

Table des matières

INTRODUCTION	5
I. POSER LE DECOR	8
1. LE CAMSP, HERITIER D'UNE HISTOIRE.....	9
1.1 <i>Période des origines</i>	9
1.2 <i>Un cadre, des missions, quelle évolution ?</i>	11
1.3 <i>Une culture du médico-social précoce ?</i>	13
1.4 <i>Le CAMSP, la psychomotricité, la psychomotricienne et moi.</i>	19
2. À LA RENCONTRE DE SARAH ET MME M	21
2.1 <i>La première rencontre</i>	22
2.2 <i>En remontant le fil de l'histoire</i>	23
3. TOC, TOC, TOC, QUI EST LA ?.....	25
3.1 <i>Sarah, une manière d'être au monde</i>	26
3.2 <i>Face à l'ambivalence, la discontinuité</i>	35
II. DES MOUVEMENTS D'ARRIERE-SCENE A L'ECLAIRAGE DE NOTRE ESPACE SCENIQUE	39
1. QUELLE SUITE DANS UN CONTEXTE PSYCHOSOCIOLOGIQUE FRAGILE ?.....	39
1.1 <i>Une mise en lien</i>	39
1.2 <i>La « guidance parentale »</i>	41
1.3 <i>D'une prescription initiale vers un réaménagement de la demande</i>	42
1.4 <i>À la recherche d'une alliance thérapeutique.</i>	44
2. À LA RECHERCHE D'UNE CONTENANCE INSTITUTIONNELLE.....	46
2.1 <i>Enveloppe institutionnelle</i>	47
2.2 <i>Être porté pour porter, quand l'institution fait fonction de tiers</i>	51
2.3 <i>Une métaphore des mouvements d'équipe</i>	53
3. SUR LE FIL TENDU DE LA RELATION	57
3.1 <i>Un ajustement constant</i>	58
3.2 <i>Une disponibilité créative</i>	61
EN CONCLUSION, UNE OUVERTURE.....	65
BIBLIOGRAPHIE	68
ANNEXES	I
Annexe 1 : <i>Courbe d'estimation de poids fœtal 2014</i>	II
Annexe 2 : <i>Fable « les aveugles et l'éléphant »</i>	III

Introduction

Lors de ma première année, un cours d'expressivité du corps m'a fait explorer la kinésphère¹. À l'écoute de mes sensations corporelles, je m'étais décrite « ma bulle » : sa forme, sa consistance, sa perméabilité, son adaptation vis-à-vis des autres, mais aussi ma manière de l'habiter. Cette séance m'a saisie, je mettais le doigt sur une notion sur laquelle je m'étais appuyée de manière empirique, en tant que travailleuse sociale, pour m'ajuster dans la relation à l'autre. Mais, force était de constater à quel point elle avait évolué, à quel point elle s'était fragilisée sur le chemin chaotique d'une crise institutionnelle. Cette formation pour devenir psychomotricienne m'a nourrie de bien des manières. J'ai pu constater une modification qualitative de cette kinésphère, notamment au travers des pratiques psychocorporelles. Je l'ai sentie redevenir plus consistante moins poreuse aux diverses agitations ambiantes. J'ai pu à nouveau mettre en œuvre ce jeu d'ajustement dans les différents suivis que j'ai accompagnés durant mes stages. Mais en cette dernière année, l'accompagnement d'une dyade mère-enfant est venue faire écho à cette notion de kinésphère et d'enveloppe institutionnelle. Avec en toile de fond une interrogation récurrente : N'y aurait-il pas à s'enquérir de ce qui se joue en arrière fond du théâtre afin de mieux saisir ce qui se donne à voir sur le devant de la scène ?

¹ Théorisée par Rudolf Laban, la kinésphère est un volume sphérique imaginaire qui entoure le corps, démarquant l'espace individuel du mouvement de l'espace alentour.

En travaillant dans le secteur de la petite enfance, nous ne pouvons qu'avoir en tête cet adage de Winnicott « *un bébé seul n'existe pas* » (Winnicott, 1972, p. 115). Force est de constater, de notre place de stagiaire allant d'institution en institution que nous pourrions étendre la formulation à « *un psychomotricien seul n'existe pas* ». Nous constatons bien souvent l'importance de ce cadre muet, le jour où nous devons faire face à ces dysfonctionnements. Pourtant son impact est constant et la question institutionnelle me semble être au cœur de nos pratiques. Comment une institution vient orienter singulièrement notre clinique ? Comment sommes-nous liés aux différents mouvements qui la traversent ? Ces questions pourraient se poser à chacun de nous. À notre arrivée, nous y entrons et y découvrons des singularités. Nous nous y ajustons. Elle nous marque de son empreinte, parfois bien longtemps après l'avoir quittée. Cette invisible est liée à nous de manière dynamique, elle nous façonne autant qu'elle nous laisse l'espace pour interagir avec elle et déployer notre créativité.

En partant d'une situation clinique, comment pourrions-nous décortiquer le maillage institutionnel nécessaire au déploiement de notre pratique ?

En partant de l'idée de François Tosquelles que « *L'être humain ne vient pas au monde pour habiter un monde pré-construit sinon il meurt, il vient au monde pour co-construire le monde avec ses semblables* » (Tosquelles cité dans Godard, 2017). J'en suis venue à émettre l'hypothèse que la co-construction au sein des séances, mais aussi au sein de l'institution est la clé pour une mise en mouvement.

Je vous propose d'entrevoir mon regard au fil d'une prise en soin en CAMSP. Françoise Giromini écrit : « *il faudra considérer les textes comme une « nourriture » pour ensuite pouvoir penser par soi-même* » (Giromini, 2003, p. 7). Pour rester dans la métaphore alimentaire, c'est pour que la lecture soit plus « digeste » que j'ai choisi de ne pas scinder mon mémoire. Ainsi très modestement, j'ai tenté de garder l'équilibre entre clinique et théorie. J'ai pris le parti de m'attarder sur les liens théoriques que je dégageais de cette situation ou ceux qui ont résonné à la suite d'une lecture, jusqu'à habiter ma réflexion.

Nous plongerons tout d'abord vers les origines de l'action médico-sociale précoce afin de remonter doucement à la rencontre d'une petite fille, Sarah² et sa maman, Mme M.

Puis nous prendrons de la hauteur pour observer les mouvements qu'un nouveau suivi en psychomotricité entraîne dans son sillage. Avant de revenir au sein de nos séances, et constater ce qui s'y développe à la lumière de cette enveloppe institutionnelle qui se sera tissée tout autour.

² Pour des raisons déontologiques, les noms et prénoms sont anonymés.

I. Poser le décor

Ancienne éducatrice spécialisée, j'ai de nombreuses fois été confrontée, dans le discours de parents d'adultes accompagnés en foyer d'hébergement, au « traumatisme » (Korff-Sausse, 1996, p. 36) des premières années. Il semblait dans leur discours que cette période restait figée parfois même de longues années après. Jusqu'au seuil de leur propre mort, ils me livraient cet énième récit sur cette période si marquante, comme une plaie béante à jamais ouverte. Qu'elle tombe tel un couperet à la naissance ou qu'elle résulte d'une plus longue exploration, l'annonce du handicap ou du moins la mise en exergue d'un « retard », d'un écart à la norme se fait souvent dans ces premières années de vie. Dans son sillage, elle constraint les parents à consulter régulièrement une structure dite « spécialisée » pour qu'un accompagnement efficient de leur jeune enfant puisse se faire. La petite enfance me semble alors être un moment décisif, une sorte de « croisée des chemins » entre le développement d'un sujet en pleine émergence et les conséquences familiales et sociales. C'est pour cet accompagnement du jeune enfant, dans une prise en compte systémique des retentissements induits au sein de la famille, que je me suis tournée vers ce lieu d'action précoce. J'effectue mon stage de dernière année au sein d'un Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP).

1. Le CAMSP, héritier d'une histoire

Chaque CAMSP a une histoire singulière. Que sa création soit liée au combat d'une vie pour une cause ou découle d'un appel d'offre, elle est toujours inscrite dans un temps et un lieu bien précis qui déterminera des pratiques mais aussi possiblement des représentations des missions qui lui sont confiées.

L'institution, dans laquelle j'évolue pour cette dernière année, est un CAMSP polyvalent qui possède un agrément de 115 places. Il est géré par une association loi 1901, reconnue d'utilité publique, qui a été créée en 1965. Il n'est pas possible dans le cadre de cet écrit de révéler son histoire, d'où elle est née, par souci de discréetion. Et pourtant, quel intérêt cela représenterait-il ! Ne dit-on pas qu'un « *peuple qui oublie son passé n'a pas d'avenir* » ? Je vais tenter par contre de développer quelques repères historiques afin de mieux comprendre pourquoi nous en sommes arrivés à parler d'une culture de l'action médico-sociale précoce.

1.1 Période des origines

En France dans les années soixante, grâce à l'engagement de pionniers dont Janine Levy est une figure, des actions sont entreprises pour s'occuper au plus tôt des bébés à risques ou porteurs de handicap ainsi que de leurs parents. À une époque où l'idée qu'on se fait du bébé, et particulièrement du bébé handicapé, est bien loin de l'assertion : « *le bébé est une personne* » (Brazelton, 1984), elle part des capacités

de l'enfant afin de redonner confiance aux parents. Dans des conditions difficiles, une équipe se forme et démarre un travail qui tend à prouver la nécessité de cette action précoce, en utilisant des supports visuels. En 1971, le Centre d'Aide à l'Enfant Rozanoff naît avec un souci particulier accordé à l'aménagement ergonomique, confortable et moderne, ceci dans le but de soigner l'accueil réservé aux familles. Il sera un lieu d'expérimentation pour démontrer la pertinence du projet et affiner la rédaction des textes.

Car conjointement à ces actions de terrain, les premiers textes concernant les CAMSP se rédigent, à partir des travaux du pédopsychiatre Roger Salbreux. Leur existence juridique ne sera finalement créée qu'à l'occasion de la loi du 30 juin 1975³ avec la promulgation de l'article 3 :

« Les enfants chez qui un handicap aura été décelé ou signalé, (...) pourront être accueillis dans des structures d'action médico-sociale précoce en vue de prévenir ou de réduire l'aggravation de ce handicap. La prise en charge s'effectuera sous forme de cure ambulatoire comportant l'intervention de médecins et de techniciens paramédicaux et sociaux et, si nécessaire, une action de conseil et de soutien de la famille. Elle est assurée, s'il y a lieu, en liaison avec les institutions d'éducation préscolaire » (Code de la santé publique—Article L164-3, 1975).

Ce développement se fait parallèlement au secteur psychiatrique avec pour point commun, cette nécessaire idée de « services de proximité » pour rendre plus accessible mais aussi afin de promouvoir une approche plus globale. Le Dr R. Salbreux parle d'ailleurs d'une « concurrence » (Salbreux, 2014) entre ces textes promouvant

³ Loi d'orientation n°75-534 en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975.

un même courant de pensée. Le contexte social et politique de l'époque, avec les événements de Mai 1968, vient bousculer les esprits et de nouvelles valeurs sont proclamées. Une évolution du regard de la société emboîte le pas doucement à ces mouvements d'idées qui germent. La personne handicapée n'est plus vue à travers l'unique prisme de ces incapacités mais devient une personne en droit de faire des choix, la concernant et d'être traitée avec dignité. Reste alors aux soignants, de combattre « *une lecture étroite du texte fondateur de l'Ordonnance de 1945* » (Salbreux, 2014) les désignant alors comme des « *irrécupérables* »⁴.

1.2 Un cadre, des missions, quelle évolution ?

En application de la loi 1975, le décret autorisant et réglementant la création et le fonctionnement des CAMSP sera finalement pris le 15 avril 1976. Plus connu sous la dénomination réglementaire d'annexe XXXII bis au décret du 9 mars 1956 modifié, il vient reconnaître le travail des équipes qui œuvraient déjà.

L'article premier y décline les missions inhérentes au CAMSP, à savoir : le dépistage, le diagnostic, le traitement (« *la cure ambulatoire* »), la rééducation, la prévention et une guidance familiale. Vaste domaine d'intervention, pour des populations vulnérables elles-mêmes diverses à l'extrême. Le CAMSP est un établissement accueillant en ambulatoire des jeunes enfants de la naissance à six ans, à risques ou présentant tous types de retard de développement ou de handicap (intellectuels,

⁴ Terme administratif employé en ce temps-là.

moteurs, cognitifs, sensoriels, psychiques, isolés ou multiples). Il est un lieu d'adresse pour des parents confrontés à une inquiétude, une souffrance dès les premiers jours ou durant les premières années de la vie de leur enfant.

Relevant du secteur médico-social, l'objectif est d'intervenir le plus précocement possible afin de limiter l'aggravation des difficultés et de favoriser l'adaptation au milieu social et scolaire. Pour ce faire, un soutien à l'accès aux différents lieux de la petite enfance et de la scolarité est effectué puis préservé par un lien entretenu avec ces partenaires extérieurs.

Au-delà de ces missions, l'article 9 du décret vient poser les bases des co-consultations, dans une volonté de ne pas morceler les soins : « *Le centre doit s'attacher à réduire les déplacements des consultants en pratiquant autant que possible, au cours d'une même séance, les examens, les rééducations et la guidance familiale.* » En est-il encore ainsi sur le terrain ? Les personnes qui coordonnent les CAMSP, ont-elles encore cette idée qui sous-tend leur action ? Le contexte sociétal et politique ne vient-il pas impacter notre réalité de terrain ?

L'évolution législative vient, avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et promeut l'idée de la personne « au centre du dispositif ». Elle entraîne ici une question dans son sillage : qui est donc cet « usager » au sein des CAMSP ?

Puis suivra la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Face à la souffrance de parents, le poids de la loi impacte notre travail dans un accompagnement d'une réalité parfois bien loin du cadre légal.

Nous venons de voir la genèse des CAMSP au travers de la « perspective

révolutionnaire » (Grim, 2000, p. 165) du Centre d'Aide à l'Enfant Rozanoff et de l'évolution législative qui lui a succédé. Mais qu'est-ce qui détermine cette approche très particulière ?

