes sensibilisés au cours de notre formation à écouter nos propres sensations pour les reconnaitre mais aussi les contrôler. Cette écoute est importante auprès des

[70] RICHARD M.-F., 1989, p.33
[71] ROBERT-OUVRAY S., 2015, Article *Le holding psychomoteur* consulté le 15/04/2018 à 9h05 : https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-holding-psychomoteur/

patients. Dans sa résonance avec le vécu du patient, elle favorise le filtrage des stimulations (comme la luminosité de la pièce, la quantité de matériel, etc). Elle nous renseigne sur ce que le patient éveille en nous, ce qu'il nous communique mais aussi ce que l'on est susceptible de lui renvoyer. C'est ici que la bienveillance et l'empathie sont de rigueur et le dialogue tonico-émotionnel en jeu.

J'en viens ainsi à développer un outil majeur que le psychomotricien a à sa portée pour donner à l'enfant, et même au patient en général, une clé de réponse à sa problématique psychomotrice.

VII. La relation en psychomotricité

1. Le dialogue tonico-émotionnel en séance

L'empathie que je développe pour Selma est particulière, liée à la fois à ce qu'elle véhicule et au fait qu'elle soit la première patiente que l'on ait eu dans ce stage. Une dynamique spécifique se joue en séance. Je sens que mes canaux tonico-émotionnels sont à l'affut et extrêmement à l'écoute lors de nos rencontres. Avec Marianne nous nous sommes entretenues avec notre tutrice externe de stage à la fin des séances de bilan de Selma. Elle remarque que beaucoup d'affects se jouent et qu'il est important que nous y prêtions particulièrement attention. Nous partageons totalement cette observation.

Pour notre première séance, nous décidons d'être plus dans la retenue et d'essayer de mieux contrôler les affects que l'on peut ressentir à son égard. Personnellement je perçois que je me barricade en quelques sortes. Je modifie quelque peu l'intonation de ma voix pour m'adresser à Selma de façon plus « distancée ». Je retiens surtout en partie les éléments tonico-émotionnels que je peux lui transmettre. Il en va ici du dialogue tonico-émotionnel que je pense avoir touché et réussit à contrôler pour le diminuer. Ceci afin de limiter le surplus tonico-émotionnel non indispensable dans ce contexte de séances. C'est comme si je triais les éléments qu'il est thérapeutique de communiquer à Selma et d'autres plus personnels que je me dois de ne pas laisser transparaitre.

Les conséquences de ce contrôle et celui que Marianne fait également de son côté se font ressentir en séance, particulièrement en fin. Au moment de se dire au revoir, certes nous

préparons Selma en amont à cela, mais je ressens que la limitation des échanges opère sur ses émotions. Elle se montre moins désorganisée et submergée par ses émotions.

Il est très difficile je trouve de communiquer par les mots ce qu'un dialogue tonico-émotionnel engage et véhicule. Il en va de la perception intime et personnelle de chaque participant, qui je dirai appartient presque au domaine de l'indicible. Il faut l'avoir vécu mais surtout perçu pour se représenter ce flux invisible.

Ce dialogue est un outil précieux du psychomotricien. Par l'écoute du corps de l'autre, dans ses postures, ses mouvements, ses attitudes, le psychomotricien imagine ce que l'autre lui signifie. Il s'ajuste alors, consciemment ou non, à ce qu'il perçoit. Par cet ajustement il répond corporellement à l'autre. Un dialogue s'installe alors sans qu'un mot ne se prononce. Le registre infra-verbal est aussi riche que le verbal et universel.

a. Exemple du toucher thérapeutique

Le psychomotricien a dans son bagage diverses médiations et médiateurs qui, entre autres, mettent en jeu ce dialogue. Avec Selma, nous utilisons le toucher thérapeutique. Qu'est-ce que du toucher thérapeutique ? Précisons que ce n'est pas du massage, il s'en distingue par ses objectifs avant tout thérapeutiques. Bien que le massage puisse l'être ce n'est pas sa fonction première.

Le toucher thérapeutique engage une décontraction musculaire et une relaxation permise par le contact corporel. Ce contact, lent et minutieux, ne doit négliger aucune partie du corps au risque de susciter un vécu de morcellement au patient. Les auteurs Pierre ANDRE, Thierry BENAVIDES et Françoise CANCHY-GIROMINI développent les dynamiques mises en jeu par le toucher. Il établit un dialogue tonique entre le touchant et le touché favorisant une communication infra-verbale. Il cherche à revaloriser le corps en l'investissant de nouveau et mobilisant l'attention dessus. Il contient le corps et en délimite la frontière symbolisée par la peau entre le monde corporel interne et l'environnement extérieur : « Grâce aux sensations cutanées, aux impressions kinesthésiques et

coenesthésiques, le toucher thérapeutique réalise une prise de conscience des limites corporelles et renforce la cohésion. »[72].

La parole du thérapeute sur le corps est importante. Elle l'inscrit dans la relation et donne du sens au toucher pour faciliter son élaboration. Le toucher est un temps thérapeutique qui cherche à mettre en lumière pour le patient l'unité de son corps, une représentation et un mode d'expression.

Il peut être médiatisé ou non c'est-à-dire sollicitant un objet qui fait tiers entre les peaux de chacun. Le toucher direct implique un peau à peau qu'il n'est pas aisé d'instaurer dès le début d'un suivi. Il peut mettre du temps à être adapté voir ne jamais se faire. Le dialogue tonico-émotionnel engagé peut être débordant et donc désorganisant pour le patient. Il faut veiller à le cadrer, le limiter pour éveiller une dose assimilable d'émotions au patient.

Avec Selma, nous faisons le choix de médiatiser le toucher par des balles. Cela nous permet de jauger comment est Selma dans le dialogue tonico-émotionnel. L'assimilation des émotions est-elle possible ? Est-elle désorganisée ou submergée par le dialogue en cours ? Je juge précoce à ce jour d'initier du contact direct. Ses émotions se mettent suffisamment en jeu pour ne pas les décupler. La médiatisation du toucher met ainsi une distance entre touchant et touché tout en abordant les bienfaits du toucher : la contenance, la communication et la valorisation du corps.

Le dialogue tonico-émotionnel déjà fortement sollicité, l'un des principes que nous aménageons pour le limiter est une configuration de trois personnes fixes à chaque séance.

2. La triangulation

S. ROBERT-OUVRAY définit la triangulation comme « le principe organisateur de la place du sujet dans la relation. »[73]. Elle comprend trois personnes ayant chacune un rôle et une place spécifique. Par exemple dans les relations précoces de l'enfant, il forme une

[72] ANDRE P., BENAVIDES T., CANCHY-GIROMINI F., 1996, p.169
[73] ROBERT-OUVRAY S., 2003, p.119

dyade avec sa mère. A la venue du père, un tiers marquant la différence intervient dans la relation modifiant les places de chacun.

Dans le soin en co-thérapie, thérapeutes et patient ont une place déjà définie par leur titre. Ici nous sommes deux étudiantes en psychomotricité et un patient. Chacun a un rôle actif dans la séance.

a. Etre trois en prises en charge

Juste par le biais du dialogue tonique, il est possible de percevoir comme les affects sont en jeu en psychomotricité. La décision de prendre en charge Selma à deux est motivée en partie par cela. Au vue des émotions suscitées à notre première rencontre, nous décidons de réaliser la suite du travail à trois. Une triangulation s'opère ainsi dans la relation et dans la circulation des émotions diminuant la part individuelle d'affect.

