

Du portage au porté. L'acroyoga, une médiation thérapeutique au service de l'adolescent

Jeanne Seiler

▶ **To cite this version:**

Jeanne Seiler. Du portage au porté. L'acroyoga, une médiation thérapeutique au service de l'adolescent. [Rapport de recherche] Institut Régional de Formation en Psychomotricité. 2017. hal-02966537

HAL Id: hal-02966537

https://hal.univ-reunion.fr/hal-02966537

Submitted on 14 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NoDerivatives 4.0 International License

Du portage au porté

L'acroyoga, une médiation thérapeutique au service de l'adolescent

Mémoire présenté pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE PSYCHOMOTRICIEN

par

SEILER Jeanne
Née le 30 / 11 / 1981 à Chatenay-Malabry (92)

Sous la direction de
Cordier Virginie
Maître de Conférences

Année universitaire 2016/2017

Session de juin 2017

Tous les mouvements du bébé, toutes les sensations qu'il percevra quand on s'occupe de lui sont des appuis corporels sur lequel son monde affectif et psychique va se construire

(Robert-Ouvray, 2015d)

Remerciements

Je remercie tous les enseignants qui m'ont transmis leurs connaissances, leurs savoir-faire et surtout leur savoir-être. Professeurs, maîtres, partenaires, élèves, équipe soignante et patients ont, chacun à leur manière, semé de précieuses graines.

Je remercie particulièrement Virginie Cordier, Marine Gautier et Charlotte Giraud-Carrier pour leur aide et leurs conseils dans la rédaction de ce mémoire.

Je remercie tous ceux qui m'ont entourée, soutenue et portée au travers ce long parcours semé d'embûches. Je remercie Corinne Robert pour sa bienveillance et ses encouragements au quotidien. Je remercie ma famille, mes amis et mon compagnon Olivier pour son écoute et sa solide présence à mes côtés. Je remercie ma mère, experte, malgré elle, du dialogue tonique et qui m'a transmise le goût de l'Autre.

Je remercie mes partenaires d'acroyoga et mes élèves, pour certains devenus professeurs à leur tour. Ils ont été les premiers à expérimenter le fruit de mes réflexions et de ma pratique. Ils m'ont offert l'immense privilège de partager mes connaissances à travers de riches expériences. Vos encouragements ont nourri mon rêve, celui de devenir psychomotricienne.

Je remercie Mme Mylène Schaetzel qui m'a permis de croire en ce rêve et surtout de le réaliser.

Table des matières

Introduction **1**

PARTIE THEORIQUE **5**

1.1 LE PORTAGE DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'INDIVIDU 5

1.1.1 Définitions et concepts 5

1.1.2 Un comportement instinctif au premier stade de la vie 10

1.1.3 Le portage à l'adolescence 12

1.2 LES THERAPIES PSYCHOMOTRICES AU -SERVICE DU PORTAGE . . . 16

1.2.1 La thérapie psychomotrice 16

1.2.2 La médiation psychocorporelle à l'adolescence 21

1.2.3 Les médiations corporelles favorisant le portage et le dialogue tonique . 24

1.3 ROLES ET PROCESSUS DU PORTAGE 31

1.3.1 Le portage, support de communication corporelle et émotionnelle . . . 32

1.3.2 Le portage, support et agent de l'intégration psychomotrice 33

1.3.3 Processus mis en jeu dans le portage thérapeutique 41

PARTIE CLINIQUE **45**

2.1 Problématique 45

2.2 METHODOLOGIE 47

2.2.1 Choix de la méthode et des outils d'évaluation 47

2.2.2 Choix de la population 48

2.2.3 Dispositif des séances 51

2.3 PRESENTATION DES CAS CLINIQUES 55
2.3.1 Présentation de Laure, 13 ans 55
2.3.2 Présentation de Kevin, 14 ans 56
2.4 RESULTATS 58
2.4.1 Laure, une adolescente en quête d'unité 58
2.4.2 Kevin, un adolescent désorganisé 64
2.5 ANALYSE 69
2.5.1 Le niveau tonique 70
2.5.2 Le niveau sensoriel 73
2.5.3 Le niveau affectif 74
2.5.4 Le niveau représentatif 76
2.5.5 Pathologies de l'étayage 78
2.6 DISCUSSION 80
2.6.1 Résultats 80
2.6.2 Méthodologie 80
2.6.3 Mémoire et psychomotricité 82

CONCLUSION **84**

Bibliographie **86**

Annexes **92**

A Grille d'observation **93**

B Techniques d'acroyoga **98**

B.1 Séquence d'étirements à deux et contre-poids 98
B.2 Constructions corporelles et inversions 103
B.3 Séquence de portés lunaires 104
B.4 Séquence de portés solaires 107
B.5 Séquence de massage thaïlandais 108
B.6 Techniques de parade 110

C Bilan psychomoteur **111**

D Dessins faits en séance **116**

Introduction

S'intéresser au portage, c'est avant tout s'intéresser à notre nature humaine. « Porter la vie » est une expression qui exprime bien la fonction fondamentale du portage dans le développement de l'individu. Quelles que soient nos origines et nos cultures, nous vivons tous cette expérience unique, celle d'être contenu à l'intérieur du ventre de notre mère. Nous sommes portés pendant neuf mois avant d'être mis au monde, portés dans les bras de nos parents avant de pouvoir évoluer seul, portés par notre environnement avant de nous porter nous-mêmes et de donner la vie à notre tour. Le portage crée un sentiment de sécurité à la fois physique et psychique grâce auquel nous pouvons nous construire tout au long de notre vie.

> Le but fondamental du *holding* est d'aider l'enfant à acquérir la capacité d'exister seul sur ses propres appuis moteur et psychique sans débordement d'angoisse, sans vertige, sans désorganisation (Robert-Ouvray, 2015c).

La question couramment utilisée « comment te portes-tu ? » n'en est-elle pas un exemple ? Si porter psychiquement un adolescent ou un adulte paraît naturel, le porter physiquement semble néanmoins plus insolite. Quelle est sa fonction dans ce cas ?

Cette pratique est courante dans les structures hospitalières ou médico-sociales. Les difficultés motrices rendent parfois difficiles, voire impossibles, les déplacements et les changements de position. La personne qui « porte un handicap » est portée par les différents professionnels lors des transferts ou des soins. Le portage physique se présente alors comme un moyen technique mais n'a pas nécessairement de fonction thérapeutique en soi. En psychomotricité, la situation est différente car le portage n'est pas seulement fonctionnel mais possède également un rôle thérapeutique, celui d'établir un dialogue tonico-émotionnel entre le patient et le thérapeute. Régulièrement utilisé avec les enfants, il l'est également auprès d'adolescents et d'adultes, souvent polyhandicapés ou Infirmes Moteurs Cérébraux.

> Mais par définition, du fait de son engagement corporel, aussi constant qu'ajusté, le psychomotricien a de part sa formation, et parmi les thérapeutes, le rôle professionnel le plus spécifique pour mettre en travail la double dimension physique et psychique, du portage (Gaucher-Hamoudi, 2007, p. 15).

L'ajustement tonique du psychomotricien lors du portage ouvre une porte sur une communication qui ne peut s'établir sous une autre forme. Nous l'avons observé au Centre d'Education Motrice lors des séances de groupe de danse intégrée, de cirque ou d'équithérapie, animés par des intervenants. Souffrant de troubles des interactions, Noé, 8 ans, est pourtant capable de guider son poney pour réaliser un parcours. Parfois son attention se dissipe, une insécurité se crée car il perd le lien avec sa monture. Le comportement du cheval et les conseils du psychomotricien permettent à Noé de porter à nouveau son attention sur ses éprouvés afin de retrouver une stabilité.

Les séances de danse ou de cirque, sont, quant à elles, des espaces où le dialogue tonico-émotionnel s'établit directement dans un « corps-à-corps »entre les patients et les membres de l'équipe. Avec Myriam, 15 ans, nous nous engagions dans un jeu où une partie du corps servaient de guide et de support aux mouvements. Alternativement, nous supportions le poids des différentes parties de nos corps jusqu'à les porter totalement. Le monde autour de nous s'effaçait : à la fin de la musique, nous réalisions que nous étions seules à danser, regardées par le reste du groupe. Suite à cette expérience, nous échangions régulièrement des regards bienveillants en dehors des séances.

Malheureusement ce type d'expérience n'est pas toujours accessible aux patients dont la motricité est très limitée. Avec Willy, un adolescent IMC de 16 ans porteur d'un handicap moteur lourd, nous nous engagions dans des portés hors du sol grâce aux techniques d'acroyoga. Le bassin supporté par les pieds de l'intervenant, Willy pouvait expérimenter une position inversée favorable à la détente musculaire du haut du corps. Malgré son appréhension, il s'est laissé guider et a abaissé légèrement son tonus. Une fois au sol, il prenait un temps allongé où il expliquait « reprendre ses esprits ».

Des observations issues d'autres expériences auprès d'enfants ne présentant pas de handicap moteur (milieu psychiatrique) sont venues également renforcer notre constat : le portage est une pratique utilisée régulièrement par les psychomotriciens. Pour les enfants, cette pratique est instinctive, à l'image de la mère avec son enfant, mais pour les plus grands elle évolue souvent vers un dialogue tonique sans que le patient ne quitte le sol. Le poids ou la taille

peuvent être un frein si le psychomotricien ne peut assurer au patient la sécurité dont il a besoin. Le psychomotricien peut alors utiliser des objets médiateurs (hamac, cheval, ...) notamment pour les adolescents ou adultes.

Ce constat nous invite à nous intéresser de plus près à l'intérêt thérapeutique du portage. S'il est fréquemment utilisé dans la pratique psychomotrice, quels sont ses effets sur les plans corporel et psychique ? Par quels mécanismes interviennent-ils ? Ces interrogations ont débuté quelques années auparavant lors d'ateliers d'acroyoga que nous animions auprès d'adultes et d'adolescents. L'acroyoga, médiation au service du dialogue tonique et du portage, est peu connue car très récente et peu enseignée en France. Elle présente l'avantage d'offrir des exercices variés qui permettent de porter et d'être porté en toute sécurité. Ces portés peuvent prendre deux formes : acrobatique, où la personne portée élève son tonus, ou thérapeutique, où, au contraire, elle est invitée à se relâcher totalement. Ces exercices sont introduits progressivement grâce à des étirements à deux et des contrepoids.

Au cours de trois années de pratique de cette discipline, nous constations qu'elle suscitait de vives réactions émotionnelles, notamment lors de portés thérapeutiques. Les participants témoignaient d'effets à la fois sur le plan corporel et psychique. Les verbalisations d'adultes venant s'initier à cette discipline étaient variés : « être porté, c'est pas facile, il faut faire confiance, j'ai eu trop peur de tomber pour pouvoir me détendre. Je ne sais pas comment les autres font », « j'ai peur de faire tomber l'autre, je préfère largement être portée », « c'est indescriptible mais je veux recommencer tout de suite ! », « il fallait me prévenir que je pouvais vivre ça ! C'est une expérience trop intime pour être partagée avec des gens que je ne connais pas ». Un élève, Marc, adolescent d'un mètre quatre-vingts, qui participait à des ateliers dans son lycée, fut surpris par sa propre réaction. Après le porté, il resta mutique, les yeux fermés, allongé en position du fœtus pendant quelques minutes. Il expliqua se sentir « déboussolé » et ne plus savoir où il était dans l'espace. « C'est comme si la pesanteur n'existait plus ! » dit-il, les yeux écarquillés. D'autres adolescents, en décrochage scolaire et intégrés dans une classe relais, ont également manifesté une attitude inhabituelle. La détente éprouvée pour certains lors des portés était surprenante et le coordinateur attesta qu'il « ne les avait jamais vus dans cet état ! ». Ces observations ont nourri notre besoin de comprendre. Pourquoi cette pratique provoque-t-elle parfois un comportement ou des réactions impossibles à contrôler ? Pourquoi ces ressentis corporels et émotionnels étaient-ils inhabituels ?

Au regard de ces constatations, nous nous interrogeons aujourd'hui sur deux aspects du

portage auprès du public adolescent : les moyens à disposition du psychomotricien et les processus opérants. La rédaction de ce mémoire est l'occasion de tenter de répondre à cette question : comment le portage et le porté ont-ils un rôle thérapeutique dans la prise en charge des adolescents en psychomotricité ?

Avant de répondre, il est indispensable de comprendre la différence entre les termes de portage et de porté. Selon le dictionnaire Larousse, le porté est un terme qui fait référence à une pratique artistique comme la danse ou l'acrobatie où la personne portée est active. Le portage fait référence au fait de supporter le poids d'une personne ou d'un objet. En psychologie, le portage représente un concept, nommé *holding*, décrivant les interactions précoces entre l'enfant et sa mère. Tout au long du mémoire, nous évoquerons « la mère » en tant que figure d'attachement principale. Mais il est important de souligner que ce rôle peut être rempli par une autre personne de l'entourage de l'enfant.

Dans un premier temps, nous expliquerons comment le portage tient une place essentielle dans le développement de l'individu. Nous redéfinirons le concept du portage dans le contexte des interactions précoces et celui de portage psychique et thérapeutique auprès des adolescents. Dans un second temps, nous porterons notre attention sur les moyens dont dispose le psychomotricien pour inclure le portage dans ses prises en charge. A travers les concepts de thérapie et de médiation psychomotrices, nous mettrons en évidence les processus qui permettent à l'adolescent de mettre en lien son corps et sa psyché dans cette période de transformation et nous exposerons certaines techniques de porté ou de portage utilisées en psychomotricité : médiation eau, escalade, trapèze, danse, et acroyoga. La troisième partie sera consacrée aux processus mis en jeu dans le portage. Nous nous appuierons sur l'approche psychanalytique, dont est issue la théorie du *holding*, afin de comprendre le rôle et les mécanismes du portage. Enfin, nous reviendrons sur le phénomène de régression qu'implique le portage thérapeutique chez l'adolescent et qui permet de remettre en mouvement les processus de l'enfance, décrits juste avant.

PARTIE THEORIQUE

1.1 LE PORTAGE DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'INDIVIDU

Cette première partie décrira le rôle du portage dans le début de la vie de la personne mais également à la période de l'adolescence.

1.1.1 Définitions et concepts

Le portage est une technique à la fois décrite comme un comportement participant aux interactions précoces, constituant la base du dialogue tonico-émotionnel et comme un concept plus large nommé *holding*, socle de la construction psycho-corporelle.

1.1.1.1 Définitions

Avant de commencer, il est essentiel de porter notre attention sur la définition précise du mot portage. Dans le dictionnaire, le mot portage a plusieurs sens ; il désigne notamment une « action de transporter à dos d'homme dans un pays où les chemins ne permettent pas l'emploi de véhicules ou d'animaux » (Larousse, 2017). Cette première définition nous indique qu'il s'agit d'une action se référant à une technique mais ne fait aucunement réfé rence aux soins maternels. Couramment utilisée dans notre société occidentale, il renvoie aux techniques permettant de porter les enfants, favorisant un contact physique étroit entre le porteur et celui-ci. Il existe d'ailleurs une association française de portage des bébés (« Association Française de Portage des Bébés », p.d.) et de nombreux sites internet promouvant l'utilisation de techniques ou de matériel (écharpe, porte-bébé, ...) adaptés au développement psychomoteur de l'enfant.

Dans ce mémoire, le terme de portage se rapporte plus largement au *holding*, concept développé par le pédiatre et psychanalyste, Donald Wood Winnicott dans son ouvrage intitulé « De la pédiatrie à la psychanalyse » (D. Winnicott, 1969). Il correspond à l'adaptation posturale de la mère à son bébé grâce à laquelle il est soutenu et porté physiquement mais également psychiquement.

Les psychanalystes furent les premiers à s'intéresser aux relations que l'enfant entretient avec son entourage. Mélanie Klein, dans les années 1930, marque un tournant dans la psychologie de l'enfant. Elle est la première à attribuer un rôle actif au bébé dans cette relation puisqu'elle affirme que le nourrisson et le jeune enfant ont une vie psychique et relationnelle propre.

Actuellement le modèle théorique correspond à la spirale transactionnelle ou interactionnelle décrite par Escalona en 1968 (Escalona, 1968). La relation est constituée d'un ensemble de processus bidirectionnels, où le bébé est à la fois soumis aux influences de son entourage et à la fois en est source de changements. On parle à présent d'interactions et non de relation pour insister sur le caractère réciproque de ces influences, incluant les notions de réciprocité et d'interdépendance.

1.1.1.2 Les interactions précoces

Cette théorie transactionnelle est inclue dans le concept plus large des interactions précoces. Elles se définissent comme l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent entre un nourrisson et ses différents partenaires.

Les théoriciens de l'école de Bobigny (Lebovici, Storelu, Mazet), psychiatres et psychanalystes, vont élargir ces modalités d'échanges décrites dans la relation avec son environnement (la mère, le père ou la personne s'occupant du bébé) en l'appliquant plus généralement à l'interaction. La distinction entre relation et interaction se situent dans la temporalité : « la notion d'interaction renvoie à une temporalité très réduite » contrairement à la relation qui « peut durer des années, voire toute une vie » (Mazet & Feo, 1996).

Il existe trois dimensions de l'interaction (Lebovici & Storelu, 1983) :

— **l'interaction comportementale**, utilisant les registres corporel, visuel et vocal. Elle comporte les contacts cutanés, les regards, les vocalisations du bébé, les paroles maternelles et également l'ajustement tonico-postural. Cet ajustement est assuré à la fois

par le *holding* et le *handling*, le portage et les manipulations de l'enfant, notions que nous allons développer par la suite.

— **l'interaction affective** dont la qualité de l'harmonisation permet le partage des expériences émotionnelles.

— **l'interaction fantasmatique** où la vie psychique de la mère et de l'enfant s'influencent mutuellement (imaginaire, fantasmes conscients ou inconscients).

Toutes ces interactions sont interdépendantes et ne peuvent être dissociées dans la réalité.

1.1.1.3 Dialogue tonique

Cette notion de dialogue tonique a, en effet, précédée celles des interactions. Plusieurs auteurs ont alors mis en évidence le lien entre psychisme, émotions et tonus. Reich fut le premier à expliciter cette interdépendance mais en dehors du cadre de la relation. En 1928, avec « la cuirasse musculaire », il explique que la rigidité corporelle est associée à la rigidité mentale. La carapace tonique a pour fonction de contenir les pulsions et de nous protéger de l'environnement (Reich, 1992).

Les théoriciens du développement comme Wallon et Ajuriaguerra ont développé cet aspect mais cette fois dans le cadre relationnel en identifiant le tonus comme support de communication. Wallon affirme que les émotions se traduisent directement sur le tonus à travers le corps-à-corps. L'émotion, et par conséquent sa traduction tonique, est un moyen d'expression pour interagir avec son environnement.

En 1974, Ajuriaguerra parle de « *dialogue tonique* » composé d'ajustements corporels interactifs entre l'enfant et sa mère (Ajuriaguerra, 1974). Par exemple, lorsqu'il a faim, l'enfant se contracte et entre dans une hypertonie. Si la mère garde une attitude calme avec un tonus bas, elle permet à son enfant de s'apaiser et d'ajuster son tonus au sien. Les postures des partenaires et le tonus musculaire de chacun s'accordent donc : les états de détente corporelle globale ou partielle, ou de raidissement localisé ou généralisé se transmettent. Les contacts peau à peau constituent également une modalité interactive intimement liée au dialogue tonique.

Ajuriaguerra complète alors les concepts psychanalytiques freudiens en ajoutant la dimension corporelle : ces échanges toniques s'incorporent dans le développement de la structure psychique de l'individu.

Actuellement, le dialogue tonique est classé dans les interactions comportementales, issu des interactions biologiques de la vie utérine, et initiant les interactions affectives puis les interactions fantasmatiques.

1.1.1.4 Le concept de holding de Winnicott

La notion de portage apparaît avec le psychanalyste et pédiatre anglais Donald Wood Winnicott sous le nom de *holding*. Pour lui, l'individu n'existe pas seul, il n'existe qu'en relation avec le monde extérieur. Les écrits de Winnicott se distinguent de la théorie des pulsions freudiennes et mettent au centre la nécessité d'un environnement « suffisamment bon » garant du bon développement psychomoteur de l'individu et de l'accès au *self*, le Soi. Le *self* correspond au sentiment propre et permanent d'existence qui soutient l'émergence des sentiments d'individualité et d'autonomie.

La mère « suffisamment bonne » dispose de différentes façons de s'occuper de son enfant : le *holding*, le *handling* et *l'object-presenting*.

— Le ***holding***, correspond à la manière de maintenir, tenir, porter l'enfant physiquement et psychiquement ; « C'est la façon dont l'enfant est porté physiquement et psychiquement par la mère (ou l'entourage) ». Il crée une zone relationnelle d'échanges sensoriels dans laquelle se développe une sécurité affective : regard, chaleur corporelle, bruits internes (cœur, respiration) et externes, odeurs, goût, bercements, etc.

— Le ***handling*** reflète la manière d'être en contact avec le bébé, de le traiter, de le soigner et de le manipuler.

— L'***object-presenting*** renvoie à la manière dont la mère met à disposition l'objet à l'enfant. Elle lui offre son sein et lui fait découvrir son environnement. Elle crée ainsi chez le bébé l'illusion de toute puissance.

Son hypothèse est que la constitution du Soi nécessite un *holding* maternel, il ne se construit pas de manière innée. Winnicott souligne l'importance de la présence d'un environnement contenant toute sa vie :

> Le terme de « maintien » (*holding*) est utilisé ici pour dénoter que l'on porte physiquement l'enfant, mais il désigne aussi ce que l'environnement lui fournit antérieurement au concept de *vie commune*. En d'autres termes, cette notion de maintien se réfère à une relation spatiale à trois dimensions à laquelle le temps s'ajoutera progressivement. Cela coïncide en partie avec les expériences instinctuelles, qui éventuellement déterminent les relations objectales, mais son

> origine est plus précoce. Cette notion recouvre le maniement d'expériences qui sont inhérentes à l'existence, telle que l'*accomplissement* (et par conséquent le *non-accomplissement*) de processus qui, de l'extérieur, peuvent apparaître purement physiologiques ; en fait, ils relèvent de la psychologie du nourrisson et se déroule dans un champ psychologique complexe, déterminé par l'empathie de la mère et qu'elle perçoit tout ce qui concerne le nourrisson (D. Winnicott, 1969, p. 244).

Le *holding* n'est pas seulement un stade de développement, ni une technique, mais une manière d'être et de faire, permettant l'émergence du soi (communément appelé moi en psychanalyse) à travers le « sentiment continu d'exister ». Ce sentiment représente la capacité à maintenir des formes psychiques stables appelée également stabilité structurelle du psychisme. Il s'oppose au sentiment « d'annihilation » que provoqueraient des expériences d'empiètements dû à un environnement n'assurant pas ce maintien, obligeant l'enfant à réagir plutôt qu'à développer son existence personnelle.

1.1.1.5 Le concept de holding psychomoteur de Suzanne Robert-Ouvray

Suzanne Robert-Ouvray reprend le concept de *holding* de Winnicott au sens où il est le socle de la construction du Soi et complète cette théorie en portant particulièrement son attention sur l'organisation motrice et tonique du bébé (Robert-Ouvray, 2015c). En créant le concept de « holding psychomoteur », Robert-Ouvray intègre cette nouvelle dimension en expliquant comment le tonus et la motricité du bébé font partie du développement psychoaffectif de l'enfant.

Elle définit le *holding* psychomoteur comme : « un ensemble de manières d'être et de faire qui prend en compte tous les niveaux d'organisation du sujet, tonique, sensoriel, affectif, représentatif et langagier ». (Robert-Ouvray, 2015c).

> Le but fondamental du *holding* est d'aider l'enfant à acquérir la capacité d'exister seul sur ses propres appuis moteur et psychique sans débordement d'angoisse, sans vertige, sans désorganisation » (*ibid.*).

L'enfant peut tolérer les stimulations extéroceptives et intéroceptives, les intégrer pour dépasser cette situation angoissante et poursuivre son développement personnel. Cette intégration psychomotrice, réalisée au travers de ces cinq niveaux d'organisation, constitue la base de la théorie de l'étayage de Robert-Ouvray.

Ainsi nous avons vu que le portage ou *holding* ne fait pas uniquement référence aux interactions corporelles mais à un concept plus large de construction corporelle et psychique de la personne. Il est fondamental pour le développement corporel, psychique et affectif de l'individu et c'est pourquoi il apparaît de manière instinctive chez la mère et le nourrisson.

1.1.2 Un comportement instinctif au premier stade de la vie

1.1.2.1 La préoccupation maternelle primaire

Il existerait, dès le début de la vie de l'enfant, une relation primaire mère-bébé constituant le premier objet d'amour sans aucun lien avec une zone érogène. Winnicott explique que pour mettre en place cette relation, la mère accède à un état psychique particulier appelé la préoccupation maternelle primaire, comparé à « un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus » (D. Winnicott, 1996, p. 40). Cet état« d'hypersensibilité », se développe à la fin de la grossesse et perdure plusieurs semaines après la naissance. Il favorise le dévouement de la mère à son bébé créant une unité duelle mère-enfant. Elle peut identifier ses besoins en se mettant à sa place et y répondre de manière adaptée grâce au *holding*, *handling* et *object-presenting*.

1.1.2.2 L'instinct d'agrippement

Certains éthologues expliquent que les schèmes réflexes du nouveau-né favorisant la proximité corporelle existent pour répondre à ses besoins physiologiques comme le besoin de nourriture et de chaleur avec les réflexes de succion et d'agrippement. Le portage permet donc l'accès au sein et le maintien de la température corporelle. Les travaux de Harlow sur les jeunes singes rhésus vont même plus loin : ils prouvent que le contact est indispensable au développement d'un sentiment de sécurité.

Les psychanalystes comme Freud ou Winnicott l'analyse sous l'angle du concept de relation d'objet où la mère représente le bon et le mauvais objet. Le psychanalyste hongrois Irme Hermann est le premier à associer la relation d'objet à l'instinct d'agrippement, véritable héritage phylogénétique. Dans sa théorie de l'agrippement en 1943 (Hermann, 1972), l'instinct de cramponnement chez l'homme est décrit comme un besoin primaire, celui est d'être en contact avec un être humain et à s'y accrocher.

1.1.2.3 L'attachement

A partir des travaux issus de ces différentes disciplines, John Bowlby formule la **théorie de l'attachement** en 1969, selon laquelle il existe un besoin primaire inné de contact social chez le bébé. L'interdépendance qui se créée entre la mère (ou le *care giver*) et son enfant a une fonction biologique : celle d'accroître les chances de survie du nourrisson en l'incitant à rechercher la proximité avec une personne susceptible de s'occuper de lui.

Ce besoin participe donc à l'émergence de l'attachement, au même titre que la succion, la poursuite, les pleurs et le sourire. L'enfant cherche constamment à maintenir la proximité avec sa mère en lui adressant des sourires, des appels, en la suivant du regard ou en allant vers elle, une fois sa motricité développée. Les réponses de la mère au comportement de son enfant font naître des expressions émotionnelles (joie ou pleurs). La relation d'attachement prend donc aussi en considération les aspects émotifs de la relation mère-enfant.

La sécurité physique et émotionnelle ainsi créée par le contact corporel avec la mère, ou son substitut, apporte progressivement à l'enfant une sécurité psychique. La mise en place de cette sécurité interne s'effectue grâce au processus d'introjection que nous décrirons plus en détails dans la deuxième partie : « selon J. Bowlby, le petit d'homme doit en somme pouvoir introjecter sa mère jusqu'à devenir pour lui-même sa propre mère » (Bernateau, 2008, p. 430).

Comme l'a affirmé Winnicott, la mère lui permet d'acquérir une sécurité de base dont la fonction est de développer une autre activité « instinctuelle » et indispensable à son développement : l'exploration de son environnement. L'enfant, dans un jeu d'aller et retour, expérimente l'éloignement corporel sécurisé et s'autorise à devenir un individu autonome.

Le *holding* est donc un comportement qui apparaît instinctivement à la naissance à la fois stimulé par le réflexe d'agrippement du nouveau-né et l'état de dévouement de la mère appelé « la préoccupation maternelle primaire ». Ce comportement, nous venons de le voir, favorise les échanges entre la mère et le bébé à la fois comportementaux, émotionnels et fantasmatiques, nécessaires à l'attachement. La maturation neurologique et la sécurité psychique et affective permettront au bébé de quitter les bras de sa mère pour aller explorer son environnement. Le portage est donc primordial dans l'émergence du lien d'attachement entre la mère et l'enfant. Quel rôle a-t-il dans le développement de l'individu ? Sous quelles formes le portage poursuit-il à l'adolescence ?

1.1.3 Le portage à l'adolescence

1.1.3.1 L'adolescence, une période de transformation

L'adolescence, du latin *adolescere*, « grandir » est une période du développement humain qui suit l'enfance et conduit à l'entrée dans l'âge adulte. Elle a généralement lieu au moment de la puberté mais il n'y a pas un événement spécifique marquant le début de l'adolescence. La fin de l'adolescence est généralement marquée par le passage d'un statut à un autre. Pendant cette période, le jeune est soumis à de multiples modifications : anatomiques, physiologiques, psychologiques, affectives et sociales. « Quelle que soit la structure psychique envisagée, l'adolescence va avoir ses effets de tumulte et de bouleversements, qui vont impliquer un changement corporel et des transformations psychiques, nécessaires à l'intégration de ces changements » (Potel, 2006).

On parle, d'un point de vue psychanalytique, d'une réactualisation du moi qui peut se révéler structurante ou déstructurante pour l'individu. Cette étape importante dans la vie de l'individu l'est donc également pour le thérapeute car elle constitue « un levier thérapeutique formidable» (Potel, 2006).

Ces transformations physiques et psychiques amènent nécessairement l'adolescent à réactualiser la qualité de ses attachements selon trois nouvelles composantes (Delage, 2008) :

— les nouvelles capacités cognitives,
— la poussée vers l'autonomie,
— l'attirance sexuelle et les relations avec les pairs.

