Le groupe qui ne pouvait pas vivre ensemble : prise en charge psychomotrice d'un groupe d'enfants atteints de dysharmonie évolutive

Martin Girard-Bon

▶ **To cite this version:**

Martin Girard-Bon. Le groupe qui ne pouvait pas vivre ensemble : prise en charge psychomotrice d'un groupe d'enfants atteints de dysharmonie évolutive. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01068920

HAL Id: dumas-01068920

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01068920

Submitted on 1 Oct 2014

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.

Université Pierre et Marie Curie - Paris VI
Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité

Le groupe qui ne pouvait pas vivre ensemble.

Prise en charge psychomotrice d'un groupe d'enfants atteints de dysharmonie évolutive.

Mémoire présenté par :

Martin GIRARD-BON

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité.

Référent de mémoire :
Madame C. Potel.

Session de Juin 2014

Remerciements

A Madame Potel, pour son aide précieuse à l'élaboration de ce mémoire, sa disponibilité hors pair et ses conseils riches. Par sa présence, elle a su me guider, me soutenir, et me redonner de l'élan tout au long de ce travail.

A L'ensemble des soignants de l'unité, pour tout ce qu'ils ont su m'enseigner au cours de cette dernière année. Ce qu'ils m'ont transmis me portera dans ma vie professionnelle.

A Madame Massoutre, pour ses conseils.

A Mathilde, une bonne amie de l'institut de formation en psychomotricité, pour sa grande présence et son partage d'expérience.

A Mes proches pour leur grand soutien.

Enfin, tous les professeurs pour la richesse de la formation que j'ai reçu au cours de ces 3 années, *mes maitres de stages*, ainsi que *les patients* que j'ai pu rencontrer et qui m'ont beaucoup apporté.

A tous un grand merci

« J'en suis arrivé à comprendre que l'interdit du passage à l'acte ne se trouvait pas mis en question par une implication corporelle du thérapeute mais par contre qu'il existait une grande confusion qui méritait d'être levée entre la notion de « passage à l'acte » et celle de « passage par l'acte » ».[1]

Henri Paumelle.

[1] PAUMELLE. H., 2001, p. 8.

Sommaire

Introduction **7**

I- Contexte de travail **9**
1) L'unité **9**
2) repères institutionnels **10**
a) L'espace 10
b) Le temps 11
3) Les soignants **12**
4) L'atelier corps **13**
5) Les patients **14**
a) Ce qu'en dit l'équipe 14
b) Théorie de la dysharmonie évolutive 15

II- Identifier la pathologie **16**
1) Ma place dans l'atelier corps **16**
2) Penser la première séance **17**
3) Première séance **18**
4) Réflexion clinique sur la séance **19**
5) Poser le cadre **21**
6) Première réflexion sur la technique de soin **23**
7) Adapter cadre et technique à ma pratique **24**
8) Deuxième séance **26**
9) Réflexion clinique sur la séance **27**
10) Les enfants, leur pathologie, comprendre le diagnostique **29**
11) Dysharmonie évolutive et TDA/H **29**
12) Dysharmonie évolutive et psychose **31**
13) Les enfants leur pathologie, les symptômes **32**

III- Mise en place de la prise en charge en psychomotricité **33**
1) Cibler l'enjeu **33**
2) Objectifs de prise en charge **34**
3) Des pistes de travail et d'observation de l'évolution des enfants, la prise en charge psychomotrice **36**
4) Penser le squelette de la séance **37**
a) Le temps : sa perception et sa gestion 37
b) L'espace : se l'approprier 37
c) Rituel des chaussures 38
d) Le jeu des pulsations : travail sur le dialogue tonico-émotionnel 39
e) Le brain gym et le travail sur les coordinations, motricité globale et la conscience du corps: 40
f) Pompes, abdominaux, détente : Travail sur la régulation tonique et la conscience du corps 40
g) Le jeu de la grand-mère : élaborer et symboliser 41
h) Le cercle de fin : symboliser son expérience 42
5) La place des psychologues dans l'atelier corps **43**