Elle nous apporte aussi un double regard clinique complémentaire. Nous pouvons richement échanger sur les séances par la suite. Notre binôme s'est formé grâce au fait que nous nous connaissons bien, nous nous apprécions, savons travailler ensemble et surtout nous avons des regards souvent différents mais complémentaires. Quant à Selma nos regards se croisent sur des points mais divergent sur d'autres. Ils se justifient par la perception corporelle interne personnelle qui s'opère au cours de nos séances. Nous adoptons chacune une posture différente de fait nos vécus en sont marqués. Ainsi une manifestation de Selma peut être perçue différemment par chacune de nous. Cela enrichit notre prise en charge qui s'en trouve plus complète.

Cette décision nous la prenons pour plusieurs de nos suivis à l'association. Elle est aussi justifiée par la charge émotionnelle que le patient porte en lui quand il vient nous voir. Son histoire est souvent lourde. Il communique toute la tension et le mélange d'émotions qui le traverse. Pour nous aider à nous en détacher nous souhaitons les suivre ensemble. Ainsi le patient n'a pas une unique personne face à lui, à qui transmettre son vécu mais deux. Le tout est ainsi difracté en chacune, même si cela nous impacte différemment dans l'intensité comme la manière. Le fait d'extérioriser notre vécu l'une à l'autre par la parole ensuite nous décharge et les confronte. Je comprends ici l'importance qu'il peut y avoir à suivre une supervision de pratique une fois diplômée. Pour le patient, je

pense que « l'attachement » qu'il peut développer à l'égard de son thérapeute est aussi minimisé. En étant deux, il a l'opportunité de diviser son implication au thérapeute. Nous le voyions avec une patiente qui nous investit toutes deux énormément déjà. Je pense que si l'une de nous avait été seule avec cette dame en l'occurrence, le travail serait bien plus difficile. Nous pouvons en séance alterner des rôles pour proposer une activité ou mettre fin à une discussion qui s'éternise.

Certes une fois diplômé, le psychomotricien est souvent seul avec son patient qu'il soit ou non chargé d'affects importants. Nous voyions une opportunité peu rencontrée d'intervenir à deux futures psychomotriciennes. Avec Selma le jeu est enrichi par le nombre que nous sommes. Nos possibilités d'échanges et d'approches sont renforcées et je pense que cela en est bénéfique pour elle. Diplômés, il est peu probable de voir pratiquer deux psychomotriciens en co-thérapie. J'entrevois cependant, par les discussions échangées avec les psychologues de l'association, comme une co-thérapie peut être enrichie par les observations et le partage de connaissances et regards de deux professionnels issus de filières différentes.

La triangulation me permet d'aborder la question de la distance avec le patient. J'hésite souvent à parler de distance relationnelle ou de distance thérapeutique. Existe-t-il une différence ? Je pense que oui mais dans les faits est-elle applicable en clinique ?

b. Relation et distance

Edward T. HALL définit la distance relationnelle par le concept de proxémie. De son approche éthologique il développe la distance de relation dans la population humaine. Par l'image de bulles incluses l'une dans l'autre et entourant chaque personne il détermine différentes distances relationnelles adoptées. Elles sont liées à la perception que chacun à de l'espace ainsi qu'à des variables individuelles en lien avec la culture, la société et le vécu et les particularités sensorielles (le sens qui prévaut chez une personne).

E. T. HALL (1971) distingue ainsi les distances intime, personnelle, sociale et publique. La première qualifie la distance de relations intimes entre proches (corps à corps, étreinte). L'ensemble des sens hormis la vue est sollicité. La distance personnelle désigne la

proximité entre amis sans contact (discussion, confidence). La troisième, la distance sociale, désigne des relations entre personnes qui se connaissent et échangent de manière formelle. Il n'y a pas d'intimité ni d'affects particuliers en jeu. Enfin la distance publique engage une relation plus lointaine (distance entre un professeur et sa classe).

Ainsi la distance relationnelle est un concept général applicable à tout un chacun. Elle s'applique évidemment dans la rencontre avec le patient. Il est intéressant de voir la distance qu'adopte le patient : sa bulle proxémique est-elle large ou rétrécie ? Comment moi je le ressens ? Logiquement la distance sociale s'applique entre thérapeute et patient. Cependant l'espace étant un outil du psychomotricien, les distances sont susceptibles d'être grandement variées. Par le toucher thérapeutique nous accédons à la distance intime. Dans la danse nous pouvons aller dans une distance personnelle. La distance publique peut aussi être engagée dans divers jeux.

Par-là je perçois qu'avant la distance se trouve la relation. L'engagement dans une relation peut être multiple : relation conjugale, relation de voisinage, relation thérapeutique. C'est le type de relation qui engage une distance spécifique. Avant de me questionner sur la distance thérapeutique, il me faut donc spécifier la relation thérapeutique.

Pour qu'une relation soit thérapeutique, il faut qu'une demande l'objective et qu'un cadre précis soit posé et respecté par chacun. En psychomotricité, la relation s'établit dans un lien de confiance entre thérapeute et patient. Ce dernier peut formuler une demande d'aide quant à une souffrance. Au psychomotricien de l'écouter et prendre sa plainte en considération pour lui apporter une aide adaptée. La demande démontre l'implication du patient et sa participation active dans la thérapie. En psychomotricité, thérapeute et patient sont acteurs. Le patient n'est pas toujours en capacité d'exprimer sa demande soit parce qu'il ne peut pas (le bébé par exemple) soit parce qu'il n'est pas capable de la conscientiser ou la mettre en mots ; au psychomotricien de rester à l'écoute. Gérard BONNET précise qu' « Il faut parfois beaucoup de temps à certains patients pour qu'ils parviennent à localiser leur problème et à le dire. »[74].

Le cadre thérapeutique qui orne la relation doit être fixé spécifiquement pour chaque patient. Il prend en compte son individualité et sa problématique. C'est une donnée sur

[74] BONNET G., 2011, p.36

laquelle thérapeute comme patient peuvent se reposer et accéder par-là à une base de contenance et de sécurité. Catherine POTEL précise que « le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps ou dans une pensée. »[75]. Etablir un jour et une heure fixe de rencontre, un lieu régulier participe du cadre.

Distance relationnelle et relation thérapeutique maintenant établies, quelle distance thérapeutique peut-on formuler ?

Selon moi, la distance thérapeutique allie l'établissement d'une relation thérapeutique avec la prise de conscience que dans la proximité corporelle chacun garde sa place de thérapeute ou de patient. Chacun participe de la relation mais avec un rôle différent : l'un est en quête d'une solution, l'autre lui fournit des outils pour la trouver. Dans l'utilisation de ces outils que sont les médiations et médiateurs, une proximité psychocorporelle plus ou moins grande se joue. En gardant en tête la place de chacun – par le biais du cadre, des consignes et de l'écoute de chacun – chaque protagoniste doit percevoir les limites de l'autre pour ne pas les franchir. Pascal PRAYEZ écrit à ce propos que « La juste distance est la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places »[76]. Il faut aussi que la distance serve à l'objet de la demande. Par exemple, proposer une médiation nécessitant une distance intime à un patient avec de fortes irritabilités tactiles n'est peut-être pas indiqué en premier recours.

Pour terminer, je préciserai trois notions qui ont marqué professionnellement le déroulé du stage au cours duquel j'ai pu rencontrer Selma.