1.1.3.2 Un portage psychique

Chez l'adolescent, l'attachement ne prend plus la même forme que chez le jeune enfant, dont le besoin de protection est assuré par la proximité corporelle avec la figure d'attachement. L'adolescent a néanmoins besoin de sécurité interne pour achever sa structuration psychique. Des études réalisées par Allen & Land en 1999, ont mis en évidence différents fonctionnements assurant ce rôle (Delage, 2008) :

— l'existence de souvenirs d'attachement auxquels l'enfant peut se référer si besoin,
— la maturité de la pensée permettant une meilleure régulation des émotions notamment dans les situations de séparation,

— la capacité à gérer la qualité des relations avec les figures d'attachement malgré les difficultés de l'adolescence.

L'adolescent poursuit ainsi le processus de séparation-individuation initié à la petite enfance. M. Mahler introduit la notion de « séparation-individuation » en 1967 et explique que le bébé quitte la phase de symbiose avec la mère à partir de l'âge de 6 mois pour découvrir la séparation. Elle correspond « au sentiment d'« être séparé » en référence à la réalisation intrapsychique d'un sentiment d'être séparé de la mère et, par là, de l'univers dans son ensemble » (D. W. Winnicott, 1975, p. 20 ; Bernateau, 2008). Le vécu de la séparation n'est donc pas dépendant de la séparation physique. Ce vécu possède deux composantes : la capacité à se séparer (le désengagement) et la capacité à vivre le manque.

Selon Mahler, l'intégration de la notion de séparation est liée à celle d'individuation dans le sens où « la séparation est d'abord et avant tout séparation d'avec la mère, et l'enjeu du processus de séparation est alors principalement la construction d'une représentation différenciée de soi » (Bernateau, 2008).

En même temps que l'adolescent entre dans la deuxième étape du processus séparation-individuation, une réactivation des besoins de sécurité se produit. S'il a développé avec ses parents des attachements *sécure*, il peut entrer en conflit avec ses parents et teste ainsi l'inconditionnalité de ses liens d'attachement tout en construisant son autonomie. Dans les liens *insécure*, l'attachement se confond avec la dépendance engendrant des risques de rupture. Des études (les travaux de Zimmerman en 1996 cités par Atger en 2006 *in* (Bernateau, 2008)) montrent que dans les relations *sécure*, 80 % d'entre eux désignent leur mère comme figure d'attachement principale alors que deux tiers des adolescents avec une relation *insécure* désignent un membre de la fratrie ou un ami.

Grâce à cette base de sécurité, l'adolescent peut explorer de nouvelles relations d'attachement. Durant cette période de remaniements, les relations avec ses pairs sont très importantes car ils sont teintés par plusieurs changements.

D'une part, capable à présent d'altérité, il découvre la réciprocité dans ses relations. Elles passent d'un modèle asymétrique où il bénéficiait des soins de ses parents à un modèle symétrique où il peut désormais donner autant que de recevoir.

D'autre part, il achève sa maturité sexuelle et tend à expérimenter de nouvelles relations affectives, associée ou non à des pratiques sexuelles. Ainsi au début de l'âge adulte, l'individu

est en mesure de se considérer comme un futur parent qui prend soin de son enfant. Ce changement de la représentation qu'il a de lui-même constitue une étape fondamentale dans son développement psychique. Malheureusement, dans les attachements précoces *insécure*, l'adolescent ne peut mettre en lien ses modèles d'attachement, les modèles internes opérants, aux nouveaux attachements du couple : il peut exister des clivages entre ces représentations (attachement « détachés ») ou des confusions ou empiètements (attachement « préoccupés »). (*ibid.*).

Si à l'adolescence, le portage réalisé par l'environnement est principalement psychique, le portage physique a-t-il encore une place ?

1.1.3.3 Le portage physique dans la relation thérapeutique

Winnicott affirme que les soins dispensés à l'enfant en bas âge, le sont également tout au long de son développement, à condition qu'ils soient « traduits », c'est-à-dire adaptés :

> Les soins que nous offrons continuent à être importants lorsque l'enfant grandit. Ils ne cessent, en fait jamais de l'être et ils rejoignent ceux auxquels s'intéressent les personnes qui s'occupent des gens âgés. Autrement dit, il nous sera utile d'étudier les besoins des nourrissons et de les traduire en un langage approprié à tous les âges [...]. Dans tous ces cas, celui de l'enfant normal, du nourrisson, du malade mental, du paraplégique ou de l'infirme, les soins favorisent la tendance innée de l'enfant à habiter son corps et à prendre plaisir aux fonctions corporelles, à accepter la limitation fournie par la peau, cette membrane frontière qui sépare le moi du non-moi. » (D. W. Winnicott, 1974, p. 25).

Winnicott introduit ici la valeur thérapeutique de ces soins en soulignant leur double fonction : favoriser l'investissement corporel et l'unité psychocorporelle.

Pierre Delion, pédopsychiatre, à partir de ses observations sur des enfants psychotiques et l'utilisation des techniques de packing, a repris le concept de *holding* de Winnicott à des fins thérapeutiques.

> La fonction phorique est un concept tiré par HF. Robelet du « Roi des Aulnes » de M. Tournier qui concerne tout ce qui de l'homme, le met ou le laisse dans un état de dépendance tel qu'il a un besoin incontournable de l'autre pour être porté par lui, soit physiquement, c'est le cas du bébé qui ne peut encore marcher tout seul, soit psychiquement, et c'est le cas de beaucoup de personnes psychotiques qui ont longtemps, voire toujours, besoin de portage pour pouvoir suivre leur destin pulsionnel. Ce concept rejoint bien sûr celui de Winnicott de « holding », que j'ai proposé de traduire par « fonction phorique (Delion, 2012a).

Pour Delion, le *holding* constitue une tenue à la fois physique et psychique nécessaire pour certains patients quel que soit leur âge ou leur pathologie. L'utilisation de la fonction phorique dans une prise en charge nécessite à la fois un ajustement constant au patient et à ses transformations, une continuité des soins et un cadre contenant. Une rupture dans la relation ou dans le suivi thérapeutique viendrait mettre directement à mal cette fonction phorique.

En tant que psychomotricien, la pratique du portage ne se limite pas seulement à une contenance psychique. Odile Gaucher-Hamoudi, psychomotricienne dans un hôpital de jour spécialisé dans les Troubles des Conduites Alimentaires, explique que le portage fait partie intégrante de sa pratique à condition qu'il soit constant et ajusté à la souffrance de la personne, à ses défenses et à son intention de travail.

> Mais par définition, du fait de son engagement corporel, aussi constant qu'ajusté, le psychomotricien a de part sa formation, et parmi les thérapeutes, le rôle professionnel le plus spécifique pour mettre en travail la double dimension physique et psychique, du portage (Gaucher-Hamoudi, 2007, p. 15).

Elle propose le portage dans différents cadres : dans la relation bébés prématurés et parents, auprès d'adultes souffrant de cancer en service soins palliatifs et auprès d'adolescents et jeunes adultes anorexiques et boulimiques. Le portage permet d'aider le patient dans les moments de passage « qui fait peur » : passage vers la vie, vers la mort ou vers l'âge adulte.

Chez les adolescents ayant des troubles du comportement alimentaire, elle explique que « l'archaïsme est très présent » nécessitant des soins corporels où le toucher thérapeutique est au centre de la prise en charge. Les adolescentes rencontrées ont besoin d'être « touchées, portée, maternée » afin de leurs permettre de renouer avec le ressenti d'une enveloppe corporelle qui puisse les soutenir psychiquement. Elle émet l'hypothèse d'une corrélation avec les différents types d'attachement mis en place dans les interactions précoces et les besoins de portage. Dans un cas d'attachement *insécure*, l'objectif est de retrouver une sécurité interne grâce à l'autre. Dans le cas d'un attachement *sécure*, son hypothèse est de vouloir renouer avec une sécurité mise à mal à l'adolescence ou de combler un manque à travers une recherche de « régression » (Gaucher-Hamoudi, 2007, p. 10). Nous détaillerons le fonctionnement de ces mécanismes dans la troisième partie.

A l'heure de la réactualisation de ses liens d'attachement, l'adolescent éprouve toujours le besoin de bénéficier d'un *holding* psychique et parfois physique, particulièrement dans le cas

de troubles ou pathologies. Le psychomotricien joue alors un rôle essentiel dans la prise en charge de ces patients. Quels moyens a-t-il à sa disposition ?

1.2 LES THERAPIES PSYCHOMOTRICES AU -SERVICE DU PORTAGE

Le psychomotricien, en tant que spécialiste du portage physique et psychique, possède un panel d'outils, les médiations, afin de recréer un lien entre le corps et la psyché du patient. Issu de l'approche psychanalytique, nous définirons la thérapie et la médiation psychomotrices avant d'aborder leurs différentes formes et rôles dans la prise en charge des adolescents.

1.2.1 La thérapie psychomotrice

1.2.1.1 Le concept de thérapie psychomotrice

Le champ d'activité du psychomotricien comporte deux volets :

— les thérapies relationnelles et psychothérapiques centrées sur la construction corps-esprit de la personne,

— les pratiques rééducatives, voir médicalisées, orientées sur les fonctions psychomotrices (fonctions exécutives, coordinations, latéralité, ...).

Dans l'approche thérapeutique, le psychomotricien dispose d'outils appelés les médiations thérapeutiques, issus d'autres courants notamment psychanalytique, qui désignent davantage les phénomènes transitionnels du dispositif thérapeutique que l'objet même de la médiation. L'objectif principal de la thérapie psychomotrice est « la construction ou le renforcement d'une unité somatopsychique par un travail sur l'image du corps, soutenu par la relation qui s'instaure dans l'espace thérapeutique. » (Potel, 2015a).

1.2.1.2 La médiation psychomotrice, un espace transitionnel

Dans la plupart des définitions des dictionnaires, nous retrouvons un même mot commun, celui d' « intermédiaire ». Dans le Larousse, cet adjectif qualifie « ce qui est entre deux choses et forme transition de l'une à l'autre » (Larousse, 2017). La médiation a donc pour vocation

de proposer un espace « entre » intermédiaire avec un objet sur lequel on porte son attention et qui est au centre d'un partage ou d'une création.

Winnicott fut le premier à révéler l'existence de cet « espace transitionnel » dans son ouvrage Jeu et Réalité en 1971 (D. W. Winnicott, 1975). Le jeu est, pour lui, universel et spontané et possède de nombreuses vertus thérapeutiques. Pour comprendre en quoi, Winnicott introduit le concept d'objet transitionnel et d'espace potentiel. Dans l'état de fusion mère/enfant, décrit dans le premier chapitre, l'enfant considère sa mère comme une partie de lui. Il vit dans l'illusion d'une « toute puissance » où sa réalité se confond avec celle de l'extérieur. Cette illusion permet ainsi de posséder un objet transitionnel qui est à la fois sa mère réelle et sa représentation psychique. Cet objet, qui peut être une peluche, un lange, ou même la mère elle-même, lui permet de supporter son absence en maintenant son sentiment de continuité d'existence et ainsi d'explorer son environnement en toute sécurité. A partir du moment où l'enfant est capable de posséder un objet non-moi, il peut jouer. Progressivement, il se détache de cet objet transitionnel pour ne garder que le jeu permettant le « phénomène transitionnel », c'est-à-dire l'expérience de son omnipotence. La réalité n'est alors plus considérée comme une contrainte, l'enfant la remodèle en fonction de ses besoins, créant ainsi un espace intermédiaire. Dans le cas où l'environnement empiéterait sur le développement de l'individu, son besoin de protection développerait son faux *self*, entravant parfois sa capacité à jouer. La mise en place d'un **espace transitionnel** est donc essentielle dans les processus de représentation et de symbolisation car il constitue un premier pas de l'enfant vers l'indépendance (D. W. Winnicott, 1975)

Catherine Potel, psychomotricienne, thérapeute et enseignante, a développé le concept de médiation psychomotrice ou psychocorporelle en reprenant la théorie de Winnicott au travers une lecture psychomotricienne. Elle définit la médiation comme « une proposition d'accordage, de mise en accord et en partage » entre soi et l'autre (Potel, 2006, p. 45).

> La médiation, qu'elle soit corporelle ou non, propose un espace « entre » intermédiaire et un objet commun à partager et à créer, cet objet étant, en quelque sorte, témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe.» (*ibid.*). Dans les médiations corporelles, l'objet investi est le corps afin que les vécus corporels engagés dans des échanges « deviennent matière à transformation et à élaboration psychique », c'est-à-dire à la symbolisation (Potel, 2015a, p. 19).

Benoît Lesage, médecin et formateur en danse-thérapie et structuration psychocorporelle,

utilise, quant à lui, le terme d'« approche corporelle » dans le cadre de pratiques psychomotrices. Pour lui, le travail corporel va au-delà d'une application clinique d'une technique car plusieurs niveaux sont engagés dans le modèle du corps intégratif : sensorialité, motricité, expression, relation et symbolisation, chacun relié aux autres. L'approche corporelle crée, elle aussi, un espace de dynamique psychorelationnelle où le dialogue corporel et verbal du psychomotricien permet d'instaurer ou de restaurer les structures psychocorporelles (Lesage, 2015).

1.2.1.3 Le rôle du psychomotricien

Ces médiations (ou approches corporelles) sont des outils précieux au service du psychomotricien car elles permettent de répondre à ses objectifs thérapeutiques :

— privilégier le jeu comme un moyen d'expression,
— offrir des espaces de partage d'expériences sensori-motrices où les sensations et perceptions participent à la symbolisation,
— accompagner la personne à transformer ses éprouvés psychiques et corporels en représentations.

Les médiations corporelles font, du corps, le principal objet médiateur d'expression. De manière directe ou indirecte, elles favorisent le développement de ses capacités d'expression et non de performances. Le terme d'expression inclut également les moyens de mises en relation entre soi et les autres où chacun, et surtout le thérapeute, engage son corps dans une activité. « Son corps (et son investissement) va constituer l'axe de la thérapie » (Potel, 2006, p. 35). Le psychomotricien a alors une triple démarche :

— investir pleinement le vécu corporel du patient,
— utiliser son propre vécu corporel et émotionnel comme un outil de résonnance et de compréhension des expériences partagées,
— mettre à distance ce vécu afin d'éviter de rester dans le concret sans pouvoir médiatiser les signes cliniques observés.

Le thérapeute apporte en séance une présence active et disponible. Son rôle peut être rapproché des qualités du « médium malléable ». Ce concept psychanalytique a été décrit par M. Milner, psychanalyste et peintre : elle compare sa position de thérapeute à une pâte à modeler que l'enfant transforme à sa guise sans pour autant détruire. R. Roussillon reprend

cette idée en faisant référence aux premières expériences sensorielles aux travers desquelles l'enfant découvre le contact les éléments tels que l'eau, l'air, la terre, le sable avec lesquels il joue. L'élément se transforme à son contact, il est vivant comme l'est sa mère dans son ajustement tonico-affectif.

Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, le patient, dans des expériences corporelles, peut revivre des vécus très primaires afin de les réorganiser. Face à ces régressions infantiles, le thérapeute est identifié à la mère. Comme elle, il se doit d'être capable « d'empathiser » son message et de lui renvoyer ainsi une image dans laquelle il peut se reconnaître et se sentir reconnu par lui. Potel ajoute « qu'il est tout aussi important d'investir les composantes paternelles - le tiers séparateur - de la relation, sur lesquelles toute relation contenante et structurante repose.» (Potel, 2006, p. 37)

Le psychomotricien, en tant que médium malléable, doit être en mesure de repérer les différents rôles que le patient lui attribue : il analyse les transferts et propose des contre-transferts. Le transfert, en psychanalyse, désigne « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'une relation analytique. » (Laplanche et Pontalis, 1998 in Benavidès, 2015, p. 157). Ce concept a été repris par de nombreux psychomotriciens comme Catherine Potel dans son ouvrage intitulé « Du contre-transfert corporel : une clinique psychothérapique du corps » ou Suzanne Robert-Ouvray : « Comme dans tout cadre thérapeutique, le transfert du patient et le contre transfert du psychomotricien exposent chacun des partenaires de l'interaction à ses éprouvés toniques, sensoriels et affectifs. » (Robert-Ouvray, 2015a). Le psychomotricien grâce à ses propres ressentis découvre les mémoires sensorielles et les blocages du patient :

> Ce sont les sensations, les tensions corporelles, les postures, les mimiques émotionnelles, les dérapages corporels, les déséquilibres, les difficultés à tenir sa colonne vertébrale, à s'enrouler, à se laisser porter, les difficultés à manipuler le dur ou le mou, les refus ou préférences de telle ou telle forme sensorielle qui sont nos outils de travail (*ibid.*).

1.2.1.4 Fonctions et Processus

La médiation possède un double rôle : elle crée un espace transitionnel où naissent à la fois des relations et des vécus corporels, émotionnels et psychiques permettant le processus de symbolisation.

Un espace relationnel

Les médiations sont avant tout, comme nous l'avons évoqué précédemment, une zone d'échanges et de partages, une mise en relation entre le monde et soi. Utiliser une médiation en séance, c'est offrir, en premier lieu, l'opportunité de créer du lien entre les personnes participant à la séance. Tout comme le portage, cette fonction essentielle constitue la base grâce à laquelle le patient pourra opérer des transformations, des changements, des restructurations internes.

Le processus de symbolisation

En fonction de l'axe de travail du projet thérapeutique, le psychomotricien propose une médiation particulière. En tant que facilitatrice d'expériences, elle stimule l'engagement corporel du patient et l'invite à développer son expression de manière globale et sa créativité. Il peut exprimer ses ressentis et ses émotions qui vont directement se refléter sur la médiation elle-même et se transformer ainsi en représentations symboliques. La médiation est souvent mise en parallèle avec la fonction maternelle décrite par Winnicott dans le sens où la mère est le miroir de l'enfant dans lequel il se représente.

> Donc les médiateurs ou médium, ont une fonction miroir, c'est-à-dire qu'ils permettent la mise en forme de l'indifférencié, de l'informe dans la pensée, de ce qu'il y a d'énigmatique en nous et qui parfois nous fait terriblement peur. Réduire cette énigme du monde en lui donnant une autre forme signifie passer par l'expérience de la représentation (la représentation est penser qu'on pense, mais il est difficile de saisir sa pensée, c'est plus difficile que de saisir les sens, c'est pourquoi on doit en passer par la représentation de la représentation) (Giromini, 2012, pp. 255-256).

Ce processus est décrit, par le courant psychanalytique, au travers du concept de symbolisation qui désigne la capacité à développer des représentations.

> Dans l'utilisation d'une médiation, « le processus de « re-présentation » médiatisée de l'expérience subjective va être double, ou présenter deux objectifs : d'une part, il va représenter l'expérience et, d'autre part, les processus psychiques avec lesquels l'expérience est élaborée. (...) Le troisième temps sera le temps de « reprise » de l'expérience ainsi symbolisée et transformée par son passage via la médiation et le jeu exploratoire et appropriatif qu'elle a rendu possible (Roussillon, 2012, p. 31).

Lors de la symbolisation primaire, la personne se saisit du vécu, c'est-à-dire de l'expérience subjective, et le transforme en une représentation interne. Puis grâce au langage, la personne s'engage dans une production de la représentation de ce vécu : c'est la symbolisation secondaire (Roussillon, 2000).

1.2.1.5 L'image du corps, support de la médiation corporelle

Les médiations corporelles utilisent le corps comme support de ce processus et plus précisément l'image du corps (Giromini, 2012). Ce concept a été développé par Éric Pireyre, dans son ouvrage consacré à la clinique de l'image du corps. Il évoque « une image composite du corps », c'est-à-dire constituée d'éléments divers qui peuvent être regroupés en deux catégories :

— l'image de base du corps correspondant au « sentiment de la continuité d'existence » à travers sa sensorialité. En reprenant des auteurs comme Winnicott, Bullinger et Damasio, il explicite les relations intimes qui existent entre les différents flux sensoriels (créés lors des interactions précoces par le toucher, le regard, la voix, ...), le tonus et les émotions. Giromini ajoute également que « c'est en construisant des liens entre la structuration corporelle, la psyché et la relation à l'autre que le sentiment de la continuité d'existence va se développer » (Giromini, 2012, p. 258).

— l'image fonctionnelle et érogène, correspondant respectivement au « sentiment d'identité » et « sentiment d'identité sexuée », créée par les processus de représentation et de symbolisation. Ce sentiment s'élabore non seulement par la conscience de soi mais aussi par la conscience d'autrui, notre « miroir social ».

Ainsi les patients pris en charge par les psychomotriciens donnent à voir des « résurgences » de leur image inconsciente du corps :

> Par le simple choix des médiations choisies par le professionnel en accord avec le patient, par le canal des communications corporelles, par la mise en évidence et, éventuellement, la prise de conscience des tensions toniques, et par l'expression des angoisses corporelles archaïques (Pireyre, 2015, p. 21).

Le psychomotricien, directement confronté à l'image du corps, adapte son comportement pour apporter des réponses corporelles ou verbales. Les émotions, le dialogue tonique et le langage constituent les appuis sur lesquels le processus thérapeutique se met en place.

1.2.2 La médiation psychocorporelle à l'adolescence

1.2.2.1 L'adolescence, réactualisation de l'image du corps

L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'état adulte qui s'accompagne de transformations somatiques, psychologiques, métaboliques et hormonales conduisant à la

possibilité de procréer. Les transformations pubertaires, qui amorcent l'entrée dans l'adolescence, viennent modifier directement le corps et son fonctionnement. Cette étape cruciale dans le développement place celui-ci au centre de cette période de révolution. Le corps de l'enfant se transforme en un corps d'adulte de manière progressive de sorte que l'adolescent compose chaque jour avec de nouveaux changements. Les caractères sexuels secondaires apparaissent et avec eux, l'émergence de nouveaux besoins inconscients associés aux nouvelles émotions et pulsions sexuelles. « Les adolescents doivent faire le difficile travail de réappropriation d'un corps qui pour l'instant les déroute et dont les impératifs biologiques déséquilibrent les assises narcissiques gagnées durant l'enfance. » (Potel, 2010, p. 58). Face à ce sentiment d'étrangeté que procure leur nouvelle apparence, les adolescents utilisent paradoxalement leur corps pour afficher leur nouvelle identité : coiffure, tenue vestimentaire, piercings, tatouages seront alors des moyens d'expression privilégiés d'appartenance sociale. Le langage et leur gestualité seront également des moyens pour afficher leur différence face au monde des enfants dont ils n'appartiennent plus et celui des adultes dont ils ne font pas encore partie. L'autre devient un miroir dans cette quête identitaire et le groupe un contenant composé d'individus réunis autour d'un objet d'intérêt commun, sport, arts, scolarité, etc.

L'entrée dans l'adolescence bouleverse l'équilibre vécu dans la phase de latence et remet en question le sentiment de soi dans sa relation aux autres, c'est-à-dire à la fois de son sentiment d'existence et de son sentiment d'identité qui composent l'image composite du corps. (Potel, 2006).

1.2.2.2 La médiation corporelle au risque de l'adolescence

Les médiations sont, pour les adolescents, des « lieux d'expériences de vie qui vont leur donner matière à exercer leurs capacités physiques mais également mentales et symboliques » (Potel, 2006, p. 78).

Pourtant proposer une médiation corporelle à un adolescent constitue une prise de risque pour le thérapeute car le toucher peut provoquer des réactions physiques et psychiques appelée excitation, parfois difficile à contenir. Pendant longtemps, ces médiations furent « évitées » voire « proscrites ». Actuellement, elles sont à nouveau investies dans le cadre d'une prise en charge avec à la fois des objectifs et des moyens réfléchis et une analyse des vécus du thérapeute. L'utilisation d'une médiation corporelle est alors un moyen privilégié d'expression des vécus régressifs de l'adolescent :

> Un travail corporel devient une occasion inespérée de rencontrer l'adolescent dans ses tentatives de régressions, tout en lui permettant de se reconstruire dans un corps qu'il peut se réapproprier, dans une relation à l'autre qui lui permet ce grand écart entre l'enfant qu'il était et l'adulte en devenir (Potel, 2006, p. 80).

Le psychomotricien devra trouver une proposition adaptée entre une médiation « trop » régressive infantilisante que l'adolescent rejettera et une médiation « trop » engageante où les éprouvés corporels et psychiques génèrent des angoisses et une excitation trop fortes vécues comme une menace. La proximité corporelle et le contact peuvent également être sources d'une excitation sexuelle provoquant un risque de séduction directe, effaçant les repères générationnels indispensables à la construction de l'adolescent. Face à la menace, l'angoisse non contenue peut alors prendre la forme de débordement, d'érotisation ou de passage à l'acte.

L'enjeu des médiations est donc de proposer un espace d'expression contenant et « pare-excitant » où l'adolescent peut s'éprouver et se construire une nouvelle image du corps.

1.2.2.3 Le choix du cadre

Dans sa construction identitaire, l'adolescent a plus que jamais besoin de limites. Il cherche à en faire l'expérience afin d'accepter de « se restreindre et donc de renoncer à l'omnipotence infantile » (Chartier, 2002). Cette recherche se porte à la fois sur les limites de leur environnement mais également sur celles de leurs corps. Il apparaît alors indispensable que le psychomotricien mette en place un cadre contenant grâce à :

— un cadre matériel avec un lieu, un espace et un temps est défini. Des règles sont fixées en début de séance comportant un certain nombre d'interdits relatifs notamment à son intégrité corporelle et à celle de l'autre.
— un projet où les angoisses non représentables peuvent être exprimées par des mots et par le corps et contenues par le psychomotricien.

La construction du cadre de ce projet s'établira en fonction de la problématique du patient et du cadre de l'institution qui l'accueille. Le psychomotricien propose un projet avec des objectifs : il choisit ainsi une médiation et un dispositif adapté (séance en individuel ou en groupe, etc, ...)

1.2.2.4 La thérapie psychomotrice de groupe

L'adolescence est une période charnière où se réactualisent les liens d'attachement et l'image du corps. C'est pourquoi le choix d'un dispositif de groupe est toujours très riche car « travailler en groupe, c'est travailler dans l'articulation du psychisme et du social qui assure le développement de la personne » (Ouchacoff, 2015). Certains auteurs parlent alors d'intersubjectivité, concept introduit par les phénoménologistes, signifiant que l'expérience humaine est celle d'un être en lien avec les autres. En effet, le groupe social favorise le processus de personnalisation, où l'adolescent investit l'autre et s'y identifie, et le processus d'individuation grâce auquel il se différencie de l'autre.

Le groupe en milieu thérapeutique a des objectifs qui diffèrent selon les courants de pensée :

— la dynamique de groupe permet de mettre en place un processus dynamique d'adaptation pour le patient,

— lhaque patient possède un rôle thérapeutique pour l'autre, l'interaction est qualifiée de thérapeutique,

— le groupe est délimité par une enveloppe qui contient un espace interne, espace psychique transitionnel, permettant l'apparition des enveloppes psychiques individuelles. C'est Anzieu qui théorisa le dispositif groupal en le mettent en relation avec ses concepts d'enveloppes psychiques et de moi-peau : le groupe est une entité à la fois psychique et corporelle.

Ainsi le groupe est un dispositif psychosocial :

— c'est un contenant d'angoisses (primaires, archaïques),

— un espace (transitionnel) d'expression,

— il offre des possibilités identificatoires nouvelles (Ouchacoff, 2015, p. 143).

1.2.3 Les médiations corporelles favorisant le portage et le dialogue tonique

Dans cette partie, nous porterons notre attention sur les différentes médiations corporelles dont dispose le psychomotricien afin de faire vivre au patient l'expérience du portage et du dialogue tonique. L'objet médiateur peut prendre différentes formes : il peut être un élément (air, eau, ...), un objet inanimé (trapèze) ou un objet vivant (le cheval, une personne).

Souvent utilisé auprès des personnes à mobilité réduite, le portage s'adresse également à d'autres publics notamment dans le domaine de la santé mentale.

1.2.3.1 L'élément médiateur : l'eau, l'escalade

Depuis longtemps, l'eau est utilisée à des fins thérapeutiques car ses propriétés font de cet élément un espace de jeux sensorimoteurs et moteurs très riches. L'adaptation à l'eau est très intéressante dans le sens où ses effets physiologiques (respiration, température corporelle...) et mécaniques (ralentissement du mouvement, allègement du poids, modification de l'équilibre...) engendrent des effets psychologiques variés (anxiété, angoisse, excitation, calme, détente...). L'eau grâce à l'enveloppement qu'elle procure peut être vécue comme bienveillante mais peut, également, être vécue comme menaçante car elle met à mal l'intégrité et l'imperméabilité de l'enveloppe corporelle. Tout le corps est engagé dans la médiation : peau, musculature, squelette où toutes les fonctions psychomotrices sont sollicitées (coordinations, dissociations, équilibre, tonicité...). Elle permet au corps d'expérimenter des états toniques variés allant d'une détente régressive à une excitation jubilatoire ou un état d'anxiété nécessitant la présence rassurante de l'autre.

Les jeux de portage peuvent alors prendre toute leur place. Ils sont « l'occasion d'une remise en jeu des processus primaires de la relation. Les situations de rapprochés corporels dans les portages vont donner de nouvelles occasions à la construction psychocorporelle. » (Potel, 2015b, p. 322). L'eau est un élément médiateur à la fois enveloppant, séparateur, liant et porteur. Il dynamise la construction des schèmes moteurs et celle de l'image du corps par le biais de la représentation et de la créativité.