1.3 Une culture du médico-social précoce ?

En me plongeant dans la littérature entourant l'action précoce, et notamment les écrits de l'Association Nationale des Equipes Contribuant à l'Action Médico-Sociale Précoce (ANECAMSP), j'ai pu lire qu'il y avait une « *culture des CAMSP* » (Salbreux et al., 2007, p. 9). Mais qu'est-ce que cette culture ?

D'un point de vue étymologique, culture vient du latin « *cultura* », qui signifie « habiter », « cultiver » ou encore « honorer ». À lui tout seul, ce mot a engendré plus de 150 définitions rédigées par des anthropologues (Kroeber et al., 1963). Par analogie à une « *culture CAMSP* », nous pourrions parler de la « *culture sourde* », qui désigne un ensemble de représentations, de savoirs, de pratiques, de règles sociales, de comportements et de valeurs propres à certains sourds et à leurs proches communiquant avec la langue des signes. Aurait-on nous aussi une langue autour de laquelle nous avons développé des usages spécifiques ? Comment le personnel habite-t-il son action d'accompagnement précoce ? Comment en travaillant en CAMSP, cultive-t-on possiblement certaines valeurs communes, qui viendraient souder notre communauté ? Et quelles sont-elles ?

Une vision holistique

L'action médico-sociale précoce cherche à repérer les multiples causes de déficiences des enfants, de les désintribuer entre les tenants du « tout neurologique » ou du « tout psychologique », du « tout social » ou du « tout éducatif », de l'inné et de l'acquis. Si nous revenons au terme de « culture », ne désigne-t-il pas aussi ce que nous venons modifier par notre action de cultiver la terre ? Avec cette culture, nous venons agir sur ce qui pousse parfois naturellement. Or ici n'avons-nous pas parfois besoin, de cette « culture CAMSP », afin de modifier un certain penchant naturel à catégoriser, à vouloir mettre dans une case par facilité ? Ne permet-elle pas de lutter contre une propension à questionner la causalité : est-ce neurologique ou psychiatrique ? La réalité clinique nous apprend que les frontières sont loin d'être nettes et que les intrications sont nombreuses entre les différents domaines. Cette humanité que souhaite cultiver les CAMSP, n'est-elle pas liée au refus de cette dualité, signe d'un arrêt de la réflexion ? De plus ne peut-on pas faire le lien avec notre profession, où les deux unités « psycho » et « motricité » se sont unies, traduisant l'inter-relation de ces deux composantes ? Vision holistique et globale de l'être humain qui vient s'inscrire ici dans une volonté de ne pas cliver.

Comme l'écrivent Roger Vasseur et Pierre Delion :

« La dichotomie entre troubles moteurs et troubles psychologiques au niveau du diagnostic comme de la prise en charge ne permet pas d'appréhender la complexité du développement du bébé au cours duquel se tissent les éléments moteurs,

posturaux, sensoriels, relationnels, et de l'environnement physique, social, culturel, ce qui entache la compréhension de la pathologie et donc le projet thérapeutique » (Vasseur & Delion, 2010, p. 7).

Finalement n'est-ce pas en allant rechercher les « comment » plus que les « pourquoi », que des ébauches de réponses pourront émerger ? Cette question va particulièrement nous intéresser dans la suite de notre propos par la présence de certains facteurs de risque.

La nécessité « d'agir tôt »

Nous en avons parlé plus haut, les CAMSP sont historiquement, fondés sur un constat de carence dans la prise en soin des très jeunes enfants. Et bien que la nécessité d'agir tôt ne soit pas spécifique qu'aux CAMSP pour prévenir les aggravations secondaires, leur intervention se place à une période particulière, nommée « période sensible » ou « période critique »⁵. Cette dernière notion, développée concomitamment à la création des CAMSP, peut être définie comme : « *l'intervalle de temps durant lequel une expérience sensorielle normale permet encore le développement de fonctions normales en dépit d'anomalies antérieures* » (Vasseur & Delion, 2010, p. 24). Ceci permet aussi de mieux comprendre pourquoi certains diagnostics de trouble neurodéveloppemental ne peuvent être posés avant l'âge de 6 ans. Cette période de développement, pendant laquelle le jeune enfant est

⁵ Si M.H. François et C. Bonnier parlent d'une différence entre « période critique » et « période sensible ». Cette dernière pouvant être définie comme « *l'intervalle de temps durant lequel des conditions anormales de développement peuvent induire des changements fonctionnels qui n'appartiennent pas au répertoire adulte normal* » (Vasseur & Delion, 2010, p. 24).

particulièrement réceptif à des influences environnementales spécifiques, s'explique par la sensibilité maximale du cerveau de l'enfant qui est comme une éponge grâce à l'hyperflexibilité cérébrale⁶. Ces concepts prouvent l'importance d'un suivi précoce pour des enfants à risques afin de prévenir voire réduire le handicap. Ceci en intervenant toujours plus en amont, le plus précocement possible grâce au réseau entretenu.

« *Le principe même de l'action médico-sociale précoce était justement de ne pas cristalliser trop tôt un enfant dans la situation de handicap* » (Titran, 2010), c'est pourquoi les CAMSP font partie des rares équipes du secteur médico-social à travailler en amont de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), en amont d'une pathologie constituée. Ce sont donc les parents qui font la démarche vers la structure sur recommandation. Il y aura tout un cheminement à faire au rythme des familles, afin de trouver les solutions adaptées à chaque situation. Un rapport au temps !

Du temps pour une pensée partagée

Pourquoi les temps de dialogue sont-ils la pierre angulaire pour qu'une « culture CAMSP » se mette en place et se perpétue ? La réponse se trouve du côté de ces temps offerts afin que chaque professionnel puisse apporter à l'autre ses connaissances. Ce partage, ô combien utile, permettra peut-être d'éclairer une

⁶ La petite enfance est un moment où les fonctions cérébrales se développent vite et de manière complexe.

situation qui se joue dans une séance, débloquant par là même une impasse. La réalité fait que les enfants suivis en CAMSP ne peuvent être pris en charge par tous les professionnels. Au-delà des attentes des organismes gestionnaires à propos d'une file active ; l'emploi du temps de l'enfant et donc de ses parents, serait surchargé dans le cas contraire, transformant un suivi en parcours du combattant. Ils seront donc accompagnés par le(s) professionnel(s) dont il a le plus besoin. Il n'en restera pas moins que les compétences de l'orthoptiste pourront être mobilisées par la psychomotricienne pour la cohérence d'une prise en charge. Ceci nécessite parfois que le professionnel assiste à une séance pour éclairer de sa grille de lecture une problématique rencontrée. G. Tissier utilise le terme de « *supplémentarité* » pour décrire une certaine « polyvalence » qui s'acquierte pour prendre en compte la globalité de l'enfant au sein de nos espaces. Loin d'une juxtaposition d'interventions fragmentant le soin, il s'agit de tisser du lien entre professionnels pour aider à penser, pour donner du sens, pour permettre d'affiner le projet thérapeutique de l'enfant. Cela nécessite une démarche individuelle, une volonté propre à chacun pour aller solliciter les références théoriques d'un autre professionnel.

Pour ce faire, le temps de dialogue entre professionnels est primordial. Une place importante à la communication formelle et informelle est nécessaire entre les professionnels pour partager. Nous pourrions même aller jusqu'à parler de ces interstices qui permettent à bas bruit au « faire équipe » d'exister, de contenir. Or sans cette notion d'équipe, il n'y a pas d'échange possible. Mais qu'en est-il, au sein de nos institutions, de ces espaces ? A-t-on encore le temps ? Comment mobiliser les savoir-faire de notre collègue quand les prises en charge s'enchaînent et ne laissent plus de « temps mort », de « vide » pour que s'organise une réflexion ? La réalité de terrain favorise-t-elle encore cette approche au vu de cette fameuse « file active »

qui ne cesse d'augmenter ? N'y aurait-il pas à tendre vers cette ouverture ? Ceci en prenant en compte le collectif sans s'enfermer dans nos salles respectives, mais plutôt en préservant des espaces de dialogue, d'échange, de concertation et d'élaboration. Il semble qu'il faille rester, ou se remettre, en tension sur cet équilibre à trouver entre nombre d'enfants bénéficiant d'un suivi et qualité de la prise en charge.

Une « culture de la parentalité » ?

Comme le dit un directeur de l'action sociale : « *la parentalité est l'une des questions clés qui ouvrent la porte du « bien grandir »* » (Dayan et al., 1999, p. 9).

Le processus de parentalité évoque le sentiment de compétence ainsi que le vécu de l'identité parentale, c'est-à-dire la façon dont chaque parent a de se présenter aux autres et à soi. « *Le fait de devenir parent introduit la réorganisation des axes identitaires et relationnels de la personnalité* » (Bouregba, 2013, p. 27). Au travers de ce travail, s'installe une stabilité interne du parent sur laquelle peut s'élaborer une stabilité externe pour le développement de l'enfant.

Didier Houzel va théoriser le processus maturatif de la parentalité. Il l'articule autour de trois axes : l'exercice, l'expérience et la pratique de la parentalité qu'il va s'atteler à décrire et à repérer au travers de cas cliniques afin d'éclairer ce processus complexe (Dayan et al., 1999). Il nous permet aussi de conserver une forme d'humilité face à des parents en proie à des difficultés dans cette accession à la parentalité. Il vient ainsi nous interroger : de quelle place les aborde-t-on ? Il convient de décrire les mécanismes à l'œuvre afin de lutter contre un penchant à

juger à l'aune de nos propres projections et ainsi se prémunir du risque majeur de disqualification des parents. Car parfois ne vient-on pas nourrir certaines réactions plus ou moins agressives malgré nos meilleures intentions ? Face à « une crise de confiance », cette culture de la parentalité n'ouvre-t-elle pas la voie de la compréhension et de la communication sans aveuglement, dans une certaine forme d'éthique ? (Houzel, 2003).

De cette période des origines à une « culture CAMSP », il me semble important de prendre en compte la dimension diachronique, afin de réinscrire son action à la lumière d'un riche héritage. Il convient très certainement aussi de ne pas l'idéaliser comme le souligne Paul Fustier (Fustier, 1999). Car l'écart entre l'imaginaire collectif et la réalité des contraintes, de plus en plus prégnantes, ne serait-elle pas alors à l'origine de moments de profonde frustration chez le professionnel ?

De façon plus concrète, découvrons maintenant le parcours des familles que nous accueillons dans notre salle de psychomotricité.

1.4 Le CAMSP, la psychomotricité, la psychomotricienne et moi

En poussant les portes de l'institution, l'enfant et ses parents sont d'abord reçus par la directrice et une des pédiatres afin d'affiner la demande, retracer l'anamnèse et envisager un suivi qui leur est adapté. Des bilans ou séances d'observation sont parfois proposés avec les différents professionnels afin d'évaluer plus précisément les besoins de l'enfant. Un Projet Personnalisé de Soins (PPS) est ensuite défini.

La prescription pour une prise en charge psychomotrice a comme principales indications : des troubles ou des retards dans les acquisitions psychomotrices (troubles de la régulation tonique, sensoriels, ou moteurs), des troubles du comportement et de la relation.

La psychomotricienne effectue initialement des bilans psychomoteurs qui se déroulent en général sur trois ou quatre séances. Ce sont souvent des bilans d'observations, mais certains tests côtés sont également utilisés (Echelle de développement psychomoteur Brunet Lézine Révisé, échelle de développement moteur fonctionnel du jeune enfant de Vaivre Douret). Bilan effectué et informations recueillies, la psychomotricienne élabore un projet thérapeutique pour l'enfant, tenant compte des conséquences du handicap sur le développement global de l'enfant et cherchant à favoriser son épanouissement. L'élaboration du projet est faite aussi en fonction des autres thérapeutes qui suivent l'enfant et de l'indication donnée par les médecins. Il est rediscuté régulièrement soit en grande synthèse (réunion en présence de toute l'équipe), soit en mini-synthèse (réunion portant sur un seul enfant, en présence des professionnels qui suivent ce dernier).

La psychomotricienne effectue plusieurs types de prises en charge : des séances de quarante-cinq minutes en individuel ou en binôme, ou des séances de groupe d'une heure en co-thérapie avec un autre professionnel (psychologue, orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien). Les prises en charge peuvent durer de plusieurs mois à plusieurs années, au rythme en général d'une séance par semaine. Seules les séances de « guidance parentale » sont au rythme d'une fois toutes les deux semaines. La psychomotricienne accompagne et soutient les parents, les séances devenant parfois un lieu pour élaborer.

Les séances se déroulent soit sans les parents qui attendent dans la salle d'attente, soit avec leur participation. Elles peuvent être un lieu qui leur permet d'élaborer peu à peu l'acceptation du handicap. Les parents peuvent y découvrir les potentialités de leur enfant dans un lieu où ils se sentent eux-mêmes soutenus.

La psychomotricienne dispose d'une salle de psychomotricité carré avec notamment des tapis en mousse, un miroir, des modules moteurs, une toupie, un gros ballon, un tunnel, une poutre, une cabane avec des coussins et des couvertures, une petite table à hauteur d'enfant et un tableau blanc. Une partie du matériel est rangée dans un grand placard incorporé à la salle. Tout est soigneusement rangé, après chaque séance, à une place précise.

J'ai initialement effectué une semaine complète au CAMSP durant le mois de juillet afin de rencontrer les différents professionnels y travaillant, voir l'ambiance, la place de chacun, les liens tissés. Certains professionnels ainsi que certaines familles m'ont acceptée dans leur espace, afin que je saisisse un peu mieux les spécificités de chacun. Je suis présente les jeudis depuis septembre, journée où il y a moins de professionnels et qui est décrite comme « plus calme ».

2. À la rencontre de Sarah et Madame M

Cet historique et ces textes fondateurs en tête, je vous propose d'aller à la rencontre de Sarah et de sa maman.