VIII. Notions mises en avant au cours du stage : entre apports et limites

1. La temporalité

Je développai l'importance des notions de continuité/discontinuité plus haut, or une rupture dans les suivis des patients est imposée du fait du contexte de stage. J'accorde une grande importance à préparer l'ensemble des patients à cette temporalité définie. Ils sont

[75] POTEL C., 2013, p.321
[76] PRAYEZ P., 2006, p.213

prévenus dès l'entretien du fait que nous sommes étudiantes et que nous serons présentes jusqu'à fin juin seulement.

Prévenir dès la première rencontre participe de la relation de confiance selon moi dans le sens où je donne au patient toutes les informations nécessaires pour qu'il se projette dans le suivi. Il sait dans quel cadre temporel il va évoluer. A ce propos je note une difficulté d'ordre général qui est de délimiter dans le temps un suivi. Il m'est souvent conseillé de dire au patient avec qui je commence un suivi pour combien de séances nous nous voyions. C'est difficile à faire pour moi car je me projette mal combien de séances approximativement lui seront nécessaires. La fin du stage peut imposer d'elle-même certaines fins cependant tous les patients ne nécessitent pas plusieurs mois de suivis. Il me faut donc trancher. Parfois nous refusons une rencontre prévoyant que le suivi sera long et qu'il est donc inadapté d'en entamer un ensemble tout en sachant que nous laisserions le patient en milieu de travail. Certes je vois ce stage comme une véritable opportunité personnelle, pour autant il ne faut pas en oublier que c'est du devenir du patient qu'il en va.

A plus grande échelle en terme d'institution, la psychomotricité est une nouveauté implantée depuis maintenant six mois à raison d'une journée par semaine. L'équipe est satisfaite de l'apport pour les patients. Nous sommes en voie de reconduire ce stage et par-là inscrire la présence de notre profession dans une temporalité plus longue. Ainsi une continuité de présence institutionnelle est possible, cependant teintée d'une rupture à la fois relationnelle (changement de binôme d'étudiants) et temporelle (laps de temps d'absence durant l'été).

2. La pluridisciplinarité

Outre la contrainte temporelle tout juste exposée, une limite pluridisciplinaire m'apparait dans certaines prises en charge. Le manque de recours à certains professionnels au sein de la structure nous fait refuser certaines indications de patients. En l'occurrence nous l'exposons à une des psychologues et décidons ensemble de le diriger vers une structure adaptée de proximité, comme le Centre Médico-Psychologique de secteur.

Il nous est dernièrement indiqué une femme douloureuse, qui fait des crises d'angoisse régulières, ne s'alimente plus, ne se douche plus seule, craint la chute tellement elle est paralysée par la peur. Cette dame a été violée il y a plusieurs années par un officier de police. Un suivi psychologique s'était fait le temps de la procédure judiciaire au sein de l'association. Aujourd'hui elle y revient du fait d'une recrudescence de son mal-être. La psychologue pense qu'elle fait un rejet de son corps ou du moins dissocie corps et esprit. Elle nous l'oriente pour un travail axé sur les sensations et l'appropriation corporelle. Au vue de l'ampleur de ses troubles et de nos contraintes nous ne trouvons pas raisonnable de la rencontrer. En discutant avec la psychologue, nous jugeons approprié qu'elle se mette en relation avec le psychiatre de la dame et voir ainsi ce qu'il est indiqué de faire.

Cette contrainte institutionnelle n'est pas caractéristique de notre stage cependant. En cabinet libéral, le psychomotricien est généralement seul. C'est pourquoi il est important de former un réseau avec d'autres professionnels de santé afin de pouvoir compléter un suivi par l'accompagnement d'autres professionnels. Une liaison avec le médecin par sa prescription est obligatoire et permet la coordination de l'ensemble des soins adéquats pour un patient.

Je tiens à mettre en avant la complémentarité entre les divers professionnels de santé tels que les psychiatres, psychomotriciens, ergothérapeutes et psychologues. J'ai eu l'occasion d'échanger avec chacun sur une même clinique rencontrée.

Je suis particulièrement marquée par la disponibilité et l'écoute de l'équipe de psychiatres d'un Hôpital d'Instruction des Armées lors d'un stage court. Observant des entretiens psychiatriques, j'étais sollicitée en fin de rendez-vous par le psychiatre pour lui exprimer mes ressentis, mon point de vue, mes questionnements quant au patient rencontré. Il pouvait alors m'éclairer, m'inciter à approfondir des observations et ainsi aiguiser mon œil clinique. J'ai pu gagner en assurance par nos échanges mais aussi grâce aux prises de paroles qu'il m'a permise devant l'équipe soignante. L'un des psychiatres m'a profondément marqué et je lui suis très reconnaissante pour l'apport professionnel tant théorique que clinique et personnel qu'il a pu m'offrir.

Par ailleurs, mon stage au sein de l'association m'a permis de m'entretenir chaque semaine avec les psychologues. Une richesse et surtout une opportunité d'échanges inattendues compte tenu des emplois du temps de chacun. Nos discussions me sont très précieuses à considérer dans le suivi des patients. Les psychologues m'ont apporté des connaissances

sur le milieu associatif, la victimologie, etc. Le fait de suivre conjointement des patients ou des membres d'une même famille nous offre un complément d'informations et de questionnements, issus des yeux de praticiens formés différemment. Selma est suivie en psychomotricité tandis qu'Oliv son frère l'est en psychothérapie. Avec la psychologue, nous n'échangeons pas sur les contenus des séances de chacun mais notons les manifestations qui nous interrogent, particulières aujourd'hui. Le lien fraternel est intéressant à faire car nous pouvons interroger sur des vécus similaires ou non, des actes ou paroles incomprises dont l'autre professionnel pourrait connaitre la signification. La mère comme les enfants livre des éléments qu'à un seul des professionnels parfois. En psychomotricité il nous arrive de le garder pour nous s'il n'y a pas lieu de le partager. Autrement nous en parlons avec la psychologue qui peut être plus à même de le reprendre si besoin. De plus certains éléments sont primordiaux à donner tels que des idées suicidaires émises.

Mme L. nous fait part un jour du suicide brutal d'une amie très proche d'elle et des enfants. Elle ne sait pas comment les en informer mais ressent qu'ils perçoivent fortement son chagrin. D'autant plus que les enfants ont l'habitude d'être gardés par cette amie. Nous accueillons ses propos mais la redirigeons vers la psychologue d'Oliv que nous jugeons plus qualifiées mais surtout plus en mesure de la conseiller. Nous souhaitions aussi contenir l'investissement de cette mère à notre égard et diffracter cette lourde confidence dans une visée institutionnelle.

Monsieur P. est suivi en psychothérapie et en psychomotricité. Il nous évoque très clairement à deux reprises ses idées suicidaires. Nous avertissons la psychologue pensant qu'il les ait formulés avec elle également. Elle nous précise qu'il a jusqu'ici toujours énuméré des idées noires mais jamais suicidaires. Lui précisant les propos de Mr, elle garde en tête ce nouvel élément.

3. Un cadre professionnalisant

Le cadre d'intervention de ce stage m'est très professionnalisant sur plusieurs points. Je le vois comme une projection dans le post-diplôme, avec plus de responsabilités que dans un stage typique et des apports spécifiques.