L'escalade est également une médiation où le portage a toute sa place. D'une part la personne se maintient à la paroi, l'élément terre, tout en défiant le vide, l'élément air et d'autre part il est maintenu en sécurité par son baudrier et la corde reliée à l'assureur qui reste au sol. Antoine Perier, agrégé d'éducation physique, docteur en psychologie, et psychanalyste, propose une analyse transversale de cette médiation suite aux ateliers menés dans une Maison des adolescents (Perier, de Montclos, & Morod, 2012). Cette activité présentée sous le terme « atelier » marque l'interface entre l'enseignement et le soin : cette pratique nécessite avant tout un apprentissage technique, sur plusieurs séances, nécessaire au processus thérapeutique. Perrier retient trois modèles d'analyse : le modèle cognitif et comportemental où

l'apprentissage prend place, le modèle de l'attachement et le modèle psychanalytique. L'escalade favorise l'activité proprioceptive qui « va nourrir le développement d'un soi corporel », c'est-à-dire l'image de base de l'image du corps décrite par Pireyre ou le sentiment de continuité d'existence de Winnicott. L'assureur grâce à son guidage, favorise, quant à lui, « une conscience de soi marquée par les représentation d'autrui sur soi » (*ibid.*), c'est-à-dire l'image fonctionnelle et érogène du corps. Cette dernière prend une importance particulière à l'adolescence. Du point de vue de l'attachement et de la psychanalyse, le grimpeur va vivre des peurs et des angoisses qu'il ne pourra gérer que s'il fait confiance à l'assureur. « Le vertige par « lâchage » est évocateur de l'angoisse de chute du débutant, engloutissement dans le vide que la présence de l'assureur peine à apaiser et qui lorsqu'il s'installe, évoque la fragilité du portage maternel » (*ibid.*, p. 241). Cette capacité à gérer cette angoisse archaïque se construit sur la base des patterns d'attachements et de leur qualité. « Avec des adolescents en souffrance, l'escalade présente un terrain intéressant d'expérience de ces liens, et de possible régulation autour de ces expériences, dans une activité qui construit les modalités de relations interpersonnelles autour de la matérialisation d'un lien (corde), à forte valeur symbolique. » (*ibid.*, p. 240). La période pubertaire engage l'adolescent dans un remaniement de ces liens : avec le temps il pourra prendre une nouvelle place, celle de l'assureur.

1.2.3.2 L'objet médiateur : le trapèze, le cheval

Avec la pratique du trapèze comme médiation de la relation psychomotrice, la personne va également renouer avec l'expérience infantile du portage partagé entre confiance et crainte de la chute. Selon Lili Dehais, trapéziste et psychomotricienne, explique que cette expérience renvoie à un « vécu archaïque inscrit dans la mémoire sensorielle. » (Dehais, 2015, p. 488). Envisager le trapèze comme un support fiable permet « d'amorcer le processus d'intégration psychomotrice et d'étayage » (*ibid.*, p. 488). Par ailleurs, l'assureur, tout comme l'escalade, est au sol mais reste proche du trapéziste afin de le sécuriser dans sa recherche d'équilibre (contenance) et d'accompagner ses éprouvés liés au portage. Les appuis concrets soutiennent le cheminement vers l'individuation: le poids éprouvé et la structuration du corps dans l'espace amène l'individu à construire son identité.

Dans la thérapie psychomotrice avec le cheval, le support de portage, le cheval, devient vivant. Là aussi, de nombreux auteurs se réfèrent aux soins primaires dont parle Winnicott. Le contact direct avec le cheval, son odeur, sa chaleur et les balancements lorsqu'il marche au

pas, rappellent les sensations vécues lors du portage maternel. Un des objectifs principaux de cette médiation est la résurgence de ces vécus précoces afin de « se reconstruire et se structurer de façon plus harmonieuse » (Lippmann Martin, 2010). « Ces sensations de portage sont à rapprocher des sensations de « holding » de l'environnement maternel que décrit Winnicott » (Fillion, Martin, & Molard, 2015). Un état de régression s'installe où le dialogue tonico-émotionnel prend toute sa place.

Le thérapeute en accompagnant tactilement, visuellement et verbalement le patient assure lui aussi un *holding* contenant, véritable portage psychique, afin de réduire les peurs et angoisses du patient. Brigitte Lippmann Martin, psychomotricienne et présidente de la Fédération Nationale de Thérapies avec le cheval (FENTAC), met en lien la relation que le cavalier entretient avec son cheval sur plusieurs séances avec les liens d'attachement vécus dans les relations précoces : « un accordage entre le patient / le cheval / le thérapeute se réalise, permettant la restauration d'un lien d'attachement sécure. » (Lippmann Martin, 2010, p. 57).

1.2.3.3 Le corps de l'Autre comme objet médiateur : la danse

La danse, elle aussi, engage la personne dans un travail psychocorporel où sont développés les fondamentaux du mouvement : corps, espace, temps, créativité et dialogue tonique. La danse revisite les différents schèmes du développement psychomoteur où le poids du corps, ses appuis et son centre de gravité sont abordés. Le danseur module son tonus grâce au contact, à la respiration et à la voix pour exprimer corporellement son soi et établir un échange avec l'autre. Les danseurs s'engagent dans un dialogue tonico-émotionnel établit à distance, ou en contact. La danse-contact est une autre discipline où le toucher prédomine puisqu'il s'agit de bouger en contact et en relation avec un ou plusieurs partenaires. Elle favorise les modulations toniques et posturales et c'est pourquoi Benoît Lesage, docteur, médecin et formateur en danse-thérapie et structuration corporelle, privilégie cette médiation auprès du public polyhandicapé : « je recours fréquemment à ce type de travail avec les personnes polyhandicapées, d'autant qu'une dimension importante dans cette technique est celle des appuis et des *portés.* » (Lesage, 2012, p. 248). D'autre part, afin d'éviter l'émergence d'angoisses chez le patient, le contact physique peut être réalisé par une autre partie du corps que la main, qui peut être chargée d'affects négatifs (inceste ou agression).

Dans un contexte thérapeutique, ce dialogue constitue un support pour le psychomotri-

cien qui accompagne les états tensionnels et émotionnels de la personne par une adaptation corporelle et une mise en mots des ressentis. Il donne alors accès à la symbolisation. La danse, grâce à l'étayage psychomoteur qu'elle propose, permet également de « mettre en mouvement » les quatre niveaux du système intégratif du développement (tonique, sensoriel, affectif, représentatif), théorisé par Suzanne Robert-Ouvray (Hemelsdael, Moreau, & Vennat, 2015).

1.2.3.4 L'acroyoga : une nouvelle médiation du « corps à corps »

L'acroyoga est une nouvelle discipline qui s'est développée aux États-Unis vers le début des années 2000 grâce à deux écoles :

— Acroyoga Montréal, dirigée par Jessie Goldberg et Eugene Poku, où les acrobaties se mélangent avec le yoga et la danse,
— Acroyoga Inc., en Californie, avec Jason Nemer et Jenny Sauer-Klein, qui a labellisé cette pratique en 2006.

Cette pratique combine trois autres disciplines : le yoga, l'acrobatie et le massage thaïlandais. L'acroyoga, tel qu'il est pratiqué à l'heure actuelle dans le monde, se réfère à ce modèle car Jason Nemer a formé de nombreux professeurs certifiés et a créé un manuel d'enseignement complet en 2008. Il y est mentionné :

> L'acroyoga réunit la sagesse spirituelle du yoga, la générosité du massage thaï et la force dynamique de l'acrobatie. Ces trois anciennes traditions forment la base de cette pratique qui permet de cultiver confiance, lien et créativité (Nemer & Sauer-Klein, 2008).

D'un point de vue théorique, il n'existe que très peu d'autres écrits décrivant cette pratique et aucun explicitant son intérêt thérapeutique. En tant que psychomotricien, nous avons été interpellés par le sous-titre du manuel d'acroyoga *Partner practice for global unity*. D'une part le terme *pratique entre partenaires*, indique que cette discipline ne se pratique pas seul mais avec un ou plusieurs partenaires. D'autre part, le terme d'*unité globale* reste un terme plus flou mais qui évoque cependant un concept très psychomoteur, celui d'unité psychocorporel. L'ajout de *global* nous indique qu'il s'agit plutôt d'une unité groupale où la pratique est un vecteur de rassemblement et de partage. Néanmoins après plusieurs années de pratique et d'enseignement, nous avons pu l'analyser au regard des différentes théories psychomotrices.

Pour cela, il est nécessaire d'expliciter chacune des trois disciplines qui la composent. Les

séquences de mouvements et de portés, issues de ces trois disciplines et utilisées dans nos études de cas, sont présentées dans les annexes B.1 à B.6.

L' **acrobatie** est une discipline faisant partie du cirque et proposé dans le cadre du Cirque adapté. Inspiré par la psychomotricité, cette approche s'en distingue par sa volonté de s'inscrire dans le champ des activités artistiques. Dans la présentation éditée par Fédération Française des Ecoles du Cirque, l'acrobatie comporte deux volets : la pratique en solo et celle en collectif et a pour vocation la relation de confiance à soi et à l'autre. La pratique individuelle a été, pour sa part, théorisée mais celle avec partenaires manque d'analyse psychomotrice. Il est clair que la recherche de l'équilibre met en mouvement la structuration corporelle par sa recherche des appuis, de la position du centre de gravité et de la régulation tonique. D'autres aptitudes psychomotrices sont mobilisées : coordination dynamique globale, dissociation, organisation spatio-temporelle, etc. La pratique des portés acrobatiques, introduite par des exercices de contrepoids, mobilisent les mêmes aptitudes que l'acrobatie en individuel. Pourtant les repères corporels sont totalement bouleversés : les pratiquants forment une entité qui a sa propre structure avec laquelle chacun doit recomposer. Par exemple, dans un exercice de contrepoids, la position du centre de gravité est modifiée en fonction de celui du partenaire afin d'obtenir un équilibre statique ou dynamique. Pour que cette entité puisse être maintenue, les partenaires s'engagent dans un dialogue tonique.

Le ***Yoga*** est une discipline qui a connu un véritable essor ces dernières années. Pratique individuelle, elle n'a pas d'objectif de performance mais de bien-être physique et psychique grâce à l'unification du corps et de l'esprit. L'acroyoga inclut la pratique de deux types de yoga : l'Ashtanga Vinyasa Yoga et du Yoga partenaire.

Utilisée par les psychomotriciens notamment en milieu psychiatrique, cette médiation est considérée comme « une thérapie à médiation corporelle » car elle « met l'accent sur l'unification de la représentation du corps, avec un effet anxiolytique » (André, Benavidès, & Giromini, 2004, p. 213). Le schéma corporel est étayé par la prise de conscience des éprouvés corporels lors des postures grâce aux flux kinesthésiques, proprioceptives et coenesthésiques. Le patient expérimente la régulation tonique : il adapte son tonus pour trouver à la fois un équilibre dans la posture et une détente lui permettant de la maintenir plusieurs minutes (*ibid.*).

Le Yoga partenaire est réalisé à deux : le poids de l'autre est utilisé pour à la fois développer la souplesse musculaire et mobiliser plus précisément certaines zones du corps. Les partenaires

doivent alors s'écouter corporellement et verbalement pour respecter les limites de l'autre. Là aussi s'établit un dialogue tonico-émotionnel.

Le ***massage thaïlandais*** est une thérapie ancienne et traditionnelle asiatique. Elle fait partie des « toucher-massage », concept développé en 1982 par Joël Savatofski, masseur-kinésithérapeute, dont la vocation est de procurer une sensation de détente générale de bien-être à travers la mobilisation musculaire des différentes parties du corps. Très proche du shiatsu et de la relaxation coréenne, elle utilise des pressions réalisées avec les mains et à travers les vêtements, des mobilisations passives et des étirements, afin de stimuler la circulation (sanguine et énergétique) et de développer la souplesse musculaire et articulaire. « Grâce au shiatsu, le praticien peut ainsi accompagner son patient d'un état tonique vers un autre. Les plaisirs des échanges tonico-émotionnels entre le bébé et sa mère, gravés dans la mémoire émotionnelle du sujet, peuvent alors ressurgir. » (Carrié-Milh, 2009). La personne active écoute les réactions du receveur, en situation passive, qu'elles soient verbales ou corporelles et adapte ses mouvements.

Le point commun entre ces trois disciplines est donc le dialogue tonico-émotionnel dans lequel chacun des pratiquants s'engagent tout au long de la séance.

Réunir ces trois disciplines au service du dialogue tonique, implique la présence de deux dynamiques complémentaires dans l'Acroyoga, qui se définit comme une *thérapeutique artistique* (*healing arts*, Nemer et Sauer-Klein (2008)) :

— la dynamique solaire avec une dominante acrobatique où les pratiquants cultivent « confiance, responsabilisation et joie » (Nemer & Sauer-Klein, 2008). Les exercices tels que les pyramides acrobatiques, les gainages et les portés acrobatiques invitent la personne à expérimenter l'hypertonicité et l'alignement des centres de gravité des principales parties du corps : tête, ceinture scapulaire et pelvienne.

— la dynamique lunaire avec une dominante thérapeutique où les pratiquants « cultivent écoute, amour, et *healing* » (*ibid.*). Le mot *healing* est difficilement traduisible car il mélange la notion de soin à celle de bien-être. Ils bénéficient des effets du yoga, du massage thaïlandais et du porté thérapeutique. Ils expérimentent le relâchement musculaire (hypotonicité) dans une écoute de leur ressentis et de ceux de leurs partenaires.

Ces deux dynamiques se retrouvent également dans les portés :

— le porté solaire, dit acrobatique (*acrobatic flying*) invite les deux partenaires à recruter

un tonus élevé permettant de pouvoir réaliser des portés défiant les lois de la pesanteur.

— le porté lunaire, dit thérapeutique (*therapeutic flying*), invite la personne portée à se détendre afin de bénéficier d'une séquence d'étirements. Le porteur va également ajuster son tonus et l'abaisser pour accéder aux ressentis de la personne portée et prendre soin d'elle. Cette pratique est également qualifiée de « massage aérien », ou *airtsu* en référence à la pratique *watsu* (massage *shiatsu* dans l'eau).

La pratique du porté lunaire se rapproche beaucoup du portage vécu dans les relations précoces. La personne est maintenue sans qu'elle ne touche le sol (*holding*) et est manipulée dans différentes positions (*handling*). Par ailleurs la perte des repères visuels habituels provoquée par la position inversée, confère aux flux gravitaires et proprioceptifs (sensibilité profonde) une place prépondérante qui favorise l'émergence d'un phénomène de régression.

Plusieurs processus sont donc mis en évidence dans les différentes médiations exposées : intégration motrice, régression, restauration des liens d'attachement, etc, ... Le chapitre suivant exposera en détails ces mécanismes afin de mieux comprendre comment la thérapeutique réactive les processus mis en jeu lors portage dans la petite enfance.

1.3 ROLES ET PROCESSUS DU PORTAGE

Après avoir abordé les processus intrinsèques à la médiation dans le chapitre précédent, nous porterons notre attention sur ceux spécifiques au portage. Pour mieux comprendre, nous aborderons les rôles et les processus du *holding* décrits dans les interactions précoces puis nous développerons ceux liés à l'utilisation des médiations corporelles impliquant un portage physique.

Le portage, nous l'avons évoqué dans la première partie, constitue la base des premières interactions et du développement neurologique et moteur. Il possède trois fonctions, imbriquées les unes aux autres : la communication, la construction de l'unité corporelle et la structuration psychique.

1.3.1 Le portage, support de communication corporelle et émotionnelle

Le portage constitue la première expérience de dialogue tonique que vit une personne. Pour Ajuriaguerra, à travers le portage, s'établit une communication affective dont le tonus est le support. Il explicite les fonctions du dialogue tonique comme ceci :

> Ce dialogue tonique qui jette le sujet tout entier dans la communication affective ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps. Le corps est intégré aussi bien objectivement que subjectivement en tant que corps en relation et non en tant que forme ou masse abstraite considérée en soi. D'autre part, ce corps en relation n'est intégré que par l'intermédiaire du corps d'autrui et dans la mesure où le corps propre se projette dans le corps d'autrui et l'assimile, en premier lieu, par le jeu du dialogue tonique (Ajuriaguerra, 1974, p. 263).

Dans la dernière partie de cette citation, il introduit une deuxième fonction au dialogue tonique, celle de la projection et de l'assimilation du corps de l'autre, que nous aborderons après.

A ce dialogue tonique vont s'ajouter des échanges à travers d'autres canaux sensoriels : le toucher, le regard puis la voix initient également le développement des compétences communicationnelles de l'enfant. La mise en place de la communication corporelle entre la mère et l'enfant nécessite un temps d'accordage durant lequel certains canaux seront privilégiés :

— *la peau, premier canal sensoriel* : dans son travail sur le « Moi-peau », Anzieu insiste beaucoup sur le fait que, selon lui, la réflexivité de la pensée s'enracine dans la réflexivité de la sensorialité, et en particulier dans celle de la peau qui précède, probablement, toutes les autres. Dès que l'on touche, on est touché par ce que l'on touche, et c'est seulement dans un temps second que ce couplage entre la position active (toucher) et la position passive (être touché) s'organisera au niveau des autres sensorialité (voir/se voir, entendre/s'entendre, sentir/se sentir, goûter/se goûter) (Anzieu, 1995).

— *le regard mutuel* : le portage favorise naturellement la mise en place d'un *dialogue œil-à-œil* qui représente l'un des modes privilégiés de communication entre l'enfant et la mère. Ce regard mutuel engendre l'émergence d'affects chez la mère. Winnicott a introduit la notion de « *miroir* » pour décrire ces interactions visuelles, marquant la genèse du *self*. En effet, à travers ces affects, le bébé accède à sa première représentation : la mère.

— *l'accordage intermodal* : en 1989, Daniel Stern, dans son ouvrage *Le monde interpersonnel du nourrisson* (Stern, 2003), introduit la notion d'*accordage affectif*, ou *harmonisation affective*, entre la mère et l'enfant. Lors des premières semaines et premiers mois, les soins maternels sont l'occasion d'échanger différents affects, manifestations d'émotions et de sentiments reliées à des sensations : plaisir, bien-être, tristesse, ennui, indifférence, insécurité, excitation, colère, haine, etc, ... Ces affects constituent l'objet même de la communication dans le « jeu mère-nourrisson ». Dans cet échange, la mère ne réalise pas une simple imitation du comportement du bébé mais utilise une autre modalité sensorielle que celle par laquelle le nourrisson s'exprime. L'« appariement » mère-nourrisson est qualifié d'intermodal ou transmodal.

Malheureusement, si ce phénomène est entravé, alors se produit « une sorte de hiatus, de lapsus émotionnel qui, s'il se répète souvent, prendra nécessairement une dimension énigmatique » (Daniel & Marie-Sophie, 2010).

1.3.2 Le portage, support et agent de l'intégration psychomotrice

Nous faisons le choix dans ce chapitre de n'exposer que la pensée psychanalytique car ce courant de pensée confère au *holding* une place prépondérante dans l'émergence du Moi. Certains auteurs évoquent alors un mécanisme « d'intégration » permettant le développement d'une unité à la fois corporelle et psychique. Au fil de ce chapitre, nous aborderons ces deux dimensions en respectant l'évolution chronologique de la théorie : notre explication progressera du psychique vers le corporel. Nous affinerons alors notre exposé en reprenant la théorie de Suzanne Robert-Ouvray afin de comprendre comment la tonicité et les schèmes moteurs jouent un rôle primordial dans cette intégration psychomotrice.

1.3.2.1 Le holding et le sentiment de la continuité d'existence

Winnicott insiste sur le rôle essentiel du *holding* dans la mise en place du sentiment continu d'exister. S'il est assuré de manière adéquate, c'est-à-dire suffisante et régulière, l'enfant accède à un sentiment de sécurité permettant le développement des processus de maturation. Les soins quotidiens ritualisés évoluent et s'adaptent au développement de l'enfant. Le *holding* permet ainsi de protéger l'enfant des angoisses que peuvent faire naître certaines expériences physiologiques, sensorielles ou psychique. En effet, les sensations intéroceptives (faim,

douleurs gastriques ou intestinales...) sont tout autant angoissantes que les sensations extéroceptives. Winnicott parle alors de processus « d'intégration », assurant le passage de l'état de fusion psychique avec la mère à la constitution du *self*, unité psychique individualisée. Selon Winnicott, pour protéger le vrai *self*, l'individu va créer un faux *self*, répondant aux besoins d'adaptation aux objets objectifs présentés par l'environnement. Si cette création est normale et nécessaire, la pathologie n'apparaît que lorsque l'écart entre le vrai et le faux *self* est trop important, laissant émerger un clivage entre ces deux aspects de la personnalité.

1.3.2.2 Les processus d'introjection et de projection

Cette intégration est un processus dynamique mis en place par l'intermédiaire du dialogue tonique. Ce processus comporte deux directions :

— l'une est orientée vers l'extérieur de l'appareil psychique : le passage de la position passive à active va permettre à l'enfant d'agir sur le monde et sur les objets,

— l'autre orienté vers l'intérieur de l'appareil psychique : l'enfant incorpore les objets de manière physique puis psychique en étayant constamment leur représentation.

Psychiquement ces deux dynamiques correspondent à deux mécanismes : la projection et l'introjection, décris dans l'approche psychanalytique.

Freud a introduit ces deux mécanismes d'opposition couplés comme des défenses archaïques normaux au service de la construction psychique. L'enfant alterne entre rejeter et ingérer les objets suivant le couple déplaisir / plaisir. Selon Laplanche et Pontalis (Laplanche & Pontalis, 1968), la projection est une opération qui consiste à expulser de soi et à localiser dans l'autre, une personne ou un objet, des qualités, des sentiments, des désirs et des objets qu'il méconnait ou refuse en lui. Présente au stade le plus précoce, ce mécanisme fait partie des réactions archaïques. Le moi l'intègre ensuite et le met en œuvre pour se protéger. La projection devient trouble psychique lorsqu'elle prend forme de délire paranoïaque, de phobies handicapantes ou de jalousie extrême.

L'introjection permet, quant à elle, de faire passer, sur un mode fantasmatique, des objets et leurs qualités inhérentes, du dehors vers le dedans. Elle est proche de l'identification, qui est un processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. L'identification primaire, est différente dans le sens où l'objet primaire, la mère ou figure d'attachement, n'est

pas, à la base, différencié de l'enfant. Elle est liée au mécanisme d'incorporation qui est à la fois un but pulsionnel et un mode de relation d'objet au stade oral (activités buccales et ingestion de nourriture). « L'incorporation est le prototype corporel de l'introjection et de l'identification » (Laplanche & Pontalis, 1968, p. 52).

Mélanie Klein est la première à décrire ces processus dans le cadre de la relation mère/enfant. L'enfant intègre schématiquement dans son imaginaire ce qui est bon, et projette dans l'image maternelle ce qui est mauvais. Cette projection amorce l'étape de l'identification projective : l'enfant s'identifie ensuite à ce qui a été projeté, en réintégrant ce qui a été projeté.

Beaucoup d'auteurs (Winnicott, Bion, etc...) reprennent cette théorie en affirmant que l'identification projective est un mécanisme nécessaire dans le développement de l'enfant. Ainsi au cours de son développement, l'enfant va fonctionner sur un modèle de contenu/contenant où l'objet externe a une fonction contenante :

> le nourrisson projette une partie de son psychisme, notamment ses émotions incontrôlables, le « contenu », dans le bon sein « contenant », pour les recevoir en retour détoxiquées et être du coup capable de les supporter (Potel, 2010, p. 328).

Selon Bion, la mère accueille le vécu brut de l'expérience de l'enfant (éléments bêta) pour les transformer dans une forme plus élaborée (éléments alpha) grâce à sa capacité à rêver son bébé. Elle transforme ainsi les éléments mauvais en bon et permet à l'enfant d'accepter la présence des éléments sensoriels et émotions intolérables. Ces éléments symbolisés ainsi détoxifiés vont permettre à l'enfant, à son tour, de développer son propre « appareil à penser les pensées » et d'accepter la frustration sans la considérer comme un mauvais élément à expulser. Il distingue clairement l'identification projective normale et identification projective pathologique (Potel, 2006).

1.3.2.3 Construction de l'enveloppe corporelle et psychique

Ces mécanismes sont donc étroitement reliés à la construction du moi : l'enfant intègre progressivement les limites entre le dehors et le dedans, à la fois corporellement et psychiquement grâce aux objets externes.

Corporellement, il fait l'expérience de l'incorporation grâce au bon lait maternel qu'il ingère mais également grâce au toucher. Selon Bion, l'expérience du contact cutané avec l'objet contenant permet d'établir « une ligne de démarcation » entre le sujet et l'objet, entre

l'intérieur et l'extérieur (*ibid.*). Winnicott dans sa théorie sur le holding relie explicitement cette délimitation physique et psychique :

> Puis il apparaît dans la suite du développement ce qu'on pourrait appeler une membrane de délimitation, qui se confond jusqu'à un certain point (dans les cas normaux) avec la surface de la peau ; elle se situe entre le « moi » et le « non-moi » (me, not-me) de l'enfant. Ainsi l'enfant vient à avoir un intérieur et un extérieur et un schéma corporel (D. Winnicott, 1969, p. 245).

Esther Bick développera ce concept de fonction contenante sous le nom de « peau psychique » dans son ouvrage sur l'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces paru en 1967 (Houzel, 2010). Anzieu, 7 ans plus tard, étayera cette description dans son ouvrage intitulé « Le Moi-peau » : « par le Moi-Peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface de son corps. » (Anzieu, 1995, p. 61). La première étape de la différenciation et de la constitution du Moi psychique s'étaye sur les expériences sensorielles de la surface de la peau, mises en place lors du portage, qui permettent de constituer une figuration symbolique.

Suzanne Robert-Ouvray insiste sur l'importance de la tonicité dans ce processus de différenciation entre le dedans et le dehors. La tonicité a plusieurs composantes : une composante physiologique (le tonus), une composante mécanique (la structure de la tension) et une composante psychologique (l'émotion et l'affect). Elle la définit comme :

> Un ensemble vibratoire corporel qui met le sujet en rapport avec son espace interne et son espace externe. C'est un élément limite entre l'espace corporel et l'espace psychique de l'être humain (Robert-Ouvray, 2002, p. 43).

La bipolarité tonique avec ses deux pôles primaires, l'hypotonicité et l'hypertonicité, possède une fonction psychique : elle se rapporte à la bipolarité « bon/mauvais » correspondant au mécanisme du **clivage** qui permet au Moi de supporter les contradictions.

Ainsi **l'hypertonicité primaire** constitue une enveloppe tonique pour le bébé, véritable gaine réactive, qui assure une fonction de pare-excitation interne et externe contre des stimuli. Le bébé y répond en augmentant la tension de son enveloppe tonique, système que l'enfant subit d'une façon réflexe et involontaire. Lorsque les sensations désagréables viennent du dedans, il utilise ce système pour exclure les informations trop douloureuses. « L'enveloppe tonique devient une zone de **projection** par rapport à l'intérieur » (Robert-Ouvray, 2002, p. 159). L'hypertonicité constitue alors une opposition nécessaire à la construction de l'identité mais

elle permet également à cette enveloppe sensible et réactive de recueillir les informations qui s'impriment dessus. Si le bébé dès sa naissance fait l'expérience de l'hypertonicité segmentaire, il fait également l'expérience de l'hypotonicité axiale, sans pour autant que ces deux états soient contraires.

L'hypotonicité primaire constitue le « vecteur de l'**introjection** » (*ibid.*, p. 165) et notamment de l'introjection de l'axe interne. Elle permet à l'individu de se replier sur lui-même car elle n'autorise pas les mouvements tridimensionnels du tronc. Il est soumis à la pesanteur et il ne découvre la position verticale que de manière passive, adossé contre le ventre de sa mère. Le plaisir vécu dans la relation permettra alors d'accéder aux flux sensoriels extérieurs recueillis par l'enveloppe tonique et de les introjecter.

La maturation neurologique permet alors à l'enfant d'accéder au redressement de façon active vers le sixième mois et de vivre sa première expérience psychique d'exister seul. Le parent accompagne alors l'enfant à ressentir du plaisir à devenir actif afin qu'il puisse intégrer les variations toniques de l'axe corporel qui étayent l'introjection du bon objet. Il peut ainsi alterner entre passivité et activité et intégrer **son rachis comme un axe corporel et psychique.** « D'une façon plus générale, l'enfant aura longtemps besoin de vivre alternativement des périodes de passivité et d'activité pour évoluer le plus pleinement possible. On dit souvent qu'il a besoin de régresser. » (*ibid.*, p. 169).

1.3.2.4 La tonicité, premier élément de l'intégration psychomotrice

Comme Ajuriaguerra et Wallon, Suzanne Robert-Ouvray prend pour postulat que « la tonicité est un véhicule primaire, au sens de premier, de la communication entre êtres humains. ». Il constitue le socle de la communication grâce à la réciprocité de lectures des signaux émotionnels et moteurs de chacun des partenaires. Elle ajoute, comme Winnicott, que le *holding*, ou portage, possède également une fonction intégrative grâce au dialogue tonique, qu'elle nomme **intégration psychomotrice** (Robert-Ouvray, 2002).

Avant de commencer, il est nécessaire de définir la notion d'intégration. Robert-Ouvray définit **l'intégration motrice** comme la mise en rapport et dialectisation de deux parties du corps opposées par un jeu d'antagonismes de mouvements (*ibid.*). L'intégration motrice est alors l'intégration de l'objet (sensation, personne, mouvement, objet) grâce au dialogue tonique des muscles agonistes et antagonistes. Or ce jeu musculaire n'est autonome qu'à la

fin du premier semestre de vie, l'intégration des différentes parties du corps et des objets touchés par ces parties ne pourra alors se faire que par les réponses parentales lors des soins corporels.

L'intégration psychomotrice est la mise en rapport et dialectisation de deux éléments opposés mais à tous les niveaux d'organisation de l'individu : tonique, sensoriel, affectif, représentatif, langagier. De manière plus générale, dans le développement de l'enfant, Suzanne Robert-Ouvray s'est intéressée au processus de base qui assure le narcissisme primaire et qui permet de passer à un niveau d'organisation psychique plus élaboré. Le développement psychomoteur se construit selon un système intégratif complexe. Dans ce système, il existe quatre grands niveaux d'organisation s'étayant les uns sur les autres, classés du plus primitif au plus élaboré : un niveau tonique, un niveau sensoriel, un niveau affectif et un niveau représentatif. (*ibid.*).