IV- Penser sa pratique **44**
1) ma place en réunion de synthèse **44**
2) La médiation **45**
3) Rigidité du cadre ou repère organisateur pour créer **46**
4) Langage, représentation, symbolisation **49**

5) Construction d'une peau 52
6) Retour sur l'anamnèse 57

V- Evolution du travail psychomoteur au regard de la médiation 58
1) Relaxation 58
2) Brain gym 60
3) Le jeu de la grand-mère 61
4) Cercle de fin de séance 62
5) Une lecture psychomotrice des séances 63
6) Travail pluridisciplinaire et transmissions 63

VI- Justification de mon travail 64
1) Méthode d'évaluation 64
2) Intérêt du travail psychomoteur pour les patients 66
3) Intérêt du travail psychomoteur pour l'équipe soignante 67
4) Intérêt du travail psychomoteur pour les familles 68
5) Intérêt du travail psychomoteur pour l'école 69

VII- Considérations transversales 69
1) L'individuel dans le groupe 69
2) La relation 70
3) Engagement corporel 71
4) Le regard psychomoteur 72

Conclusion 75

Bibliographie 77
Ouvrages 77
Articles 78

Annexes 79
1- Modèle neuropsychologique des origines du TDA/H 79
2- Modèle cérébral des boucles neuropsychologiques en dysfonctionnement chez les enfants TDA/H 80

Introduction

Une véritable construction s'opère chez les étudiants de troisième et dernière année de formation en psychomotricité. Au cours de celle-ci, les semaines s'articulent entre enseignements et stages. Dans un système universitaire français peu enclin à « lâcher » ses étudiants sur le terrain, je comprends qu'il n'est pas anodin de proposer un tel programme. La psychomotricité reste une profession difficile à définir. Sa forme change d'une prise en charge à l'autre, d'un professionnel à l'autre. Pourtant, la formation initiale confère un regard spécifique à ce soin. Dans ce contexte, forger son identité professionnelle n'est pas chose aisée. Il s'agit d'avoir assimilé, intégré ce regard afin qu'il pénètre nos prises en charges.

En début d'année, lors de ma recherche de stages, l'un d'eux m'intrigue particulièrement. Il s'agit d'intégrer une réflexion psychomotrice au sein d'une institution où elle n'a pas encore sa place. Supervisé par une maitre de stage extérieure à l'établissement, je me retrouve donc seul sur le terrain. Je vois dans cette proposition l'occasion de trouver une forme d'indépendance. D'une certaine manière, je suis dans une forme d'adolescence professionnelle. Je vois ce stage comme une période charnière où je pourrais m'affirmer en temps que futur professionnel de la psychomotricité.

Concilier ses connaissances et son identité professionnelle avec la réalité institutionnelle, voilà l'un des enjeux majeurs de toute formation. La structure de soin à l'origine de la proposition de stage me propose de concevoir un groupe pour une population d'enfants présentant des symptômes similaires. Accompagné par deux psychologues, je devrais orchestrer un atelier de travail psychomoteur. Fort de ces considérations, la question centrale de mon mémoire prend forme très naturellement : *Comment penser et mettre en œuvre un travail psychomoteur de groupe pour des enfants atteints de dysharmonie évolutive ?*

Cette question centrale sera comprise grâce à quelques hypothèses complémentaires insérées dans cette interrogation. La psychomotricité a un rôle à jouer dans la prise en charge d'enfants atteints de dysharmonie évolutive. Cette profession amène un regard complémentaire aux autres soignants de l'institution et peut y trouver sa place.

Ce mémoire tente de relater mon approche et mes réflexions au vu d'un travail clinique. On ne trouvera pas dans ces pages un point de vue définitif sur la création d'un dispositif de soin psychomoteur adapté à une telle population. Mon objectif est de montrer la manière dont la psychomotricité s'est mise en place au sein de ma structure de stage. Dans un allez-retour constant entre théorie, clinique et réalité institutionnelle. Mon travail prendra une tournure chronologique.