2.1 La première rencontre

Le 19 septembre, je rencontre Sarah et sa maman. C'est une reprise de suivi de CAMSP à CAMSP, dans le cadre d'une guidance parentale bimensuelle, suite à un déménagement. Sarah arrive dans les bras de sa mère, qui la dépose sur les tapis tout en la déshabillant. Sur le trajet qui mène à la salle, Sarah nous observera. En retard à ce premier rendez-vous, Mme M engage d'emblée la conversation avec la psychomotricienne. Sarah au sol ne bouge pas, comme figée par la pesanteur, elle ne fait que très peu de mouvements spontanés. Son corps est entravé, seule sa tête bouge, semblant chercher quelque chose ou quelqu'un. Sarah a 13 mois et le décalage moteur m'apparaît important. La phrase dite par le médecin me revient en tête : « une prise en charge facile ». Première fois que je rencontre un enfant si jeune dans le cadre professionnel, je m'approche d'elle, pas encore très à l'aise dans le positionnement à adopter dans cette configuration. Quelle place prendre dans ce quatuor qui se profile ? Je me penche vers elle. Dès que je rentre dans son champ visuel, elle plonge son regard dans le mien, m'accroche en déployant un large sourire qu'elle garde durant toute la séance. Elle restera rivée à mon regard jusqu'à ce que sa mère la saisisse pour la placer en position assise. Elle semble subir son environnement et me donne l'impression de s'amarrer à nos regards. Dans cette position trépied, elle passe d'un regard à l'autre, sourire aux lèvres, suivant les émissions vocales au prix d'un certain effort. Elle m'apparaît, tel un ouistiti allant de branche en branche, gardant le rythme, le mouvement pour ne pas tomber. Ne dit-on pas le mot « ouistiti » pour obtenir un sourire ? Et pourtant, elle reste dans une quasi immobilité de l'axe, des membres et une absence de son qui questionne.

L'infra-verbal au premier plan, elle regarde, écoute ce qui l'entoure mais que fait-elle de toutes ces observations ?

2.2 En remontant le fil de l'histoire

De la grossesse à l'accouchement

Durant la grossesse, Mme M a été surveillée pour une suspicion d'hypoplasie⁷ qui sera levée mais interviendra alors une cassure de la croissance fœtale avec une Echographie du Poids Fœtal (EPF) au 3^{ème} percentile⁸ à T3⁹. Une amniocentèse est pratiquée qui ne révèle rien d'alarmant. Une cure de CorticoThérapie par Célestène (CTC) prénatale préventive¹⁰ sera faite à 33 semaine aménorrhée (SA).

Sarah naît le 14 aout 2018 par voie basse, à 38+1 SA avec un déclenchement pour hypotrophie qui nécessitera une hospitalisation. Elle a un faible poids : 2390g et mesure 47cm avec un périmètre crânien de 32,5.

⁷ Développement insuffisant d'un constituant du corps (tissu, organe, membre...) chez un être vivant

⁸ L'étude du poids fœtal a permis d'établir une courbe de référence sous forme de percentile. Le 50^{ème} percentile représente la moyenne. Ici, un poids au 3^{ème} percentile signifie que dans 97% des cas, le poids des fœtus est supérieur. Sont considérées comme normales voir fragiles les valeurs situées entre le 5^{ème} et le 95^{ème} percentile.

⁹ Voir courbe d'estimation de poids fœtal 2014 par le Collège Français d'Echographie Fœtale en annexe 1.

¹⁰ La corticothérapie prénatale est recommandée chez les femmes présentant une menace d'accouchement prématurée à partir du seuil de viabilité fœtale, autour de 24SA et 34semaine de grossesse, lorsque les conditions sont réunies.

Autour du berceau

À la maternité, des « relations compliquées des parents avec l'équipe », ont conduit cette dernière à faire une Information Préoccupante (IP). Bien que nous n'ayons pas beaucoup plus d'informations, les inquiétudes ont été précoces autour du berceau de Sarah. Des antécédents de troubles alimentaires et d'abdominoplastie¹¹ chez Mme M ainsi qu'une consommation de tabac et d'alcool, durant la grossesse sont mis en exergue dans le compte rendu de l'hôpital.

Sarah suit une croissance staturo-pondérale régulière et dans la moyenne. Cependant, son état nécessitera plusieurs hospitalisations. La première sera en novembre 2018 pour rhinite obstructive, elle a alors deux mois et demi. Puis le mois suivant, pour une bronchiolite oxygénodépendante avec nécessité de nutrition par voie entérale¹². Elle développe un asthme du nourrisson nécessitant un traitement de fond. En juin 2019, âgée de dix mois, elle sera hospitalisée pour détresse respiratoire fébrile sur pneumopathie gauche.

D'autre part, Sarah est le premier enfant du couple. Pour Mr et Mme, il s'agit d'une seconde union. Sarah a deux demi-sœurs du côté de son père : Louane née en 2011 et Emily née en 2006. Elle les voit pendant les vacances scolaires et un week-end sur deux.

¹¹ C'est une chirurgie esthétique de l'abdomen assez lourde. Le but d'une telle intervention est d'enlever la peau la plus abîmée (distendue, cicatricielle ou vergeturée) et de retendre la peau saine périphérique.

¹² Correspond à l'administration ici d'aliments par l'intermédiaire du tube digestif.

D'une information préoccupante au suivi en CAMSP

Adressé dans un premier CAMSP par le Dr de la PMI pour surveillance suite à la consommation d'alcool et de toxique pendant la grossesse. Elle arrive pour une reprise de suivi en guidance parentale au CAMSP où je suis en stage en septembre 2019, elle a alors 13 mois.

La famille M est suivie par l'association depuis avril 2019. Ils ont déménagé durant l'été 2019 où un basculement de CAMSP à CAMSP de la même association a pu avoir lieu ; mouvement initié par la psychomotricienne. Un même médecin coordinateur travaillant dans ces deux structures, il a donc permis de faire le lien, tout en préconisant les mêmes modalités de suivi à savoir une guidance parentale toutes les deux semaines.

3. Toc, toc, toc, qui est là ?

Face aux inquiétudes exprimées lors d'une séance par Mme M, la psychomotricienne proposera que nous fassions passer l'échelle du développement psychomoteur de Brunet-Lézine afin de mieux évaluer les compétences posturales-motrices de Sarah et avoir une référence plus précise à un âge donné. Je ne reprendrai pas ici le compte rendu fait, mais je vais tâcher d'en retirer les principaux éléments permettant de mieux percevoir son être au monde.

3.1 Sarah, une manière d'être au monde

Lors des premières séances nous ne verrons pas Sarah se mouvoir en autonomie et ceci même avec stimulation visuelle. Mme M nous dira qu'elle se retourne du ventre vers le dos et inversement à la maison, ce qui correspond à une compétence acquise à 8 mois dans l'échelle de développement psychomoteur de Brunet Lezine. Elle restera en décubitus dorsal dans une posture très passive. Elle présente une hypotonie globale prédominante au niveau axial, avec la présence d'une certaine laxité articulaire.

Si l'hypotonie est signe de satisfaction dans les premiers mois de la vie de par l'organisation bipolaire¹³ de la tonicité, un équilibre tonique s'acquiert peu à peu avec la maturation du système nerveux et des expériences psychomotrices. Dès lors nous pourrions nous interroger sur l'origine de cette hypotonie. Origine neurologique ? Origine psycho-affective ? Il convient de préciser que pour une meilleure prise en charge institutionnelle, « *le diagnostic d'une hypotonie doit envisager d'une part une atteinte neurologique ou musculaire ainsi que des implications ou des causes liées à la relation affective entre le bébé et ses partenaires, d'autre part, les difficultés relationnelles, affectives entre la mère et son bébé consécutives à ces troubles* » (Bénony et al., 2003, p. 54). Je vais maintenant tenter de décrire et questionner sa manière d'être au monde.

¹³ Dans son fonctionnement, l'enfant associe hypertonie de besoin et hypotonie de satisfaction.

Un ralentissement psychomoteur

Ici, comme fréquemment, l'hypotonie se caractérise par une extrême passivité du bébé. La fonction tonique est un arrière-fond nécessaire pour soutenir notre relation avec l'environnement. Sarah exprime initialement un manque quasi total de prise d'initiative motrice, associé à un temps de latence important quand nous l'étayons vers un jeu. Il y a une « lenteur » aussi bien avant la mise en place d'une action motrice au niveau de la motricité globale, que dans les manipulations. Nous ne la verrons à aucun moment émettre de son, pleurer ou se mettre en colère au sein des premières séances. Elle semble mettre très peu à l'œuvre son agentivité¹⁴. Or « *agir sur un objet, c'est le concevoir extérieur à soi, donc détaché du corps ; prendre, c'est pénétrer l'espace, contrôler les gestes et maîtriser l'objet ; l'acte de préhension, par ces composantes, participe à la structuration de l'image du corps, à la spatialisation, et au processus d'individualisation* » (Gauberti, 1993, p. 11). Cette perception de l'espace s'effectue de façon progressive en fonction de l'équipement neuromoteur et neurosensoriel de l'enfant mais aussi de manière dynamique avec ses expériences sensori-motrices.

¹⁴ Traduit du concept d'agency de Judith Butler. Certains parleront de capacité d'agir ou bien encore de puissance d'agir.

Des problèmes médicaux qui font traces ?

Nous l'avons vu, Sarah est traitée pour un asthme du nourrisson. Cette fragilité pulmonaire a entraîné des hospitalisations dont l'une a nécessité le recours à une sonde entérale. Ces soucis de santé peuvent nous amener à penser que l'exploration sensori-motrice s'est trouvée freinée mais aussi que ces expériences ont laissé une trace corporelle. Lorsqu'il est hospitalisé, l'enfant peut suspendre ou régresser dans son développement moteur. Immobilisé au lit et possiblement relié à différents fils limitant les mouvements, le manque de stimulations peut-il être pallié ? De plus, ici les problématiques bronchiques peuvent nous laisser penser que Sarah a été positionnée en position proclive¹⁵, modifiant ainsi son rapport à la pesanteur et empêchant ses explorations pieds-mains. Cette pauvreté d'expériences corporelles peut nuire à la recherche d'un équilibre tonique, retardant la maîtrise de ses membres périphériques et de son axe corporel. Or l'espace se construit par rapport à une référence corporelle, au travers de cet axe.

La sphère orale

Lors d'une séance, après avoir proposé un miroir à Sarah, cette dernière commence à faire des bulles avec sa salive, les voit arriver sur le miroir. À ses côtés, je l'imiter puis je viens rythmer le jeu avec du son. Il semble y avoir là un moment de plaisir

¹⁵ Ce terme désigne la position réalisée lorsque les membres inférieurs sont plus bas que la tête.

qui s'éveille chez Sarah. C'est alors que je vois Mme M recruter un fort tonus, comme en état d'alerte, un visage de dégoût important s'affiche à la vue de la situation. Elle nettoiera les postillons que le jeu a provoqué et fera passer sa fille à autre chose. Ces réactions corporelles de Mme M informent sur une aversion qui rejaillit sur les explorations de Sarah. Nous pourrions penser ici à tout l'investissement pour découvrir l'espace qui passe par cette zone relais qu'est la bouche et qui semble ici réduite. André Bullinger (2015) a pu observer six moments forts dont la sphère orale fait partie. Il parle d'une chaîne narrative du repas, qui comporte une séquence, avec des invariants, commentés par la personne qui l'accompagne pour donner du sens à ces états toniques. De plus toujours selon l'auteur, cette zone représente l'espace à partir duquel les activités instrumentales se construisent. Là encore ce lien avec l'organisation spatiale difficile à mettre en œuvre chez Sarah se pose. Ne pourrions-nous pas questionner dans notre situation, l'investissement des temps de repas au domicile dans le rapport affectif qui accompagne cette chaîne ?

À la suite de cet épisode, une phrase de Donald Winnicott m'est venue en tête : « *Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit* » (Winnicott, 1975, p. 155). Ce temps de repas, dont nous venons de parler au paragraphe ci-dessus, s'accompagne à un certain âge, d'un temps où l'enfant vient goûter par ses mains la nourriture proposée. Or ici que peut transposer une maman exprimant une aversion autour de jeux touchant à la sphère orale ? Cette idée de boucle entre la mère et son enfant ne peut-elle pas nous éclairer quant à l'absence de son émanant de Sarah ?

Des décharges tonico-émotionnelles

Toute émotion forte qu'elle vit dans la relation à l'autre, se traduit par un raidissement dans une sorte de crispation intense où elle bat des jambes. Son regard dans le nôtre, ses émotions débordent. Ces décharges psychomotrices ou plus précisément décharges tonico-émotionnelles (DTE) pourraient être vues comme un comportement de défense dans la relation qui, selon l'hypothèse de Cécile Sellincourt, viennent agir « *sur le développement (harmonieux) de la motricité de l'enfant* » (Sellincourt, 2008, p. 143). Cette dernière parle de certains effets que nous avons pu observer chez Sarah : décharge, débordement, singularité de la réponse mais aussi une « suspension » dans un échange social qui vient interroger sur la question de la continuité dans la relation. Cet état s'éprouve dans le contact comme une réponse éminemment émotionnelle. Il s'imprime d'une certaine manière dans son être psychomoteur.

Le lien mère-enfant, quel processus de transformation ?

Dans cette période précoce, le petit d'homme ne peut se concevoir en dehors de son fonctionnement dyadique voir triadique. Dans nos rencontres, nous pourrons observer des attitudes assez brusques chez Mme M. Cette dernière se décrit comme quelqu'un « d'un peu bourrine ». Elle prépare peu sa fille aux manipulations qu'elle réalise, ne l'enveloppant ni de sons ni d'interactions. Ces gestes sont dirigés vers un but précis, avec peu de « rondeurs ». Lors de ces transferts, Sarah se laisse faire en regardant sa mère ou l'une de nous en souriant. Ici, les difficultés dans l'ajustement

des liens mère-enfant m'a évoqué la fonction alpha développée par Wilfred Bion, à travers la complexité de ce qui se joue au sein de la dyade d'apparence intuitive.