Marianne et moi-même sommes le professionnel référent en terme de psychomotricité pour les patients et l'équipe institutionnelle. Cette posture impose une modalité relationnelle autre que lorsque nous sommes stagiaires d'un psychomotricien diplômé. Les échanges avec les patients comme l'équipe en sont modifiés. Je me projette ainsi plus dans ce que le diplôme implique, et c'est une chose que j'apprécie grandement. Tous questionnements de nos patients, la prise de rendez-vous, les contacts téléphoniques ou par e-mail, etc nous avons à les gérer. Du fait de notre statut de stagiaires nous faisons signer une autorisation parentale pour les mineurs et une feuille d'engagement pour les majeurs. Il s'agit d'un document officiel signé par notre Institut de Formation et l'association qui nous protège et « légalise » notre intervention. Ce statut nous l'abordons en toute transparence avec les patients et ne l'oublions pas. Il implique toutefois d'avoir la posture, la pratique et les connaissances assurées d'un professionnel face aux patients et à l'équipe. C'est ainsi qu'il nous faut par exemple être à l'aise dans la présentation de notre métier. Nous l'exposons une première fois le jour de l'entretien de manière général puis le reprenons lors du retour de bilan en explicitant plus exactement ce en quoi la psychomotricité est indiquée pour ce patient. Toute cette démarche, je n'avais jamais ou du moins pas totalement eu à le faire auprès de patients précédemment.

Pour faciliter notre insertion dans la structure, nous avons créé un dépliant que les psychologues donnent aux patients pour lesquels elle voit un intérêt mais qui sont aussi libres d'accès aux victimes. Ce dépliant relate succinctement une présentation de notre métier, qui nous sommes et nos possibilités d'intervention.

Pareillement nous pensons, effectuons et rédigeons les entretiens, les bilans, les projets thérapeutiques et les retours de séances de chaque patient. C'est chronophage et demande une implication importante cependant c'est je pense ce qu'il est demandé à un professionnel diplômé.

L'atout majeur de cette expérience est d'être deux étudiantes. Toutes ces démarches sont effectuées par chacune de nous. Nous mettons un point d'honneur à rédiger individuellement les documents relatifs aux patients. Cela nous permet de poser nos points de vue, sans trop d'influence extérieure puis de les confronter. Nous repensons ensuite un projet thérapeutique commun issu de nos observations et réflexions respectives. Nous n'oublions pas non plus notre tutrice externe de stage avec qui nous échangeons longuement sur chaque patient à raison d'une fois toutes les deux à trois semaines. Elle

nous éclaire de son point de vue et de ses réflexions avec un regard extérieur mais connu de la situation. Elle peut ainsi ouvrir nos réflexions, nous conseiller sur des indications principalement et nous mettre en garde parfois.

Un autre atout pour moi est de suivre des patients que j'ai rencontré pour la première fois en entretien. J'ai ainsi en tête tous les premiers temps de rencontres qui permettent d'installer la relation entre thérapeute et patient. Ce n'est pas négligeable pour moi car j'accorde beaucoup d'importance à l'aspect relationnel (au cours des temps formels et informels). Ainsi lorsque je rencontre des patients qu'une maitre de stage suit déjà j'ai besoin d'un certain temps de découverte et d'adaptation à l'autre que je ne trouve pas aussi naturel que dans les circonstances habituelles (entretien, bilan).

Du fait de la relation spécifique engagée avec chaque patient, il peut nous arriver de déroger au cadre posé. Avec Mme M. (dame parlant beaucoup) il s'agit des temps de séance que nous tenons très mal, se prolongeant souvent de quinze minutes voire plus. Sachant son importante solitude et happées dans notre relation, nous restons vigilantes au maintien du cadre tout en permettant malgré tout ce débordement. Nous ne nous ruons pas sur nos montres en séance pour contrôler le temps passés mais privilégions des temps de discussion plus longs qu'avec d'autres patients. Nous le ressentons comme un besoin pour elle mais aussi comme important dans la relation thérapeutique qui nous unit.

Conclusion

Tout ne se joue pas avant 3 ans : quel beau titre que celui de cet ouvrage du Professeur Pierre DELION laissant présager que non, la présence de troubles dans l'enfance ne présage pas d'un destin tout tracé. Dans le cadre du psychotraumatisme, la prise en charge précoce de l'enfant et de sa famille ouvre à une évolution positive des troubles manifestés.

Il est bien difficile chez un petit être en développement de donner un mot chargé de définir les bouleversements psychocorporelles engendrés par un vécu de violences, comme le dit si bien Selma : « Hmmmm je sais pas ». Stress ou traumatisme, les manifestations psychomotrices symptomatiques me parlent davantage : défaut de régulation tonico-émotionnelle, particularité posturale, défaillance des enveloppes psychocorporelles, manque de continuité, défaut de symbolisation/langage. Le tout dépendant en partie du niveau de développement de l'enfant.

Ne pas oublier ses conséquences dans la relation thérapeutique. Le petit d'homme donne à voir et à recevoir. Le psychomotricien se doit d'aiguiser son œil professionnel afin de capter tous ses signaux expressifs, tout en sachant transmettre une dose mesurée d'affects dans le dialogue tonico-émotionnel les unissant. Dans un appel au cadre thérapeutique – contenant, rassurant et sécurisant – aux médiations corporelles, à la juste mesure entre continuité et discontinuité, tous deux travaillent à assurer pour l'enfant un développement psychomoteur aussi harmonieux puisse-t-il l'être.

Le psychomotricien forge en grande partie son identité professionnelle dans la rencontre et l'évolution auprès des patients. A l'instar de l'enfant ce sont nos multiples expériences qui nous aident à nous définir en tant que psychomotricien et à affiner notre sensibilité psychocorporelle constamment éveillée.

Annexes

ANNEXE I

Liste des indications formulées auprès du personnel de l'association

Document à destination du personnel de l'association

La psychomotricité propose un travail sur et avec le corps pour aider les individus sujets à des conflits psychiques et/ou corporels. Voici pour vous éclairer quelques indications de suivi :

- Manifestations somatiques : anxiété marquée, cauchemars, hypervigilance, reviviscence de l'événement
- Difficultés attentionnelles : difficultés à se concentrer sur des tâches simples ou à maintenir son attention, esprit parasité par d'autres pensées (exemple : au travail, lecture, télévision)
- Difficulté d'accès à la parole : incapacité à s'exprimer sur l'événement traumatique ou autres éprouvés, parole bloquée (lié par exemple au vécu de l'événement, à l'âge de la victime, etc)
- Victime qui peut exprimer une demande d'approche psychocorporelle (relaxation, danse, yoga, travail autour de la respiration, etc)
- Perception et investissement de soi altéré : désinvestissement corporel esthétique/moteur (repli, perte d'envie pour les activités habituelles)/social (perte de contact avec l'entourage, démission, déscolarisation), manque de confiance et d'estime de soi, conduites à risque/recherche à outrance de sensations ou retrait des sensations

Les victimes doivent formuler ces manifestations comme dérangeantes dans leur quotidien. Elles doivent être persistantes dans le temps et résulter de l'événement. Une association de plusieurs de ces manifestations justifie d'une indication.

Ce document n'est pas exhaustif c'est pourquoi nous vous incitons à prendre contact auprès de nous pour tous questionnements.