Cette méthode se justifie dans la mesure où la pensée scientifique s'étaye sur des problématiques transversales non perçues dès le premier abord. Lors d'un cheminement, des questions se posent, des hypothèses plus précises émergent et elles demandent une vérification dans la pratique. La trame de mon mémoire se construit au fil de la répétition de ce modèle.

Mon investigation prendra la forme suivante : Après la présentation du contexte et des repères institutionnels, je m'appliquerai à identifier les souffrances des enfants. Ce travail préalable m'amènera à mettre en place une prise en charge psychomotrice structurée. Je m'appliquerai à comprendre comment adapter et penser ma pratique. Je rendrai compte des évolutions du groupe et de mes réflexions pour comprendre dans quelle mesure mon travail est digne d'intérêt. Certains choix méthodologiques et certaines interrogations seront développés dans une discussion.

I- Contexte de travail

1) L'unité

De multiples pathologies peuvent se révéler lors du développement d'un enfant. Certaine institutions arrivent à se spécialiser pour répondre à des besoins de soins, à des pathologies spécifiques. L'unité où je travaille cherche à s'adapter à une classe de patients en particulier. Elle fait partie d'un ensemble d'unités tournées vers le soin de l'enfant. La première de ces unités s'occupe des soins précoces de l'enfant. La deuxième, celle dans laquelle je suis, traite des troubles du développement et des apprentissages de l'enfant en classe de primaire. La tranche d'âge des patients accueillis est de sept à dix ans. La troisième, en continuité, appréhende des adolescents. Ces unités se rattachent à un hôpital. Les médecins de ce pôle référent reçoivent les enfants en premier lieu. Dans cette étape préliminaire, plusieurs professionnels du paramédical effectuent des bilans pour aider les médecins à poser un diagnostique. Ils mettent en place un projet thérapeutique avec un suivi à deux niveaux. Les soignants de l'hôpital référents prennent les patients en séances et entretiens individuels. Les soignants des unités ont pour spécificité d'élaborer un projet de groupe pour les patients. Il existe un lien entre l'hôpital référent et les unités. Pour intégrer l'une ou l'autre des unités, il est nécessaire d'identifier si le nouveau patient pourrait tirer un bénéfice de la prise en charge groupale. Un dialogue est installé entre l'hôpital référent, les unités, le patient et sa famille.

Pour plus de fluidité dans la lecture de mes écrits, je prends dès à présent le parti de mentionner l'institution dans laquelle je travaille en la nommant « unité » ou « l'unité ». Le fonctionnement de cette institution ressemble à celui d'un hôpital de jour pour enfants.

2) repères institutionnels

Bien que mes premières observations ne se soient pas portées sur les repères, il me semble important, dans le cadre d'un mémoire à portée scientifique de situer l'espace et le temps me servant de repère.

a) L'espace

Située en haut d'un immeuble Parisien, l'unité occupe les deux derniers étages. Un ascenseur permet d'accéder au septième étage. Lorsque les portes mécaniques s'ouvrent, une salle d'attente dotée d'un canapé s'offre à nous. Cette surface possède une place de pivot à cet étage. Elle est traversée par un couloir reliant les différentes salles d'un étage consacré aux thérapeutes. Dans une des ailes de la structure se trouve une cuisine, des toilettes puis les bureaux du médecin chef de service, du cadre de santé et de la psychologue institutionnelle. A l'autre extrémité du couloir, en repassant par la salle d'attente, on tombe sur le secrétariat et une salle de réunions et synthèses au centre de laquelle se trouve une grande table entourée de nombreuses chaises. Les murs de cet étage sont sobres. On trouve ça et là une horloge ou un emploi du temps. La salle de réunions, comme si les patients tentaient d'y mettre un pied, recèle de créations des patients.