Le niveau tonique est l'unique niveau d'organisation présent à la naissance (Hypertonie /hypotonie). Le bébé augmente, de manière réflexe, sa tonicité lorsqu'une sensation est trop forte : il se crispe et pleure, exprimant alors sa douleur. Avant l'âge de trois mois, il ne peut se calmer et se détendre seul, le sommeil étant son unique recours. Grâce à la contenance assurée par le parent, l'enfant accède à la diminution du tonus allant même jusqu'à l'état de béatitude.
Le couple hypertonicité-hypotonicité lié à tension-détente est le premier couple de l'intégration psychomotrice de l'humain.

Grâce à la mère qui lui donne ce sentiment continu d'exister, le bébé accède au **niveau sensoriel**. Il peut ainsi distinguer ce qui est mou de ce qui est dur et l'associer à d'autres sensations. Se créé alors deux grandes familles sensorielles de base: la famille du mou, blanc, lumineux, chaud, doux et à l'opposé la famille du dur, noir, sombre, froid, piquant. Le couple dur/mou est le premier couple sensoriel de base de l'intégration psychomotrice.

Puis grâce aux interprétations que sa mère fait de ses réactions, il atteint le **niveau affectif.** Elle constate et nomme le déplaisir, la souffrance et à l'inverse le bien-être, en le touchant avec les mots et avec le corps. Le couple plaisir-déplaisir, satisfait–insatisfait lié à l'absence-présence de la mère est le premier couple d'opposés affectifs. Ce niveau marque l'étape du langage maternel teinté de sa subjectivité, dont nous devrons nous dégager pour établir nos propres représentations à l'adolescence.

Le **niveau représentatif** va se construire à partir de la différenciation entre le soi et le

non-soi, qui lui-même dépend de la distorsion que la mère va provoquer peu à peu entre le besoin ou désir de l'enfant et la satisfaction de ce besoin. La représentation se construit donc dans la capacité à différer. Pour pouvoir attendre, l'enfant doit se représenter ce qu'il attend. Le couple bonne-mère/mauvaise mère, bon objet/mauvais-objet est le premier couple de représentations du bébé.

Dans son travail, le toucher et le *holding* sont donc des précurseurs nécessaires au développement de l'individu :

> Du fait de la précocité de l'établissement de rapports psychomoteurs, le toucher et le *holding* seront au centre du problème, non seulement comme une source de satisfaction primaire mais comme le support et l'agent actif de l'intégration psychomotrice et de la communication émotionnelle (Robert-Ouvray, 2002, p. 20).

Elle affirme également que « la tonicité étaye la construction psychique de l'individu. Il n'y a pas de pensées sans tensions et sensations diversifiées, il n'y a pas de pensées sans affectation respectueuse du corps tonique de l'enfant par ses parents. » (Robert-Ouvray, 2015c). C'est pourquoi une tonicité constamment élevée (pôle tendu et dur) entraîne un arrêt du processus intégratif. Le Moi ne peut plus se développer et les angoisses primitives apparaissent.

1.3.2.5 La coordination des schèmes de base

Si le niveau tonique est la première étape du processus d'intégration, elle permet également le développement des schèmes moteurs de l'enfant. « Tous les mouvements du bébé, toutes les sensations qu'il percevra quand on s'occupe de lui sont des appuis corporels sur lequel son monde affectif et psychique va se construire » (Robert-Ouvray, 2015d).

Par ailleurs, la construction psychique prend en considération « les trois facteurs du développement phylogénétique de l'humain :

— l'enroulement qui est le mouvement de base de tous les êtres humains et qui prépare la base narcissique.
— la symétrie qui donne au bébé la capacité de se refléter dans le regard d'autrui et de s'organiser dans l'espace.
— la coordination qui prépare la globalisation et la fluidité des mouvements du corps et de la pensée. » (Robert-Ouvray, 2015c)

Dans le développement psychomoteur de l'individu, nous retrouvons ces trois facteurs dans l'intégration :

— du centre corporel et psychique à travers ses expériences sensori-motrices,
— de l'axe, qui correspond aux mouvements de symétrie du bébé avec sa mère puis aux mouvements de symétrie en décalage de l'axe de la mère,
— de la coordination des différentes parties du corps entre elles et également de la coordination des sensations du bébé avec le vécu de la relation.

Le bébé, à sa naissance, dispose d'un répertoire de schèmes moteurs, appelés schèmes de base.

> Le schème de base se présente comme un rapport spatio-temporel et dynamique entre différents éléments propres à la motricité (os, muscles, articulations) que l'on peut décrire ainsi : une rotation dans un sens provoque une rotation dans l'autre sens par l'intermédiaire d'un dispositif de flexion-extension. Autrement dit, deux parties corporelles s'opposent dans leurs mouvements et de cette dynamique naît le rapprochement des deux parties concernées (Robert-Ouvray, 2015b).

Le couple flexion-extension constitue donc la base des autres coordinations symétriques et asymétriques sur lesquelles s'appuie la mise en place de la dynamique motrice.

Dans un développement sain, l'enfant expérimente l'enroulement, première étape pour accéder à celle du redressement. L'extension dorsale vécue dans une hypertonie provoquée par le stress va à l'encontre de son développement : il bloque la triangulation main/bouche/œil dans une position de chandelier. Dans une relation sécurisante, il accède au premier mouvement d'extension grâce à une détente tonique, précédant le mouvement de redressement réalisé volontairement vers le sixième mois. Il rentre dans une alternance hypertonicité/hypotonicité qui lui permet d'acquérir « un arrière-plan stable, diversifié et modulable selon les situations » (*ibid.*). Les postures asymétriques initient les rotations et l'accès à l'extérieur mais elles permettent également d'expérimenter des « zones de rencontre toniques différenciées » avec la dissociation des ceintures et permettent également d'intégrer l'axe corporel (*ibid.*).

> Le répertoire de schèmes moteurs de l'individu se coordonne ainsi dans les six premiers mois puis se développe. « Les postures assurent des fonctions de soutien, de maintien, de redressement et d'équilibration. Je pourrais dire que le corps organisé a prévu son propre *holding*. Toute la motricité primaire fonde et organise les postures plus matures (*ibid.*).

Le *holding* maternel laisse alors place au propre *holding* de l'enfant.

Par ailleurs, « l'investissement psychique de la structure des schèmes de base et de leur dynamique de coordination et de rassemblement conduit l'enfant à construire son moi. »

(*ibid.*). Les différentes parties du Moi corporel et psychique se rassemblent pour s'organiser dans une unité. De la création d'un volume spatio-temporel moteur émerge alors un espace-temps psychique.

1.3.2.6 L'étayage, fruit du processus d'intégration

L'étayage est « le résultat d'un processus d'intégration qui permet une différenciation entre la sphère motrice et la sphère psychique, puis l'installation de rapports entre ces deux sphères qui sont, dès le début de la vie, dans une autonomie relative. » (Pagès, 1986, in Robert-Ouvray, 2002, p. 222)).

Dans ce processus où le jeu tonique est primordial, les items moteurs correspondent aux niveaux psychiques d'organisation de la personne dont voici le déroulement :

- la bipolarité tonique étaye la distinction du Moi et de l'objet,
- l'hypertonicité étaye la projection,
- l'hypotonicité étaye l'introjection,
- la coordination des schèmes moteurs entre eux étayent le rassemblement des parties du Moi et de l'objet,
- l'équilibre tonique du sixième mois étaye l'ambivalence affective et marque l'unité du Moi,
- la structure du schème de base étaye l'organisation de la relation triangulaire (*ibid.*).

On comprendra donc que proposer à un patient d'expérimenter ce jeu tonique par l'intermédiaire d'une médiation thérapeutique, où le portage est réalisé « corps-à-corps », favorisera le processus d'intégration psychocorporel. « L'alternance des polarités relance un rythme primaire et le processus intégratif » (Robert-Ouvray, 2009).

1.3.3 Processus mis en jeu dans le portage thérapeutique

Dans le second chapitre consacré à la thérapie psychomotrice, nous avons abordé le processus de symbolisation induit par l'utilisation de la médiation en elle-même. Plusieurs auteurs mentionnent également la reprise du processus d'intégration psychomotrice que nous venons de développer, permettant d'accéder aux représentations. En effet, que ce soit grâce à la symbolisation ou grâce à l'intégration psychomotrice, la personne se représente comme une unité différenciée corporellement et psychiquement : ces deux processus étayent l'image de

soi. Certains auteurs ont également évoqué, à de nombreuses reprises, le mécanisme de régression avec la présence d'angoisses archaïques. Nous allons expliciter succinctement ces deux notions dans cette partie.

1.3.3.1 Régression

Le portage dans la relation thérapeutique, nous l'avons évoqué précédemment, favoriserait la régression. Le terme de régression indique un mouvement de retour en arrière dans le développement psychomoteur se manifestant par la présence de comportements relatifs à une phase antérieure.

L'école psychanalytique a développé ce concept pour lui donner un sens particulier, utilisé aujourd'hui dans différents types de thérapies.

Winnicott utilisait le *holding* lors de ses consultations. Dans son article sur la régression thérapeutique, Marc Edmond rapporte le témoignage d'une des patientes de Winnicott : « Métaphoriquement, il tenait la situation en main, en apportant son soutien, en gardant le contact à tous les niveaux avec tout ce qui se passait chez et autour du patient et dans la relation qu'il avait avec lui. Littéralement, il tenait (« *held* ») mes deux mains serrées entre les siennes pendant de longues heures, presque comme un cordon ombilical, tandis que moi, j'étais allongée, souvent cachée sous la couverture, silencieuse, inerte, renfermée, paniquée, enragée ou en larmes, endormie et quelquefois rêvant » (Margaret Little, Des états-limites, « Mon analyse avec Winnicott », p. 515 *in* (Edmond, 2002)). Winnicott proposait une démarche thérapeutique basée sur cet état régressif suivant le degré de maturation et d'intégration du *self*. Cette approche lui permettait ainsi d'accéder au vrai *self* quand cette intégration n'était pas aboutie, le cadre thérapeutique assurant la fonction de *holding* et de *handling*.

> Ainsi la régression, qui s'effectue dans le cadre thérapeutique, renvoie moins, comme chez Freud, à des fixations et à des mécanismes de défense (liés aux conflits de la période oedipienne) qu'à une sorte de dégel d'une structuration figée de la personnalité, avec l'espoir que l'environnement actuel puisse réparer le défaut d'adaptation de l'environnement passé (Edmond, 2002, p. 37).

Winnicott l'évoque alors avec le terme de « régression à la dépendance » : le patient retourne à l'état de dépendance primaire au cours duquel il a pu subir des violences ou des carences affectives. Dans cet état régressif, la personne peut alors laisser s'exprimer son vrai *self* et laisser exprimer les émotions négatives ressenties lorsqu'il était nourrisson. Libéré de

l'angoisse d'annihilation, il peut alors reprendre le processus de développement stoppé jusqu'à acquérir son indépendance.

Pendant les séances, l'analyste prend symboliquement la place de la mère à travers le transfert : il « accompagne soutient le patient par une attitude empathique et s'efforce de répondre à ses besoins profonds. Il fait peu d'interprétations. Il doit tolérer le passage à l'acte car celui-ci traduit mieux, que ne peut le faire la parole, ce que le patient cherche à obtenir de l'analyste ; ce dernier peut d'ailleurs jouer un rôle, le plus souvent symbolique, dans l'agir mis en œuvre par le patient. » (*ibid.*, p. 38). Ce processus permet un « maternage nourricier » par le thérapeute, qui peut se révéler « très réparateur dans les problématiques du lien » (Grosjean, 2002, p. 106).

1.3.3.2 Les angoisses archaïques

Par ailleurs, lorsque l'on évoque l'archaïque, on ne peut aborder la question des angoisses. Ces angoisses archaïques ont été décrites par les psychanalystes comme existantes avant l'installation du langage. Elles sont donc présentes au niveau corporel et mettent en lumière le rapport que la personne entretient avec son corps. Dans un développement classique, la personne est amenée à les surmonter mais en aucun cas à les résoudre : elles sont inconscientes et présentes chez tous les êtres humains à tous les âges de la vie. Elles sont visibles particulièrement chez le nourrisson et dans les pathologies notamment psychiatriques où elles constituent un réel handicap pour la personne. A la naissance, l'enfant est confronté à un changement brutal d'environnement : les flux sensoriels gravitaires et tactiles sont bouleversés engendrant un traumatisme décrit par de nombreux auteurs. Pireyre définit l'angoisse comme :

> une réaction qui se présente au sujet à chaque fois qu'il se trouve dans une situation plus ou moins traumatique, c'est-à-dire qu'il est soumis à un afflux, trop important pour lui, d'excitations d'origine externes ou internes, excitations non maîtrisables et non compréhensibles (Pireyre, 2015, p. 142).

Pireyre explique que l'angoisse de tomber en morceau se réfère au sentiment de désintégration du moi, introduite par Winnicott puis Mélanie Klein. Pour Winnicott, ceux qui n'ont pu bénéficier d'un environnement contenant grâce notamment au *holding*, seront dans une confusion contre laquelle ils vont créer un système de défenses. Leurs angoisses disséquantes primitives porteront la trace du traumatisme originel : « Je dis que la crainte clinique de l'effondrement est la crainte d'un effondrement (de l'organisation du moi) qui a déjà été

éprouvée » (Winnicott, *La crainte de l'effondrement*, 1975, in Pireyre, 2015, p. 143). Elles prennent différentes formes :

— la sensation de morcèlement,
— la sensation de chute,
— la sensation de pas être en relation avec son corps,
— la sensation de perte d'orientation.

Pireyre retient quatre grandes angoisses archaïques : le morcèlement, l'effondrement, la dévoration et l'angoisse de liquéfaction. Ce sont des composantes de l'image du corps au même titre que le sont : la sensation de continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau psychique et physique, la représentation de l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale ou sensorialité et les compétences communicationnelles du corps (Pireyre, 2015). Ces angoisses s'inscrivent corporellement par l'intermédiaire de la tonicité : lorsque des angoisses surgissent, la personne élève son tonus afin de mettre en place une enveloppe tonique pare-excitante et contenante.

Il est évident que l'expérience du portage thérapeutique favorise l'émergence de ces angoisses archaïques et des mécanismes de défense, d'autant que « le travail corporel, quelle que soit la médiation utilisée, est à ce niveau très facilitant. » (*ibid.*, p. 141). En tant que psychomotricien, notre rôle est d'accompagner le patient dans ces « remontées archaïques », dans leurs manifestations toniques et dans leurs représentations associées. Si elles sont acceptées par le moi, leur verbalisation est bénéfique mais si elles restent refoulées alors l'angoisse demeure. Le psychomotricien, par le biais de sa fonction phorique, accueille ses éprouvés corporels et psychiques et l'aide en interprétant la nature de la peur. Sans formation psychanalytique, il est pourtant capable d'assurer cette fonction car selon G. Haag, « ceci n'est pas une interprétation psychanalytique mais du registre de l'interprétation environnementale » (*ibid.*, p. 155).

Proposer une thérapie psychomotrice centrée sur le portage permet, grâce au phénomène de régression, de remettre en mouvement les processus d'intégration psychomotrice parfois bloqué à un stade précoce et engendrant des troubles ou pathologies de l'étayage, s'exprimant également sur le plan moteur.

PARTIE CLINIQUE

2.1 Problématique

Au regard de cette revue de littérature, le portage ne se présente plus seulement comme une technique utilisée par de nombreuses mamans mais comme un concept ne pouvant se limiter à une simple interaction comportementale. L'approche psychanalytique et psychomotricienne donne une place primordiale aux échanges qui s'établissent dans ce « corps-à-corps » indispensable à la survie de l'enfant.

En effet, l'attachement qui s'établit entre l'enfant et sa figure d'attachement primaire est un besoin fondamental pour le bon développement psychomoteur de l'individu. C'est pourquoi ce comportement archaïque est inscrit génétiquement chez la mère comme chez le bébé. Le portage, dans sa dimension de soutien, est également indispensable pour que l'enfant puis l'adolescent puisse étayer l'image de soi et ainsi s'individualiser tout en établissant de nouvelles relations sociales. D'autant que l'adolescence est une période charnière où se réactualisent les liens d'attachement et l'image du corps telle que la conceptualise Eric Pireyre.

Porter son enfant, c'est d'abord l'initier à communiquer. Cette communication entre la mère et son enfant se développe, en premier lieu, à travers un dialogue tonico-émotionnel, supports des autres échanges sensoriels. La mère, qui assure un portage contenant, permet au nourrisson de ressentir une sécurité interne et d'abandonner petit à petit l'hypertonicité présente les trois premiers mois de sa vie. Ainsi, le holding favorise l'émergence d'un sentiment continu d'exister, fondement de l'image du corps selon Pireyre et première étape dans la construction de soi, le Moi, dans la théorie psychanalytique de Winnicott.

De nombreux auteurs ont pu décrire les graves conséquences qu'entraîne un portage absent ou inapproprié. Quand l'accordage n'est pas adapté, soit parce que le bébé ne dispose pas d'un équipement neurologique adéquat (troubles envahissants du développement, ...), soit parce

que la mère n'en avait pas les capacités (physiques, psychiques, sociales, ...), la personne peut souffrir de troubles ou de pathologies de l'étayage qui s'expriment à la fois sur le plan psychique et corporel.

Dans ce cas, le portage, utilisé dans la thérapie psychomotrice, est un outil privilégié au service du psychomotricien. Plusieurs médiations corporelles sont à sa disposition. Par définition, elles permettent au patient d'étayer ses représentations grâce au processus de symbolisation. L'objet médiateur peut prendre différentes formes : eau, cheval, trapèze et corps de l'autre sont le support d'un travail corporel et psychique.

Ces thérapies ont pour rôle de réactiver les processus inhérents au portage décrits à travers le concept de holding grâce au phénomène de régression, véritable retour en arrière dans le développement psychomoteur. Elles proposent des espaces où peuvent émerger des comportements relatifs à la petite enfance, avec notamment la résurgence d'angoisses archaïques. Ce matériel sert à la fois à l'analyse du psychomotricien et à l'accompagnement thérapeutique qu'il propose au patient. Médium malléable, il s'engage dans un dialogue tonico-émotionnel qui offre la possibilité de :

— mettre en place une communication corporelle et verbale, et ainsi créer une alliance thérapeutique,
— favoriser l'intégration psychomotrice en étayant les liens entre les différents niveaux d'organisation : tonique, sensoriel, affectif et représentatif.

Nous reprendrons ici l'hypothèse qu'émet Suzanne Robert-Ouvray, selon laquelle il existe une corrélation entre la rupture du courant émotionnel entre la mère et son enfant et l'interruption du processus développemental, s'exprimant par une somatisation motrice. « C'est en recontactant certaines émotions que la personne peut réamorcer son projet intégratif et se réengager dans des conflits structurants. » (Robert-Ouvray, 2002, p. 63). L'objectif du portage thérapeutique rejoint ainsi celui de la médiation : la symbolisation à travers laquelle la personne se détache d'un corps sensori-moteur pour se le représenter.

Symboliser c'est donc accepter et formuler la différence qui existe entre soi et l'autre, et c'est pourquoi il semble particulièrement intéressant d'offrir cette expérience à un adolescent. Car l'adolescence est un passage, une période « entre », où s'opèrent de nombreuses transformations physiques et psychiques mettant à mal celui qui les subit. Il découvre un corps étrange, parfois « étranger », un corps sexualisé qui remet en jeu tout son système relationnel. Cette période d'inconnu est source d'anxiété, voire d'angoisses ou d'états dépressifs.

Mais elle constitue également un « levier thérapeutique formidable » où peuvent s'opérer des modifications de la structuration psychique et corporelle (Potel, 2006).

Mais quelle médiation psychocorporelle le psychomotricien peut-il donc proposer à un adolescent ?

La taille et le poids de cet adulte en devenir sont souvent un frein dans la mise en place d'un portage qui se doit d'être sécurisant pour être efficace. Parfois, le psychomotricien utilise des objets médiateurs comme le hamac, le cheval, ... Parfois, il met en place un dispositif particulier comme pour le travail corporel dans l'eau. En définitive, il ne dispose que de peu d'outils facilement accessibles pour engager un dialogue « corps-à-corps » où le portage tient une place importante. C'est pourquoi il semble intéressant de proposer une nouvelle médiation telle que l'acroyoga, encore peu théorisée. Il semble également intéressant de la proposer dans un dispositif groupal, car l'acroyoga permet à l'adolescent d'interagir avec ses pairs et d'expérimenter la place du porteur, place symbolique de la mère. Capable à présent de « porter la vie », l'adolescent découvre un nouveau rôle, celui de prendre soin de l'autre. Cet aspect est quasiment inexistant dans la thérapie psychomotrice, il paraît donc important de tenter à notre tour de le symboliser. Tout comme l'adolescent va se détacher de son corps sensori-moteur pour se le représenter, nous nous détacherons de notre pratique professionnelle pour la représenter par écrit dans cette seconde partie.

Il est important de préciser que si cette médiation ne nécessite qu'un dispositif simple (une salle et plusieurs tapis de yoga), elle comporte des risques (de chute par exemple) et nécessite des compétences techniques de la part de l'intervenant ou du psychomotricien acquises lors de formations complémentaires.

Comment une médiation comme l'acroyoga, construite autour du dialogue tonique et des portés, favorise-t-elle l'intégration psychomotrice chez l'adolescent en séance de groupe ?

2.2 METHODOLOGIE

2.2.1 Choix de la méthode et des outils d'évaluation

Pour comprendre comment une thérapie psychomotrice utilisant une médiation telle que l'acroyoga peut agir sur l'intégration psychomotrice d'un adolescent, nous avons choisi de réa-

liser une approche biologique. Nous privilégions la méthode qualitative à travers la réalisation de deux études de cas.

Pour l'évaluation, nous avons recueillis les observations cliniques sous forme écrite lors de temps d'analyse à chaque fin de séance. Pour l'un des cas, nous avons complété une grille d'observations (Annexe A). Nous avons également choisi d'utiliser le dessin du bonhomme pour trois raisons :

— le dessin permet de donner une idée du schéma corporel et de l'image du corps du patient,
— il participe au processus de symbolisation : il représente son vécu corporel et émotionnel,
— il permet de refléter une évolution entre le début ou la fin d'une séance ou entre le début et la fin des ateliers.

Dans ce mémoire, l'étude de cas a pour but d'explorer une nouvelle démarche en fonction d'un modèle théorique de référence. « L'étude de cas est une description détaillée et approfondie d'une personne ou d'un groupe de personnes qui a pour objectif d'établir un lien entre des données anamnestiques et l'état actuel ou de suivre l'évolution d'un phénomène pathologique ou d'une thérapie » (Yin, 2012 *in* Albaret, 2015, p. 220).

Ayant développé le concept de *holding psychomoteur* et l'ayant mis en lien dans le processus d'intégration psychomotrice, nous avons décidé de nous appuyer sur la théorie de l'étayage de Suzanne Robert-Ouvray pour structurer notre analyse clinique.

> Du fait de la précocité de l'établissement de rapports psychomoteurs, le toucher et le holding seront au centre du problème, non seulement comme une source de satisfaction primaire mais comme le support et l'agent actif de l'intégration psychomotrice et de la communication émotionnelle (Robert-Ouvray, 2002, p. 20).

2.2.2 Choix de la population

La population adolescente peut être rencontrée dans différents types de structures avec des troubles ou des pathologies variées. Il apparaît donc nécessaire de réduire le champ d'intervention pour pouvoir se concentrer sur une population spécifique. Afin de réaliser notre étude, nous avons choisi le secteur de la santé mentale avec deux terrains d'application : une Maison des Adolescents (MDA) et un Centre d'Accueil à Temps Partiel (CATTP), situés en France. Pour chacun, un dispositif a été élaboré en accord avec l'équipe soignante.

Pour les raisons évoquées dans la problématique, notre choix s'est orienté sur un dispositif groupal. Nous prenons le parti de ne porter notre attention que sur un patient, pour deux raisons. En tant que stagiaire en psychomotricité, il est parfois difficile de recueillir un matériel car notre regard n'est pas encore affuté et également parce qu'il n'est pas évident de mener une séance tout en observant en détails chacun des participants. L'acroyoga comporte des risques de chute et de blessures et l'objectif premier est avant tout de garantir la sécurité de tous les participants. Pour cela, nous devons faire preuve d'une grande vigilance afin de vérifier si chacun respecte les consignes. Dans le cas échéant notre rôle est de redonner les consignes verbalement, de faire à nouveau une démonstration, ou même, si besoin, de prendre le rôle de l'adolescent s'il n'est pas en capacité de le faire. Dans ces conditions, il est plus pertinent de n'observer qu'une seule personne pour recueillir un maximum d'observations cliniques. Ces observations seront réalisées conjointement avec les autres psychomotriciens participant à la séance. Elles constitueront la base principale de l'analyse clinique.

Avant de décrire le dispositif, il est important de préciser le type de population, de troubles ou de pathologies que chaque structure accueille.

Les Maisons des Adolescents sont des structures récentes puisque leur création ne date que de 2004. Chaque département dispose à présent de ce type de dispositif afin de répondre à un besoin crucial, celui de développer les dispositifs existants et d'assurer une coordination efficace entre les acteurs individuels et institutionnels intervenant dans le champ de l'adolescence sur le territoire. En effet, les parcours de soins des adolescents en souffrance sont souvent chaotiques, symptomatiques de cette période critique. Les prises en charge débutent majoritairement par un évènement marquant une rupture dans la vie de l'adolescent : grossesse, placement, ... Dans ces conditions, les Maisons des Adolescents permettent d'effectuer le lien avec le secteur social ou judiciaire afin d'offrir à l'adolescent la possibilité de bénéficier de soins psychiatriques et somatiques. La particularité d'une telle structure est d'accueillir les adolescents et leur famille dans un cadre flexible à la fois éducatif, thérapeutique et créatif, évitant une stigmatisation qui représenterait un frein à l'adhésion au projet de soin. En effet, l'objectif premier de la prise en charge est de susciter l'envie à l'adolescent de venir dans la structure et d'éviter une éventuelle défiance ou rejet à son encontre. C'est pourquoi, les Maisons des Adolescents disposent d'une équipe pluridisciplinaire (psychologues, psychiatres, psychomotriciens, assistantes sociales, éducateurs, ...) et proposent durant les vacances scolaires des « ateliers », entre l'enseignement et le soin, comme décrit précédemment dans la

médiation escalade (Perier et al., 2012). Une maison des Adolescents se veut, avant tout, être une Maison de l'Adolescence, dont la vocation est d'accueillir n'importe quel adolescent quels que soient ses troubles ou ses besoins.

Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), quant à lui, se situe à l'intermédiaire du Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents (CMPEA) et de l'Hôpital de Jour, qui accueille des pathologies psychiatriques plus lourdes. Leur approche multidisciplinaire permet d'offrir aux patients des soins psychiatriques et psychologiques mais également des activités orientées vers la réadaptation et la réinsertion des patients stabilisés. Le fonctionnement de cette structure (missions et équipe) se rapproche de celui de la Maison des Adolescents, mais à la différence, elle fait preuve de moins de flexibilité dans l'accueil du public qui, lui, est compris entre de 3 à 16 ans. Elle privilégie les séances de groupe, notamment les ateliers animés par les différents membres de l'équipe, choisis en fonction des besoins des patients et des objectifs des projets.

Ces deux structures accueillent donc des adolescents en pleine transformation qui peuvent présenter certains troubles ou comportements pathologiques, survenus antérieurement ou durant cette période charnière. Nous ne présenterons succinctement que ceux relatifs à l'adolescence (Potel, 2006) :

— les conduites alimentaires pathologiques (boulimie, anorexie) : le corps « contenant » est mis à mal. Par leur tentative de contrôle, ces adolescents tentent de maîtriser l'angoisse provoquée par ces transformations en alternant des phases de « vidage » et « remplissage »,
— les conduites addictives (toxicomanie, ...) et les passages à l'acte : le corps fait l'objet d'une décharge pulsionnelle comblant l'absence d'une élaboration psychique,
— les conduites phobiques (retrait social, arrêt de la scolarité, ...) : l'angoisse interne se projette à l'extérieur de la personne. Le dehors devient objet de danger impactant le corps en mouvement dans l'espace,
— les tentatives de suicide ; de degrés de gravité différents (scarifications, ...), elles représentent des signes d'appel d'une souffrance psychique,
— les conduites à risque représentent une négation totale du corps,
— les somatisations : ces manifestations corporelles sont également des signes d'appel d'une souffrance psychique qui peut se révéler pathologique,
— la psychose et décompensation psychotique : le corps « étranger » de l'adolescent peut

être vécu comme une dépersonnalisation. Elle n'est pas forcément pathologique mais peut pourtant être le signe de la naissance d'une psychose.

La Maison des adolescents et le CATTP nous ont offert l'opportunité de mettre en place un dispositif sous forme d'ateliers pendant les vacances scolaires.

Le choix des patients participants a été fait, en amont, par les structures, en fonction :

— pour le CATTP, des objectifs des projets de soins individualisés, en accord avec l'adolescent. Certains participaient déjà à des séances de groupe au CATTP et d'autres à des séances individuelles au CMPEA. Les psychiatres et psychologues exerçant dans les deux structures ont décidé de ces orientations en atelier lors des réunions de synthèse clinique.

— pour la Maison des Adolescents (MDA), le choix s'est également effectué par les psychiatres et psychologues mais également par les adolescents eux-mêmes. Certains étaient suivis depuis un certain temps et d'autres, nouveaux, avaient été orienté après l'entretien d'accueil réalisés par deux des membres de l'équipe pluridisciplinaire. Tous ont eu le choix de participer à différents types d'ateliers (cirque, chant, ...).

Les études de cas ont porté sur deux adolescents éprouvant des difficultés à établir des liens avec leurs pairs et présentant une hypotonie axiale. Nous les présenterons plus en détails ultérieurement dans la partie « présentation des cas cliniques ».