Au plaisir de travailler avec vous

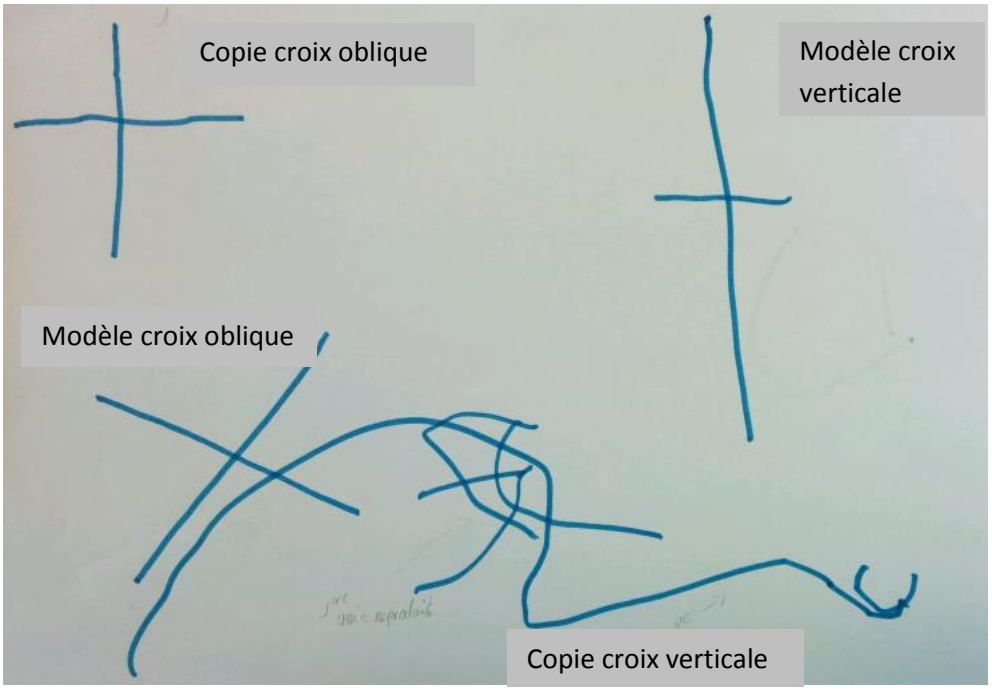
Cordialement,

VALLEE Floriane et VANNI Marianne

ANNEXE II

Copie de rond

Copie d'une croix verticale et d'une croix oblique de Selma



Dessin d’une maison de Selma

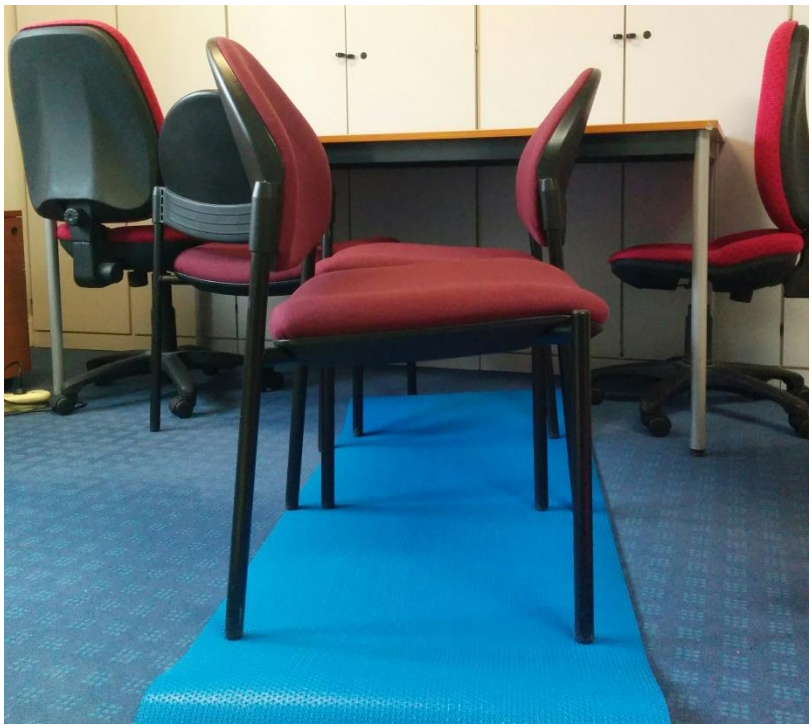
ANNEXE III

Dessin du bonhomme de Selma

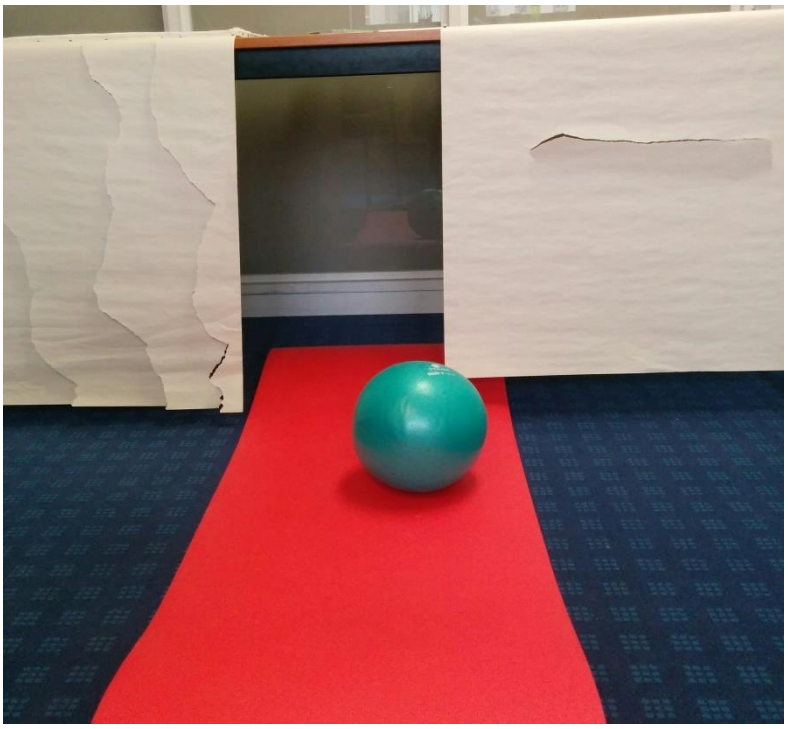
ANNEXE IV

Les trois cabanes

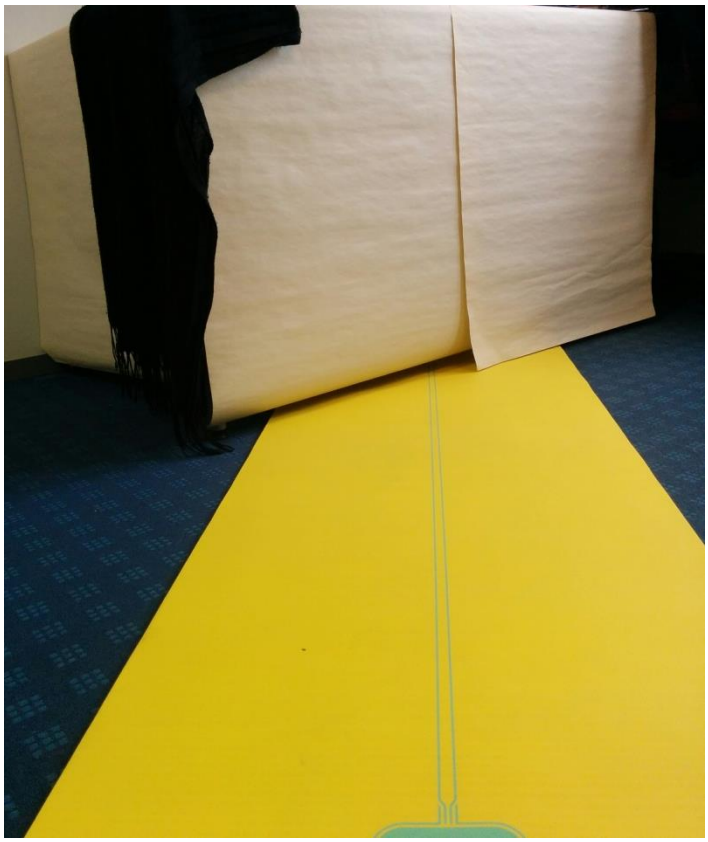
- La cabane bleue



- La cabane rouge



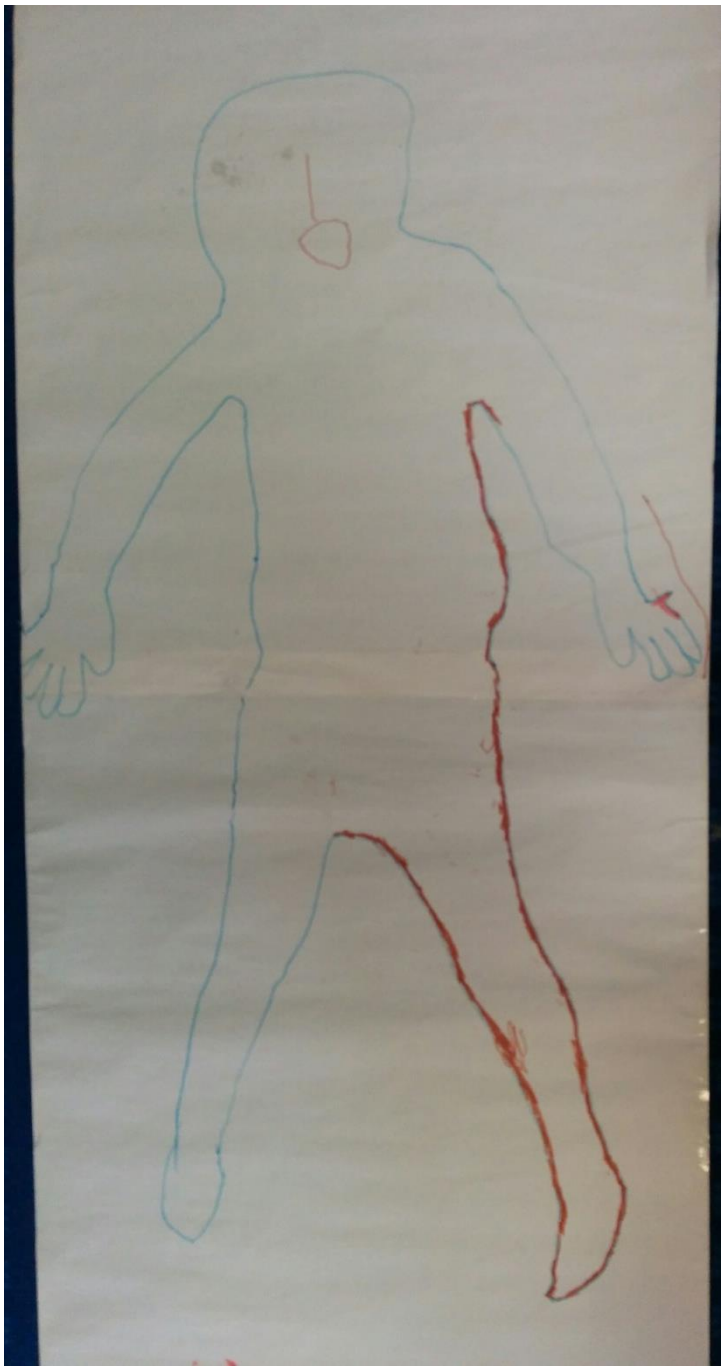
- La cabane jaune



ANNEXE V

Evolution du dessin de la silhouette de Selma

- Séances 1 et 2



- Séances 3, 4 et 5

ANNEXE VI

Classification du DSM-5

Le trouble réactionnel de l'attachement. 313.89 (F94.1)

A. Mode relationnel durable vis-à-vis des adultes qui prennent soin de l'enfant, caractérise par un comportement inhibé et un retrait émotionnel, comme en témoignent les deux éléments suivants :
1. L'enfant cherche rarement ou imperceptiblement le réconfort quand il est en détresse.
2. L'enfant répond rarement ou imperceptiblement au réconfort quand il est en détresse.

B. Perturbation sociale et émotionnelle persistante caractérisée par au moins deux des éléments suivants :
1. Diminution de la réactivité sociale et émotionnelle à autrui.
2. Affects positifs restreints.
3. Episodes inexpliqués d'irritabilité, de tristesse ou de craintes qui sont évidents même lors d'interactions non menaçantes avec les adultes qui prennent soin de l'enfant.

C. L'enfant a vécu des formes extrêmes d'insuffisance de soins comme en témoigne au moins un des éléments suivants :
1. Négligence ou privation sociale caractérisée par une carence chronique des besoins émotionnels élémentaires concernant le réconfort, la stimulation et l'affection de la part des adultes prenant soin de l'enfant.
2. Changements répétés des personnes qui s'occupent principalement de l'enfant, limitant les possibilités d'établir des attachements stables (p. ex. changements fréquents de famille d'accueil)