L'ascenseur dessert aussi le sixième étage. Une porte le sépare d'un complexe réservé aux patients. Les salles n'ont pas de nom mais elles possèdent chacune une fonction et un ensemble de règles propres. A l'une des extrémités du couloir principal se situe une salle, dite de jeux. Elle est pourvue d'un ensemble d'armoires sur les étagères au dessus desquelles s'amoncellent de nombreux jeux de sociétés. Un coffre et une commode offrent, si l'on est assez curieux pour les ouvrir, plusieurs autres jeux. Une table, un canapé et quelques chaises trainent. De tous ces divertissements, un seul compte pour les patients qui l'adulent et y passent le clair de leur temps libre, j'ai nommé le baby-foot. Les murs sont recouverts de créations laissées

par les patients. Elles prennent la forme de dessins et peintures signées par leur auteur. Le couloir revêt aussi l'apanage de l'unité en portant des productions artistiques. Le long de celui-ci se trouvent deux salles nommées salle une et salle deux. Elles servent d'espace de travail aux groupes thérapeutiques. Les armoires métalliques les habillant restent fermées à clé et seul un thérapeute doté d'un trousseau de clé possède le pouvoir de les ouvrir. Ces armoires contiennent des fournitures scolaires, des déguisements, des couvertures, des tapis et les travaux des patients. L'espace semble divisé en deux. On observe d'un côté un tableau blanc, des chaises et tables et de l'autre un espace sans mobilier. Plus loin dans le couloir se trouvent des toilettes, le bureau de l'interne en médecine et une salle servant de vestiaire où les enfants peuvent déposer leurs affaires. Enfin, on trouve à cet étage une bibliothèque pourvue d'une table de travail, de canapés et d'étagères portant de multiples livres et bandes dessinées. Plusieurs posters habillent cette salle.

b) Le temps

Les patients de l'unité sont pris en charge à raison de trois demi-journées par semaine au maximum. Ces temps thérapeutiques remplacent des temps scolaire. Les demi-journées s'organisent sur un plan commun. Un temps d'accueil de vingt minutes permet à tous les enfants d'arriver. Les enfants, selon leur envie peuvent disposer de la salle de détente et profiter des jeux de société et du baby-foot. Les thérapeutes sont là pour les encadrer et jouer avec eux. Les enfants se répartissent ensuite en deux groupes ; B et A occupant respectivement les salles une et deux. Le temps de « Quoi de neuf ? » durent également vingt minutes. Des chaises sont disposées dans l'espace sans mobilier. Chacun leur tour et en cercle, les patients questionnent et partagent des évènements les ayant marqué. Les thérapeutes étayent soutiennent et cadrent la parole. Ils préviennent les enfants d'éventuelles modifications institutionnelles. Ensuite, on range les chaises et tout le monde s'installe autour des tables. Les enfants peuvent ensuite inscrire au tableau les absents, la date et l'emploi du temps de la journée. Ce

temps doit durer cinq minutes. Vient alors le groupe principal de la demi-journée d'une durée théorique de quarante minutes. Les ateliers « création », « théâtre » et « corps » se déroulent respectivement le lundi après-midi, le mardi matin et le jeudi après-midi. Le goûter succède à ce temps, il dure quinze minutes. Puis, pendant trente minutes, avec l'aide d'un thérapeute, chaque enfant effectue un travail plus scolaire appelé « travail sur table ». Pour conclure la demi-journée et une fois le travail terminé, le groupe « départ » permet aux enfants de quitter les salles de travail et d'investir la salle de jeux et la bibliothèque. Après le départ des patients, les thérapeutes se retrouvent pour un temps « post groupe ». Chacun peut partager ses observations. Une réunion élargie avec l'ensemble des personnes du service vient conclure la demi-journée. Cadrés par un ordre du jour défini par le cadre de santé, les thérapeutes élaborent leur réflexion clinique.

3) Les soignants

Avant d'être introduit auprès des patients, j'ai pu rencontrer les thérapeutes de l'institution. Trois psychologues et un éducateur spécialisé s'occupent du soin des patients et orchestrent les activités lors des demi-journées.

Un cadre de santé aidé d'une secrétaire et d'une assistante sociale s'occupe de traiter essentiellement les problématiques administratives. Le médecin chef de service garde un lien avec l'hôpital référent assisté par une interne en médecine.