La fonction alpha correspondant à la capacité de la mère ou de la personne qui tient cette place à accueillir ce qu'exprime son bébé par le corps. L'enfant, qui n'a pas les moyens de penser lui-même, va projeter à l'état brut ses affects et émotions, nommés éléments béta, dans un objet contenant : le psychisme de la mère. Cette dernière, par sa « capacité de rêverie maternelle » (Bion, 2001), va incorporer intuitivement ces éprouvés inintégrables pour son bébé. Elle les détoxifie, afin de lui traduire en éléments alpha, c'est-à-dire en représentations assimilables psychiquement. Ce dernier va alors pouvoir, peu à peu, mettre du sens sur les expériences sensorielles et toniques qui le traversent (ce qui est d'ailleurs proche de la théorie de l'étayage psychomoteur de Suzanne Robert-Ouvray, dans le passage de sensori-tonique à l'affectivo-représentatif).

Nous voyons ici à quel point la médiation de l'Autre est nécessaire pour que le bébé fasse le lien entre toutes ces protopensées et élabore une forme de représentation : « *Cette transformation suppose un mode de projection dont le traitement par l'autre rend possible la ré-introduction.* » (Brusset, 2005, p. 225). Il développe son propre « appareil à penser les pensées » en percevant la contenance qui provient de sa mère. Il y a là une conception de relation contenant/contenu.

N'y a-t-il pas un aller-retour à faire entre ce processus de transformation au sein de la dyade mère-enfant et le processus de transformation qui s'élabore au sein de nos séances ? Voir peut-être au sein de nos institutions ? N'y a-t-il pas dans ce travail

avec la dyade mère-fille à digérer et transformer certaines « préconceptions » que nous livre Mme M ?

Didier Houzel livre une interprétation de cette théorie en termes de stabilité qui résonne particulièrement avec ce que nous montre Sarah. Les éléments béta seraient selon lui « *à concevoir comme des turbulences, des instabilités douloureuses que le psychisme embryonnaire de l'enfant cherche à supprimer, au besoin en recourant à la stabilité simple, c'est-à-dire à une tentative d'immobiliser aussi bien ce qu'il perçoit du monde environnant que ce qu'il éprouve dans son propre corps*

Un agrippement visuel, substitut à la fonction de contenant-peau ?

Nous venons de voir un certain écart de développement psychomoteur chez Sarah. J'ai pu parler à travers notre première rencontre de cette accroche visuelle au regard de l'adulte qu'elle recherche. Nous verrons au cours des propositions de jeux que nous lui ferons dans le cadre du bilan, que Sarah peut se « fixer » à notre regard, ne détournant plus le sien pour investir l'objet proposé. Elle délaisse ainsi toute exploration.

Des questionnements peuvent alors émerger sur d'éventuelles difficultés ayant conduit Sarah à se constituer ce qu'Esther Bick appelle une seconde peau au travers de son regard. « *J'ai commencé à percevoir qu'un autre trait caractéristique de la bidimensionnalité et de l'agrippement adhésif, était la tendance à s'agripper avec*

les yeux et les oreilles comme de peau à peau, et que cela favorisait une certaine passivité, une attitude d'observateur plutôt que de participant à la vie » (Bick, 2007, p. 138). Une seconde peau qui vient renforcer la première peau défaillante pour l'auteur. Y aurait-il chez Sarah une tentative d'un contenant de soi-même à travers cette accroche visuelle ? Cet agrippement à un stimulus extérieur pourrait correspondre à une tentative de figer ses éprouvés corporels pour échapper à ce qu'elle appelle la fin mortelle¹⁶.

Quel appui externe pour un appui interne ?

Sarah est peu actrice et ne semble pas aller à la conquête de l'espace car pour s'ériger, il faut des appuis. Il faut un amarrage solide et sécurisant. Mary Ainsworth écrit : « *le donneur de soins assume le rôle de havre de sécurité ou base de sécurité autour duquel l'enfant centre ses activités exploratrices* » (Ainsworth, 1978, p. 156). Afin de faire émerger les potentialités de Sarah, il semble qu'il faille aller chercher des appuis stables.

Mme M est mère au foyer et s'occupe quotidiennement de Sarah. Au fur et à mesure des séances, elle nous livre à demi-mots certaines difficultés. Il semble ressortir de son discours une « cohabitation » avec sa fille durant les temps où Mr M est au travail. Lors d'un jeu avec Sarah au sol fin novembre, Mme M nous dira mettre désormais un réveil quotidien sur son agenda électronique, pour faire une pause dans les diverses

¹⁶ Correspond à une sensation de chute catastrophique

tâches de la maison et se consacrer un temps de trente minutes à une heure « tout à sa fille ». Elle nous exprimera que c'est « plus facile » quand il y a la présence des filles de son mari qui jouent avec Sarah. N'y aurait-il pas là une difficulté dans « *le maintien à proximité* » de Mme M auprès de Sarah ?

J'en suis venue à m'interroger sur la sécurité affective dont bénéficie Sarah. Selon John Bowlby (1958), l'attachement dit « sûre » est celui favorisé par une figure d'attachement réceptive, sensible aux besoins de son enfant et utilisé par celui-ci comme base de sécurité pour explorer son environnement. Il définit le « caregiving » que nous pourrions traduire par « le prendre soin de », tâche au combien complexe allant au-delà du fait d'aimer son enfant. Il s'agit de répondre à ses signaux de manière cohérente, adéquate et prévisible. Ce système dynamique varie à des degrés différents suivant l'état émotionnel de l'enfant. Or lorsque notre échange repose sur un emploi du temps inflexible, arrivons-nous à répondre aux besoins émotionnels de notre enfant ?

À travers ce que je viens de décrire de Sarah, ne pouvons-nous pas pressentir l'étroite corrélation reliant tonus, sensorialité, axe corporel, équipement biologique et environnement dans le développement psychomoteur ?

Je conclurai cette partie par quelques lignes de Françoise Désobeau, qui ont résonné en moi, me renvoyant à Sarah. Ils nous permettront, je l'espère, de faire écho à ce que je viens de décrire.

« Mutisme, corps parlant.

Oui mon corps parle de moi

À mon insu

Comme il parle pour moi !

Et parfois intimement à celui qui prête attention.

Mon corps noué plein de tensions

Prêt à exploser comme feu d'artifice,

Ou mon corps mou, vide de tout.

Mes yeux, mes mains cherchent

Qui ou quoi accrocher.

Dernier sursaut de vie,

« Au secours ! »

« Entends-tu ? »

« Regarde, regarde-moi ! » » (Desobeau, 2008, p. 213)

3.2 Face à l'ambivalence, la discontinuité

Je souhaite ici revenir brièvement sur ce qui peut être vu comme des signes psychopathologiques à l'œuvre chez Mme M. L'imprégnation fœtale liée à la consommation de substances psycho-actives, licites voir aussi illicites est probablement à mettre en lien avec une hospitalisation en néonatalogie de Sarah.

Concomitamment, il y a eu de la part de la maternité des craintes sur les capacités de Mr et Mme M à s'occuper de leur fille. Une information préoccupante (IP) a été faite donnant lieu à une enquête sociale lors du retour à la maison. Ces éléments m'ont amené à penser à la spirale interactionnelle d'Escalona et à l'ensemble des phénomènes comportementaux, affectifs mais aussi fantasmatiques se déroulant entre un nourrisson et sa figure d'attachement. Au vu des conséquences physiologiques sur Sarah, nous ne faut-il pas penser à de possibles conséquences telles que de la culpabilité voire une expérience de disqualification vécue par Mme M ? Car comme nous pouvons le lire : « *Nous n'avons jamais rencontré le cas de femmes qui sciemment et volontairement, ont consommé des boissons alcoolisées pour abîmer ou blesser le bébé qu'elles portaient. En revanche, il nous est souvent arrivé de rencontrer des femmes enceintes profondément blessées par la vie et qui consommaient des boissons alcoolisées en grande quantité* » (Houzel et al., 2000, p. 32). Nous pourrions étendre cette idée aux autres substances toxiques pour l'embryon et le fœtus. Ces aspects sont à prendre en compte et peuvent venir toucher à l'expérience de parentalité. Ce sont les parents qui permettent au petit d'homme d'établir un sentiment de continuité d'existence et une base de sécurité. Or comme nous le rappellent Françoise Molénat, Rose-Marie Toubin et Danaé Panagiotou, dans des contextes psychosociaux de personnes consommant des toxiques : « *cette base même peut être fragile. Ils auront alors bien du mal à aider leur bébé à construire la sienne* » (Barbot, 2017, p. 10). Il y aurait là un rôle déterminant pour les professionnels.

Mme M a des positionnements assez contradictoires. Elle alterne entre une mise à distance des difficultés de Sarah et un surinvestissement. Pour exemple, lors de la première séance, elle nous dit ne pas se « *languir* » des changements dans les Niveaux d'Evolution Motrice (NEM) chez sa fille : « *cela m'arrange qu'elle fasse pas de quatre pattes comme ça elle va pas partout* ». Puis à la séance suivante, elle nous « déversera » ses inquiétudes face à ce qu'elle a lu sur internet. La psychomotricienne rebondissant sur les constats qu'elle a pu percevoir, la maman réagira en souhaitant faire suivre quotidiennement sa fille par une psychomotricienne libérale pour combler ce « *retard* ». Elle militera pour un suivi plus soutenu pour ensuite vouloir tout arrêter. Face à cette ambivalence, quelle continuité dans les soins pour Sarah ?

En parlant avec Mme M, nous constatons que Sarah n'a pas de continuité d'un point de vue médical. Lors d'une conversation en lien avec les problèmes bronchiques de Sarah, Mme M nous dit qu'elle hésite à changer de pédiatre. Nous apprenons alors qu'à 14 mois, Sarah a déjà changé à plusieurs reprises de pédiatre. Dans le discours de Mme M, il semble qu'ils soient généralement, bien investis dans les premiers temps puis quelque chose vient inexorablement faire rupture. Elle se lance alors à la quête d'un autre pédiatre plus « à l'écoute ». La limite entre le bon objet et le mauvais semble être fine et je dirai que cela se ressent dans les séances où il nous semble que nous évoluons sur un fil qu'il convient de ne pas rompre. Cette sorte de « nomadisme médical » vient résonner avec les annulations dans l'ancien CAMSP, les retards initiaux en psychomotricité, et une oscillation entre surinvestissement, où elle souhaite avoir un suivi plus important pour sa fille, et un rejet complet comme

lors de l'entrée en crèche de Sarah, quand elle dit vouloir à arrêter le CAMSP. Une personne, un lieu semble en chasser un autre.

Lors du développement précoce de l'enfant, se forment les premières enveloppes psychocorporelles, fondements de la fonction contenante. Leurs mises en place passent par l'établissement de limites entre soi et l'autre qui semble avoir été fragilisées dans le cas présent dans son rapport avec son milieu. Qu'est ce qui peut se nouer quand la relation n'est pas stable ? Que pouvons-nous entendre dans cette difficulté de Mme M à s'inscrire dans une continuité ? Et à partir de là comment dans notre travail accompagner Sarah et Mme M ?

II. Des mouvements d'arrière-scène à l'éclairage de notre espace scénique

A travers la situation de Sarah, nous pouvons mettre en exergue à quel point l'institution joue un rôle au sein de nos séances. Car si la psychomotricienne décrypte les symptômes en lien avec un défaut de contenance, ne faut-il pas que l'institution assure une fonction de tiers afin qu'un quelconque travail avec Mme M et Sarah puisse se mettre en place ?

1. Quelle suite dans un contexte psychosociologique fragile ?

La continuité des soins est un élément clé de la qualité de service médico-sociale, et ceci peut-être d'autant plus, quand le parcours est déjà marqué par des liens qui peuvent paraître fragile.

1.1 Une mise en lien

À la sortie du 1^{er} rendez-vous, des échanges de mails entre l'ancienne psychomotricienne et nous, révèleront un suivi en pointillé sur une courte période,

avec seulement trois rendez-vous honorés. Considérée initialement comme « *pas très inquiétante* » par le médecin coordinateur, la demande était de « *guider la maman dans sa façon de soutenir Sarah dans son développement* ». L'ancienne psychomotricienne a concentré son action sur le versant des conseils¹⁷ prodigués à Mme M. Cette dernière parlait beaucoup dans une sorte « *d'euphorie* » mais lui donnait peu l'impression d'écouter, d'où une certaine répétition sur les trois séances des mêmes informations : comment installer Sarah en fonction de ce qu'elle lui propose, quoi lui proposer, comment la porter ou bien encore comment la soutenir dans les changements de positions.

Sarah quant à elle, est décrite comme « *dans la communication avec un regard adressé et des sourires en interaction avec sa maman* » et la psychomotricienne. Elle bouge très peu, bien qu'elle puisse participer lors des transitions, si quelqu'un l'y accompagne. Concernant la motricité fine, « *elle pouvait saisir l'objet proposé mais n'en faisait pas grand-chose ensuite* ». Elle a pu au cours du suivi commencer à tenir un objet dans chaque main sans toutefois avoir beaucoup de contrôle. Ces retours correspondent à ce que nous avons pu observer lors de la première séance.

Ici, par une prise d'information, nous avons créé du lien en faisant vivre ce qui s'était joué ailleurs, afin de pouvoir élaborer le projet thérapeutique. Nous avons un rôle dans cette manière d'assurer une continuité pour les personnes que nous accueillons dans nos salles. Mais assurer la continuité signifie-t-il pour autant reproduire à l'identique ? N'y-a-t-il pas à assurer la continuité du projet mais à la lumière des informations fournies ? Et donc inclure une discontinuité dans une continuité, pour

¹⁷ Il est intéressant de savoir que le terme « guidance » en anglais désigne les conseils. Quant à l'expression « For your guidance », elle signifie « pour votre information ».

relancer une nouvelle dynamique, déséquilibrer l'homéostasie pour sortir d'un processus psychique qui se répète.

Ici, Mme M et Sarah viennent, jusqu'à notre salle de psychomotricité, pour un travail de guidance. Si l'expression « guidance parentale » semble avoir le mérite d'être comprise par les professionnels, il a suscité chez moi beaucoup de questionnements durant mon stage.

1.2 La « guidance parentale »

Cette notion de « guidance parentale » m'a semblé, tout d'abord, être un terme un peu fourre-tout derrière lequel finalement l'institution voit un suivi plus léger, toutes les deux semaines, permettant d'avoir une surveillance de certains enfants à risques.