3. Education dans des conditions inhabituelles qui limitent sévèrement les possibilités d'étbalir des attachements sélectifs (p. ex. institutions comprenant un nombre élevé d'enfants par rapport au nombre d'adultes).

D. Le manque de soins décrit dans le critère C est ocnsidéré comme étant à l'origine des comportements perturbés décrits dans le critère A (p. ex. les perturbations décrites dans le critère A ont débuté après le manque de soins adéquats décrits dans le critère C).

E. Les critères ne répondent pas à un trouble du spectre de l'autisme.

F. Le trouble est évident avant l'âge de 5 ans.

G. L'âge de développement de l'enfant est d'au moins 9 mois.

Désinhibition du contact social. 313.89 (F94.2)

A. Mode relationnel avec lequel un enfant s'approche activement et interagit avec des adultes inconnus et présente au moins deux des éléments suivants :
1. Réticence réduite ou absence de réticence dans l'approche ou l'interaction avec des adultes peu familiers.
2. Comportement verbal ou physique excessivement familier (qui n'est pas en accord avec les limites sociales culturellement admises ou avec l'âge).
3. Ne demande pas ou guère l'accord d'un audlte qui prend soin de lui avant de s'aventurer au loin, même dans des lieux inconnus.

4. Accepte de partir avec un adulte peu familier avec un minimum d'hésitation ou sans aucune hésitation.

B. Les comportements du critère A ne se limitent pas à une impulsivité (comme dans le déficit de l'attention/hyperactivité) mais incluent un comportement socialement désinhibé.

C. L'enfant a vécu des formes extrêmes de carence de soins comme en témoigne au moins un des éléments suivants :

1. Négligence sociale ou privation dans le sens d'une carence chronique des besoins émotionnels élémentaires concernant le réconfort, la stimulation et l'affection de la part des adultes prenant soin de l'enfant.
2. Changements répétés des personnes qui s'occupent principalement de l'enfant, ce qui limite les possibilités d'établir un attachement stable.
3. Education dans des conditions inhabituelles qui limitent sévèrement les possibilités d'établir des attachements sélectifs.