La psychologue institutionnelle supervise les retours cliniques des thérapeutes lors des réunions et prend les enfants en entretien individuel sur place. Elle met en évidence les possibles dysfonctionnements institutionnels. Sa position de médiatrice lui confère un recul sur ces problématiques.
Deux façons d'interagir existent; le mode formel et le mode informel.

Intégrer une institution demande une grande adaptabilité. Plusieurs paramètres doivent être pris en compte afin de répondre à la

demande de l'institution, de communication avec les autres professionnels et en matière de soin pour les patients. Chaque institution a son mode de fonctionnement. Mon premier objectif fut d'intégrer l'équipe. Ce travail demande l'assimilation de règles et l'intégration des repères institutionnels. J'ai pu convenir avec l'équipe de la manière dont j'intègrerais l'institution. Lors des trois premières semaines de mon stage, j'ai pu participer à deux réunions de synthèses par semaine. Dans ce contexte, je m'interroge sur les patients, leur pathologie, le mode de fonctionnement des thérapeutes et le groupe auquel je participerai.

En réunion, on ne voit pas le temps passer. Les échanges sont riches et animés. Chacun donne son avis sur une problématique ou sur un enfant. Une certaine agitation se dégage et laisse peu de place à une synthèse des éléments évoqués. Il n'y a pas de temps de silence qui vienne ponctuer ces mises en commun. Le médecin chef et le cadre ont des difficultés à canaliser toute cette vie. Je pose alors des hypothèses. La dynamique du groupe des soignants doit sûrement s'associer à la dynamique de groupe des enfants. Attentifs aux enfants, il est possible que par un jeu de transmission, les soignants reflètent dans une moindre mesure la dynamique de fonctionnement des enfants. Cette animation dans les discours et cette facilité à prendre la parole peut aussi signer une vie, une envie de trouver des solutions. Cette combativité me plait et je m'appuie dessus pour poser plusieurs questions à propos de la clinique.

4) L'atelier corps

L'équipe connaît des psychomotriciennes intervenant sur l'hôpital référent. Deux thérapeutes travaillent avec elles lors de groupes thérapeutiques. C'est de l'observation de cette pratique qu'est nait le désir d'amener une réflexion psychomotrice dans l'unité. L'atelier corps existe depuis près d'un an. Cet atelier prend place le jeudi après-midi. L'objectif de cet atelier est d'aborder une clinique passant par le corps. Les symptômes des enfants s'expriment largement par le corps. Les enfants donnent des coups,

ils montent sur les tables, s'écroulent. Dans une perspective de soin, les psychologues et l'éducateur spécialisé de l'institution proposent aux patients des exercices. Ils tirent leurs idées de leur pratique des groupes avec les psychomotriciennes de l'hôpital référent. Celles-ci ne connaissent cependant pas les patients, elles ne peuvent entrer en relation avec eux. Les psychologues et l'éducateur proposent des exercices et mettent ainsi les enfants en mouvement. Des mouvements de « brain-gym », des étirements, du football, de la boxe, des jeux de ballons étayent ces séances. Dans l'idée des soignants, l'atelier « corps », à vision psychomotrice a pour objectif de rejoindre les patients sur un plan qu'ils investissent considérablement. Dans cet atelier comme dans les autres activités, trois règles posent les limites : Il est interdit de frapper, Il est interdit de casser le matériel, On doit faire attention à soi, à son corps et aux autres. Lorsque ces règles ne sont pas appliquées, les thérapeutes disposent de plusieurs sanctions. Un enfant n'appliquant pas les règles peut être sorti du groupe et/ou être envoyé dans le bureau de l'interne. Dans un cas extrême, les thérapeutes se réservent le droit d'envoyer l'enfant dans le bureau du cadre de santé ou septième étage. Les soignants ont aussi pour principe de ne pas changer les enfants de groupes.