2.2.3 Dispositif des séances

2.2.3.1 Cadre d'intervention

A la Maison des Adolescents (MDA). Les ateliers ont été réalisés à la MDA pendant les deux semaines de vacances de la Toussaint. Chaque semaine, de 10h à 12h, quatre ateliers de deux heures sont proposés.

Ils sont encadrés par une psychomotricienne et une stagiaire en psychomotricité, professeur d'acroyoga. Les deux premières séances n'ont accueilli qu'une adolescente, Laure, 13 ans, notre étude de cas. Puis une deuxième adolescente de 16 ans l'a rejoint pour les deux autres séances de la première semaine. La deuxième semaine, 3 nouvelles participantes sont venues, âgées de 15 ans et 16 ans.

Au CATTP. Les ateliers ont été réalisés au CATTP pendant les vacances de Noël durant la première semaine de janvier 2017. Trois ateliers de 2 heures, sur trois jours consécutifs, ont été proposés de 9h30 à 11h30.

Ils sont encadrés par une psychomotricienne, un psychomotricien et une stagiaire en psychomotricité, professeur d'acroyoga. Six adolescents ont participé à la totalité des séances : deux filles âgées de 13 et 14 ans et trois garçons âgés de 11, 13 et 14 ans.

2.2.3.2 Projet d'intervention

Les ateliers d'acroyoga proposés ont pour objectif initial de développer la prise de conscience corporelle et de favoriser la socialisation. A travers cette expérience, ils font l'expérience de la bipolarité tonique : ils ressentent à la fois l'hypertonicité dans les exercices sollicitant un gainage important et l'hypotonicité dans les temps de toucher-massage. Le deuxième objectif est de quitter le mouvement primaire du « tout ou rien » : le pôle entièrement dur laisse place au pôle moins dur, le pôle entièrement mou, au pôle moins mou. Chez le bébé, la tonicité est le support et l'agent actif de l'intégration psychomotrice. « A partir de cette dynamique bipolaire, les enveloppes psychiques et corporelles vont se constituer et aider à la différenciation du dedans et du dehors, ainsi que de soi et de l'autre » (Robert-Ouvray, 2002, p. 154). Par ailleurs, le patient retrouve, sans s'en rendre compte, des vécus archaïques : la sensation d'être porté, les angoisses de chutes et le dialogue tonique qui s'instaure avec ses partenaires permettent au patient de vivre un phénomène régressif. Dans ces conditions, l'adolescent réactive le processus d'intégration psychomotrice, lui offrant l'opportunité de renforcer ou de construire son unité corporelle et psychique à travers :

— la solidification de ses enveloppes corporelles et psychiques,
— la construction de son axe, intégrant son centre corporel et l'axe de l'autre.
— la coordination des différentes parties du corps, développant les schèmes moteurs puis leur coordination entre eux.

2.2.3.3 Structure des séances

Chaque séance dure deux heures et comporte plusieurs séquences d'étirements, de postures ou de portés. Une progression s'établit en introduisant de nouveaux éléments et en enlevant

certains. Pour garantir un cadre contenant, la structure de la séance reste la même. Elle s'organise autour de plusieurs temps :

Présentation en cercle. Le cadre de la séance et la médiation thérapeutique sont présentés aux patients, assis en cercle. Le cercle créé un espace contenant qui favorise les contacts visuels entre tous les participants. Chacun se présente à tour de rôle puis réalise un dessin en suivant la consigne « je me représente comme je me ressens aujourd'hui ».

Relaxation, étirements à deux et contrepoids. Chaque séance débute par une courte relaxation dont l'objectif est la prise de conscience (Annexe B.1). Des duos sont formés par les psychomotriciens en fonction des personnalités, de la taille et du poids de chacun. Le but est de garder les mêmes duos au fil des séances afin de développer un dialogue tonique qui nécessite du temps pour s'installer. Dos à dos, assis en tailleur, les participants sont invités à fermer les yeux afin d'observer les appuis des différentes parties du corps (sur le sol, sur le dos de l'autre, etc, ...) et les mouvements provoqués par la respiration. Cette position rappelle celle de l'enfant contre le ventre de sa mère où l'axe de la mère est introjecté pour ensuite s'individualisé. Puis les patients sont invités à effectuer un relâchement du bassin et des membres inférieurs et supérieurs, un ajustement de l'axe corporel et une synchronisation de la respiration à celle de son partenaire.

Les duos effectuent une série d'exercices à deux : les patients expérimentent les contrepoids et les étirements en coordonnant les différents schèmes moteurs (flexion/extension, rotation, debout/assis) à la respiration abdominale et/ou thoracique. Ce temps permet d'abaisser son tonus et de prendre conscience de son corps grâce au développement de la proprioception. Les mécano-récepteurs sont sensibles aux variations de longueurs et de tensions musculaires et aux mouvements articulaires. Les étirements permettent donc de développer la sensibilité profonde.

2.2.3.4 Les constructions corporelles

Les jeux de construction à 2 ou 3 personnes ont pour objectif de prendre conscience et de développer la structuration osseuse et l'ajustement tonique (Annexe B.2). L'adolescent en gainant tout son corps expérimente un premier pôle tonique, l'hypertonicité, première étape de l'intégration psychomotrice. Au fil du temps, il apprendra à abaisser son tonus pour ne

recruter que les muscles nécessaires au maintien de la posture. Il prend également conscience des appuis : il comprend qu'il peut utiliser sa structure osseuse et non sa force musculaire pour porter et peut ainsi sortir de l'hypertonicité.

Les portés lunaires et solaires. Puis des trios sont constitués (porteur, porté, parade) pour l'apprentissage des portés thérapeutique et acrobatique (Annexes B.3, B.4 & B.6). L'objectif principal est de recevoir et de réaliser un porté lunaire. Des consignes précises sont à respecter : le patient expérimente les différentes positions en fonction de la progression des séances et de ses capacités. Les deux premières positions sont fondamentales. Le patient, dans la position de la feuille (Position 8, Annexe B.3 : *folded leaf*), se retrouve la tête en bas : ses repères visuels sont inversés et les flux vestibulaires totalement perturbés. Il est maintenu hors du sol par le bassin : sa colonne vertébrale est en enroulement dans un premier temps puis est étirée grâce aux manipulations réalisées à l'aide des mains du porteur. Le porteur ne peut trouver l'équilibre que si son propre bassin est en appui au sol mais également si la personne portée abaisse son tonus et ne s'appuie pas au sol.

Si la séquence lunaire est réalisée entièrement, le patient porté peut ressentir passivement les différents schèmes moteurs, travaillés lors des étirements à deux (flexion, extension, rotation, ...), de la même manière que la mère accompagne son enfant dans l'exploration de ces mouvements tridimensionnels.

Chacun essaie les 3 rôles : porteur, porté et parade. Un temps individuel à la fin de chaque porté est consacré à la prise de conscience des vécus corporels et émotionnels (avec verbalisations spontanées ou non).

Le toucher-massage. Celui qui assure la sécurité réalise alors un toucher-massage au porteur sur les membres inférieurs et le bassin en exécutant des mobilisations passives et des pressions avec les paumes de mains (Annexe B.6). Les pressions sont abordées en dernier pour ne pas engendrer des réactions toniques de protection. En effet l'objectif est d'apporter une détente musculaire : allongé au sol, le patient passe de l'hypertonicité, nécessaire à la solidité du porté, à l'hypotonicité, deuxième pôle du niveau d'organisation tonique de la personne.

Les cercles de paroles. Les séances s'achèvent par un cercle de parole, espace d'expression où chacun formule ses ressentis et ses vécus corporels et émotionnels. Ce temps de restitution

est primordial car il permet d'accéder au dernier niveau du processus d'intégration : le niveau représentatif. La verbalisation est privilégiée mais l'adolescent dispose également du dessin pour se représenter.

2.3 PRESENTATION DES CAS CLINIQUES

2.3.1 Présentation de Laure, 13 ans

2.3.1.1 Anamnèse

Laure intègre la Maison Des Adolescents peu de temps avant le début des ateliers. Elle n'a bénéficié que d'un entretien d'accueil qui a néanmoins permis de recueillir des informations sur sa situation familiale et scolaire.

Laure est une jeune fille de 13 ans qui rentre dans l'adolescence. Elle vit avec sa mère et sa grand-mère, son père étant décédé brutalement quand elle avait 3 ans. Sa mère avait eu une fille d'une précédente union qui est actuellement âgée de 35 ans. Elle vit en métropole, va bientôt se marier et n'entretient que peu de contact avec sa demi-sœur.

Sa mère est directrice d'une école primaire mais est en arrêt maladie à cause de fortes douleurs lombaires. Laure a sauté une classe et est actuellement en quatrième. Elle souffre néanmoins d'une phobie scolaire et suit un programme adapté, le Projet d'Accueil Personnalisé, qui lui permet de moduler son emploi du temps selon ses possibilités. Elle reste donc la majeure partie de son temps dans son environnement familial entretenant une relation fusionnelle avec sa mère. La grand-mère est considérée par la mère comme un poids car elle n'est plus autonome dans sa vie quotidienne.

Laure et sa mère souhaitent être prises en charge à la MDA car elles vivent des conflits violents dont elles souffrent toutes les deux.

2.3.1.2 Prise en charge

Participer aux ateliers d'acroyoga a pour objectif de mettre en place une première accroche avec la structure en créant une alliance thérapeutique avec la psychomotricienne. Le deuxième objectif est de lui offrir un espace de partage d'expériences sensori-motrices car elle éprouve de grandes difficultés à interagir avec ses pairs.

2.3.2 Présentation de Kevin, 14 ans

Contrairement à Laure, Kevin est un patient qui a déjà bénéficié d'une longue prise en charge au CMPEA et au CATTP.

2.3.2.1 Anamnèse

Antécedents médicaux. Kevin a actuellement 13 ans et 5 mois. Il est le second d'une fratrie de deux enfants, sa sœur est âgée de 18 ans. Il vit avec elle et ses parents qui sont séparés.

A sa naissance, il est hospitalisé en néo-natalité pendant 5 jours pour une infection. Cette séparation survenue le lendemain de l'accouchement est vécue comme brutale par la mère. En 2007, il subi une adénoidectomie et une amydalectomie suite à une fragilité au niveau ORL. Un contrôle auditif en mai 2014 révèle une hypoacousie de l'oreille gauche.

Kevin est adressé au CMPEA en 2009 (6 ans) par le médecin scolaire pour retard important des apprentissages scolaires, difficultés d'orientation spatiale et d'habillage. Depuis il bénéficie d'un suivi régulier par une orthophoniste libérale.

Ecole. En sixième, Kevin se fait remarquer pour son comportement : il fait régulièrement le clown et dissipe la classe. L'équipe pédagogique souhaite mettre en place, à cette époque, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) car elle constate un manque de concentration, des difficultés d'expression à l'oral, un comportement inadapté en classe et des difficultés de coordination se traduisant par une lenteur d'écriture. A la demande de la mère de Kevin, l'éducatrice spécialisée prend contact avec le CPE afin d'apaiser les relations entre Kevin et ses professeurs. Progressivement, son comportement s'apaise et il est placé dans une classe avec une dynamique positive de travail. Il est actuellement scolarisé en quatrième au collège mais a encore de grandes difficultés dans l'écriture et continue à être perçu comme « insolent ». Il reste très influençable, évoque des bagarres et n'aime pas l'école.

Famille. Comme à l'école, Kevin peut manifester de longues crises de colère. Il partage de bons moments avec son père, pratique la marche et le football. Il participe à des sorties avec ses parents dans le cadre d'une association. Son comportement reste encore très immature : il

joue beaucoup avec ses cousins, manque de pudeur, s'intéresse aux amoureux démonstratifs. Il porte un intérêt important pour la sexualité.

2.3.2.2 Prise en charge et bilans

Orthophonie. Un bégaiement apparaît à l'âge de 3 ans, il est pris en charge en orthophonie à l'âge de 6 ans et jusqu'à 10 ans pour retard de langage oral. Cette prise en charge est renouvelée à son entrée au collège pour difficultés de compréhension écrite et de construction de phrase à l'oral. Le bilan orthophonique de début 2016 révèle d'importantes difficultés de langage élaboré, de compréhension du second degré, un « déficit en théorie de l'esprit » et donc d'importantes difficultés sociales. Deux séances par semaine (libéral) lui permettent de mettre en place des scénari sociaux.

Pédopsychiatrie. Il est suivi toutes les semaines depuis 2009 à la fois par le pédopsychiatre du CMPEA et ponctuellement par la pédopsychiatre du CATTP. Ils évoquent une dysharmonie évolutive.

Psychomotricité. Il intègre le CATTP à partir de 2013 (10 ans) dans des groupes théâtre puis conte, animés conjointement par l'orthophoniste et la psychomotricienne. Son comportement est décrit comme immature, et même « régressif » ; il se cache sous les tables, s'avachit sur sa chaise, a des difficultés d'élaboration et une absence de filtre (réflexions à voix haute, mots crus, montre du doigt les amoureux), ... Il a un comportement dispersé avec des difficultés à revenir au calme. Sa relation avec ses pairs se fait sur un mode ludique mais il n'y a pas de discussion et il cherche parfois à se cacher. Avec les adultes, il respecte le cadre et aime partager les jeux. Un bilan psychomoteur a été réalisé en 2014 (Annexe C). Compte-tenu de son emploi du temps, un suivi en psychomotricité est indiqué pendant les vacances scolaires et il intègre le groupe « acroyoga » avec 5 autres adolescents.

Educatif. En 2014, il intègre un groupe de pré-adolescents puis un groupe d'adolescents. Son comportement reste immature : il se cache, fait le clown, utilise des mots crus. Il éprouve de nombreuses difficultés de compréhensions des consignes, demande la signification de certains mots et ne comprend pas le second degré. Il s'adapte néanmoins au groupe et parle

d'avantage de lui (bagarre, goûts musicaux, ...). L'objectif des prochains mois est de l'inciter à utiliser de nouvelles stratégies de communication et de verbaliser ses vécus.

2.3.2.3 Psychomotricité : bilan et prise en charge

En 2014, la psychomotricienne constate lors du bilan (Annexe C) :

— d'importantes difficultés d'intégration des repères corporels, de coordination dans sa motricité globale et fine,

— des difficultés de compréhensions des relations spatiales mettant en évidence des difficultés de perception et de raisonnement.

Compte-tenu des difficultés de socialisation et de son manque d'investissement corporel, il intègre le groupe « acroyoga ». Pour Kevin, ces ateliers sont l'occasion d'observer son fonctionnement corporel et son comportement social afin d'apporter un point de vue psychomoteur actuel. Les différents professionnels ont pu faire part d'un sentiment d'étrangeté dans la manière de percevoir et d'utiliser son corps.

Deux axes de travail sont également définis avant le début du stage :

— le développement de sa conscience corporelle,

— l'adaptation de la distance relationnelle.

2.4 RESULTATS

2.4.1 Laure, une adolescente en quête d'unité

La mise en place du projet des ateliers d'acroyoga a été marquée par un fort taux d'absentéisme la première semaine. Sur six des adolescentes prévue, seule Laure est présente le premier jour.

La psychomotricienne décide de modifier la séance pour s'adapter à cette nouvelle configuration et propose à la mère de nous rejoindre pour un échange verbal.

Toutes deux abordent les souffrances émotionnelles qu'elles vivent dans leur relation. La mère exprime ses difficultés à cause du comportement « violent » de Laure qui a notamment fait une « grosse crise » ce week-end. Laure penche la tête mais garde un sourire. Sa mère le répète trois fois et son attitude corporelle semble signaler sa fatigue face à la situation qui

« s'empire au fil des mois ». Laure explique qu'elle a un « sale caractère » et semble cette fois-ci désolée. Elle explique aussi qu'elle a eu de très grandes difficultés à venir à l'atelier car elle a peur d'être rejetée par le groupe, elle s'est « cramponnée à son lit ». La mère est satisfaite de ce moment, explique qu'elle n'a plus sa place ici maintenant et semble pressée de sortir de la salle (elle met ses chaussures dehors alors qu'elle pourrait s'assoir sur une chaise). Puis Laure explique qu'elle éprouve de grandes difficultés à être en groupe avec les autres jeunes qui « la détestent ». Elle le répète plusieurs fois et explique qu'elle est plus à l'aise avec des adolescents plus âgés. Par ailleurs elle se décrit comme « nulle en sport », en référence à l'acrogym qu'elle a pratiqué à l'école. Elle explique que ses « tremblements » rendent impossible la pratique.

Son corps est fin et porte la trace de l'apparition des caractères sexuels secondaires (poitrine naissante, hanches arrondies, ...).

Compte-tenu des observations réalisées lors de la première séance, nous définissons les axes de travail suivants :

— Prise de conscience corporelle au travers de nouvelles expériences sensori-motrices soutenue par sa très bonne capacité de verbalisation,
— Développer la résolution tonique : expérimenter le relâchement et le recrutement tonique dans des moments appropriés,
— Favoriser la triangulation pour éviter de rentrer dans une relation fusionnelle,
— Prendre confiance dans sa capacité à interagir avec ses pairs,
— Développer l'estime de soi.

2.4.1.1 Evolution au cours de la première semaine

Tonicité. Rapidement nous réalisons qu'elle a une hypotonicité de fond qui se manifeste par l'enroulement de sa colonne vertébrale en position assise et par une extensibilité hétérogène (épaule/poignet/coude : grande amplitude, nuque/bassin/ischio-jambier : peu ou pas d'amplitude). Elle a peu conscience de son axe et ne peut se positionner droite spontanément.

Avant de commencer la séance, Laure décrit des tremblements qui apparaissent à l'effort mais nous constatons surtout qu'elle éprouve de grandes difficultés à maintenir un tonus d'action élevé. Lorsqu'elle porte, elle semble s'effondrer et ne peut signaler à quel moment cela va arriver. Le recrutement tonique manque de finesse et elle ne peut différencier les groupes

musculaires afin de ne pas épuiser sa force. Nous pouvons constater le même problème lors du porté solaire « bird » (Position 2, *front bird* dans l'annexe B.4) où pour obtenir l'extension du dos, elle ne peut relâcher ses épaules et placer ses bras dans l'alignement de son porteur (ses bras sont hypertoniques et ne peuvent se laisser guider). Des paratonies d'action et des syncinésies à diffusion tonique au niveau distal (orteils, des doigts, nuque) sont également présents lors des exercices à deux.

Lorsqu'elle est portée, elle manifeste à plusieurs reprises un comportement de protection. Il apparaît lors de la transition pour aller en position de la feuille (Position 3, Annexe B.3) :

— elle se place en position d'extension avec une hypertonicité générale,
— la tête est relevée et le regard cherche celui du porteur,
— les bras se placent en chandelier puis cherchent à prendre appui au sol ou à agripper les vêtements du porteur,

Les portés sécurisants, où le porteur maîtrise les déséquilibres de la posture, permettent à Laure de contrôler ce reflexe et de venir s'installer dans la position de la feuille. La tête reste néanmoins relevée afin de maintenir le contact du regard. De plus, lorsqu'elle abaisse son tonus, apparaissent des contractions courtes, brusques et involontaires musculaires, appelées myoclonies, qui provoquent des secousses dans tout son dos. Celles-ci diminuent au fil des séances mais restent présentes à la fin de la semaine.

Axe et coordination des schèmes moteurs. Par ailleurs, Laure est constamment en enroulement. La position de son bassin a rapidement retenu notre attention : impossible pour elle de basculer son bassin en antéversion et de se placer sur les ischions. Nous stimulons et sollicitons ses perceptions en lui proposant de faire glisser ses mains sous ses fessiers, de marcher sur ses fesses ou de basculer son bassin sur le gros ballon. Nous lui faisons également ressentir cette bascule de manière passive grâce à la position « the lazy » (Position 12, annexe B.3) où nous pouvons directement induire avec nos pieds un mouvement d'antéversion et de rétroversion si la personne portée se relâche. Nous expliquons à Laure que la bascule du bassin est un de ses principaux objectifs et qu'elle peut s'entraîner chez elle. A partir du mercredi elle se saisit de la proposition faite la veille en plaçant un coussin sous ses fesses lors des exercices dos à dos, le lendemain elle réussit à mieux placer son bassin sans le coussin (même si on lui propose) et à redresser sa colonne vertébrale. La rétroversion n'a malheureusement pas favorisé l'exploration des différents schèmes moteurs. Lors des exercices à deux, les extensions

semblent être douloureuses et les torsions manquent d'amplitude.

Par ailleurs, nous remarquons des difficultés d'orientation sur soi : elle se trompe entre la gauche et la droite et ne semble pas percevoir clairement ses 2 hémicorps. En effet, elle ne place pas spontanément les pieds de chaque côté de son axe et à plusieurs reprises nous constatons qu'elle colle ses pieds, rendant ses appuis instables.

Enveloppe corporelle. Nous réalisons que Laure fait de nombreux efforts pour suivre nos conseils et les appliquer. Dès la première séance, nous constatons qu'elle bouge lors de la relaxation malgré mes demandes suggérant de garder une position immobile. Nous comprenons que, pour prendre conscience des parties que nous citons lors de la relaxation, Laure a besoin du mouvement pour sentir à la fois son enveloppe (sensations tactiles : frottement avec le sol ou avec une autre partie de son corps), son contenu (sensation proprioceptive : mouvements des muscles) et de son axe (elle fait des mouvements de la tête avec une grande amplitude).

Comportement. Dès le deuxième jour nous sommes surprises par son implication alors que la veille elle nous faisait part de sa peur de ne pas arriver à faire les exercices. Elle demande même à porter la psychomotricienne alors que celle-ci est plus lourde que la stagiaire et qu'elle vient d'exprimer ses appréhensions à être portée. Cette attitude nous questionne et au fil des séances, nous réalisons que Laure n'a pas conscience de ses limites. Elle n'a pas senti que lorsqu'elle a porté la stagiaire, les parades l'avaient aidé en portant les trois quarts de son poids.

Cet enthousiasme est également associé à la mise en place de comportements « adhésifs », notamment avec la stagiaire dont elle cherche constamment le regard. Elle cherche à établir une relation duelle et éprouve des difficultés au moment de la séparation à chaque fin de séance. Elle l'accompagne dès la sortie de la salle en lui exprimant son impatience : « j'ai tellement hâte d'être à demain ». Nous choisissons alors de mettre une distance corporelle pour qu'elle puisse également investir la psychomotricienne et l'autre adolescente et favoriser la triangulation.

Vécu et représentation. Laure éprouve beaucoup de plaisir quand nous la portons même si « les sensations sont nouvelles ». Elle s'assoit et prend intuitivement un temps pour analyser son vécu corporel et l'exprimer. Sa capacité à verbaliser finement ses éprouvés corporels est

un véritable atout : après chaque porté, nous l'invitons à choisir un endroit où s'assoir (pouf, tapis, ballon). Ces moments sont d'ailleurs pour chacun un temps « en dehors de la dynamique de groupe » qui permettent la verbalisation des ressentis directement après chaque porté ou à la fin de la séance lors du cercle de parole. Elle décrit « des sensations » nouvelles éprouvées chaque fois qu'elle est portée, puis au fil des séances, elle les résume à « LA sensation » qu'elle veut « explorer » et « retrouver » de manière plus constante. Nous comprenons qu'il s'agit de l'état de relâchement tonique obtenu lorsqu'elle fait confiance pleinement à son partenaire mais elle ne l'explicite pas clairement.

Par ailleurs, les dessins (Annexes D.2 à D.6) qui, dans le dispositif de la MDA, ne sont pas systématiques, offrent également une autre occasion de représenter ses ressentis. Le premier jour comme le deuxième nous réalisons un dessin en arrivant pour nous représenter physiquement et émotionnellement. Son deuxième dessin (Annexe D.3) est surprenant car il est quasiment identique à celui de la stagiaire réalisé la veille (Annexe D.1). Les deux personnages se confondent dans une même mise en scène, marquant un phénomène d'identification projective que nous développerons dans l'analyse des résultats.

Le dernier jour de la première semaine, un dessin est réalisé en début de séance : accompagné d'explications, il révèle un état de stress vécu à la maison (Annexe D.4). Son dernier dessin clôturant la fin de la séance du jeudi représente Laure détendue sur le plan corporel, émotionnel et psychique (Annexe D.5). Des bulles « relax » sont placées chronologiquement sur le ventre, le sternum, les jambes, pieds et bras. La dernière bulle, placée à la fin sur le front, représente son bien-être psychique. Des cœurs dans les yeux représentent les émotions positives qui l'animent à la fin de la séance. Sur le côté elle dessine deux visages : un exprimant son mécontentement et l'autre sa tristesse. Elle exprime verbalement son impatience car elle doit attendre trois jours pour pratiquer à nouveau l'acroyoga. Elle explique qu'elle se sent détendue et apaisée après les séances.

2.4.1.2 Evolution au cours de la deuxième semaine

Trois nouvelles adolescentes intègrent le groupe. Deux d'entre elles sont amies et fonctionnent en duo. La troisième, âgée de 16ans, investie rapidement l'adolescente présente la première semaine.

Relationnel. Laure exprime sa joie de partager ce moment ludique en groupe mais elle reste très distante des autres adolescentes le premier jour. Elle se place en retrait du groupe ; lors du cercle de parole du début elle ne veut ni expliquer ni montrer son dessin (Annexe D.6). Il représente Laure habillée normalement et à côté Laure déguisée en clown. Entre les deux, une flèche représente la transition de Laure « avec des yeux remplis de noir » et de Laure joyeuse. Elle semble intimidée tout le long de la séance et nous observons plusieurs moments de retrait sur le pouf, ballon ou même en position de chandelle, position qu'elle « adore faire ». Elle assure la sécurité mais reste éloignée corporellement des autres et cherche à de nombreuses reprises mon regard. Le lendemain elle explique à la fin de la séance qu'elle s'est « sentie impliquée dans tous les rôles, je suis contente de moi ». Cette verbalisation témoigne de ses fines capacités d'analyse et de son besoin de répondre aux attentes de celui avec lequel elle cherche à établir une relation fusionnelle. Mais elle met également en évidence une discordance entre ses affects et ses verbalisations : son discours apparaît alors calqué. En effet, la stagiaire n'a pas interagit corporellement avec Laure, ce qui s'est ressenti dans la diminution de son enthousiasme le premier jour.

Au fil des séances Laure est de plus en plus à l'aise dans le trio qu'elle constitue avec les deux adolescentes plus âgées. Elle prend plaisir à être portée car elle est légère et conseille ses partenaires qui ont moins d'expérience qu'elle.

Même si elle aime toujours porter la stagiaire ou être la dernière à lui dire au revoir, elle trouve une juste distance relationnelle.

Tonus, axe, schèmes moteurs. Elle est maintenant capable d'être portée en contrôlant son comportement de protection. Elle ajuste plus rapidement son tonus et les contractions involontaires sont rares. De légères paratonies persistent également dans la nuque. Au fil des séances, elle prend de plus en plus conscience de son bassin (elle s'assoit sur ses ischions), de son axe (peut rester quelques minutes le dos droit) et de ses appuis (elle ressent enfin ses jambes tendues et peut porter pendant un court temps sans effondrement).

Mais son axe de symétrie n'est pas encore intégré :

— elle garde encore des difficultés à s'orienter à gauche ou à droite,

— lorsqu'elle ressent que ses appuis ne sont pas stables, elle ne se rend compte qu'elle a les jambes croisées qu'en regardant ses pieds.

Enveloppe et représentation. A la fin de la deuxième semaine, elle ne bouge plus lors du début de la séance consacré à la prise de conscience. Par ailleurs, elle porte beaucoup d'intérêt au massage-contact : elle aime autant donner que recevoir les pressions palmaires, qui favorisent la prise de conscience des limites corporelles.

L'avant-dernier jour, elle évoquera lors du cercle de parole final :

— « au début je me sentais comme un moule vide et maintenant il est rempli !»

— « avec quoi ? » nous lui demandons,

— « pas de ciment, une matière plus molle mais pas liquide »,

— « comme du caoutchouc ?»,

— « oui comme du caoutchouc ».

2.4.2 Kevin, un adolescent désorganisé

Les trois jours au CATTP ont permis d'amorcer un travail psychocorporel avec Kevin. Ses défenses psychiques ont mis à mal les liens avec les professionnels mais le groupe, par sa bienveillance, a constitué un véritable soutien pour engager le travail corporel et dépasser ses peurs. Compte-tenu de son manque de filtre, nous organisons les duos ou trios en séparant les filles et les garçons.

2.4.2.1 Enveloppe corporelle

Dès le début du cercle de parole introduisant ces 3 jours, nous remarquons qu'il gratte en permanence des croûtes présentes sur ces deux tibias. Il les arrache et lorsque nous lui demandons d'arrêter, il répond « je ne m'arrache pas les croutes, je m'arrache les poils ! ». Ces véritables attaques corporelles sont, en effet de différentes natures ; il arrache les croutes, les poils et se donne des coups sur les pieds et les jambes le deuxième jour.

Ce comportement est constaté à plusieurs reprises dans des situations où il semble vivre un malaise provoquant un repli sur lui-même; lorsqu'il est au centre de l'attention quand la parole lui est donnée (cercle de parole) ou lorsqu'il participe à une démonstration.

Par ailleurs, Kevin s'appuie constamment sur les murs, s'allonge au sol ou se cache sous un tissu. Selon Bullinger, « la recherche de sensations tactiles archaïques actualise des limites corporelles qui n'arrivent pas à se stabiliser. » (Bullinger, 2015). Ces attitudes révèlent donc un déficit dans la représentation stable de son enveloppe corporelle.