D. Le manque de soins décrit dans le critère C est considéré comme étant à l'origine des comportements perturbés décrits dans le critère A.

E. L'âge de développement de l'enfant est d'au moins 9 mois.

Trouble stress post-traumatique. 309.81 (F43.10)

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, cf. les critères correspondants ci-dessous.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
3. Réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Evitement persistant de stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
2. Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques.
2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde.
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs des événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
4. Etat émotionnel négatif persistant.
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives.

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Perturbation du sommeil.

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraine une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

Trouble Stress Post-Traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins.

A. Chez l'enfant de 6 ans ou moins, exposition à la mort effective ou une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant.

3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un parent ou à une personne prenant soin de l'enfant.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou à plusieurs événements traumatiques ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
3. Réactions dissociatives au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. Des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir au cours du jeu.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices rappelant le ou les événements traumatiques.

C. Un (ou plusieurs) des symptômes suivants, représentant soit un évitement persistant de stimuli associés à l'événement/aux événements traumatiques, soit des altérations des cognitions et de l'humeur associés à l'événement/aux événements traumatiques, doivent être présents et débuter après le ou les événements ou s'aggraver après le ou les événements traumatiques :

Evitement persistant de stimuli

1. Evitement ou efforts pour éviter des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.
2. Evitement ou efforts pour éviter les personnes, les conversations ou les situations interpersonnelles qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.

   Altération négatives des cognitions

3. Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs.
4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces activités, y compris le jeu.
5. Comportement traduisant un retrait social.
6. Réduction persistante de l'expression des émotions positives.

D. Changements marqués de l'éveil et de la réactivité associés à l'événement/aux événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des évènements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Comportement irritable ou accès de colère qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Hypervigilance.
3. Réaction de sursaut exagérée.
4. Difficultés de concentration.
5. Perturbation du sommeil.

E. La perturbation dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraine une souffrance cliniquement significative ou une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.

G. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou une autre affection médicale.

Trouble Stress Aigu. 308.3 (F43.0)

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'un e (ou plus) des façons suivantes :
   1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
   2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant.
   3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un parent ou à une personne prenant soin de l'enfant.
   4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques.

B. Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes : symptômes envahissants, humeur négative, symptôme dissociatif, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

   Symptômes envahissants
   1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
   2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
   3. Réactions dissociatives au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire.
   4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

   Humeur négative
   5. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives.

   Symptômes dissociatifs
   6. Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même.
   7. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques.

   Symptômes d'évitement
   8. Efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
   9. Efforts pour éviter les rappels externes qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs évènement traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

   Symptômes d'éveil
   10. Perturbation du sommeil.
   11. Comportement irritable ou accès de colère qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
   12. Hypervigilance.
   13. Difficultés de concentration.
   14. Réaction de sursaut exagérée.

C. La durée de la perturbation des symptômes est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme.

D. La perturbation entraine une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

Trouble de l'adaptation

A. Survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables dans les 3 mois suivants l'exposition au(x) facteur(s) de stress.

B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs comme n témoigne un ou les deux éléments suivants :

1. Détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs cultures qui pourraient influencer la gravité des symptômes et la présentation.
2. Altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. La perturbation causé par le facteur de stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement une exacerbation d'un trouble mental préexistant.

D. Les symptômes ne sont pas ceux d'un deuil normal.

E. Une fois que le facteur de stress ou ses conséquences sont terminés, les symptômes ne persistent pas au-delà d'une période additionnelle de 6 mois.

Autre trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, spécifié. 309.89 (F43.8)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques dans lesquels des symptômes caractéristiques d'un trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress et entrainant une détresse cliniquement significative ou à une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants sont au premier plan mais ne remplissent tous les critères d'aucun des trouble de la classe des troubles liés à un traumatisme ou à des facteurs de stress. La catégorie autre trouble spécifié lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress est utilisée dans des situations où le clinicien décidé de communiquer la raison particulière pour laquelle les critères d'aucun trouble spécifique lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress ne sont entièrement remplis par le tableau clinique. Cela est fait en notant « autre trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, spécifié » suivi de la raison spécifique.

Trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, non spécifié. 309.9 (F43.9)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques dans lesquels des symptômes caractéristiques d'un trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress et entrainant une détresse cliniquement significative ou à une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants sont au premier plan mais ne remplissent tous les critères d'aucun des trouble de la classe des troubles liés à un traumatisme ou à des facteurs de stress décrits précédemment dans ce chapitre. La catégorie autre trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, non spécifié est utilisée dans des situations où le clinicien décide de ne pas communiquer la raison particulière pour laquelle la présentation clinique ne remplit pas entièrement les critères d'un trouble spécifique lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, et inclut les situations où l'on n'a pas assez d'informations pour poser un diagnostic spécifique.

ANNEXE VII

Classification CD : 0-3

État de stress traumatique - CD : 0-3

Continuum de symptômes liés à un seul événement, une série d'événements traumatiques connexes ou un stress chronique, durable. Le clinicien devrait rechercher l'existence de tels événements et des aspects énumérés ci-dessous.

A. Reviviscence du traumatisme, qui se révèle par :

a. Jeu post-traumatique.

b. Souvenirs fréquents de l'événement traumatique en dehors du jeu.

c. Cauchemars répétés.

d. Détresse aux rappels du traumatisme.

e. Reviviscence ou conscience dissociée.

B. Engourdissement de la sensibilité ou interférence avec l'élan du développement :

a. Retrait social accru.

b. Registre émotionnel limité.

c. Perte momentanée de capacités développementales acquises auparavant.

d. Diminution du jeu.

C. Symptômes d'éveil augmentés :

a. Terreurs nocturnes.

b. Difficultés à s'endormir.

c. Réveils nocturnes répétés.

d. Troubles significatifs de l'attention.

e. Hypervigilance.

f. Réaction de sursaut exagérée.

D. Symptômes non présents antérieurement :

a. Agression envers les pairs, les adultes ou les animaux.

b. Angoisse de séparation.

c. Peur d'aller seul aux toilettes.

d. Peur du noir.

e. Autres peurs nouvelles.

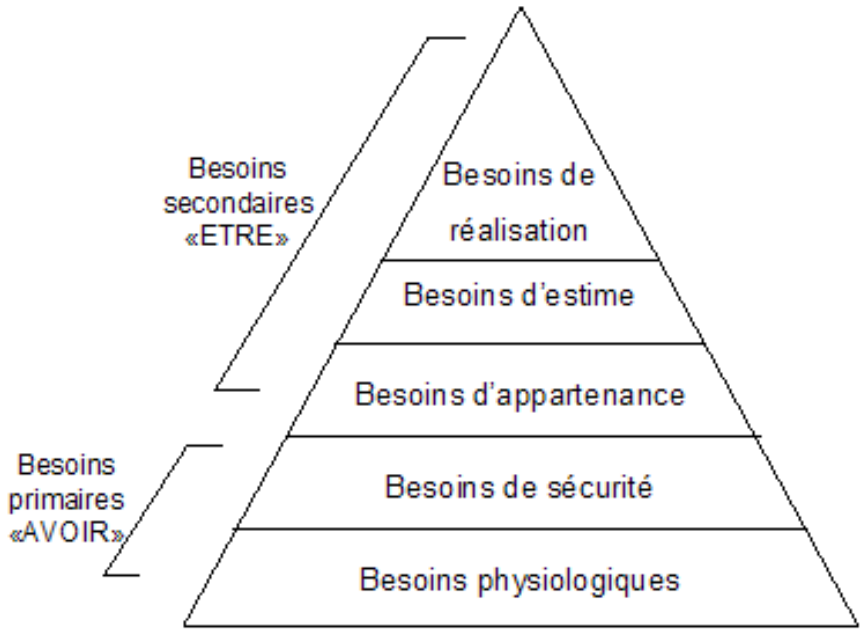
f. Comportement défaitiste ou provocation masochiste.

g. Comportements de nature sexuelle et agressive.

h. Autres réactions non verbales, par exemple symptômes somatiques, reviviscences motrices, stigmates cutanés, souffrance ou maintien de positions douloureuses.