Puis, j'ai pu relier la « guidance parentale » avec la circulaire du 29 novembre 1985¹⁸. Comme l'écrit Roger Salbreux, cette dernière associée au décret d'avril 1976, « *confient aux CAMSP des missions très particulières de « guidance parentale » particulièrement autour de l'annonce ou de la découverte des anomalies du développement de l'enfant, c'est-à-dire de son handicap potentiel, lequel peut tout aussi bien concerner l'aspect physique que relationnel, tant sont intriquées, lors de leur émergence, les diverses compétences du bébé* » (Salbreux, 1995). Un

¹⁸ La circulaire du 29 novembre 1985, relative à la « sensibilisation des personnels de maternité à l'accueil des enfants nés avec un handicap et de leurs familles ». Ce texte fondateur a été mis à jour par la circulaire du 18 avril 2002

cadre législatif donc, mais ici aucune annonce ni découverte à l'origine de la mise en place de la guidance, plutôt une volonté de « *guider Mme M* » dans les interactions.

Finalement, pour nous aider à y voir plus clair, faisons un petit détour étymologique. Le verbe guider est une réfection de l'ancien français « *guier* », lui-même venant du francique « *witan* » à savoir « montrer la direction ». Ce même verbe en l'italien « *guidare* » vient du gothique « *widan* » à savoir « l'étandard » (Bloch et al., 1996, p. 310). Or où se trouve l'étandard au sein des châteaux ou lorsqu'une bataille est livrée ? Ne s'impose-t-il pas à la vue de l'autre ? À quelle place nous positionnons-nous pour montrer la direction ? De fait, quelle position ce terme de « *guidance* » nous amène-t-elle alors à prendre ? De cette place pouvons-nous être en accord avec la notion de parentalité décrite plus haut ?

Ces éléments m'ont dirigée vers la question de l'alliance thérapeutique avec cette maman. Cette fameuse accroche à rechercher pour qu'un quelconque travail puisse se mettre en place.

1.3 D'une prescription initiale vers un réaménagement de la demande

« *Ce n'est pas nous qui portons l'autre.* »

Nous portons, quand il nous le demande, la possibilité qu'il se porte.

Nous le portons à se porter, à se bien porter le cas échéant. »

(Clerget, 1997, p. 182)

Dans cette situation, le chemin peut-il être prédéfini par la psychomotricienne ? N'y-a-t-il pas à l'origine même de la psychomotricité, un « *dialogue* » qui nous conduit à nous placer à côté des personnes et inventer avec eux un sentier ? N'y a-t-il pas ici, à accueillir l'inattendu en tout premier lieu ? Mon propos n'est bien évidemment pas de dire que nous n'avons pas de but, il y a dans toute prise en charge des axes thérapeutiques que nous gardons en tête et qui sous-tendent les actions que nous mettons en place. Je veux ici souligner que lorsque nous laissons le singulier d'une rencontre émerger, nous laissons aussi entrer la créativité, l'inventivité dans nos séances. Et alors nous luttons contre une forme d'automatisation de la pensée.

Ceci nous amène alors au choix, que fait la psychomotricienne, d'ajuster la demande institutionnelle en s'adaptant à la singularité de ce parent-là, à cet instant-là, pour trouver le juste chemin dans les interactions. Il y a là un acte proprement philosophique, au sens de Vladimir Jankélévitch, à remettre en perspective ce qui avait été fait jusqu'ici et à s'étonner de ce qui semble aller de soi. Au lieu de lutter contre : contre la prescription médicale, contre les défenses de Mme M ; elle prend la liberté de faire un pas de côté (« La Boétie—Discours de la servitude volontaire », 2019), de réaménager la demande. N'est-ce pas cela finalement de marcher sur le fil être ni compliant ni rebelle. Car nous pouvons être dans un écart sans être transgressif.

1.4 À la recherche d'une alliance thérapeutique.

Nous avons décrit précédemment des mouvements ambivalents chez Mme M. Il n'en reste pas moins que lorsqu'il y a eu changement, elle aurait pu ne pas venir et mettre fin au suivi. Pourtant elle se rend au RDV fixé dans ce nouveau CAMSP. Nous pouvons à partir de là émettre l'idée d'une demande sous-jacente à la venue de Mme M. Une demande qui n'est pas clairement formulée et surtout, qui se confronte à des défenses importantes. Cependant elle vient, et surtout peu à peu, nous la verrons venir à l'heure et à chacune des séances. Elle va nous traduire le plaisir qu'elle perçoit chez Sarah à venir. À mon sens ces éléments peuvent être considérés, comme un signe d'alliance implicite.

En travaillant dans la petite enfance, nos co-équipiers pour l'aventure thérapeutique sont multiples : l'enfant, le père, la mère. L'alliance thérapeutique ne va alors pas de soi devant tant de personnalités ayant chacune ses propres attentes. Elle se joue avec l'enfant mais doit s'étendre aux parents. Nous avons un rôle à jouer auprès d'eux car « *tout comme leur enfant, il est indispensable que les parents soient entendus ; on ne peut accompagner efficacement le premier sans se placer à proximité des seconds* » (Gardou, 2006, p. 205). Il convient d'y réfléchir d'autant plus quand nous pouvons entendre dire par des collègues que « *ces parents ne sont pas commodes* » ou qu'ils « *sont trop envahissants* ». Valérie Junker dit comment face à ce type de parents en CAMSP, son questionnement initial se limitait à : « *comment les faire sortir de ma salle ?* » (Junker, 2008, p. 238). Au travers de cette réflexion, Valérie Junker se pose la question de la place que nous leur faisons et du temps que nous leur accordons. Car pour un parent, pour une maman comme Mme

M, c'est une chose de constater un décalage des acquisitions de son enfant, mais c'est toute autre chose de l'élaborer. C'est en cela que réside probablement l'aventure thérapeutique auprès des parents en proie à des difficultés dans ce processus de séparation-individualisation. La notion de temps est alors importante afin que les deux soient prêts. Et peut-être, faut-il parfois arriver à véritablement se rencontrer avant de pouvoir penser à se séparer ?

Les enfants sont très sensibles aux consensus ou aux dissensions qu'ils ressentent des adultes qui les entourent. Afin de ne pas les placer dans un conflit de loyauté, il y aurait donc à élaborer une relation de confiance dans le cadre d'un dispositif thérapeutique où une observation réciproque se met en place. Cette alliance est un arrière-fond nécessaire, un point d'ancrage. Ceci d'autant plus que l'enfant sera dans tous les cas dépendant matériellement de ces derniers.

Mais au-delà de cela, la famille a ceci de particulier que chaque membre est actif et entraîne des répercussions au sein de la cellule. Julien Gracq dit : « *Le rassurant de l'équilibre, c'est que rien ne bouge. Le vrai de l'équilibre, c'est qu'il suffit d'un souffle pour tout faire bouger* » (Gracq, 1992). Il y a ici un point de vue systémique intéressant à mettre en lien avec la situation de Sarah et sa maman. J'ai pu voir à quel point pour se positionner auprès de Sarah, il fallait se positionner aux côtés de Mme M.

Comme nous avons pu le dire, Mme M parle dès le deuxième rendez-vous d'un décalage qu'elle sent chez sa fille. Méfiante vis-à-vis du corps médical, elle suspecte le personnel soignant de lui cacher la vérité, « *ne pas jouer carte sur table* » avec elle. Elle interroge auprès de nous l'institution qui lui dirait que tout va bien, tout en étant toujours suivi en CAMSP « *alors que les places sont chères* ». Je n'ai pu à

cet instant, que faire le lien avec les précédentes mesures sociales, déclenché par l'hôpital. Cette empreinte du passé, rejaillit dans nos échanges et nous ne pouvons que la prendre en compte dans notre manière d'aborder une séance. Cette maman m'a donné initialement l'impression d'être le grand méchant loup et il nous a fallu montrer patte blanche devant la maison où elle s'était enfermée avec sa fille (La Fontaine, 1991, p. 162). Il a fallu que Mme M avance vers nous pour nous ouvrir la porte, avant de pouvoir accéder à Sarah et ainsi ensemble, autour d'elle, l'enveloppant, la voir se mettre en mouvement peu à peu. Car comme nous avons pu le dire plus haut sans une base de sécurité installée, pas d'apprentissage possible. La boucle vertueuse étant enclenchée, reste encore à la nourrir.

2. À la recherche d'une contenance institutionnelle

Le cadre est donc « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » (Potel, 2010, p. 321). Le concept d'enveloppe psychique vient éclairer la notion de cadre thérapeutique qui semble ici importante. Importante pour qu'un processus d'élaboration puisse se constituer dans notre travail clinique et que notre pratique ait une valeur thérapeutique.

2.1 Enveloppe institutionnelle

Quand, durant la séance, nous évoluons sur un fil, n'essayons-nous pas de tisser un « tout autour » ? Didier Houzel décrit de manière métaphorique l'enveloppe « *comme ce qui entoure complètement un espace et qui, de ce fait, contient tout ce qui se trouve dans cet espace, qui est ainsi fermé* » (Houzel, 2010, p. 9). Il vient donc délimiter un dedans et un dehors.

Il y aurait une fonction-enveloppe, une fonction de contenance à travers l'institution qui vient transformer ce qui ne peut être pensé par l'enfant et sa famille. Cette institution déploie un espace où le patient, avec ses émotions douloureuses voire chaotiques, va pouvoir être reçu et contenu. C'est en cela qu'elle est soignante et que, ce qui est vu comme un établissement par l'Etat se transforme en une institution.

Didier Houzel conceptualise la notion « d'enveloppe institutionnelle ». Il définit des propriétés qui doivent être présentes dans sa constitution. Il cite l'étanchéité et la perméabilité pour contenir ce qui se dit, se passe, se vit tout en maintenant, malgré tout, des échanges avec l'extérieur. Il parle enfin de la consistance et de l'élasticité comme autant de capacités à résister tout en s'adaptant aux pressions intérieures et extérieures. Il nous la fait visualiser comme un tissage qui s'opère par les membres des différentes équipes qui se succèdent au cours de son histoire (Houzel, 2010). Les soignants ont donc ici une part active dans ce fil qui se tisse et se retisse tout autour, au travers des expériences acquises. Ils concourent ainsi à ce que les conditions de son action puissent être thérapeutiques.

Pas chassé vers un corps institutionnel

Les propriétés décrites par Didier Houzel m'ont renvoyée à une sphère imaginaire, la « kinésphère » dont j'ai parlé en introduction. Elle correspond à l'espace autour du corps qui est délimité par les membres en extension. Des mouvements y naissent, s'y développent avec un centre et des limites définies. Qu'il soit petit, moyen ou grand, c'est cet espace occupé qui, pourrait-on dire, est habité.

En travaillant dans le soin, cette notion proposée par Rudolf Laban¹⁹ pour définir l'espace individuel est fondamentale. Nous soutenons en séance cette kinésphère chez nos patients en proposant, parfois, d'explorer certaines zones délaissées, d'éprouver de nouvelles expériences qui lui permettront de (re)trouver l'étanchéité, la perméabilité, la consistance et/ou l'élasticité de cette « bulle corporelle ». Ces mêmes propriétés sont présentes idéalement dans la constitution de l'enveloppe institutionnelle comme de la kinésphère des professionnels qui travaillent en CAMSP. Il convient alors de s'interroger sur les dynamiques qui sous-tendent notre manière d'organiser le mouvement à l'intérieur de ces enveloppes.

De manière tout aussi métaphorique que l'enveloppe, pourrions-nous dire que chaque corps institutionnel développe sa kinésphère ? Nous disons souvent que nous avons tous une façon, qui nous est propre, de marcher et de s'exprimer. De la même manière, l'institution n'a-t-elle pas sa propre manière de « marcher », son propre phrasé ?

¹⁹ Praticien et penseur majeur de la danse, il a inventé des outils d'analyse du mouvement.

Si Rudolf Laban catégorise les « *dynamiques du mouvement* », sur lesquelles certains psychomotriciens s'appuient afin d'appréhender les formes, les couleurs et le sens du mouvement qu'il observe, comment faire pour lire ces dynamiques du mouvement institutionnel ? Est-ce qu'une institution chorégraphie son action de la même manière lorsqu'elle privilégie le plan horizontal plutôt que frontal ou sagittal²⁰ ?

Force est de constater qu'observer les mouvement d'une personne, laisse rarement indifférent et il en va de même pour les mouvements institutionnels, ceci d'autant plus que nous y participons. Ainsi, au-delà de la lecture corporelle que nous faisons au sein de nos séances, convient-il de déployer une lecture de ce corps institutionnel dans lequel nous sommes intriqués. Il nous appartiendrait donc, au travers d'un travail d'équipe, d'être attentif à faire circuler les projecteurs sur toutes les zones de la scène institutionnelle. Ainsi face aux zones d'ombre, aux résistances d'origines diverses, rentrer éventuellement doucement dans une exploration qui nous mène à une élaboration. Alwin Nikolaïs disait : « *La danse c'est l'art de rendre visible l'invisible* » (cité dans Loureiro, 2006, p. 141). En transposant à l'institution, le travail de supervision ou d'analyse des pratiques ne permettent-ils pas cela ? Claude Allione décrit la « *Super-vision* » comme « *voir d'en haut pour regarder, ne pas s'engluer dans ce qui est immédiatement visible, c'est-à-dire ne pas se fier aux apparences* » (Allione, 2005). Ce travail aide à visualiser ce corps institutionnel en mouvement et ses possibles freins. Ces espaces, qui semblent en perte de vitesse car considérés non rentables, ne servent-ils pas à prendre soin de ce corps

²⁰ Benoit Lesage définit le plan horizontal comme un « style exploratoire », favorisant la cohésion mais pouvant devenir éparpillement dans l'excès. Tandis que le plan frontal serait de « style évaluatif et décisionnel », favorisant la stabilité mais pouvant devenir rigidité dans l'excès. Le plan sagittal enfin est défini comme de style projectif favorisant la décision mais peut tendre à la confrontation voire l'action non réfléchie dans l'excès. (Lesage, 2006)

institutionnel qui vient envelopper l'action individuelle dans une action plus globale ? Cependant dans l'institution où j'ai évolué pour cette dernière année, plus de financement pour ce type de travail cette année. Les professionnels doivent remplir quasiment entièrement de suivi « actable » leur emploi du temps. Ce qui mène à ce qu'une jeune professionnelle fraîchement embauchée à temps partiel n'ait aucun temps libre, pas même la réunion hebdomadaire pour faire le lien avec l'équipe. Comment alors se sentir « faisant partie » d'une enveloppe avec laquelle elle puisse interagir ? N'y a-t-il pas dans cet isolement un risque d'impacter ce sentiment de contenance ?