2.4.2.2 Conscience corporelle et représentation

Par ailleurs, une remarque le premier jour, nous interpelle : lorsque la psychomotricienne lui demande d'arrêter de gratter ses plaies en lui expliquant qu'il est important de prendre soin de son corps, il lui répond « mais je gratte ma jambe, pas mon corps » .Constatant la surprise suscitée par cette réponse, il réfléchit et comprend que sa jambe fait partie de son corps. Ce commentaire évoque le sentiment d'étrangeté qu'il éprouve vis-à-vis de son corps. A plusieurs reprises, il signale des douleurs corporelles causées par les étirements mais il n'emploie pas les bons mots lorsqu'il les désigne sur lui. « Les fesses » englobent le bas de son dos, les « zoeufs » nommant ses testicules sont situées sur l'aine.

Le dessin du bonhomme, qu'il réalise au début des trois jours, représente un bonhomme bâton (Annexe D.7). Une jambe est dans l'alignement du buste et l'autre est rajoutée sur le côté. Ainsi la jonction entre le tronc et les membres inférieurs n'est pas marquée, le bassin n'apparaît pas.

Le dessin de fin représente un monstre et ne donne pas d'indication sur son schéma corporel (Annexe D.8).

Ses verbalisations lors des cercles de paroles se limitent à « mi coné pa ». De manière plus générale, Kevin exprime peu de choses personnelles : son discours est marqué par l'absence de l'utilisation du pronom Je.

Par ailleurs, lors de la prise de conscience corporelle en début de séance (appuis, respiration, axe), Kevin ne peut garder les yeux ouverts et cherche le regard des autres adolescents notamment du plus jeune qui, lui aussi, observe le groupe. Les patients sont invités à toucher une partie du corps qu'ils ont du mal à ressentir. Il ne cherche pas à écouter les consignes verbales et ne semble pas comprendre ce qui est attendu. La stagiaire, qui anime la séance, place sa main sur son épaule et appuie légèrement pour induire une sensation plus forte et donc plus perceptible. Kevin garde les yeux fermés quelques instants puis lorsqu'elle enlève le contact, Kevin ouvre à nouveau les yeux. L'objectif, compte-tenu de ses difficultés, est qu'il puisse prendre conscience d'une sensation tactile et proprioceptive durant un court moment. Durant la dernière séance, il garde les yeux fermés une minute après que la main soit retirée.

2.4.2.3 Tonus

Kevin a de grandes difficultés à se maintenir debout ou même à rester assis. Son attitude révèle un effondrement constant marqué par une hypotonie axiale. En position assise dos à dos, son bassin est en rétroversion mais sa tête est basculée en arrière : il ne se place pas en enroulement. Il a également une hypotonie de fond marquée par une hyperlaxité au niveau articulaire.

Nous constatons de grandes difficultés à moduler son tonus. Il oscille constamment entre ces effondrements corporels et une hypertonie périphérique. Les étirements provoquent de vives douleurs : il la manifeste à travers des sons graves et des cris.

Pourtant ses capacités musculaires sont limitées : son corps est fin et les muscles peu développés. Ils ne permettent pas de maintenir un tonus d'action élevé. A nombreuses reprises nous constatons qu'il compense par son tonus pneumatique pour tenir les positions.

Cette carapace tonique rend également compliqué l'accordage tonique avec son partenaire. La psychomotricienne décide de changer le duo pour les séances suivantes et prend la place du partenaire. Elle a déjà suivi Kevin en prise en charge et nous comptons sur leur lien de confiance pour l'investir dans l'activité. Il a des difficultés à saisir les poignets ou a prendre appui sur l'autre. Il semble au début éviter le contact prolongé, oscillant entre une position active et passive, entre tenue et relâchement. Pourtant au fur et à mesure, la psychomotricienne constate qu'il s'engage de plus en plus dans un dialogue tonique, soutenu par ses indications verbales. Les contrepoids sont des moments privilégiés : le dernier jour, lors de la chaise (Position 16 dans l'annexe B.1), il se décale de son axe pour mettre du poids vers l'arrière. Le duo trouve alors quelques instants un équilibre stable, et Kevin laisse apparaître un large sourire tout en regardant sa partenaire dans les yeux. Il accède ainsi à « la dimension tonico-émotionnelle permettant des modulations ayant un caractère expressif » (Bullinger, 2015, p. 99)

La répétition de la séquence d'étirements et de contrepoids, lui donne l'occasion d'ajuster son tonus. Parfois, un tonus axial apparaît lui permettant de lâcher le tonus pneumatique. La prise de conscience de sa structure osseuse lui donne également la possibilité de moduler sa tonicité.

2.4.2.4 Appuis et structure osseuse

Nous remarquons également un manque de conscience de ses appuis. En position de la table ou lors du contrepoids dos à dos (montée en position debout), il n'utilise pas spontanément ses pieds pour repousser : une partie de la surface de son pied se décolle du sol. Par ailleurs, les membres supérieurs sont en permanence en rotation externe. Ses pieds positionnés en ouverture ne lui assurent pas non plus une stabilité. Grâce aux sollicitations verbales et tactiles, il ajuste ses appuis et résiste plus longtemps à l'effondrement.

Les postures de gainage réalisé en individuel sont un pré-requis nécessaire à la construction des pyramides. Elles lui permettent de prendre conscience de l'importance des appuis et du support squelettique. Grâce à ce qu'il perçoit visuellement dans la position de la planche, il essaie d'aligner les articulations des poignets, coudes et épaules et comprend comment verrouiller l'articulation du coude. Il réalise que ses bras deviennent solides et lui permettent d'éviter un effondrement au sol.

Cette évolution va lui permettre de réaliser une pyramide : en position de la table, il assure le rôle de porteur et de porté. Il ressent une grande fierté et un plaisir partagé avec ses partenaires.

Axe et schèmes moteurs. Son bassin ne semble ni fixé en position d'antéversion ni en rétroversion. Il peut se déplacer sur ses ischions mais en planche, cette partie ne s'aligne pas au reste du corps. Son bassin ne semble pas assurer le lien entre le haut et le bas. Lorsqu'il est porté, nous avons le sentiment d'un corps désarticulé, qui manque totalement de structure.

Dans les mouvements de rotation exécutés dos à dos, son bassin se soulève marquant des difficultés à dissocier les ceintures scapulaire et pelvienne. Les schèmes d'extension sont difficilement réalisables car il a besoin d'une accroche visuelle constante. Grâce à la confiance établie avec la psychomotricienne, il expérimente les schèmes d'extension : il lâche l'ancrage visuel, ce qui renforce les perceptions proprioceptives.

Durant les trois jours, nous remarquons également qu'il passe d'une position d'effondrement au sol, en début de séance, à une position d'enroulement, en fin de séance.

Mais nous ne notons pas d'évolution dans sa construction axiale. Sa motricité est désorganisée et son équilibre statique reste difficile à maintenir. L'orientation sur soi n'est pas acquise. A chaque séance, il a besoin d'une démonstration pour tourner à gauche ou à droite.

2.4.2.5 Capacités cognitives et fonctions exécutives

Tout au long des 3 jours, Kevin révèle des difficultés de compréhension des consignes : il ne comprend pas certains mots ou expression figurée comme « jouer le jeu », ni l'humour au second degré.

Son attention est très labile au début des séances. Il met du temps à s'impliquer dans les activités. Au fur et à mesure il devient plus attentif au groupe et aux consignes et s'implique corporellement.

2.4.2.6 Comportement

Kevin ressent des angoisses à divers moments des séances qu'il manifeste par certains comportements :

— il ne peut garder les yeux fermés en position immobile,

— exposé aux regards des autres, il se mure dans un silence et ressent une gêne qui se traduit par un regard orienté vers le sol, des attaques corporelles et une augmentation de la tonicité,

— lors des exercices à deux, il a tendance à fuir les contacts prolongés surtout sur les zones proximales,

— lors du premier porté, il se crispe en extension en essayant de s'agripper aux vêtements du thérapeute. Les angoisses sont trop fortes pour continuer le porté et il prétexte un placement des pieds sur ses « zoeufs » pour exprimer une vive douleur, provoquant le rire de tous les adolescents.

Il ne souhaite pas retenter l'expérience le deuxième jour mais après une discussion en aparté du groupe, il est d'accord pour recommencer le lendemain. Le dernier jour, il accepte en fin de séance. Les mêmes réactions sont observables mais il peut abaisser légèrement son tonus. Il se laisse également porté quelques secondes par un des adolescents et exprime son contentement par un grand sourire. Malgré ses angoisses, il s'investit dans l'activité et ressent, à plusieurs reprises, du plaisir, ouvrant ainsi une porte sur une dimension intérieure authentique.

2.4.2.7 Relationnel

Grâce à son comportement de clown, il s'intègre au groupe qui s'amuse de ses bizarreries. Il créé des liens avec deux autres garçons, l'un lui permet de partager ses difficultés et l'autre

de le soutenir. Il cherche le regard des deux filles du groupe notamment lorsqu'il simule un comportement sexuel lors d'un porté acrobatique. Les portés impliquant une proximité corporelle importante engendre chez lui soit une excitation sexuelle soit une gêne rendant impossible la réalisation de la figure.

La psychomotricienne constate qu'il montre plus de moments où il est authentique que lors des séances de groupe auxquelles elle a participé.

2.5 ANALYSE

Cette analyse a pour vocation, à partir des observations cliniques et des dessins, de repérer les signes d'une éventuelle reprise du processus d'intégration psychomotrice telle que l'a décrit Suzanne Robert-Ouvray dans sa théorie de l'étayage. Dans son ouvrage « intégration motrice et développement psychique », Robert-Ouvray, docteur en psychologie clinique, kinésithérapeute et psychomotricienne, fait le parallèle entre le processus d'intégration et les troubles ou pathologies de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte. Plusieurs phénomènes, comme un attachement *insecure*, peuvent être à l'origine de l'arrêt de ce processus. Les adolescents, comme les adultes, n'ont alors plus accès aux positions psychocorporelles extrêmes de la petite enfance puisqu'elles étaient générées par un état d'immaturité neuromotrice. Dans la théorie de l'étayage, les comportements de recherche de sensations extrêmes obtenus dans différents types d'expériences (sexualité, sports extrêmes, bien-être, ...) s'expliquent par le besoin de réactiver la dynamique intégrative.

« Le plaisir et la souffrance sont les extrêmes recherchés: ces deux polarités peuvent s'être complexifiées sur des terrains d'organisation telle la sexualité, la spiritualité, mais elles restent néanmoins une quête, un essai de relance d'une dynamique intégrative, qui seule permet la création de soi. » (Robert-Ouvray, 2015b).

L'acroyoga offre la possibilité de vivre ce type d'expériences comme nous avons pu le constater à travers les résultats obtenus. Nous tenterons, à présent, de mettre en relation nos observations cliniques avec les quatre niveaux de l'intégration.

2.5.1 Le niveau tonique

Au cours des 8 séances, Laure a expérimenté les deux polarités toniques de manière distincte :

— l'hypotonicité a pu être constatée lors des massages-toucher et lors du porté où elle a appris à se détendre progressivement,

— l'hypertonicité lors des postures de gainage, des pyramides et dans le rôle du porteur et du porté (réaction de protection).

Kevin, quant à lui, a éprouvé pendant les 3 séances, ces deux états toniques mais dans une alternance constante où l'hypertonicité laissait place à des états d'effondrement.

Il a gardé une hypertonie relationnelle tout au long des activités proposées mais a pu découvrir une hypertonicité structurante lors des exercices de gainage et des constructions corporelles. Son hypotonicité s'est plutôt manifestée juste après ce type d'exercices ou dans les moments de transition où il pouvait s'allonger ou s'appuyer contre des surfaces dures. Mais l'hypotonicité relationnelle n'a pu être expérimentée : ni le toucher-massage, ni le porté thérapeutique ne lui ont malheureusement procuré un véritable relâchement tonique. Les contrepoids ont été des moments privilégiés pour initier un travail de modulation de sa tonicité grâce à l'accompagnement corporel et verbal de la psychomotricienne.

« C'est d'abord un mouvement primaire en tout ou rien qui tend à acquérir les positions intermédiaires de plus en plus nombreuses et de plus en plus variées. (Robert-Ouvray, 2002, p. 154).

A partir de ces pôles, Laure a développé sa résolution tonique, c'est-à-dire sa capacité à moduler son tonus. Reprenons quelques exemples où elle a effectué ce travail :

— Lors des étirements passifs réalisés en duo, elle prend progressivement conscience qu'elle peut contrôler le réflexe myotatique grâce à sa respiration. Ce réflexe, qui évite au muscle de se déchirer, disparaît au bout de 20 secondes, pour laisser place au réflexe myotatique inverse qui permet au muscle de se relâcher. Pour supporter la contraction réflexe du muscle, la personne a deux solutions : réduire l'étirement ou abaisser le tonus du muscle. Laure au fil des séances se saisit des consignes de respiration pour diminuer son tonus même si des douleurs sont présentes notamment au niveau des ischio-jambiers.

— Lors des constructions de pyramides et du porté, Laure devient un support. Son objectif est de contrôler son effondrement qui survient brutalement. Elle ne peut prévoir quand

elle va lâcher, rendant le porté dangereux pour ses partenaires. Au fur et à mesure, elle stabilise ses appuis en utilisant sa structure osseuse et apprend ainsi à ne contracter que les parties du corps nécessaires. Par exemple, dans la double planche (Position 1, Annexe

refannexe02), les articulations des membres supérieurs sont alignées à la verticale (poignet/coude/épaule) et rendent l'appui des bras solides. Par contre le bassin doit être maintenu aligné au reste du corps par une contraction musculaire intense (membres inférieurs et tronc).

— Lors des portés thérapeutiques réalisés par la stagiaire et la psychomotricienne, Laure a été invitée à contrôler son réflexe de protection afin de ne pas mettre en péril la stabilité du porté. En effet, en repoussant le sol, le porteur ne peut garder ses jambes à quatre-vingt dix degrés et ne peux plus utiliser sa structure osseuse pour supporter le poids de la personne portée. Pour éviter la chute, elle a eu deux choix : redescendre au sol ou abaisser totalement son tonus pour se laisser « manipuler ».

Dans ce dernier cas, le travail de résolution tonique n'est possible qu'à travers un dialogue tonico-émotionnel. Pour mieux comprendre comment s'est instauré ce dialogue, reprenons en détails le déroulé du premier porté. Dans un premier temps, Laure est en appuis sur les bras (appui sur les épaules de Laure) et sur les pieds du porteur (appuis sur l'aine). Laure manifeste alors une réaction de protection incontrôlable : ses bras entravent la transition vers le porté de la feuille puisqu'ils sont hypertoniques et tentent de repousser le sol. Les conseils verbaux n'étant d'aucune utilité, le porteur les saisit avec les mains pour les écarter et les éloigner du sol. Sans contact terrestre, Laure réalise qu'elle tient en équilibre, suspendue par le bassin. Elle maintient une forte contraction dans la nuque pour maintenir le contact visuel avec le porteur. Ses bras se détendent et le porteur déplace ses mains sur sa nuque et son dos. Il positionne le bassin de Laure en rétroversion grâce à l'extension de ses chevilles et l'invite a retrouvé une position d'enroulement plus sécurisante. La nuque se relâche, l'hypertonicité diminue et la colonne vertébrale est libérée de l'effet de la pesanteur habituelle. Les muscles profonds entourant la colonne vertébrale s'étirent et des myoclonies apparaissent. Elle les ressent mais évoque ne pouvoir les contrôler. La présence de ces contractions musculaires brusques marque les difficultés inconscientes qu'elle éprouve à quitter l'hypertonicité et révèle un défaut dans la constitution de son enveloppe corporelle et psychique.

Lorsqu'elle redescend au sol, elle s'allonge sur un tapis et son visage exprime à la fois une

détente et une grande surprise. Elle essaie de mettre des mots sur les sensations qu'elle vient de vivre mais ne trouve pas de qualificatifs appropriés. Cette première expérience très riche a créé chez Laure un besoin de rentrer en fusion avec son partenaire.

Pour Kevin, le dialogue tonico-émotionnel s'est principalement instauré lors des exercices en duo. Dans les exercices de contrepoids, il éprouve de nombreuses difficultés à trouver un équilibre commun. Son partenaire se sentait régulièrement déséquilibré car Kevin alternait entre une position passive (tonicité faible) et une position active (tonicité élevée), entre donner totalement son poids à l'autre et le retirer brutalement. Au fil du temps, Kevin a appris à faire confiance à l'autre, à prendre appui sur lui, à le repousser et à se laisser aller vers l'arrière mais surtout à mesurer son engagement corporel. Au fil des ateliers, il adapte sa tonicité en gérant à la fois son tonus musculaire et ses émotions. Les regards échangés ont permis de construire la relation de confiance avec la psychomotricienne et ont soutenu la prise de risques.

Tous deux ont donc, à travers l'expérience de l'acroyoga, éprouvé la bipolarité tonique associé au couple tension/détente, la régulation tonico-émotionnelle et le dialogue tonique.

Les schèmes moteurs vont également participer à l'expérience des variations toniques.

Selon André Bullinger, ces postures de base déterminent la répartition du tonus (Bullinger, 2015). Les schèmes moteurs participent également à la construction de moi en rassemblant les parties du corps et en l'organisant selon les trois plans de l'espace : droite/gauche, devant/derrière et haut/bas.

Pour les deux cas étudiés, il est clair que l'axe corporel n'est pas structuré : l'orientation sur soi n'est pas acquise et la dissociation des ceintures difficile. Pour Kevin, nous remarquons que sa motricité est désorganisée avec un bassin qui ne remplit pas sa fonction de centre. L'enroulement n'est pas encore intégré, ce qui constitue un frein aux mouvements de rotation. « la torsion qui s'appuie sur l'enroulement narcissique fondamental suffisamment intégré est un mouvement d'ouverture et de sociabilisation. » (Robert-Ouvray, 2002, p. 69).

Pour Laure, la réalisation des schèmes moteurs est accompagnée par la psychomotricienne lors des exercices à deux et lors de la séquence du porté thérapeutique où les mouvements sont vécus de manière totalement passive. On note une évolution dans leur exécution la deuxième semaine.

2.5.2 Le niveau sensoriel

Sur ce premier niveau s'étaye sur le niveau sensoriel. « L'empathie tonique mutuelle de la mère et de son enfant devient le support du processus de différenciation, d'organisation et de coordinations des stimulations. » (Robert-Ouvray, 2002, p. 93). Nous n'aborderons pas tous les flux sensoriels mais ceux mis en jeu principalement dans le jeu relationnel :

2.5.2.1 Le regard

Lors du premier porté thérapeutique, Laure a mis en place une communication visuelle très importante. Les séances suivantes, elle cherche constamment du regard la stagiaire qui l'a initiée au porté. Même lorsqu'elle fait la parade, elle détourne son regard du duo qu'elle sécurise. A plusieurs reprises, nous l'invitons à se concentrer sur ce qui est en train de se passer devant elle. La deuxième semaine, elle rentre en relation avec deux autres adolescentes qui la portent solidement et naturellement son regard se déporte sur elles.

Kevin, contrairement à Laure, a tendance à fuir le regard de l'autre. Les moments d'accordage permettent à Kevin de « plonger son regard » dans celui de sa partenaire.

2.5.2.2 Le contact

Les contacts dos à dos sont les premières sensations tactiles que l'adolescent est amené à intégrer. Il est à la fois moins intrusif que le contact d'une main et à la fois relatif à un vécu très archaïque. « L'intégration du contact dos dans le développement psychique est fondamental » (G. Haag *in* (Robert-Ouvray, 2002, p. 45)). Laure quitte sa position naturelle d'enroulement pour venir se déposer au fil des séances sur le dos de la psychomotricienne. En position statique, elle prend conscience de cet appui mobile et la deuxième semaine, elle peut synchroniser sa respiration à celle de sa partenaire. Kevin se positionne également en enroulement mais ne montre pas de volonté de rentrer en contact avec l'autre. Même avec la psychomotricienne, il éprouve beaucoup de difficultés à plaquer toute la surface de son dos. Il autorise progressivement ce contact lors du contrepoids dos à dos.

2.5.2.3 Les enveloppes corporelles

« Le regard joint à l'expérience du dos mou dans les bras durs participe à la construction de l'enveloppe tonique, prémisse du Moi-peau » (D. Anzieu *in* (Robert-Ouvray, 2002, p. 95))

Toutes ces expériences sensorielles vécues par l'adolescent dans les relations établies au sein du groupe l'amènent à analyser les stimulations internes et externes afin de renforcer sa conscience d'un dedans et d'un dehors. Dans le cas de Laure, ces stimulations somatiques sont venues renforcer la conscience de son intérieur puisqu'elle explique sentir « son moule » rempli, l'avant-dernier jour.

Par ailleurs, nous avons pu constater que Kevin s'appuyait moins sur les murs en fin de séances, préférant une attitude de rassemblement. Nous avons pu constater également une diminution des attaques corporelles au fil des ateliers. Cette constatation ne signifie pas avec évidence que son enveloppe s'est renforcée. La bienveillance du groupe a également pu diminuer la gêne d'être sous le regard d'autrui. De plus, les comportements sexualisés témoignent d'un manque de contenance de ses pulsions et donc d'une enveloppe toujours défaillante.

2.5.3 Le niveau affectif

Le couple de plaisir/douleur est le premier élément de ce niveau. Laure, en s'impliquant dans les ateliers à vécu à de nombreuses reprises ces deux affects, reliés à la sensation de relâchement ou de contraction tonique. Ils ont été facilement identifiables car elle possède une bonne capacité de verbalisation : les mots « agréables et désagréables » ont régulièrement été évoqué, contrairement à Kevin.

Il est donc important de ne pas s'attacher qu'aux mots. Observer les attitudes et les visages a permis de constater que Kevin avait pu éprouver du plaisir à quelques reprises. Il n'a éprouvé ce sentiment que lorsqu'il réussissait un exercice ou dépassait ses peurs. Cet affect n'était pas relié directement à la diminution de sa tonicité. A l'inverse, la sensation de déplaisir a été à de nombreuses reprises reliée à la contraction tonique lors des étirements ou du porté thérapeutique.

Pour tous les deux, cette activité a généré de nombreuses émotions et sentiments : surprise, joie, satisfaction, fierté, bienveillance, déception, méfiance, découragement, colère, ...

Dans une même séance, les deux adolescents pouvaient vivre des affects très contradictoires. Le groupe et les thérapeutes, par leur fonction de contenance, ont permis de pouvoir partager ces affects. Car « pour que les deux paliers toniques et sensoriel puissent étayer le palier de l'affect, la présence d'autrui est impérative. »(*ibid* p 82). Les professionnels mais également les autres adolescents assurent la mises en mots de ces vécus émotionnels.

Par exemple, la psychomotricienne, face à l'angoisse naissante d'une adolescente, verbalise :

— « c'est normal que tu aies peur d'être portée ! Tu peux avoir confiance, je ne te lâcherai pas et ne te ferai pas tomber. Et Laure (parade) est là pour maintenir l'équilibre. »,
— « Moi aussi j'avais peur mais tu verras c'est agréable une fois qu'elle te porte. » ajoute Laure.

Cette angoisse suivie d'une sensation intense de bien-être, nommée « LA sensation » par Laure, peut être mise en parallèle avec les états alternés d'angoisse / extase que vit le nouveau-né. Il est alors évident que l'utilisation de ce type de thérapie psychomotrice induit une régression chez ces deux adolescents, vécue également par la plupart des autres membres du groupe.

En effet, la plupart des adolescents n'ont pas été portés depuis leur enfance. Les angoisses générées par cette expérience sont très fortes et provoquent des réactions émotionnelles et corporelles incontrôlables, comme nous l'avons évoqué à travers les résultats de Kevin et de Laure. Cette attitude possède des similitudes avec le reflexe archaïque de Moro où lorsqu'on lâche un nourrisson, on observe deux temps :

— une abduction des bras avec extension des avant-bras (ouverture du premier temps) et une ouverture complète des mains,
— puis une adduction des bras et une flexion des avant-bras (embrassement du deuxième temps).
— une anxiété lisible sur le visage et dans le regard.

Ce réflexe est l'un des réflexes archaïques du nouveau-né qui disparaît dès le troisième mois après la naissance. Pierre Delion explique qu'il constitue une « proto-représentation » contre l'agonie primitive de « ne pas cesser de tomber » décrite par Winnicott, qui se transformera plus tard en défense contre l'angoisse. Robert-Ouvray reprend cette idée :

> Le réflexe de Moro vient vérifier la capacité du cerveau à rassembler le corps de l'enfant après un stress proprioceptif et cette capacité innée devra être soutenue par un étayage relationnel

> suffisamment bon pour s'intégrer comme un système de défense efficace (Robert-Ouvray, 2015b)

Pour Laure, la présence de mécanismes de défense s'observe dans l'élaboration de ses dessins, que nous aborderons après. Pour Kevin, le réflexe de protection, apparu au premier porté, s'accompagne d'un comportement d'évitement. Sa réaction verbale (cri et une injonction « mes zoeufs !!! ») créé une mise à distance de l'autre renforcée par un comportement de provocation. Son enveloppe n'étant pas assez solide pour le contenir, cette angoisse peut être interprétée comme une angoisse de morcèlement, une sensation de ne pouvoir maintenir les liens entre les différentes parties du corps, entraînant une crainte de l'effondrement de soi. Kevin n'a donc pu quitter cette carapace tonique lorsqu'il était porté.

2.5.4 Le niveau représentatif

Ce dernier niveau, qui s'étaye sur les précédents, est difficilement observable. En effet, comme le démontre les théories sur la représentation de soi, un bébé est capable de représentation très tôt dans sa vie. Comment alors évaluer l'intégration de ce niveau ?

D'une part, nous avons porté notre attention sur l'utilisation du pronom Je.

> L'intégration psychomotrice peut se voir alors, comme un processus qui va suivre le chemin de la métabolisation des sensations-affects jusqu'à la représentation, qui sera dite par le Je, dont le travail est de forger une image de la réalité du monde qui soit cohérente avec la structure dont il est issu (*ibid* p 149).

Si le Je est présent chez Laure, il est quasiment absent chez Kevin. Nous n'avons pas noté une augmentation de son utilisation au cours des séances.

D'autre part, pour nos études de cas, nous avons fait le choix de proposer deux moyens favorisant les liens entre le niveau représentatif et les autres : le langage avec des espaces de paroles au début et à la fin des séances, et le dessin du bonhomme.

Les résultats ont montré une importante différence entre Laure et Kevin. Pour la première la verbalisation est un atout : elle verbalise systématiquement ses ressentis, tandis que pour le deuxième, la seule réponse à nos questions est « mi coné pa ». Par ailleurs, le dernier témoignage de Laure prouve bien l'impact psychocorporel de cette médiation : « au début je me sentais comme un moule vide et maintenant il est rempli !».

Le dessin révèle la même chose, Laure propose des dessins détaillés qu'elle commente spontanément alors que Kevin.ne réalise que des dessins très simples.

Analysons à présent, leur contenu :

— Les premiers dessins de Laure ont mis en évidence la présence d'un mécanisme d'identification. Le dessin réalisé au début de la troisième séance est quasiment identique à celui réalisé par la stagiaire la veille : elle s'est représentée dans le même contexte et avec la même attitude qu'elle. Or au cours des séances précédentes, elle a vécu ses premières expériences du porté thérapeutique. Nous supposons alors que l'angoisse d'effondrement, provoqué par la régression, s'est transformée en mécanisme d'identification :

« Cette angoisse de l'abîme, dont l'étymologie est *a-bussos* : le sans fond, en même temps qu'elle renforce l'agrippement d'abord décrit par Hermann comme « cramponnement », et l'adhésivité, contient en elle la nécessité de le franchir, et donc le recours ultérieur à « l'identification projective » (Klein *in* (Delion, 2012b, p. 127).

Certains auteurs parlent également d'identification adhésive : « l'identification adhésive est la toute première forme de relation qu'a le bébé à un objet, elle permet l'identification à la fonction contenante de l'objet qui remplace la non-intégration » (Jean-Strochlic, 2006).

Cette notion rejoint également la notion d'introjection de Robert-Ouvray, selon laquelle l'introjection est liée à l'objet par la mise en place d'une relation de plaisir et par une identification narcissique. L'objet, la relation avec la stagiaire, fait partie du Moi psychomoteur et lui offre une sécurité interne pour pouvoir sortir de la relation mère/enfant. Si on émet l'hypothèse que sa mère entretient avec elle une relation fusionnelle, il est nécessaire, dans cette thérapie, de lui offrir un autre objet qui sera capable de supporter le manque et lui offrira la possibilité de se construire en tant qu'individu. En effet, son discours et ses dessins en fin et début de séance reflète son impatience et son manque. (Annexe D.5). Cette identification peut être considérée comme un transfert. Le contre-transfert s'est opéré en lui donnant la possibilité de vivre la triangulation tout en maintenant la sécurité que procure la relation duelle. Mais nous constatons, à la fin des ateliers, que même si Laure tente cette expérience, elle éprouve toujours un fort besoin d'adhésivité.

Par ailleurs, certains de ses dessins représentent deux personnages ou deux visages où la tristesse et la joie sont représentées (Annexe D.5, D.6). Ces opposés marquent également la présence du mécanisme primaire de clivage.

Pour Kevin, nous portons notre attention sur le dessin réalisé à la fin des ateliers. Il ressemble étrangement à un monstre ou un fantôme au regard inquiétant. Selon Robert-Ouvray, il témoigne de son sentiment angoissant où les dangers viennent à la fois du dedans (risque d'éclatement) et du dehors (risque d'intrusion, de déchirement, de perforation, ...): « les monstres dévorateurs, les ogres sont des images associées à ces sensations primitives.» (Robert-Ouvray, 2009).

Ce dessin est donc la preuve d'un travail de représentation de la part de Kevin.

Il signe également la présence d'un vécu régressif angoissant dont Kevin se protège. Il évite la mise en place de la relation grâce à certains mécanismes :

— la résistance passive marquée par ses effondrements et ses retraits du groupe.

« Jusqu'à présent il a contré l'autre en résistance passive, en arrêt de son développement psychomoteur, ... le corps est le passage obligé, le référent, la pré-forme, le modèle, la métaphore de la construction du sujet. » (Robert-Ouvray, 2015e).

— un comportement provocateur.