ANNEXE VIII

La pyramide des besoins de MASLOW



Bibliographie

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2016), *Mini DSM-5 Critères diagnostiques*, France, Elsevier Masson.

ALI HAMED N. (2010), L'enfant au cœur des violences conjugales, dans *L'information psychiatrique*, vol 86, n°10, 839-847.

ANDRE P., BENAVIDES T., CANCHY-GIROMINI F. (1996), Corps & psychiatrie, France, Heures de France.

ANZIEU D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 2e éd, 1995.

BACHOLLET M., MARCELLI D. (2010), Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements, dans *Enfances et Psy*, n°49, 14-19.

BERTHOZ A. (1997), *Le sens du mouvement*, Paris, Odile Jacob, 2008.

BION W.R. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979.

BONNET G. (2011), *Les mots pour guérir*, France, Payot.

CICCONE A. (2001), Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques, dans *Cahiers de psychologie clinique*, n°17, 81-102.

CROCQ L. (2012), *16 leçons sur le trauma*, Paris, Odile Jacob.

DALIGAND L. (2009), Le psychotrauma de l'enfant, dans *Revue francophone Stress et Trauma*, vol 9, n°4, 224-227.

DUMONT C. (2011), *Les relations d'attachement et d'activation père-enfant : effet modérateur de l'engagement paternel pour prédire le développement socio-affectif des enfants.* Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophie Doctor en Psychologie Option recherche et intervention clinique.

DUPARC J. (2004), Winnicott, insolite, dans *Monographies de psychanalyse*, Paris, PUF

FORTIN A. (2009), L'enfant exposé à la violence conjugale : quelles difficultés et quels besoins d'aide ?, dans *Empan*, n°73, 119-127.

FREUD S. (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, France, Payot, 2010.

GOLSE B., LAZARATOU H. (2016), L'exposition des enfants à la violence intrafamiliale. La transmission du trauma psychique interpersonnel des parents aux enfants, dans *Psychiatrie de l'enfant*, vol 1, 309-331.

GUEDENEY N. (2007), Le domaine de la protection de l'enfance. L'enrichissement des pratiques par la théorie de l'attachement, dans *Perspectives Psy*, vol 46, 11-17.

HALL E. T. (1971), *La dimension cachée*, Paris, Editions du Seuil.

HERMANN J. (1992), *Trauma and recovery*, New-York, Basic.

HOUZEL D. (2005), *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, Editions sous presse, 2e éd, 2010.

JOLY F., LABES G. (2008), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Volume 1 Corps, tonus et psychomotricité*, France, Papyrus.

JOSSE E. (2011), *Le traumatisme psychique des nourrissons, enfants et adolescents*, Belgique, De Boeck Supérieur, 2e éd, 2016.

KAES R. (2007), Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept, dans *Carnet Psy*, n°117, 33-39.

KEDIA M., SABOURAUD-SEGUIN A. et al (2013), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie*, Paris, 2e éd, Dunod.

LAPLANCHE J., PONTALIS J-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, 5e édition, PUF, 2009.

LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M. (1985), *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, volume 4, Paris, PUF, 1995.

PIERREHUMBERT B. (2003), *Le premier lien. Théorie de l'attachement*, Paris, Odile Jacob.

POTEL C. (2013), *Etre psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Erès, 2010.

PRAYEZ P. (2006), *Julie ou l'aventure de la juste distance*, France, Lamarre.

RICHARD M-F. (1989), Quand le corps du psychomotricien rencontre le corps de l'enfant, dans *Thérapie psychomotrice*, n°3, 29-34.

RIVIERE J. (2000), Le développement psychomoteur du jeune enfant : idées neuves et approches actuelles, Marseille, Solal.

ROBERT-OUVRAY S. (2003), *Enfant abusé enfant médusé*, Paris, Desclée de Brouwer.

ROMANO H. (2013), *L'enfant face au traumatisme*, Paris, Dunod.

SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M. (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Tome 1 Concepts fondamentaux, Paris, De Boeck solal, 2015.

SELYE H. (1962), *Le stress de la vie*, Canada, Gallimard, 1975.

STRUYF-DENYS G. (1979), *Les chaînes musculaires et articulaires*, Bruxelles, Edition ICT GDS, 5e éd, 1997.

STERN D. (1997), *La constellation maternelle*, Paris, Calmann-Lévy.

TERR L. (1991), Childhoot trauma : an outline and overview, dans *American Journal of Psychiatry*, n°148, 10-20.

VASSELIER-NOVELLI C., & HEIM C. (2006), Les enfants victimes de violences conjugales, dans *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol 1, n°36, 185-207.

WALLON H. (1949), *Les origines du caractère chez l'enfant*, Paris, PUF.

WINNICOTT D. W. (1947), Le bébé en tant que personne, dans *L'enfant et le monde extérieur : le développement des relations*, Paris, Payot, 1972.

WINNICOTT D.W. (1956), La préoccupation maternelle primaire, dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, 285-291.

WINNICOTT D. W. (1958), La capacité d'être seul, dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, 325-333.

Zero to Three/National Center for Infants, Toodlers and Families (1998), *Classification Diagnostique de 0 à 3 ans*, Genève, Editions Médecine et Hygiène.

RESUME

Chacun porte en soi les souvenirs de son enfance teintés d'émotions, de rencontres et d'expériences singulières. Pour certains enfants ils seront marqués par des violences qui, avant de s'inscrire comme souvenirs, marqueront leur développement. Ainsi, quelles manifestations psychocorporelles liées à l'exposition prolongée à ces violences l'enfant exprime-t-il ? Comment la relation thérapeutique entre le psychomotricien et l'enfant en est-elle impactée ? C'est à travers l'histoire de Selma que je répondrai à ces questionnements. L'objet de ce mémoire est de partir d'observations cliniques confrontées à des concepts théoriques pour parvenir à une réflexion sur la thérapie psychomotrice à engager.

Mots-clés : enfant – stress – traumatisme psychique – relation thérapeutique – régulation tonico-émotionnelle – enveloppes psychocorporelles

SUMMARY

People bring in them their childhood memories tinged with feelings, meetings and singular experiences. For some children, those memories will be scarred by violences which, before standing like those, will mark their development. In this way, which body mind manifestation linked to the prolonged violence's exposition are expressed by the child ? How the therapeutic relationship between the psychomotrician and the kid is impacted ? It's through the Selma story that I am going to answer to those questionings. The purpose of this essay is to start from clinical observations faced to theoretical concepts to reach a reflexion on the psychomotor therapy to initiate.

Key words : child – stress – psychological trauma – therapeutic relationship – tonico-emotional regulation – psycho-physical shell