Cette « image du corps » institutionnel m'a amenée à penser l'institution à travers le terme d'habit d'Arlequin utilisé par Gilles Deleuze. Cette expression nous permet de visualiser les différentes parties du corps comme des losanges qui vont se colorer différemment au gré des diverses expériences vécues par l'enfant. Un corps initialement vécu morcelé, qui correspond au narcissisme primaire. Grâce à ces investissements localisés successivement et intriqués avec une vie relationnelle, l'enfant va se constituer une image plus élaborée jusqu'à une perception de son corps propre et unifié signant le narcissisme secondaire. Pourrait-on dire que cette construction vers l'intégration d'une image du corps pourrait s'étendre à notre métaphore de corps institutionnel ? L'institution pourrait alors se voir comme une sorte d'entité corporelle tissée d'expériences hybrides qui s'unifient en une interface permettant que la communication circule en son sein (avec plus ou moins de bonheur selon les institutions). Chaque personne, qu'elle appartienne à l'accueil, au soin, à l'éducatif ou à l'administratif, vient former une facette de ce corps qui se réinvente à chaque nouvelle arrivée. Mais pour assurer une continuité, l'équipe se

construit de façon fantasmatique ce corps. Ainsi Didier Anzieu parle dans la préface de René Kaës :

« Il y a groupe et non plus simple collection d'individus quand, à partir de leurs appareils psychiques individuels, tend à se constituer un appareil psychique groupal plus ou moins autonome. {...} Alors que l'appareil psychique individuel prend étayage sur le corps biologique, l'appareil groupal le prend sur le tissu social : mais il accepte mal de manquer de 'corps' : et il multiplie à son aise les métaphores, les substituts, les apparences ! » (Kaës, 2010, p. XI)

L'institution serait animée et investie comme une entité psychique à part entière ? Ce « corps » est censé contenir les parties dans un tout qui s'unifie afin d'éviter une dislocation.

2.2 Être porté pour porter, quand l'institution fait fonction de tiers

Dans la petite enfance, le holding de Winnicott est un concept connu et reconnu. Cette façon dont l'enfant est porté tant sur le plan corporel que psychique permet l'inscription d'un sentiment de sécurité qui participera au développement d'un « *sentiment continu d'être* » (Winnicott, 1958). Pierre Delion traduit ce concept par « *fonction phorique*²¹ » et développe l'idée que celui qui porte doit nécessairement être porté lui-même. Ce « *portage de l'enfant sur les épaules psychiques de ses parents* » (Delion, 2018, p. 15) est-il possible si la mère n'a pas été, elle-même porté

²¹ L'adjectif phorique vient du grec *phorein* qui signifie « porter »

par un tiers ? Et en élargissant ces qualités de la fonction phorique aux professionnels soignants, leur est-il possible de porter psychiquement leur patient s'ils ne sont pas eux-mêmes portés ? Claude Allione parle de « *holding de holding* » car le soignant « *porte et cherche toujours autour de lui ce qui pourra bien le porter aussi* » (Allione, 2005).

La situation de Sarah et Mme M m'a amené à penser que ces premières séances ont eu une valeur phorique au travers d'une attention « suffisamment bonne » (Winnicott, 2006) pour les porter, entourer, contenir. Il y a dans la proximité de personnes en souffrance des projections multiples et variées auxquelles nous sommes confrontés et pour lesquelles l'institution, et à travers elle ici le médecin coordinateur, a fonction de tiers. Ce terme est rentré dans le langage ordinaire sous les traits d'une personne interférant dans une relation duelle. Catherine Potel parle de cet « *indispensable fonction séparatrice du tiers paternel* » (Potel, 2010, p. 330). Cette fonction a une place importante dans ce jeu de distanciation mère-enfant afin d'ouvrir l'espace sur le monde extérieur. Elle est représentée entre nos patients et nous, par l'intermédiaire de l'institution et de la cohérence du projet de soin. Car le dispositif encadrant le projet de soin, le cadre temporo-spatial, la continuité thérapeutique sont autant d'éléments qui participent au portage institutionnel de la souffrance psychique des enfants accueillis et de leurs parents. Dans cette fonction de triangulation, le tiers prend les traits de l'institution, corps abstrait comme nous avons pu le dire, à la fois proche et distante, neutre et impliquée. Elle va nous permettre de nous appuyer sur une réalité collective pour ne pas s'enfermer dans une relation duelle.

Mais revenons-en à notre histoire. « *Dans « un cas », on se met à distance et on observe. Dans une histoire, il y a une cocréation, quelque chose qui se vit ensemble,*

qui se tisse ensemble » (Potel, 2010, p. 9). Ainsi donc nous en arrivons à ce qui me semble être au cœur de ce mémoire la co-création d'une histoire où tous les acteurs participent à sa constitution. Une mise en abyme pour un effet de perspective. Dans notre histoire, comment se sont faites les articulations entre les professionnels ? Qu'est ce qui a pu s'opérer institutionnellement ?

2.3 Une métaphore des mouvements d'équipe

« *Qui se contente de sa pensée ne pense plus rien* » écrivait le philosophe Alain. Il y a bien là tout l'intérêt du travail en institution, avec la notion de partage, d'autant plus utile face à des situations psycho-sociales complexes. Remettre du pluriel dans la réflexion permet d'appréhender différemment les situations à l'image d'une fable souvent cité, « les six aveugles et l'éléphant »²², qui illustre différents mouvements qui peuvent animer les équipes. Ici six hommes aveugles s'approchèrent d'un éléphant pour tenter de l'appréhender. A l'issue de leur rencontre chacun d'eux délivra sa perception de ce que pouvait être un éléphant. Au-delà des références aux représentations connues qu'ils firent pour le décrire, ils donnèrent une vision très différente de l'animal, ce qui eut pour conséquence de les diviser profondément. Jusqu'à ce qu'un sage vienne leur enseigner que la réalité recouvre de multiples facettes et que chacune des façons de voir l'éléphant est

²² Cette fable populaire en Inde a de multiples déclinaisons, l'une d'elle est disponible en annexe 2

complémentaire afin d'appréhender l'animal dans toute sa complexité. Ceci ne se retrouve-t-il pas dans certaines de nos réunions d'équipe ?

*« Ils discutèrent longtemps et passionnément,
Tombant chacun dans un excès ou un autre,
Insistant sur ce qu'il croyait exact. »*

Nous parlons depuis le début d'institution, ce qui vient sous-entendre selon François Tosquelle qu'il puisse y avoir une parole horizontale entre les personnes de niveaux d'étude différents. Est-ce toujours si évident au sein des équipes ? Chacun se sent-il libre de dire quelle partie de l'éléphant il touche ? Et peut-on encore se considérer comme appartenant à une institution soignante si tel n'est pas le cas ?

Dans notre situation, face à l'hypotonie et aux difficultés psychomotrices de Sarah, nous avons un rôle à jouer auprès du médecin suivant l'enfant au travers des écrits mais aussi quand cela est possible au cours des réunions ou de conversations informelles. Comme dans le conte, un partage a pu se faire à l'initiative du médecin. Ainsi, j'ai pu participer en octobre à une conversation entre ce dernier et la psychomotricienne, durant une pause déjeuner. Certaines divergences étaient présentes, mais ce fut un premier temps utile afin que chacune puisse donner sa vision sur la situation.

Comme voulait nous le recommander le médecin coordinateur ici, le lien avec cette maman était fragile et il convenait de « peser » tout ce qui est dit ou fait. Pour elle, une stabilité devait être recherchée avec Mme M. Là où de notre place, nous voyions le déménagement comme un déséquilibre permettant une ouverture, que le lieu de

soin devait saisir, pour accompagner une modulation possible du fonctionnement familial.

Didier Houzel écrit : « *le niveau le plus bas de la stabilité est l'absence totale de mouvement, la suppression de tout changement, de toute évolution* » (Houzel, 2010, p. 17). Ce qui ne peut que nous faire écho avec le comportement de Sarah. Se peut-il que le médecin coordinateur ait pu être pris dans une sorte de « contagion » ? Cependant face à la peur d'un débordement, d'une rupture du lien de la part de Mme M, n'y a-t-il pas un risque de se figer dans notre pratique ? Or le propre d'un travail thérapeutique n'est-il pas de créer un mouvement ?

« *Vous avez tous dit vrai !*

Si chacun de vous décrit l'éléphant

Si différemment,

C'est parce que chacun a touché

Une partie de l'animal très différente !

Ainsi l'éléphant a tous les traits

Que vous avez décrits. »

Pour rester soignant, il convient d'éviter de répondre en miroir à la symptomatologie des enfants ou de leurs parents. La notion du « faire équipe » dont nous avions parlé dans la première partie prend alors tout son sens afin de déposer quelque part les émotions que nous éprouvons et les lire à l'aune d'un scénario collectif. L'équipe va venir, par la réflexion menée, éviter la perméabilité ou la déformation excessive de l'enveloppe en inventant ensemble. Dans notre situation, le dialogue a permis que

chacun entende l'autre car l'énergie institutionnelle a été focalisée sur le soin du patient.

J'ai pu aborder dans le titre de ce mémoire, le terme de « scène institutionnelle ». Ne pourrions-nous pas, à partir de ces mouvements d'équipe, entrevoir nos institutions comme un théâtre où se joue un scénario institutionnel (Dreuilhe, 2007) ? Si Mme M semble répéter les mêmes choses, comment dans notre travail, l'accompagner à élaborer ce qu'elle vient rejouer fréquemment sur le devant de la scène ? Ici un dispositif de soin a été bâti, en tentant de cerner ce qui peut opérer pour Mme M et Sarah, avec le médecin coordinateur comme metteur en scène. Ce dernier, au travers de la prescription, indique, en quelque sorte les didascalies. Garant du cadre, il est celui qui prend en considération la globalité de la situation et représente symboliquement le tiers dans le cadre de nos représentations. Ceci permettra d'avoir des points de sécurité, un arrière-fond nécessaire aux professionnels évoluant sur les planches. Un cadre a pu être créé pour contenir institutionnellement les divers mouvements que ce suivi allait susciter.

Ainsi certains acteurs ont joué le rôle de bon objet quand d'autres ont accepté de jouer le rôle de mauvais objet afin de préserver les espaces thérapeutiques. Le médecin coordinateur a ainsi permis d'étendre le suivi tout en reposant des limites quand Mme M est venue les interroger. Ce cadre porté par le médecin lui a permis d'intégrer ce tiers jusqu'au sein de nos séances.

D'une « guidance parentale » toutes les deux semaines, le suivi en psychomotricité s'est orienté vers un suivi hebdomadaire. Dans une optique d'éclairer les zones qui ne nous étaient pas accessibles, un élargissement vers de la kinésithérapie a été initié de notre fait, face aux difficultés de Sarah qui nous semblaient variées,

intriquées et complexes notamment au niveau musculaire. Si initialement le médecin coordinateur a souhaité organiser ce bilan le jeudi afin de regrouper les soins, elle a finalement choisi pour ce suivi un nouvel acteur, rompu à l'art de la scène, pour venir compléter la distribution. Dr. Jacques Leraillez dit à propos de cette complémentarité : « *Ainsi, comme sur la scène d'un théâtre, un double éclairage met l'acteur en valeur et en réduit les zones d'ombres* » (cité dans Berlot et al., 2008, p. 44). Il n'est alors peut-être pas anodin ici de dire que cet acteur est « *un homme au royaume des femmes* » (Grim, 2007, p. 18). De ce fait, une expérience nouvelle peut ici venir faire rupture, créer un effet de surprise permettant peut-être de se décaler de certaines répétitions chez Mme M. La famille s'est mise en mouvement, faisant apparaître Mr M au sein de l'institution. Toutes ces articulations intra-institutionnelles ont permis, à mon sens, que l'institution devienne le théâtre où Sarah puisse exercer ses talents d'actrice et se lance à la conquête de nouveaux espaces.

3. Sur le fil tendu de la relation

Nous venons de voir à quel point l'institution représente un soubassement à notre action psychomotrice. C'est pourquoi il est important de penser ce qui s'y vit, sans quoi nous risquons de perdre sa valeur thérapeutique. C'est en ayant en tête ce tiers que nous pourrons avoir un accompagnement de qualité avec les personnes que nous accueillons.

3.1 Un ajustement constant

Dans l'accompagnement de la dyade mère-fille, la posture à prendre durant les séances m'a interpellée. Quelles attentes ? Quel positionnement adopter ? Mon mémoire s'est orienté très certainement sur cette situation car j'y ai rencontré des difficultés, me sentant en manque de clés. Si cette situation m'interpellait par son contexte social qui s'additionnait au soin, j'ai peu à peu compris qu'elle me désarmait en venant me sortir de ma zone de confort, à savoir d'une relation duelle. Il me semblait alors y avoir une double exigence face à cette mère ambivalente qui m'amenait à marcher sur un fil d'équilibriste pour ne rien rompre tout en accompagnant cette enfant vers des expériences sensori-motrices. Finalement ici, peut-on travailler l'intégration psychomotrice avec Sarah sans prendre le temps de passer par un travail au sein de la dyade mère-enfant ? Dans le processus de développement de l'enfant, ne répète-t-on pas régulièrement « ni trop tôt, ni trop tard » ? Il en va de même ici avec une certaine chronologie à respecter, sans devancer les choses à venir.

Quelle temporalité ?