Ces défenses, qui marquent une organisation psychomotrice centrée sur la projection, laissent malheureusement peu de place au processus d'introjection. La dynamique des pôles d'opposés dans la relation à l'autre est peu opérante.

Or, « Sans dynamique des pôles opposés, il n'y a pas de créations d'intermédiaires, pas de découvertes de situations nouvelles, pas de surprises créatrices d'imaginaire, pas de compromis ni de stratégies de négociations, pas de globalisations possibles. » (Robert-Ouvray, 2015b).

2.5.5 Pathologies de l'étayage

Cette constatation nous invite à porter notre attention sur les pathologies de l'étayage afin de mieux comprendre les problématiques que rencontrent Kevin et Laure.

Tous deux souffrent de troubles de la tonicité avec la présence d'une enveloppe hypertonique et d'une hypotonicité axiale correspondant au « dos mou » évoqué par Robert-Ouvray. Pourtant, leur comportement est différent : Laure investit la relation sous forme adhésive alors que Kévin, quant à lui, met à distance l'autre.

La présence de ces symptômes marque un arrêt du processus intégratif et c'est pourquoi nous avons choisi ces deux cas d'étude. Nous éviterons de développer des hypothèses sur

l'origine de ces pathologies mais il est important de comprendre le lien qui existe entre la présence de ces deux caractéristiques physiologiques et la qualité de leurs relations précoces.

« La présence d'une mère paradoxale, absente et/ou étouffante, incohérente, elle-même en difficultés psychiques, l'absence du père, conduisent l'enfant à se mettre dans une position d'alerte psychocorporelle qui exerce une inflation tonique. » (Robert-Ouvray, 2002, p. 227).

Robert-Ouvray, parle alors d'« enfant pseudopode », enfant-bouchon qui reste dans le désir de satisfaire leur mère. « Il se construit un faux self qui satisfait sa mère, et qui vient protéger le vrai « self » qui n'a pas pu se développer » (Winnicott in *ibid* p 200). Dans le cas de ces enfants, on observe une enveloppe protectrice externe hyperprésente et un défaut de la « mère-rachidienne » précurseur du « père-rachis », comme c'est le cas pour Laure et Kevin. Ils entravent les processus d'identification et d'investissement du corps propre ainsi que les processus de symbolisation du corps.

Chez Laure, ce défaut de symbolisation peut se traduire par un langage calqué comme lorsqu'elle exprime être contente de rencontrer de nouvelles adolescentes dont elle restera distante. Chez Kevin, cette symbolisation est très peu présente.

Robert-Ouvray marque également, la présence, chez les pseudopodes, d'une identification adhésive à la mère. Or nous retrouvons ce mécanisme dans la relation que Laure établit avec la stagiaire, témoignant alors de la présence d'un transfert et donc d'un processus thérapeutique.

Dans notre analyse, nous avons également pu constater la présence d'autres signes cliniques qui témoignent de la présence d'un processus thérapeutique, celui de l'intégration psychomotrice. Les effets thérapeutiques observés chez Kevin restent relatifs mais pour Laure, nous constatons une réelle évolution.

Au regard de ces études de cas, nous pouvons alors présumer que le portage et le dialogue tonico-émotionnel favorisés par l'acroyoga permettent de réactiver le processus d'intégration chez l'adolescent. En fonction de la qualité du lien avec le psychomotricien, l'adolescent peut rétablir une circulation entre les différents niveaux d'organisation de la personne afin de développer son unité psychique et corporelle.

2.6 DISCUSSION

Dans cette partie, nous porterons un œil critique sur les résultats obtenus, leur analyse, le choix de notre méthodologie ainsi que sur la thématique abordée et son utilité dans la pratique de la psychomotricité.

2.6.1 Résultats

Les résultats obtenus peuvent être analysés sous un autre regard. Bien qu'ils soient centrés sur la question de recherche, c'est-à-dire sur l'analyse du processus d'intégration psychomoteur, ils ne sont constitués que d'observations cliniques. De ce fait, ils sont peu quantifiables et assujettis à la subjectivité des psychomotriciens qui les recueillent. Le vécu et les liens mis en place au cours des ateliers sont parfois teintés par la relation déjà créée en amont dans la prise en charge du patient. Ils peuvent également être teintés par l'histoire personnelle du thérapeute surtout dans des médiations thérapeutiques où le portage engendre des phénomènes régressifs. Des phénomènes de transfert sont parfois difficilement discernables, surtout pour une stagiaire qui débute sa pratique professionnelle.

D'autre part, l'analyse des résultats est une analyse qualitative qui détaille certains aspects, au détriment d'autres, pouvant être importants pour la compréhension du lecteur. Ces choix dans la sélection des éléments cliniques rendent cet exposé moins précis et rigoureux que dans une analyse quantitative.

Enfin, les résultats obtenus dans l'étude de cas de Kevin ne permettent pas de répondre à notre question de recherche car ils ne révèlent pas une nette évolution corporelle et psychique.

2.6.2 Méthodologie

La méthodologie utilisée manque malheureusement de précision et de rigueur. Mon projet initial de réaliser un protocole à cas unique n'a pu aboutir pour des raisons contextuelles. Les deux terrains d'observation avaient pour vocation, à l'origine, de préparer la mise en place de ce protocole pour l'appliquer pendant les vacances de mars. Les protocoles à cas unique fournissent, en effet, un moyen de connaître de façon plus détaillée et systématique ce qui contribue au progrès observés chez le patient et ainsi apporter de réelles preuves de l'efficacité d'une thérapie psychomotrice.

Ces deux expériences auprès des adolescents m'ont en effet permis de réajuster le contenu des séances de cette nouvelle thérapie psychomotrice, notamment en observant Kevin dont l'implication corporelle à deux est restée compliquée. Par exemple, le temps de prise de conscience corporelle, réalisée en début de séance dos à dos, a été difficile car il semblait gêné par un contact prolongé avec l'autre. Dans mon protocole, une prise de conscience, en position allongé au sol (appuis, respiration) précède les exercices à deux. Cette prise de conscience progresse au fil des séances vers la découverte des pôles toniques sous la forme d'une relaxation Jacobson où le patient alterne entre un état de contraction musculaire et de détente. Par ailleurs, un temps à la fin du protocole était réservé à la restitution du contenu : en groupe chacun réalisait la position ou le porté de son choix, laissant ainsi place à plus de créativité à l'adolescent.

Par ailleurs, l'utilisation des outils d'évaluation manque de rigueur :

— le dessin du bonhomme :

Pour la MDA, son utilisation s'est adaptée au temps disponible en séance. En effet, sa réalisation prend un temps conséquent pour certains adolescents surtout s'il est accompagné de commentaires. Le projet au début était de le proposer en début et fin de séance mais cela réduisait considérablement le temps de pratique de l'acroyoga. C'est pourquoi la première semaine Laure n'a réalisé les dessins qu'en début de séance, à l'exception de la dernière où elle l'a effectué en fin de séance. La deuxième semaine, un dessin a été réalisé en début de première séance mais le dessin prévu à la fin des quatre jours n'a pu être fait car la réalisation d'un porté solaire a pris beaucoup plus de temps que prévu.

Pour le CATTP, le dispositif a été respecté plus rigoureusement : les adolescents ont réalisé deux dessins en début et fin d'ateliers.

— Pour les observations, une grille a été utilisée pour les ateliers au CMPEA. Cette grille (Annexe A) manque néanmoins de précisions et ne se concentre pas sur certains indicateurs comme prévu pour le protocole à cas unique. Au vu de ma question de recherche qui porte sur la globalité de l'individu, le choix des indicateurs aurait été néanmoins compliqué.

Le choix du format de groupe n'a également pas été respecté à la MDA. Nous avons du nous adapter aux absences des adolescentes. Les deux premières séances ont donc été des séances individuelles. Toutefois, elles ont permis de recueillir des informations précieuses sur

Laure et de lui permettre de se sentir plus à l'aise lorsque de nouvelles adolescentes sont arrivées. Dans le cas de troubles lourds ou de pathologies, un temps en individuel pourrait être envisagé avant d'intégrer le groupe, afin de pouvoir vivre une expérience régressive sans le regard des autres et pouvoir ainsi exprimer plus spontanément les angoisses qui mettent à mal l'adolescent.

Enfin, le nombre de séances du dispositif est également critiquable. L'efficacité du protocole est, bien entendu, plus facilement évaluable lorsque les séances sont rapprochées, réduisant la présence d'autres facteurs d'influences. De plus, les adolescents sont dans une temporalité bien particulière : ils sont dans l'instant présent ce qui met parfois à mal les prises en charge longues où les séances sont espacées. Les ateliers à la MDA ont bénéficié d'un format idéal (quatre séances par semaine sur deux semaines). Mais le nombre des séances effectuées au CATTP a été insuffisant pour constater des progrès observables ou mesurables. Réactiver un processus psychocorporel et créer une dynamique de groupe prennent un certain temps. D'autant que maîtriser les techniques de porté demandent de la patience. Certains des adolescents se sont d'ailleurs sentis frustrés à la fin des ateliers car ils commençaient à sentir des progrès et à créer des liens forts.

Par ailleurs, cette nouvelle thérapie psychomotrice peut être analysée en fonction d'approches très différentes. Notre question de départ s'étant orientée vers le concept du portage ou *holding*, il nous est apparu évident de choisir une approche psychocorporelle d'orientation psychanalytique, comme celle de Suzanne Robert-Ouvray, qui fait le lien entre portage et intégration psychomotrice. Néanmoins, sa théorie de l'étayage est une théorie particulière de la psychomotricité qui est, parfois, difficile à mettre en lien avec les théories plus classiques. La question de recherche, d'autre part, introduit l'utilisation d'une médiation, l'acroyoga qui n'a pas encore été théorisée. Notre objectif était donc double : réaliser une première analyse tout en s'appuyant sur une certaine vision de la psychomotricité. Ce mémoire constitue une première ébauche qui malheureusement peut comporter certaines erreurs d'interprétation.

2.6.3 Mémoire et psychomotricité

Le choix de notre thématique est donc un choix original. Cet écrit, même s'il n'apporte pas de réponse pertinente, a néanmoins pour vocation de faire découvrir une nouvelle médiation au service de la thérapie psychomotrice. La psychomotricité a développé, ces dernières années,

toute une théorie sur le concept de médiation. Les recherches décryptent les mécanismes opérants et développent des outils d'analyse de plus en plus adaptés. C'est notamment le cas avec la Méditation de la Pleine Conscience, qui s'introduit aujourd'hui dans les soins hospitaliers. Nous espérons que l'acroyoga puisse suivre la même trajectoire car il constitue un outil privilégié au service du psychomotricien. « Le dialogue tonico-émotionnel est un outil technique, et thérapeutique, dont la psychomotricité est seule détentrice en tant que tel. » (Pireyre, 2015, p.30). Puisque le psychomotricien est le spécialiste du dialogue tonique et du portage, il est donc pertinent de tenter d'analyser les effets thérapeutiques de cette nouvelle médiation afin d'étayer les outils dont il dispose. L'apprentissage des techniques de base en formations complémentaires est rapide et leur utilisation en séance individuelle, assez simple (salle de psychomotricité).

D'un point de vue personnel, cette recherche nous a permis d'apporter des réponses à certaines de nos interrogations. Elle a également permis d'amorcer la transformation d'une discipline sportive en médiation thérapeutique, indispensable à son intégration dans notre pratique professionnelle.

CONCLUSION

Que ce soit au travers des stages réalisés au cours de la formation de psychomotricien ou au travers de la pratique et de l'enseignement de l'acroyoga, nous avons pu constater que le portage ou les portés engendrent de nombreux effets, qu'ils soient physiques, émotionnels ou psychiques. Ces trois années de formation ont été une occasion unique pour comprendre le rôle du portage dans le développement de l'individu et dans la pratique de la psychomotricité. Nos lectures ont toujours convergé vers un même constat : le portage est le point de départ de la structuration de l'humain et lui permet de revivre des éprouvés archaïques.

Nombreux sont les auteurs à avoir démontré l'aspect fondamental du portage dans le développement de l'individu. Que ce soient à travers une approche éthologique ou psychanalytique, tous s'accordent à penser que nous ne pouvons survivre sans la présence d'une personne dévouée à nos besoins. Winnicott, en affirmant que « Un bébé, ça n'existe pas. » insiste bien sur cette indispensable interdépendance qui se créé entre la mère et son bébé (D. W. Winnicott, 1974, , p.107). Cette citation met également en lumière l'unité corporelle et psychique dans laquelle cette dyade est plongée au cœur de ses premiers mois d'existence. En étant contenu, manipulé, bercé, caressé, il découvre au fur et à mesure ses limites et se constitue une enveloppe protectrice. Si elle lui permet à la fois de contenir ses affects et de se protéger des stimulations extérieures, elle devient progressivement un espace de rencontre et d'échange avec le monde qui l'entoure. Selon l'approche psychanalytique et psychomotricienne, le portage possède donc deux fonctions principales : il est à la fois le support de la communication et celui de l'intégration psychomotrice grâce auquel le bébé devient un individu à part entière.

> Du fait de la précocité de l'établissement de rapports psychomoteurs, le toucher et le holding seront au centre du problème, non seulement comme une source de satisfaction primaire mais comme le support et l'agent actif de l'intégration psychomotrice et de la communication émotionnelle (Robert-Ouvray, 2002, p. 20).

Certains de ces auteurs ont également affirmé que le portage n'était pas exclusivement réservé au bébé. Le portage physique évolue, au fil du temps, vers un portage psychique. L'enfant devient autonome mais reste contenu, en appui sur son environnement qui lui assure une sécurité interne. Il explore le monde à l'image du grimpeur, encordé par les liens d'attachements créés plus jeune. A l'adolescence, cette sécurité est indispensable car elle donne la possibilité au jeune d'achever sa structuration et de lui offrir la possibilité de créer de nouveaux liens. On comprend alors quelles graves conséquences, un dysfonctionnement de la relation primaire peut entraîner sur la structuration psychocorporelle de l'adolescent.

Nous avons fait le choix de nous baser sur la théorie de l'étayage de Robert-Ouvray afin de mieux comprendre comment la thérapie psychomotrice donne l'opportunité à des adolescents « mal sécurisés » de revivre le portage physique et de relancer ainsi le processus intégration psychomotrice.

> C'est en recontactant certaines émotions que la personne peut réamorcer son projet intégratif et se réengager dans des conflits structurants (Robert-Ouvray, 2002, p. 63).

Ce travail de recherche nous a amené à mettre en place deux dispositifs de groupe auprès d'adolescents dans le cadre d'une thérapie psychomotrice dans le domaine de la santé mentale. La revue de littérature a mis en évidence l'absence de certains aspects liés aux moyens et aux processus du portage. Nous avons alors tenté de :

— mettre en évidence la reprise du processus d'intégration chez un patient qui présente les caractéristiques d'un arrêt de ce processus grâce à l'utilisation du portage,
— de recueillir des signes cliniques permettant d'affirmer que la médiation acroyoga favorise un phénomène de régression.

Nos observations se sont portés sur :

— les conflits internes (réactions émotionnelles, angoisses, mécanismes de défense, ...)
— la qualité de l'étayage psychomoteur,
— les verbalisations,
— les dessins du bonhomme.

Pour l'étayage psychomoteur, il est important de souligner que pour Robert-Ouvray, le corps est la « métaphore de la construction du sujet ». Nous nous sommes alors concentrés sur l'observation de la tonicité (pôles toniques, résolution, ajustement), de l'axe, des schèmes moteurs (variation de la tonicité et axe) et des enveloppes toniques.

> Nous ne pouvons pas penser la dynamique psychique du sujet sans tenir compte de la manière dont l'enfant s'est construit avec ses tensions et ses détentes, avec son axe vertébral et son enveloppe tonique (Robert-Ouvray, 2015e).

A l'issue des ces deux études, nous avons pu constater :

— des manifestations archaïques présentes dans les deux études de cas,
— des signes d'une éventuelle reprise du processus intégratif dans le premier cas d'étude,
— quelques signes dans le deuxième cas mais qui ne peuvent attester d'une reprise du processus.

Au regard de notre analyse et des points abordés lors de la discussion, il paraît difficile d'affirmer avec certitude que l'expérience du portage vécue au travers des ateliers d'acroyoga favorise la reprise du processus intégratif. Néanmoins pour l'une des études de cas, Laure, nous avons pu observer plusieurs éléments qui attestent d'un étayage entre les différents niveaux. Son témoignage très évocateur ne peut que retenir toute notre attention : « au début je me sentais comme un moule vide et maintenant il est rempli !». Les changements corporels, le transfert de l'imago maternelle, associés au sentiment de renforcement de l'enveloppe corporelle et psychique, confirment la reprise du processus.

D'autre part, les réactions émotionnelles et comportementales observées lors des portés thérapeutiques et des exercices de contrepoids confirment notre hypothèse que l'acroyoga est une médiation thérapeutique qui favorise l'émergence d'un phénomène de régression.

Notre analyse s'est appuyée sur le modèle de la théorie de l'étayage de Robert-Ouvray mais d'autres modèles existent et peuvent compléter cette première approche de la médiation acroyoga. Ce travail de recherche laisse une grande part à la subjectivité de l'observateur qui limite la possibilité d'apporter des « preuves » de ses effets thérapeutiques. Il offre néanmoins un étayage de la pratique du portage auprès d'un public adolescent ou adulte dont les psychomotriciens pourront se saisir, nous l'espérons, pour enrichir leur pratique professionnelle. Car nous avons tous rencontrés des patients qui semblent anesthésiés, qui ne sentent rien, n'éprouvent rien. Le portage ouvre, sans aucun doute, une porte d'accès sur le monde du vivant, celui du partage d'une expérience sensorielle et relationnelle forte, ...

Bibliographie

Ajuriaguerra, J. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson.

Albaret, J. (2015). Méthodologie de recherche et évaluation des effets d'une thérapie psychomotrice. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (T. 2, p. 211–235). Méthodes et Techniques. De Boeck-Solal.

André, P., Benavidès, T., & Giromini, F. (2004). *Corps et psychiatrie*. Paris, Editions Heures de France.

Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau* (2ème édition). Paris, Dunod.

Association Française de Portage des Bébés. (p.d.). Récupérée à partir de http://www.afpb.fr/Association.htm

Benavidès, T. (2015). Prise en charge individuelle. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (T. 2, p. 154–158). Méthodes et Techniques. De boeck-Solal.

Bernateau, I. (2008, février). La séparation, un concept pour penser les relations précoces et leur réaménagement à l'adolescence, 425–455.

Bullinger, A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Toulouse, Editions érès.

Carrié-Milh, S. (2009). *La pratique du shiatsu en thérapie psychomotrice : témoignage clinique et nouvelles perspectives*. Editions Grego.

Chartier, J.-P. (2002, février). La transgression adolescente : une quête de limites ?, 21–26.

Daniel, M. & Marie-Sophie, B. (2010, avril). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements, 14–19.

Dehais, L. (2015). Trapèze. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (T. 2, p. 287–291). Méthodes et Techniques. De Boeck-Solal.

Delage, M. (2008, janvier). L'attachement à l'adolescence. applications thérapeutiques, 79–97.

Delion, P. (2012a). Donald winnicott, michel tournier, et la fonction phorique. In *Carnet psy* (p. 17–35). Toulouse, Erès.

Delion, P. (2012b, avril). Un formidable narrateur du bébé. quelques réflexions sur le bébé en interaction, ses réflexes archaïques et ses investissements libidinaux, 121–129.

Edmond, M. (2002, février). La régression thérapeutique, 29–50.

Escalona, S. (1968). *The roots of individuality : normal patterns of development in infancy.* Chicago, Aldine Publishing Company.

Fillion, S., Martin, B., & Molard, A. (2015). (eds.), (pp. 253-286). marseille : solal. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (Chap. Danse, T. 2, p. 520–525). Méthodes et Techniques. De Boeck-Solal.

Gaucher-Hamoudi, O. (2007). Le portage à travers les pérégrinations d'une psychomotricienne. *151*, 4–11.

Giromini, F. (2012). La médiation en psychomotricité. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 253–264). Paris, ERES.

Grosjean, B. (2002, février). Aperçu sur la régression selon diverses approches thérapeutiques, 97–107.

Hemelsdael, M., Moreau, A., & Vennat, T. (2015). Danse. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (T. 2, p. 430–434). Méthodes et Techniques. De Boeck-Solal.

Hermann, I. (1972). *L'instinct filial.* Paris, Denoël.

Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique.* Paris : In Press Editions.

Jean-Strochlic, C. (2006). Ne pas avoir de peau. *29*, 67–82.

Laplanche, J. & Pontalis, J. (1968). *Vocabulaire de la psychanalyse.* Paris, Presse Universitaire Française.

Larousse. (2017). Dictionnaire. *consulté en ligne.*

Lebovici, S. & Storelu, S. (1983). La mère, le nourrisson et le psychanalyste.

Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle: structures, étayage, mouvement et relation.* Toulouse, ERES.

Lesage, B. (2015). Approches corporelles transversales et intégratives. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (T. 2, p. 22–58). Méthodes et Techniques. De Boeck-Solal.

Lippmann Martin, B. (2010). La thérapie avec le cheval. *161*, 50–58.

Mazet, P. & Feo, A. (1996). Interactions précoces e recherche. *Pour la recherche*, *9*, 2–6.

Nemer, J. & Sauer-Klein, J. (2008). *Acroyoga flight manual.* Berkeley, Bonnie Argo.

Ouchacoff, L. (2015). Prise en charge de groupe. In *Manue d'enseignement de psychomotricité - tome 2 : métodes et techniques* (p. 137–154). Louvain-la-Neuve, De Boeck-Solal.

Perier, A., de Montclos, M. O. P., & Morod, M. R. (2012). Corps, pratique corporelle et adolescence :l'enseignement de l'escalade dans un dispositif de soin de l'adolescent. *77*, 233–245.

Pireyre, E. W. (2015). *Clinique de l'image du corps - du vécu au concept*. Paris, Dunod.

Potel, C. (2006). *Corps brûlant, corps adolescent*. Toulouse, ERES.

Potel, C. (2010). *Etre psychomotricien*. Paris, Eres.

Potel, C. (2015a). Introduction aux pratiques psychomotrices et à la médiation thérapeutique en particulier. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (T. 2, p. 14–21). Méthodes et Techniques. De Boeck-Solal.

Potel, C. (2015b). L'eau, une médiation thérapeutique transitionnelle. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (T. 2, p. 318–328). Méthodes et Techniques. De Boeck-Solal.

Reich, W. (1992). *L'analyse caractérielle, paris,* Paris, Petite Bibliothèque Payot.

Robert-Ouvray, S. (2002). *Intégration motrice et développement psychique*. Paris, Intégration motrice et développement psychique.

Robert-Ouvray, S. (2009, septembre). *Les transformations fantasme de l'enveloppe tonique primitive*. Récupérée à partir de https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/les-transformations-fantasmees-de-lenveloppe-tonique-primitive/

Robert-Ouvray, S. (2015a, juin). *Le contre transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice*. Récupérée à partir de https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-contre-transfert-emotionnel-dans-la-therapie-psychomotrice/

Robert-Ouvray, S. (2015b, Juin). *Le corps étai de la psyché*. Récupérée à partir de https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-corps-etai-de-la-psyche/

Robert-Ouvray, S. (2015c, juin). *Le holding psychomoteur*. Récupérée à partir de http://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-holding-psychomoteur/

Robert-Ouvray, S. (2015d, juin). *L'importance du tonus dans le développement psychique de l'enfant*. Récupérée à partir de http://www.suzanne-robert-ouvray.fr/limportance-du-tonus-dans-le-developpement-psychique-de-lenfant/

Robert-Ouvray, S. (2015e, juin). *Martin*. Récupérée à partir de https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/martin/

Roussillon, R. (2000). *Le processus de symbolisation et ses étapes. matière à symbolisation.* Lonay: Delachaux et Niestlé.

Roussillon, R. (2012). Médiation et création. pour une métapsychologie de la médiation. *Le Journal des psychologues*, *5*(298), 30–34.

Stern, D. (2003). *Le monde interpersonnel du nourrisson.* Paris, Presse Universitaire de France.

Winnicott, D. W. (1974). *Processus de maturation chez l'enfant. développement affectif et environnement.* Paris, Payot.

Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité.* Paris, Editions Gallimard.

Winnicott, D. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris, Editions Payot.

Winnicott, D. (1996). *La mère suffisamment bonne.* Paris, Editions Payot.

Annexes

Annexe A

Grille d'observation

Grille d'observations :
Date :

1. Cercle de paroles :

- présentation :

- dessin :

- météo :

- posture :

- comportement (pronom, gène, prise de parole…) :

2. Relaxation :

- thème :

- posture (bassin, axe, tonus postural, amplitude articulaire, équilibre) :

- respiration (rythme, amplitude, localisation, synchronisation au mvt, à l'autre) :

- comportement (regard, peau, agitation, auto-stimulations, manifestations neuro-végétatives, évitement) :

3. Etirements :

- amplitudes articulaires, extensibilité sur les différentes parties du corps :

- tonus de fond / tonus d'action (syncinésies à diffusion toniques, paratonies de fond/action) :

- latéralité (connais sa D/G, attend que son partenaire lui indique):

- réceptivité aux consignes (verbales, visuelles, tactiles) :

- Comportement (guide/se laisse guidée, respect de ses limites/de celles de l'autre) :

4. Contrepoids

- Confiance (ne se penche pas, trop, brutalement…) :

- Ajustement tonique (tonus d'action) :

- posture (position bassin, bras) :

- comportement (abandonne, ajuste, donne des conseils, manifestations-neurovégétatives…)

- communication (tonus, verbal, regards, sourires, mimiques, émotions…)

5. Construction corporelle

- appuis :

- structure osseuse (conscience de l'alignement, stabilité…) :

- Comportement dans les différents rôles (refus, peur, collaboration…)

- Emotions :

6. Portés :

-Rôle du flyer : position / organisation corporelle / dialogue tonique / comportement / verbalisations

- Rôle de base : position / organisation corporelle / dialogue tonique / comportement / verbalisation

-Rôle du spot : position / organisation corporelle / dialogue tonique / comportement / verbalisations

7. Mobilisations passives et toucher

- positions :

- Donneur :

- Receveur :

8. Cercle de paroles :

- dessin :

- Météo :

- posture :

- comportement (pronom, gène, prise de parole…) :

- Verbalisations (ressentis, utilisation du pronom…)

- Comportement au moment de la séparation :

Annexe B

Techniques d'acroyoga

B.1 Séquence d'étirements à deux et contre-poids



1. GROUNDING
Sit back to back, cross legged with awareness



2. SIDE BEND
Arm on floor starts straight, then work forearm to floor. Upper hand can connect to partner. Hips grounded. Take thumb and index finger of top hand around partner's wrist, gently lengthen their arm. Repeat other side



3. SPINAL TWIST
Connect palms thumbs pointing up, twist to the right bending left arm to open chest, keep arms at shoulder height. Place hands on knees, ground down, find length in the spine. Repeat other side



4. CROSS LEGGED SEAT WITH BACKBEND
Both partners stay in cross legged easy pose, receiver's hands come to floor or on knees in forward bend as giver leans back, keep spines connected. Switch roles



5. ASSISTED FORWARD BEND WITH BACKBEND
Receiver extends legs straight, giver bends knees and places feet flat. Receiver folds over legs as giver leans back, supporting weight with bent knees, keeping spines connected. Backbending partner can grab toes of paschi, paschi partner can point toes or clasp wrists to traction giver. Switch roles.



6. TRANSITION TO STANDING
Sit back to back with knees bent, fleet flat, elbows interlaced. Press into partner's back, and through feet to transition to standing.

Annexe B.1 – *Partner yoga, back to back - sitting.*



7. GROUNDING
Stand back to back with awareness on breath



8. MINI BACK PACK
Flyer squats down so hips are below base's hips, elbow interlaced

Base leans forward towards a flat back, keeping elbows and back connected. Flyer's feet stay on the floor

Release interlace of elbows, traction flyer's arm overhead. Keep backs connected to return to standing. Switch roles



9. DOUBLE PRASARITA PADOTTANASANA COUNTERBALANCE
Heels a few inches apart between partners, arms between legs holding at forearms, lean hips away from each other bringing weight into toes

Annexe B.2 – *Back to back - standing.*



10. STANDING PLANK COUNTERBALANCE
Stand 6 inches apart, hold forearms, lean back with a straight body and straight arms



11. BACKBENDING FOUNTAIN
Inhale lift the heart, exhale drop head back. Inhale to come back to center



12. STEEPLE
Palms touching, reach arms up and walk back hinging at hips. Keep arms straight and draw heart through shoulders



13. DIAMOND TWIST
From Steeple, exhale and twist open to one side, bottom palm stays connected. As top arm reaches up. Repeat other side



14. TABLE TOP
Hands rest on shoulders, arms straight, hinge at hips for 90 degrees angle, melting heart between shoulders



15. STANDING PLANK COUNTERBALANCE
Stand 6 inches apart, hold forearms, lean back with a straight body and straight arms



16. CHAIR TWIST COUNTERBALANCE
Maintain Utkasana, open left arm up and back and lean away from partner

Annexe B.3 – *Face to face - standing.*



17. DOUBLE BOAT
Bend knees and place feet on the floor, toes touching. Connect at forearms and joining one side sole to sole, extend leg as straight as possible. Do both sides extending arms and lifting the heart, shoulders drawing back.