5) Les patients

a) Ce qu'en dit l'équipe

La prise en charge des enfants se fait par petits groupes. En réunion, j'ai pu relever plusieurs termes donnant une tonalité à l'atmosphère des activités. En séance « des coups partent sans qu'on puisse les prévoir ». Les enfants « sont très excités », « ils sont dans un rapport de force », « ils n'ont pas conscience des règles », « il est difficile de les canaliser ». A partir de ces réflexions, j'essaie de comprendre comment les enfants fonctionnent. Ils ne semblent pas maîtriser leurs actes, ils ne se contrôlent pas. Les enfants s'attaquent. Je me demande ce qui les pousse à entrer en contact avec

l'autre. Peut-être veulent-ils détruire l'autre ou seulement se défendre. Ces enfants ne possèdent pas de repères leur permettant de tisser une relation saine avec un autre membre du groupe. Est ce qu'ils recherchent des limites ? Leur comportement reflète t'il un moyen d'expression et de communication plus archaïque ?

Confronté à ces questionnements, je m'atèle à comprendre comment les soignants voient les enfants. Cette démarche me permettrait d'interagir avec le corps soignant, largement composé de psychologues. Ils observent et analysent les séances. Lorsqu'ils parlent des enfants, ils utilisent un champ lexical propre ; « séparation », « différenciation », « collage », « fusion », « frustration », « satisfaction », « jubilation »… A travers ce spectre, ils observent et analysent les comportements des patients en se référant à la théorie psychanalytique. Je me rends compte que je dois comprendre leur base et mode de fonctionnement. Il me semble primordial de définir et d'intégrer le diagnostique posé pour ces enfants : celui-ci est la dysharmonie évolutive.

b) Théorie de la dysharmonie évolutive

Pour R. Misès, la dysharmonie s'inscrit sur un mode instrumental et fonctionnel, elle renvoie au « trouble du langage et de la psychomotricité se rattachent aux perturbations globales relatives à l'individuation, la personnalisation, le contrôle des repères spatiaux-temporels, l'émergence du sens de l'identité ». [2]Cette définition donne un sens large à la dysharmonie. Les notions de langage et de psychomotricité renvoient à un apprentissage nécessaire. D'après R. Misès, l'apprentissage et les comportements d'une personne restent indissociables de sa structure et sont étayés par celle-ci. La dysharmonie est donc l'expression, la manifestation d'un trouble de la structure psychique d'une personne. R. Misès complète : « Les dysharmonies

[2] MISES, R., et CONSTANT, J., 1977, p. 1012.

évolutives trouvent donc leur centre de gravité du côté des perturbations évolutives complexes où se discute leur situation vis-à-vis des grandes organisations morbides du jeune âge : la psychose, la névrose, certains processus déficitaires »[3]. Sans enfermer les enfants dans une pathologie spécifique, R. Misès ouvre un champ de réflexion au thérapeute. Il insiste sur l'organisation morbide de l'enfant, sur la manière dont il est structuré. Ce socle donne une perspective aux soignants, une marge de manœuvre donnant des clés de compréhension de la maladie. On ne peut dissocier la structure de l'enfant de son pronostic : « l'évolutivité, inscrite comme l'une des composantes fondamentales de la dysharmonie évolutive, en exclut les formes fixées, les états terminaux même si l'on y reconnaît des hétérogénéités »[4]. La notion d'évolutivité permet de ne pas conférer au patient un statut catégorique. Le diagnostic de dysharmonie évolutive est donc spécifique. Il permet de situer l'enfant comme présentant des troubles du comportement certainement associés à une organisation morbide amenée à évoluer.

II- Identifier la pathologie

1) Ma place dans l'atelier corps

Ma place sera dans l'un des deux groupes de l'unité, auprès de quatre garçons. Mon introduction et ma place auprès des patients a été mise en discussion. Elle peut prendre deux formes. Dans une position de stagiaire, les thérapeutes peuvent m'introduire comme stagiaire et me laisser observer quelques temps avant de prendre la direction du groupe. Je peux aussi être introduit directement auprès des enfants au titre de spécialiste de l'atelier corps. Finalement, l'équipe décide d'adopter la deuxième forme. Dès mon arrivée dans le groupe, j'adopte la position du spécialiste. Cette position prend sens car les enfants attaquent facilement un cadre mal défini. Ils

[3] *Ibid.*, p. 1011.
[4] *Ibid.*, p. 1010.

pourraient avoir des difficultés à intégrer un changement de rôle ultérieur. Ma place m'invite alors à rechercher les enjeux d'une prise en charge en psychomotricité pour des patients atteints de dysharmonie évolutive.