Face aux différentes pressions contemporaines, la notion de temporalité me semble avoir une grande place. Si comme dit l'adage : « *il faut laisser le temps faire son œuvre* », certains sociologues comme Hartmut Rosa ou Zaki Laïdi parlent de « temps de l'urgence » pour qualifier notre époque. Nous pouvons déjà y être confrontés en stage, où il peut nous arriver de s'interroger sur comment faire coïncider la

temporalité du patient avec la temporalité institutionnelle ? Comment écrire tous ces documents professionnels demandés avec 1h d'écrits par semaine ? Nous sentons corporellement les ajustements constants que nous faisons entre chaque patient, mais aussi le changement de rythme avec les temps formels d'équipe en institution puis nouveau tempo avec les temps de formation et ces différents rendus. Urgence où tout doit aller plus vite et avoir lieu tout de suite. Culte de la vitesse ? Culte de l'instant ? N'y a-t-il pas à redonner du sens au temps ?

Dans cette situation, comme dans tant d'autres, Mme M parlera de faire suivre Sarah par une psychomotricienne libérale, tous les jours, afin d'agir « maintenant et vite ». Nous pourrions nous questionner ici sur un possible besoin de combler un vide afin de régler ce qui fait obstacle. Mais doit-on répondre à cette demande-là ? « *Il existe, dans notre tradition, une conception de l'aide qui suppose d'une part un vide, d'autre part un appel en provenance de ce vide et finalement un plein qui remplira le vide et fera alors disparaître le problème* » (Fustier, 2008, p. 5). Ici nous avons doucement accompagné ce qui, dans le discours de Mme M, pouvait s'apparenter à un comportement de « client » consommateur de services médicaux, qui fait partie de son fonctionnement. Nous avons laissé du « creux » pour qu'un écho puisse se produire. C'est une des clés pour instaurer un dialogue et ainsi laisser la place à une co-construction. Car ne faut-il pas un peu de creux, un peu d'absence pour que puisse germer une demande de soin authentique ?

La « juste » distance

Qu'en est-il de cette juste distance dont on nous parle tant ? Ni trop près, ni trop loin mais à la bonne distance. La relation telle un élastique, qui trop tendu peut éclater et faire mal, mais qui trop mou ne sert à rien. Ne pourrions-nous pas ici relier cette question de distance thérapeutique à celle de distance entre la mère et son enfant en référence à la notion de « mère suffisamment bonne » (Winnicott, 2006) ? La mère sait donner les soins adéquats permettant l'expression des potentialités de l'enfant, en n'étant ni trop bonne, ni pas assez. Et tout comme dans la relation mère-enfant, la relation thérapeutique est histoire de distance qu'ici j'ai pu toucher du doigt. Ne pas répondre à la toute-puissance de Mme M à travers ses demandes, mais ne pas la laisser sans élément de compréhension face à cette agitation qui la traverse.

Corporellement nous avons à nous ajuster à ce que la personne nous fait ressentir. Et pour cela, il n'y a pas que les mots. J'ai pu ressentir, dès la deuxième séance, Mme M se tendre suivant la distance à laquelle j'étais de Sarah. Il a fallu que je sois à l'écoute de l'infra-verbal comme du non-verbal²³ à travers le système visuel pour percevoir les gestes, les changements faciaux et posturaux de Mme M. Mais je me suis aussi interrogée sur les autres canaux qui peuvent rentrer en jeu dans cette prise d'informations. Je pense à l'écoute de la respiration, aux modifications de tempo qui peuvent se ressentir de façon épidermique car notre corps ne va-t-il pas

²³ « On applique le terme de communication non-verbale à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise. » (Corraze, 1980, p. 16)

plus vite que l'intellectualisation de l'information ? Face aux nombreux signaux qui m'ont mis en alerte durant cette séance, il a fallu veiller à s'adapter continuellement, en tentant de m'organiser suivant ce que je ressentais des états internes de Mme M et en laissant faire beaucoup la psychomotricienne pour qu'il n'y ait pas trop de stimulations.

Ici comme dans bien d'autres situations cliniques, nous pouvons sortir de séance en nous sentant « vidé ». Or ces patients qui « nous pompent » sont ceux-là même qui puisent en nous. Alors face à eux, il est nécessaire d'évaluer quelle distance leur est supportable dans cette séance-là voir, à ce moment de la séance où j'amène tel jeu sensoriel par exemple. Il y a un ajustement constant à réaliser pour préserver ce chemin de l'un à l'autre, un dialogue qui s'alterne, se co-construit : une résonnance corporelle créative.

3.2 Une disponibilité créative

En tant que psychomotricien, nous nous engageons avec les patients en utilisant notre propre corps comme médiateur dans la relation à l'autre. Ainsi notre posture, notre état tonique sont en interaction constante avec notre émotion modifiant notre degré de disponibilité psychocorporelle. Cette implication est un mode d'écoute de soi et de l'autre.

Chercher « l'accorps »

Dans la pratique de la thérapie mère-enfant, à l'image d'un peintre, nous allons peu à peu proposer une coloration nouvelle. Par petite touche, nous fournissons des comodalités à partir de ce qu'amène le parent. Faire apparaître du bleu maya à celui qui propose du bleu ciel ; du rouge vermeil au parent peignant du rouge feu ; ceci afin qu'il puisse s'en saisir et colorer différemment sa relation à son enfant. Parfois un geste, un mot va mettre en lumière une couleur à laquelle la personne ne faisait pas attention. Le nuancier s'élargit. Nous pouvons le voir dans l'art, avec le « peintre du noir et de la lumière », Pierre Soulages, qui a la volonté de faire surgir la lumière par contraste entre la couleur noire et les parties plus claires, conduisant au néologisme d'outrenoir. Comme nous livre Pierre Encrevé, l'artiste répète souvent « c'est ce que je fais qui m'apprend ce que je cherche » (Encrevé, 2019) insistant ainsi sur le caractère non programmé de sa peinture. Cette phrase ne peut-elle pas résonner dans ce contexte de thérapie psychomotrice mère-enfant où il m'a semblé que nous improvisions ?

Par le corps chercher l'accord, d'intériorité à intérieurité. Ceci m'a renvoyé à la théorie de l'accordage affectif de Daniel Stern (1989). Cette reproduction pas tout à fait à l'identique du message permet d'introduire constamment des variations notamment par son transfert d'un mode sensoriel à un autre. Cette transmodalité offre à la fois le renfort de la similitude et la découverte de la différence. Il participe par cet accompagnement émotionnel au sentiment de compréhension du bébé. Ainsi nous partageons ensemble une expérience intersubjective.

Daniel Stern parlait d'harmonisation des affects. Cette référence musicale n'est pas anodine. Pour lui les interactions qui se jouent entre le bébé et sa mère (mais nous pourrions ici élargir et dire entre nous et nos patients), sont vues comme une improvisation à deux où la mère s'accorde à la musicalité des expériences de son bébé. L'interaction comporte des lignes musicales avec des pulsations, des intervalles, des répétitions où nous tentons de nous accorder à la recherche d'un rythme où chacun est co-acteur.

C'est en cela que je parlais plus haut du caractère non programmé de nos séances car ici nous avons improvisé dans l'écoute de ce que produisaient Mme M et Sarah à un instant t de la relation. Nous avons avancé sur une phrase musicale en ayant parfois l'impression de se tromper et de se rattraper à une note. J'ai eu des temps de pause aussi pour me remettre à l'écoute de la symphonie avant d'improviser au sein de ces interactions. Je suis particulièrement sensible à cette vision car ce terme d'improvisation est souvent vu comme péjoratif. Certains diront que nous improvisons quand nous n'avons pas prévu les choses. Or qui de mieux qu'un jazzman pour dire à quel point l'improvisation est un apprentissage ? Didier Lockwood²⁴, un maître en la matière, parlait de pédagogie de l'improvisation car il y a toujours un cadre précis et structuré qui sous-tend à cette apparente liberté d'expression. Je parle de règles stylistiques, rythmiques et harmoniques afin que cela ne devienne pas une cacophonie générale. C'est à ce prix que le musicien pourra « *rentrer dans la musique de manière plus intuitive* » à travers les ressentis, les vibrations dans le rapport avec les autres (Lockwood, 2016). N'était-ce pas ce que la formation tente

²⁴ Violoniste, compositeur et grand improvisateur de jazz mort en février 2018

de nous transmettre pour nous autonomiser ? Un cadre avec ces règles du « jeu » qui structure la pratique. Lorsqu'il est suffisamment bien intégré, nous pouvons peu à peu paraphraser autour du thème avant de nous affranchir de la mélodie et... d'improviser. Le psychomotricien comme le musicien va se servir de son expérience et afin d'entrer en harmonie avec les personnes qui l'entourent, passer par une co-créativité leur permettant parfois d'être dissonants pour inventer une autre voie.

Enfin Catherine Potel parle «d'un *dédoubllement contrôlé, essence même de la qualité de présence du psychomotricien qui est à la fois impliqué dans sa pensée et dans son corps* » (Potel, 2015, p. 53). Une disponibilité permettant à la fois d'être dedans et dehors, une faculté à la fois d'observer et d'être qui me semble une autre clé au sein des séances comme de la vie institutionnelle. Ainsi, afin de ne pas « *perdre sa boussole interne. Deux exigences : penser et... rester poète !* » (Potel, 2015, p. 49)

En conclusion, une ouverture...

Au terme de ce travail, nous avons pu voir comment, dans un jeu d'écho, un travail autour des enveloppes psychocorporelles a nécessité une enveloppe institutionnelle contenante pour faire caisse de résonnance au sein de la salle de psychomotricité.

À l'image de ce jeu de régulation tonique, que nous utilisons tant en psychomotricité, je dirais que tout commence par la recherche d'un fil avec quelqu'un au bout. Un fil qu'il conviendra de ne surtout pas lâcher, malgré les aléas que le patient nous fera vivre dans le dialogue tonico-émotionnel. Il y a des ajustements permanents qui s'opèrent, mais pour cela il convient d'avoir de l'espace et du temps pour penser. A l'issue de cet écrit, pourrait-on dire que l'espace de jeu pourra être d'autant plus ample et notre ajustement plus harmonieux, si en amont de notre séance, nous avons pris soin d'habiter tous ces espaces et ces temps ? Si nous avons connaissance de la « terre » sur laquelle nous évoluons, de ce qui se trouve derrière nous à travers l'histoire qui anime ce lieu où nous exerçons ? Si nous participons à des temps de supervision qui nous permettent de prendre de la hauteur sur les liens qui s'y jouent ? Et enfin si au sein des réunions d'équipe nous co-construisons un projet personnalisé qui s'ajuste à la personne ? Une enveloppe qui se tisse et qui contient sans rigidifier afin qu'une créativité puisse advenir.

De ricochet en ricochet, nous pourrions pousser plus loin et parler du contexte politique et sociétal qui influence nos institutions et ces fameux espaces-temps dont j'ai pu parler.

« *Et faire une fin, commencer la fin, c'est de là que nous partons* »

(Elliott, 1977, p. 28).

En écrivant ce mémoire j'étais loin de me douter vers quoi mon propos allait me porter pour ouvrir la réflexion. Assurément, personne n'aurait pu prévoir la récente actualité qui est venue chercher chacun des Français dans sa capacité d'adaptation, afin de composer avec « l'ici et maintenant ». L'adaptation, une notion chère à la psychomotricité, que nous pouvons à nouveau mettre à profit.

Et si cette épidémie était venue toucher du doigt notre devise ? Annihiler la « liberté » de se déplacer librement. Peut-être même toucher à la « fraternité » de nos réunions familiales, amicales, professionnelles. Enfin qu'en est-il encore de « l'égalité » ? De ce côté-là, un brigand du nom de Procuste, ne rodait-t-il pas déjà, dans nos institutions ? Issu de la mythologie grecque, ce charmant garçon au comportement plein de douceur et de gentillesse accueillait les voyageurs égarés dans son auberge. Une fois ces derniers allongés sur un lit conforme à sa croyance, il leur sciait les membres dépassant du lit ou leur déboitait les articulations jusqu'à les faire devenir aussi grands que le lit, afin de démontrer que les hommes sont égaux en taille... Le « lit de Procuste », où seul celui conforme y survivait. Or face au rouleau compresseur gestionnaire et managérial n'a-t-on pas vu, ces dernières années l'obligation de résultats se substituer à l'obligation de moyens ?

Revenons-en à la crise sanitaire et économique que nous traversons, pour s'adapter à une secousse de cette force, ne doit-on pas se mettre en mouvement ? Ceux qui sont affairés à notre survie, n'ont-ils pas depuis un moment déjà tiré la sonnette d'alarme, sur ce qui advient aujourd'hui et « *que nous pensions impossible* » (Macron, 2020) ? Ne sommes-nous pas face aux profondes limites de la gestion

entrepreneuriale de la santé ? Emmanuel Macron proclame dans son discours du 16 mars 2020 : « *Beaucoup de certitudes, de convictions, sont balayées, seront remises en cause. {...} Agissons avec force mais retenons cela : le jour d'après, quand nous aurons gagné, ce ne sera pas un retour au jour d'avant.* » (Macron, 2020). Dans « ce monde d'après », espérons que ce lit de Procuste qui tente de s'insinuer, de par une croyance en la sacro-sainte « rationalité organisationnelle », puisse moduler son modèle et qu'ensemble nous nous mettions en mouvement. Accepter les nouvelles contraintes d'une société qui évolue, si tant est qu'il soit fait plus de place aux principes éthiques qui animent nos pratiques sanitaires et sociales. Et quand certains déclarent qu'ils sauront tirer toutes les conséquences, notre secteur médico-social devra s'atteler à accompagner les impacts de cette « *guerre* », qui aura dans son sillage accentué les difficultés des plus vulnérables.

Laissons à Albert Camus et à son double, le Dr Rieux, le mot de la fin et de l'espoir : « *c'est une idée qui peut faire rire, mais la seule façon de lutter contre la peste, c'est l'honnêteté. {...} Je ne sais pas ce qu'elle est en général. Mais dans mon cas, je sais qu'elle consiste à faire mon métier* » (Camus, 2009). Ce mémoire étant le rituel de passage vers le métier de psychomotricien, quoi de mieux dans ce contexte que de pouvoir commencer à l'exercer à la manière du colibri, souvent cité par Pierre Rabhi (2018), en essayant d'apporter quelques gouttes d'eau au feu de forêt.