18. STRADDLE BOAT
Keep arms connected and feet off floor, bend knees under arms, re-extend legs in straddle



19. STRADDLE BOAT TWIST
Hold right arm to right arm on the inside of legs, reach out with left arm spiral torso. Repeat other side



20. STRADDLE SIDE BEND
Place legs on the ground in a straddle connecting feet. Hold right forearm to right forearm, inhale lift left arm up, exhale sidebend. Repeat other side



21. STRADDLE WHIRLPOOL
Stay in straddle with feet connected, connect forearms in a crossed grip. Close eyes, start with small circles and gradually expand to explore range of motion. Reverse directions and spiral back to stillness

Annexe B.4 – *Face to face - sitting.*

B.2 Constructions corporelles et inversions



1. DOUBLE PLANK
BASE : Place feet flyer's shoulder width distance
FLYER: Tops of feet rest on base's shoulders, unified body, hands on base's ankles



2. DOUBLE TABLE
BASE: Find strongest position for hands, lift hips, head back.
FLYER: Place hands on base's shoulder, one foot at a time on base's knee, transition slowly to lift hips



3. DOUBLE TABLE WITH ONE LEG
FLYER: Lift one leg, keep lifting hips
BASE: Lift one leg, keep lifting hips



4. SHOULDERSTAND ON BRIDGE
BASE: Place feet directly under knees, lift hips, take arm variation that supports hips staying lifted
FLYER: Place hands on base's knees, position shoulders on base's thighs toward the knees, jump or press into shoulderstand



5. DOWN DOG PYRAMID

Annexe B.5

B.3 Séquence de portés lunaires



1. FUNKY DOG MOUNT
FLYER: Place hands by base's ears, step feet close to base's hips
BASE: Place hands on flyer's shoulders, place feet turned out on flyer's upper thigh



2. LIFTED BADDHAKONASANA
BASE: Straighten arms and legs, stack bones
FLYER: Soles of feet together, knees wide, arms behind back hold opposite elbow



3. FOLDED LEAF
FLYER: Legs separate into a piked straddle, arms relax, backs of hands on floor by base's hips
BASE: Release flyer's chest towards legs, hands to back, legs at 90 degrees



4. LIFTED BADDHAKONASANA
FLYER: Bring arms behind back, holding opposite elbow, soles of feet together, knees wide
BASE: Fingertips to top of flyer's shoulders, straighten arms, hands to chest-shoulder junction



5. HIPPY TWIST
FLYER: Keep feet anchored towards the ground, relax head and neck.
BASE: Exhale bend one knee, bend opposite arm. Inhale both legs straight, both arms straight, exhale repeat other side

Annexe B.6



6. TRANSITION: YOGA MUDRA PREP
FLYER: Bring hands behind back and interlace fingers
BASE: Use hands to help flyer interlace fingers. Bend knees and press the head through, then extend legs



7. YOGA MUDRA: SHOULDER OPENER
FLYER: Keep legs in piked straddle
BASE: Cup outside of flyer's arms, rotate thumbs in and up, draw hands towards the ground



8. FOLDED LEAF
FLYER: Legs separate into a piked straddle, arms relax, backs of hands on floor by base's hips
BASE: Release flyer's chest towards legs, hands to back, legs at 90 degrees



9.TRANSITION: HANDS TO WRISTS
BASE: Take space between thumb and index finger to flyer's wrists and sweep arms overhead



10. SUPER YOGI
FLYER: Interlace fingers, keep legs piked, exhale on traction
BASE: Hold wrists, bend elbows and keep arms close together

BASE: Exhale press legs away and pull wrists with arms to traction. Inhale legs to 90 degrees, exhale repeat

Annexe B.7



11. TRANSITION : HANDS TO ELBOWS
FLYER: Maintain straight arms
BASE: Walk one hand at a time above flyer's elbows, straight arms



12. REVERSE NAMASKAR
FLYER: Soles of feet together, knees wide, Bend elbows and take hands to base of neck
BASE: Arms and legs straight, draw flyer's elbows together



12.THE LAZY
FLYER: Soles of feet together, knees wide, bend elbows and take hands to chin
BASE: Arms and legs straight, draw flyer's elbows together. Flex or extend ankles to provide pelvis' anteversion or retroversion



14. HAND TO HAND DISMOUNT
FLYER: Bend elbows to offer hands
BASE: Take flyer's hands, bend knees to release head

BASE: Straighten arms, bend knees
FLYER: Straighten arms, bring feet to the ground

Annexe B.8

B.4 Séquence de portés solaires



1. FRONT PLANK
BASE: Place feet parallel on flyer's hips, take reverse hand to hand grip
FLYER: Keep arms straight and body engaged
BASE: Bend knees to receive flyer, then extend legs to straight, feet over hips, wrists over shoulders
FLYER: Arms straight, lift chest and legs, gaze up



2. FRONT BIRD
BASE: From Front Plank point toes to lift flyer's chest and release grip. Keep hands stacked over shoulders
FLYER: Reach arms along sides, lift torso and legs, gaze up



3. STRADDLE THRONE

Annexe B.9

B.5 Séquence de massage thaïlandais



1. WINDSCREEN WIPE
Lift feet, hands holding receiver's heels. Gently traction towards you, alternatly turn feet out to provide external rotation and turn feet in to provide internal rotation.



2. BULL FIGHTER (TORERO)
Transition to standing holding receiver's heels. Step one foot forward, lean toward receiver and turn their toes towards each other. Exhale shift weight pressing buttocks onto tops of feet 3 times



3. TRANSITION : LIFT LEGS
Lift from heels, press legs up over receiver's body



4. SACRAL FLOAT PREP
Come into lunge to one side, drape receiver's legs over thigh, ensure backs of knees are snug and supported



5. SACRAL FLOAT
Cross receiver's toes, press down on tops of feet to lift the hips. Move from hips, rock to shift hips and release low back. Use free hand to help rock. If needed come up onto toes to lift hips



6. BUS DRIVER
Catch the heels, invite the knees to bend and in a wide stance arc side to side drawing knee towards shoulder

Annexe B.10



7. PALM FEET
Palm the feet alternately side to side, shift weight on inhale, pour weight on exhale



8. ALTERNATE PALMING
Palm the calves, shift weight side to side with hands turned towards receiver's midline, stay on muscle and stay off bone (up, down, up)

Annexe B.11

B.6 Techniques de parade



1. GODDESS SPOTTING STANCE
Feet wide, legs bent, hips low,
spine straight, hands sensitive

2.WARRIOR 1 SPOTTING STANCE
Front leg bent, back leg rooted,
spine straight, hands sensitive



3. SPOTTER ADJUSTMENT
SPOTTER: Stand to one side of flyer's legs, loop arm around thigh and lift while using other hand to reposition base's foot

Annexe B.12

Annexe C

Bilan psychomoteur

BILAN PSYCHOMOTEUR

Étiquette Patient
Nom de naissance [redacted]
Prénom :… [redacted]
Né(e) le :……
à :……
Unité :……
Sexe : ☐ M ☐ F

INTERVENTION **Le** : 18.08.2014 à : …9…Heures

Nom de l'intervenant : …[redacted]

…….....……

INDICATIONS

Par qui ? ☐ Médecin ☐ Infirmier ☐ Psychologue ☐ Éducateur ☐

Autres :……..

Intervenants

extérieurs :……..……

PRESCRIPTIONS

Directes	☐ Oui	☐ Non
Indirectes	☐ Oui	☐ Non
Consultations préalable	☐ Oui	☐ Non

BILANS

Psychomoteur	☐ Oui	☐ Non
Observations psychomoteur	☐ Oui	☐ Non
Examen psychomoteur	☐ Oui	☐ Non
Projet thérapeutique psychomoteur	☐ Oui	☐ Non
Bilan de suivi de la prise en charge	☐ Oui	☐ Non
Bilan de fin de prise en charge	☐ Oui	☐ Non

COMPTE RENDU DES BILANS

[redacted] arrive ce jour, accompagné de sa maman. Bien qu'il me connaisse bien, il est très intimidé et les réactions de prestance sont nombreuses: se tord les mains, se balance d'un pied sur l'autre et répond de façon très laconique par un bref oui ou non, chuchoté, tête baissée. Il lui faudra plusieurs minutes avant de pouvoir se sentir plus à l'aise.
Il ne sait pas vraiment les raisons de ce bilan mais accepte de le passer.

contrôle postural /équilibre statique
Au départ on note une instabilité psychomotrice liée à la situation et à l'appréhensivité qui se manifeste par une gesticulation, des déplacements, des rires et des commentaires, mais qui va disparaitre au fil des épreuves. cependant la passation des autres épreuves montre un niveau de contrôle tonique insuffisant avec des mouvements des bras, des chevilles pour tenter de compenser les pertes d'équilibre.
la fermeture des yeux accentue la perte d'équilibre

Equilibre dynamique
il est meilleur (mais les résultats sont inférieurs à ceux de sa tranche d'âge)mais au prix d'un effort de contrôle marqué

coordinations/praxies
les coordinations dynamiques sont médiocres avec des difficultés d'organisation gestuelle:
-mauvaise représentation du mouvement à effectuer
-insuffisance d'intégration des repères corporels qui amène au moment de la prise de position une attitude hésitante et en cours de mouvement des erreurs et des confusions: flou du schéma corporel

la coordination dynamique des mains et les exercices de déliement digital traduisent de grosses difficultés:
[redacted] est incapable de rattraper une balle même si cette dernière lui atterrit presque dans la mains.
dans les exercices intéressant la motricité digitale, la qualité du mouvement obtenu est médiocre:
-pas de capacité d'indépendance de chaque doigt, la localisation est approximative et le contrôle visuel est nécessaire pour obtenir un minimum de réussite.

graphisme/écriture
la pince est défectueuse: le stylo est coincé dans le creux de la main et les autres doigts sont posés sur le manche. Le pouce est en extension et recouvre l'index, ce qui impose un rythme lent et un surcontrôle pour maitriser et diriger le trait sur la feuille. L'écriture est couteuse et la fatigabilité importante.
on remarque aussi une petite hyper laxité ligamentaire au niveau des doigts de la main.

latéralité
homogène à droite, main, pied, œil

Schéma corporel
la connaissance des éléments du schéma corporel est plutôt bonne, [redacted] montre et nomme les parties du corps les plus connues.
ne situe pas et ne connait pas la cheville, les poignets.

dessin du bonhomme:
il est sexué, [redacted] précise que c'est bien un garçon, qu'il se nomme Tom, et a 9 ans. Il joue aux billes et habite avec ses parents chez son cousin.

on retrouve les mêmes difficultés que précédemment(coordination dynamique) dans l'épreuve d'imitation de gestes sans signification;

Organisation espace/temps
<u>le repérage des notions spatiales</u> est plutôt bon que ce soit les notions
-de situation: dedans dehors, en haut...excepté droite /gauche
-de mouvements: avancer reculer, monter descendre.. (excepté les plus complexes comme pousser /tirer, tourner/rouler..)
-de positions: debout, couché à 4 pattes..
-de quantité: plein/vide, plus que/moins que...
-de formes: triangle, rectangle...

<u>l'organisation spatiale</u>
l'adaptation à l'espace est bien appréhendée (pas comptés)
la copie de figures est correcte si elle reste simple mais [redacted] procède par juxtaposition des éléments et n'appréhende pas la forme dans sa globalité, ce qui traduit de réelles difficultés perceptivo motrices et de structuration spatiale
la reproduction de mémoire des figures quasi à l'identique dans leur réalisation et leur représentation montre qu'il a une excellente mémoire.

La reconnaissance droite /gauche sur soi, sur autrui, ou entre objets est échouée.(pas de réversibilité possible dans la réalisation de gestes simples, [redacted] reproduit en miroir.

<u>organisation temporelle</u>
bien repéré dans le temps usuel, et l'organisation familiale(parent, grand parent..)
structures rythmiques échouées : difficulté d'ordre perceptif, insuffisance de l'attention et fatigabilité

la compréhension des consignes verbales a été suffisante pour la réalisation de nombreuses épreuves simples mais il a été nécessaire de faire une démonstration pour les épreuves plus complexes.

en conclusion:
difficulté importante d'intégration des repères corporels(difficulté repérage droite/gauche)
difficultés de coordination motricité globale/fine
difficulté de compréhension des relations spatiales qui met en évidence des difficulté de raisonnement(copie des figures)
difficulté d'ordre perceptif

OBSERVATIONS SEANCES

Séance individuelle ☐ Oui ☐ Non

Séance de groupe ☐ Oui ☐ Non

VALIDATION DANS LE PROJET DE SOIN INDIVIDUALISE

Projet thérapeutique psychomoteur ☐ Oui ☐ Non

COMPTE RENDU DE LA VALIDATION

une proposition est faite de séances de psychomotricité durant les vacances de janvier 2015, à raison d'une fois par semaine sur une heure de temps.

[redacted] a progressé dans sa perception des relations spatiales et a mis en place des stratégies opérantes pour pallier à ses difficultés. il est moins dans le tâtonnement, et la réussite des exercices n'est plus simplement le fruit du hasard, mais plus de l'élaboration et de la compréhension des situations.

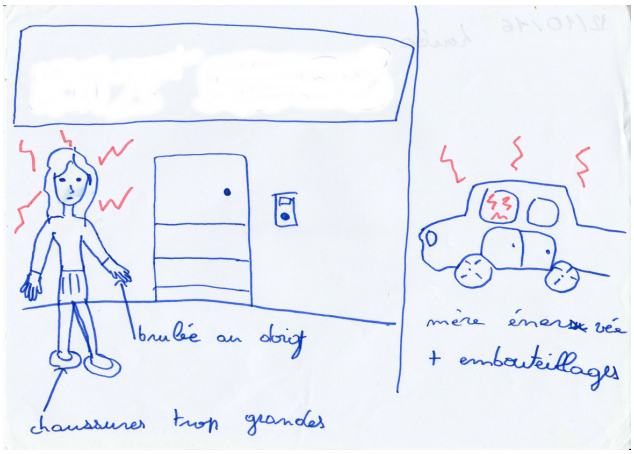
La motricité fine, abordée sous une forme ludique (jeux de construction, d'adresse et de réflexion, origami...)lui a permis de travailler sur la précision des mouvements et a amélioré sa coordination bimanuelle de manière significative.

Annexe D

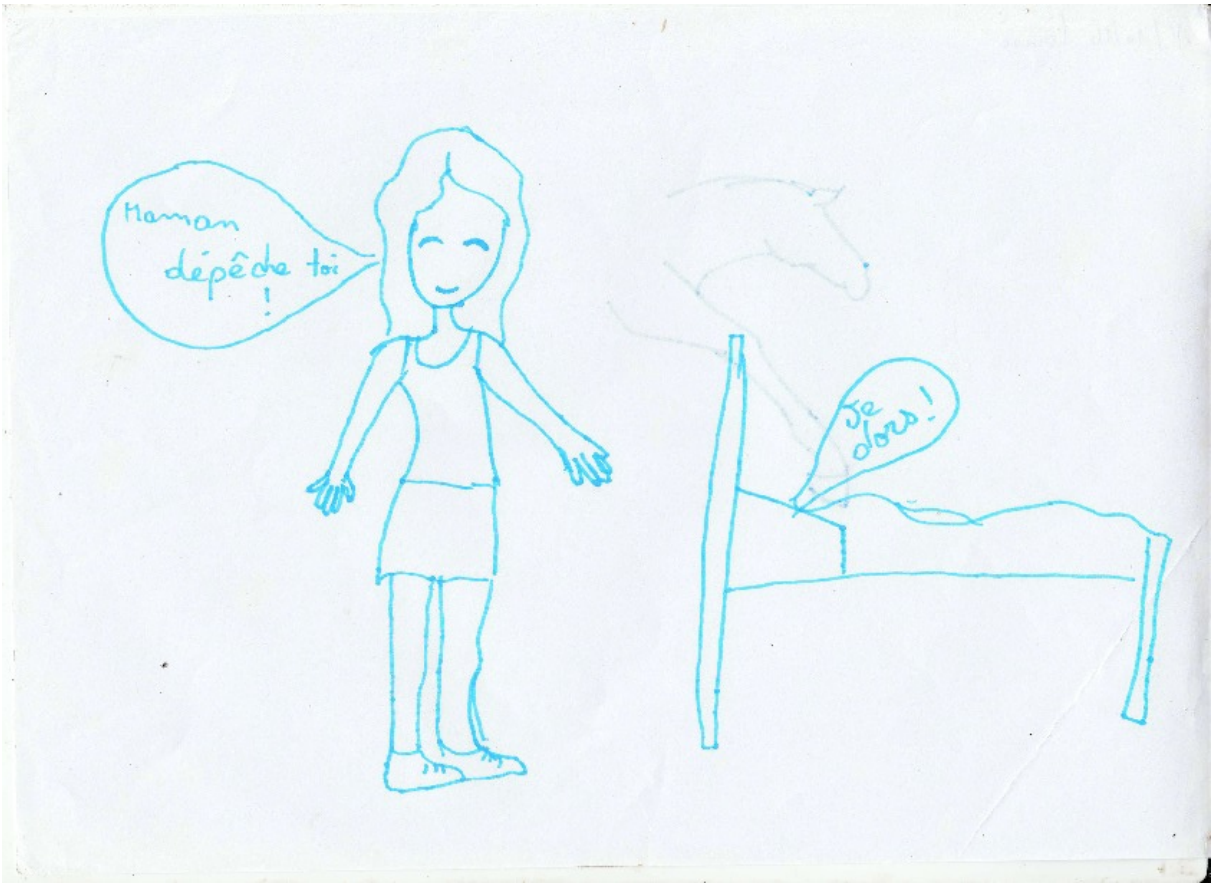
Dessins faits en séance



Annexe D.1 – Dessin de la stagiaire.



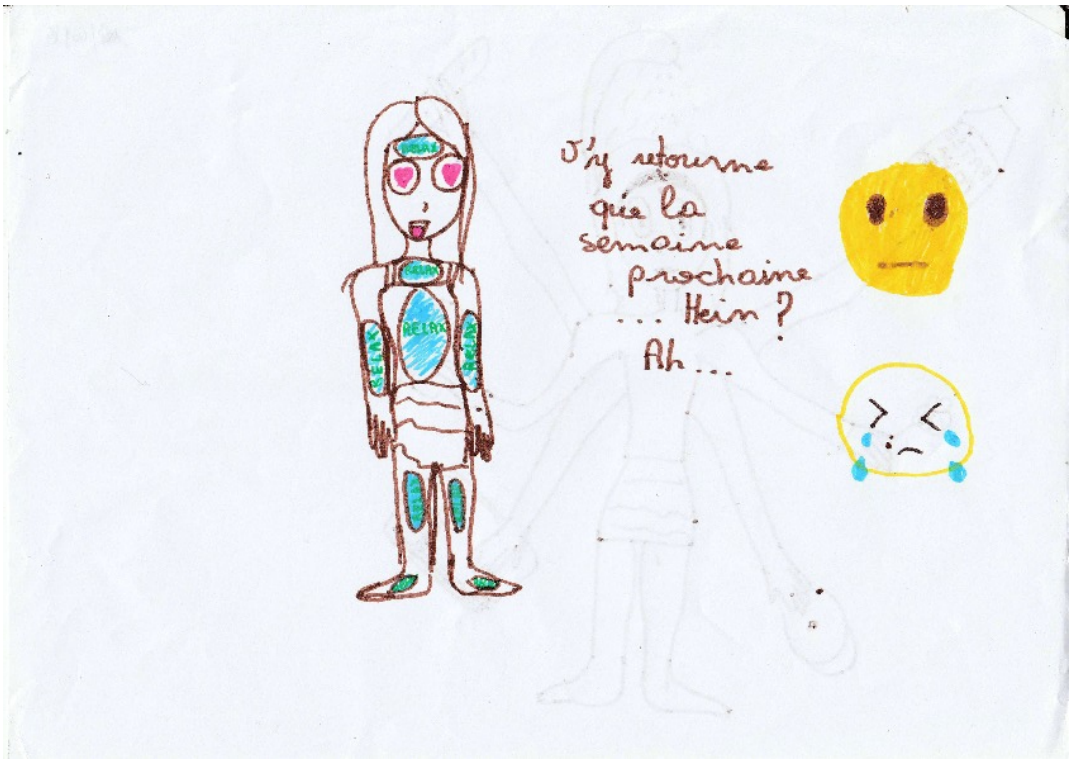
Annexe D.2 – Dessin de Laure, début de première séance (semaine 1).



Annexe D.3 – Dessin de Laure, début de deuxième séance (semaine 1).



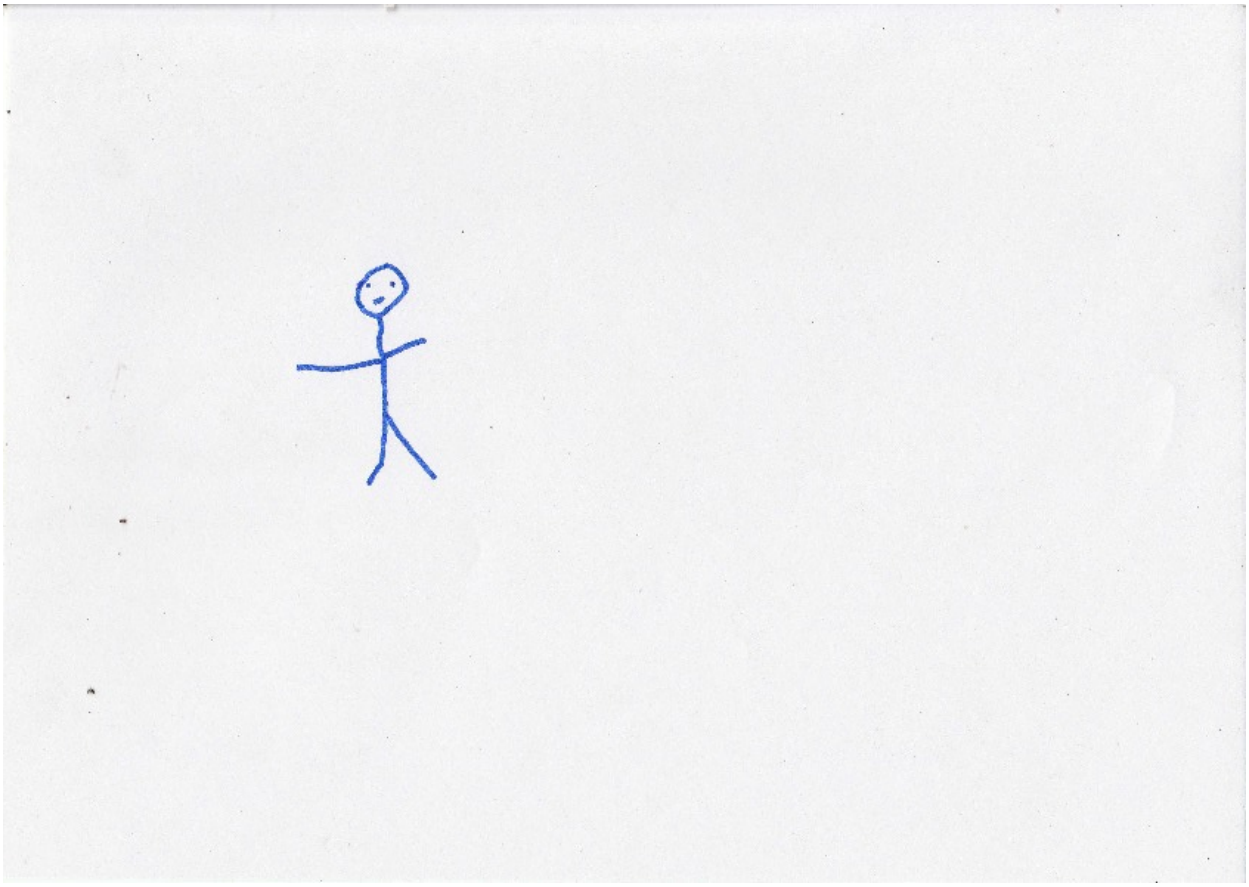
Annexe D.4 – Dessin de Laure, début de quatrième séance (semaine 1).



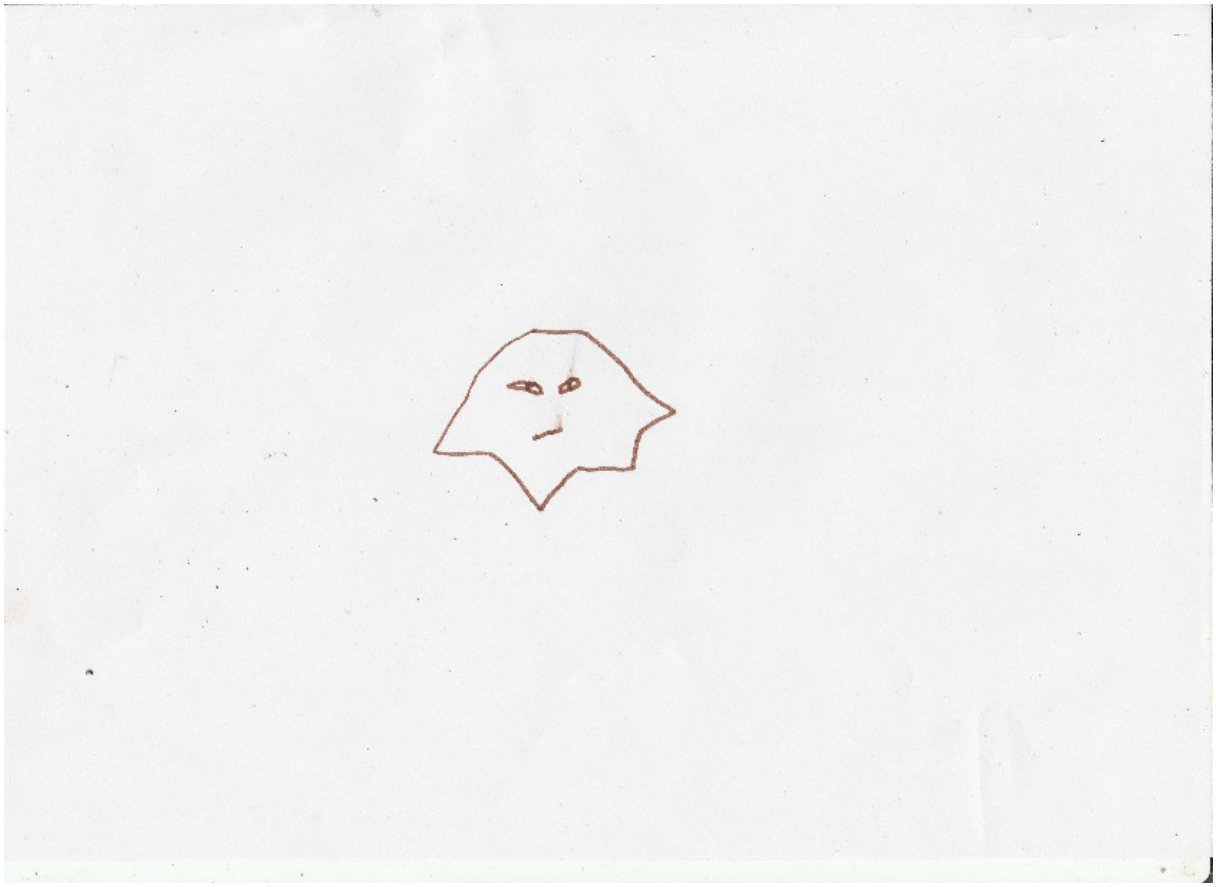
Annexe D.5 – Dessin de Laure, début de quatrième séance (semaine 1).



Annexe D.6 – Dessin de Laure, fin de cinquième séance (semaine 2).



Annexe D.7 – Dessin de Kevin, début de première séance.



Annexe D.8 – Dessin de Kevin, fin de troisième séance.

INSTITUT REGIONAL DE FORMATIONEN PSYCHOMOTRICITE
Etablissement Privé d'Enseignement Supérieur enregistré auprès de l'Académie de la Réunion sous le N°9741605B

SEILER Jeanne	Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Résumé :
Si le portage est une étape fondamentale dans le développement de l'individu, c'est également un concept central en psychomotricité. Le bébé porté, bercé, contenu, se sent en sécurité et intègre progressivement son unité psychique et corporelle. Devenu adolescent, il a plus que jamais besoin de ce sentiment de sécurité pour accepter les transformations qu'il vit et devenir capable de porter à son tour. Selon la théorie de l'étayage de Suzanne Robert-Ouvray, dans le cas contraire, l'intégration de son unité peut être perturbée entraînant des difficultés sur les plans moteur, psychique et affectif. La thérapie psychomotrice apparaît alors comme un moyen de relancer ce processus en utilisant des techniques de portage et de porté. Le portage physique constitue un outil précieux qui permet de développer un dialogue tonico-émotionnel entre le patient et le psychomotricien et d'accéder à des vécus archaïques. Notre étude propose d'évaluer, dans le cadre de la santé mentale, l'impact du portage sur des adolescents présentant un trouble de l'étayage. Les études de cas présentées ont pour but de constater la reprise ou non du processus d'intégration psychomotrice grâce à l'utilisation d'une médiation peu connue, l'acroyoga. Les résultats encourageants ouvrent alors une discussion sur l'utilisation de cette médiation dans la pratique du psychomotricien et sur son potentiel auprès du public adulte et adolescent.

Mots clés : Portage, thérapie psychomotrice, adolescence, acroyoga, intégration psychomotrice

Abstract:
If holding is a fundamental step in the development of the person, it is also a central concept in psychomotricity. The baby who is held, rocked and contained feels safe and gradually integrates his psychic and body unity. Becoming a teenager, he needs this sense of security more than ever to accept the transformations he experiments, and to become able of holding in his turn. According to Suzanne Robert-Ouvray's theory of shoring, in the opposite case, the integration of his unit can be disrupted, which may result in difficulties on the motor, psychic and affective levels. Psychomotor therapy then appears as a way to restore this process using holding and lift techniques. Physical holding is an effective tool that allows to develop a tonic and emotional interaction between the patient and the psychomotor therapist and to access archaic experiences. Our research aims to evaluate, in the context of mental health, the impact of holding on teenagers with a shoring disorder. The presented case studies aim to assess whether the process of psychomotor integration was restored or not, thanks to a new mediation, namely acroyoga. The encouraging results open a discussion on the use of this mediation in the psychomotor practice and its potential with adults and teenagers.

5 Keywords : holding, psychomotor therapy, adolescence, acroyoga, psychomotor integrative process

L'IRFP-EMAP n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à son auteur.