Bibliographie

- Ainsworth, M. D. S. (1978). *Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates ; distributed by Halsted Press Division of Wiley.
- Allione, C. (2005). *La part du rêve dans les institutions : Régulation, supervision, analyse des pratiques*. Encre marine.
- Barbot, F. de. (2017). Éditorial. *Contraste*, N° 46(2), 7-11.
- Bénony, C., Golse, B., & Pedinielli, J.-L. (2003). *Psychopathologie du bébé*. Nathan Université.
- Berlot, V., Moreau, E., Callet, C., Parreiral, R., & Pascual-Bouys, O. (2008). Kinésithérapie et Psychomotricité : Une alliance fructueuse ? *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°158, 32-44.
- Bick, E. (2007). Considérations ultérieures sur la fonction de la peau dans les relations d'objet précoce. Intégration à l'analyse d'enfants et d'adultes des découvertes faites à partir de l'observation de bébé. In M. H. Williams (Ed.), *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. Du Hublot.
- Bion, W. R. (2001). *Aux sources de l'expérience*. Presses universitaires de France.
- Bloch, O., Wartburg, W. von, & Meillet, A. (1996). *Dictionnaire étymologique de la langue française*. Presses universitaires de France.
- Bouregba, A. (2013). *Les troubles de la parentalité. Approche clinique et socio-éducative*. Dunod.
- Brazelton, T. B. (1984). *Le bébé est une personne*. TF1.
- Brusset, B. (2005). Bion et la théorie du lien. In *Psychanalyse du lien : Les relations d'objet* (p. 223-235). Presses Universitaires de France.
- Bullinger, A. (2015). Le développement psychomoteur. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 2—L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED* (p. 15-55). Érès.
- https://www.cairn.info/feuilleter.php?ID_ARTICLE=ERES_BULLI_2015_01_0015
- Camus, A. (2009). *La peste*. Gallimard.
- Clerget, J. (1997). *La main de l'Autre : Le geste, le contact et la peau*. Érès, DL 1997.
- Code de la santé publique—Article L164-3, L164-3 Code de la santé publique (1975).

Corraze, J. (1980). *Les communications non verbales*. Presses universitaires de France.

Dayan, J., Bécue-Amoris, R., & Bouregba, A. (1999). *Les enjeux de la parentalité* (D. Houzel, Éd.). Érès.

De Montmollin, D., Gambs-Lautier, M.-H., & Meyer, J.-C. (1993). *Éloge de l'Emprunte*. La revue de la céramique et du verre.

Delion, P. (2018). *Fonction phorique, holding et institution*. Érès.
<https://www.cairn.info/fonction-phorique-holding-et-institution--9782749258553.htm>

Desobeau, F. (2008). *Thérapie psychomotrice avec l'enfant : La rencontre en son labyrinthe*. Érès.

Didier Lockwood : « L'improvisation, c'est un apprentissage, une science, ça consiste à accorder sa vision de la vie à son âme ». (2016, décembre 9). In *France Culture*.
<https://www.franceculture.fr/emissions/la-grande-table-1ere-partie/didier-lockwood-limprovisation-cest-un-apprentissage-une>

Dreuilhe, J. (2007). Institution et dispositif de soin ; Interview de Jean-Marc Cantau. *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°149, 4-6.

Elliott, T. S. (1977). Little giddings : The four quartets, D.W.Winnicott. *L'arc*, N°69, 28.

Encrevé, P. (2019). *Soulages au Louvre*. Musée du Louvre, Paris.

Fustier, P. (1999). *Le travail d'équipe en institution : Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*. Dunod, DL 1999.

Fustier, P. (2008). L'institution du manque à combler. In *Les corridors du quotidien*. Dunod.

Gardou, C. (2006). *Quand le handicap s'immisce dans la famille. Peut-on vivre avec et malgré le handicap de son enfant ?* Érès.

Gauberti, M. (1993). *Mère-enfant, à corps et à vie : Analyse et thérapie psychomotrice des interactions précoce*s. Masson.

Giromini, F. (2003). *Les concepts fondamentaux de la psychomotricité*.
[https://psychaanalyse.com/pdf/LES%20CONCEPTS%20FONDAMENTAUX%20DE%20LA%20PSYCHOMOTRICITE%20-%202004%20\(76%20pages%20-%20586%20ko\).pdf](https://psychaanalyse.com/pdf/LES%20CONCEPTS%20FONDAMENTAUX%20DE%20LA%20PSYCHOMOTRICITE%20-%202004%20(76%20pages%20-%20586%20ko).pdf)

Godard, G. (2017, mai). *Preface de Gabriel Godard au livre : Aux frontières de l'ordinaire | Institut Repères*. Institut repères. <https://www.i-reperes.fr/blog/preface-au-livre-de-beudin-guillaume-brigitte-et-montagnac-lara-aux-frontieres-des-territoires-de-lordinaire-lhamattan-mai-2017/?PHPSESSID=js4g2s3ua9ggrulbb3pzb7rok5>

Gracq, J. (1992). *Le Rivage des Syrtes* (A. Berthelot, Éd.). Nathan.

Grim, O. R. (2000). *Du monstre à l'enfant : Anthropologie et psychanalyse de l'infirmité*. Du CTNERHI.

Grim, O. R. (2007). Le psychomotricien et l'action médico-sociale précoce. Ou les dangers d'être un homme au royaume des femmes. *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°149, 18-28.

Houzel, D. (2003). Un autre regard sur la parentalité. *Enfances Psy*, N°21(1), 79-82.

Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. In press.

Houzel, D., Emmanuelli, M., & Moggio, F. (2000). *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Presses Universitaires de France.

Junker, V. (2008). Quelle place pour les parents lorsque l'enfant est en séance ? *Contraste*, N° 28-29(1), 237-254.

Kaës, R. (2010). *L'appareil psychique groupal* (3e édition). Dunod.

Korff-Sausse, S. (1996). *Le miroir brisé : L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Calmann-Lévy.

Kroeber, A. L., Kluckhohn, C. K. M., & Meyer, A. G. (1963). *Culture : A critical review of concepts and definitions*. Vintage Books.

La Boétie—Discours de la servitude volontaire. (2019, novembre 5). In *France Culture*. <https://www.franceculture.fr/emissions/le-gai-savoir/discours-de-la-servitude-volontaire-la-boetie>

La Fontaine, J. de. (1991). Livre quatrième, Fable XV : Le loup, la chèvre et le chevreau. In *Œuvres complètes. I, Fables, contes et nouvelles* (p. 162-163). Gallimard.

Lesage, B. (2006). *La danse dans le processus thérapeutique : Fondements, outils et clinique en danse-thérapie*. Érès.

Loureiro, A. (2006). Sens, volumes et tracés. *Enfances Psy*, N°33(4), 140-146.

Macron, E. (2020, mars 16). *Adresse aux Français, 16 mars 2020*. elysee.fr. <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/16/adresse-aux-francais-covid19>

Potel, C. (2010). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès.

Potel, C. (2015). La déferlante du primitif. In *Du contre-transfert corporel, une clinique psychothérapeutique du corps* (p. 49-58). Érès. <https://www.cairn.info/du-contre-transfert-corporel--9782749247830-page-49.html>

Rabhi, P. (2018). *La part du colibri : L'espèce humaine face à son devenir*. De l'aube.

Salbreux, R. (1995). La naissance des CAMSP. *Psychiatrie française*, N°26(1), 59-70.

Salbreux, R. (2014, juillet 10). *Anecamsp | Roger SALBREUX*. Anecamsp. <http://anecamsp.org/journees-roger-salbreux/>

Salbreux, R., Fuentès, K., & Golse, B. (2007). Évolution de la culture de l'action médico-sociale précoce entre son origine (1967-1976) et nos jours (2002-2007). *Contraste*, N°27(2), 9-35.

Sellincourt, C. (2008). La décharge tonico-émotionnelle comme comportement de défense dans la relation. *Contraste*, N° 28-29(1), 139-156.

Titran, M. (2010). Histoire de l'action médico-sociale précoce. *Spirale*, N° 55(3), 127-136.

Vasseur, R., & Delion, P. (2010). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*. Érès.

Winnicott, D. W. (1972). *L'enfant et le monde extérieur : Le développement des relations*. Payot.

Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité : L'espace potentiel* (C. Monod, Trad.). Gallimard.

Winnicott, D. W. (2006). *La mère suffisamment bonne* (J. Kalmanovitch, M. Michelin, & L. Rosaz, Trad.). Payot.

ANNEXES

Annexe 1 : courbe d'estimation de poids fœtal

Annexe 2 : fable « les aveugles et l'éléphant »

Annexe 1 : Courbe d'estimation de poids fœtal 2014

Courbe d'estimation de poids fœtal 2014 par le Collège Français d'Echographie Fœtale (CFEF).

Massoud M., Duyme M., Fontanges M., Collège Français d'Echographie Fœtale (CFEF), Combourieu D.

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction - Accepté le 15 janvier 2015.

Âge gestationnel	p.3	p.10	p.50	p.90	p.97
17	148,35	159,10	182,04	204,98	215,72
18	202,89	215,61	242,75	269,90	282,62
19	251,15	266,57	299,47	332,37	347,79
20	297,62	316,46	356,66	396,86	415,71
21	346,17	369,16	418,22	467,27	490,26
22	400,08	427,94	487,39	546,84	574,70
23	461,98	495,45	566,84	638,23	671,69
24	533,93	573,72	658,60	743,48	783,27
25	617,35	664,18	764,10	864,01	910,85
26	713,05	767,66	884,16	1000,65	1055,26
27	821,24	884,34	1018,97	1153,60	1216,71
28	941,51	1013,84	1168,15	1322,45	1394,78
29	1072,85	1155,13	1330,66	1506,19	1588,47
30	1213,62	1306,57	1504,87	1703,17	1796,13
31	1361,58	1465,93	1688,55	1911,17	2015,52
32	1513,89	1630,36	1878,84	2127,32	2243,80
33	1667,06	1796,39	2072,28	2348,17	2477,49
34	1817,03	1959,93	2264,78	2569,63	2712,53
35	1959,12	2116,31	2451,66	2787,02	2944,21
36	2088,00	2260,22	2627,63	2995,03	3167,25
37	2197,79	2385,76	2786,76	3187,76	3375,73
38	2281,95	2486,39	2922,53	3358,68	3563,12

Hadlock 1985 - Am J Obstet Gynecol. 151:333-337

$$\text{Log10EPF} = 1,326 + 0,0107\text{PC} + 0,0438\text{PA} + 0,158\text{LF} - 0,00326\text{PA} \times \text{LF}$$

Annexe 2 : Fable « les aveugles et l'éléphant »

Un jour de grand soleil,
Six aveugles originaires de l'Hindoustan,
Instruits et curieux,
Désiraient, pour la première fois,
Rencontrer un éléphant
Afin de compléter leur savoir...

Le premier s'approcha de l'éléphant
Et, alors qu'il glissait
Contre son flanc vaste et robuste,
Il s'exclama : « Dieu me bénisse,
Un éléphant est comme un mur ! ».

Le deuxième, tâtant une défense
S'écria « Oh ! Oh !
Rond, lisse et pointu !
Selon moi, cet éléphant
Ressemble à une lance ! »

Le troisième se dirigea vers l'animal,
Pris la trompe ondulante
Dans ses mains et dit :
« Pour moi, l'éléphant est comme un serpent ».

Le quatrième tendit une main impatiente,

Palpa le genou

Et fut convaincu qu'un éléphant

Ressemblait à un arbre !

Le cinquième s'étant saisi par hasard de l'oreille, dit :

« Même pour le plus aveugle des aveugles,

Cette merveille d'éléphant

Est semblable à un éventail ! »

Le sixième chercha à tâtons l'animal

Et, s'emparant de la queue qui balayait l'air,

Perçu quelque chose de familier :

« Je vois, dit-il, l'éléphant est comme une corde ! »

Alors, les 6 aveugles discutèrent.

Ils discutèrent longtemps et passionnément,

Tombant chacun dans un excès ou un autre,

Insistant sur ce qu'il croyait exact.

Ils semblaient ne pas s'entendre,

Lorsqu'un sage, qui passait par-là,

Les entendit argumenter.

« Qu'est-ce vous agite tant ? » dit-il.

« Nous ne pouvons pas nous mettre d'accord

Pour dire à quoi ressemble l'éléphant ! »

Et chacun d'eux lui dit ce qu'il pensait à ce sujet.

Le sage, avec son petit sourire, leur expliqua :

« Vous avez tous dit vrai !

Si chacun de vous décrit l'éléphant

Si différemment,

C'est parce que chacun a touché

Une partie de l'animal très différente !

Ainsi l'éléphant a tous les traits

Que vous avez décrits. »

« Oooooooh ! » exclama chacun.

Et la discussion s'arrêta net !

Et ils furent tous heureux d'avoir dit la réalité,

Car chacun détenait une part de vérité.

Résumé

Au commencement, il y a un questionnement sur ce qui se joue en arrière-scène de nos salles de psychomotricité. Puis une rencontre avec Sarah et sa maman qui m'interpelle. Et de ricochet en ricochet, quel dispositif se déploie, au-delà du « savoir-faire » des professionnels, pour offrir un espace contenant ? Quelle résonnance cette enveloppe institutionnelle produit-elle au sein de nos séances ? Je vous propose de cheminer avec moi au fil d'une histoire qui se co-écrit à différents niveaux.

Mots clés : Psychomotricité - Thérapie bébé-parent - Enveloppe institutionnelle - Ajustement - Co-construction

Summary

At the beginning, there is a questioning about what is taking place backstage of our psychomotricity room. Then there is a challenging meeting with Sarah and her mother. And by a ripple effect, what mechanism unfolds, beyond the professionals' expertise, to provide a containing space? What resonance does this institutional background create within our session? I invite you to a journey on the thread of a story co-authored on various levels.

Keywords : psychomotricity - Baby-parents therapy - Institutional envelope - Adjustment - Shared-construction