2) Penser la première séance

Un projet thérapeutique se construit normalement à partir d'observations objectives. Le bilan psychomoteur permet d'évaluer les compétences psychomotrices d'une personne. A travers le repérage spatio-temporel, la conscience du corps, l'attention, le tonus et la motricité globale, le psychomotricien construit son observation. Il en dégage une orientation à donner dans sa pratique. Ce socle lui donne des repères permettant d'orienter celle-ci. Il me paraît primordial de voir les enfants individuellement avant de les voir en groupe afin de poser des bases. Le fonctionnement institutionnel et la répartition de l'emploi du temps ne le permet pas. Je choisis donc de construire la première séance suivant un plan me permettant d'observer l'attitude et les capacités des enfants. Je dialogue avec les thérapeutes dans le but d'inclure, lors de la séance, des exercices que les enfants connaissent déjà. Ce dispositif possède deux avantages. Les thérapeutes sont un repère pour les enfants qui pourraient se sentir perdu si une autre figure les remplaçait brutalement. D'autre part, en laissant aux soignants un rôle qu'ils exercent déjà dans l'atelier corps, je pourrais éventuellement me concentrer sur l'observation afin d'ajuster les séances suivantes et concevoir un véritable projet thérapeutique. Un tel positionnement m'amène à être garant du déroulement de la séance. Je peux cependant m'effacer pour observer quand un autre thérapeute donne les consignes. Ce premier temps aura une tonalité de rencontre plus que de véritable travail. Je pourrais prendre ma place.

3) Première séance

La séance doit durer quarante cinq minutes. Après avoir poussé les chaises, je demande aux personnes du groupe d'enlever leurs chaussures. Se débarrasser de celle-ci permet d'être plus disponible, de mieux ressentir son ancrage. Sans avoir réellement réfléchis à l'orientation que prendrait le travail psychomoteur ultérieur, j'instaure ce rituel. Il aurait pour sens premier d'amorcer l'atelier corps, par un acte. Les enfants ne comprennent pas pourquoi ils doivent enlever leurs chaussures même si je leur explique l'intérêt d'un tel rituel, certains ne s'exécutent pas. Ce premier point me renvoie à de multiples questionnements. Mes consignes et explications sont-elles claires ? Leur attitude marque t'elle un refus de participer à la séance ? Leur opposition résonne peut-être avec ma présence. Sont-ils attentifs aux consignes ? Ces interrogations me suivront pendant le reste de la séance.

Face à ce mouvement, je propose un jeu type « téléphone arabe ». Les enfants doivent passer un message sous forme de pression d'une main à l'autre en fermant les yeux. Ce dispositif permettrait de voir comment les patients peuvent se rassembler, peuvent se toucher. Les enfants aiment normalement jouer. Soutenu par les soignants, je tente d'amener la consigne, de l'expliquer. Certains ne veulent pas se donner la main. Ils n'arrivent pas à se tenir debout dans le cercle, ils se retournent, se roulent par terre, quittent brusquement le cercle. Le temps passe, c'est au bout d'un gros travail où les soignants et moi même étayons les enfants, qu'ils arrivent à se rassembler.

Tout en gardant la disposition en cercle, la psychologue introduit les mouvements de brain-gym. Les enfants doivent imiter la psychologue. Ils n'arrivent pas à décomposer le mouvement pour le reproduire identique au modèle. Cependant, ils paraissent plus apaisés.

Je propose ensuite un jeu où ils doivent se déplacer et se stopper lorsque la musique s'arrête. Les enfants ont du mal à s'arrêter et à se contenir ; ils se provoquent.

Face à ce malaise, je décide d'utiliser un jeu qu'ils connaissent sûrement, le « un, deux, trois soleil ». Ce jeu à l'intérêt d'être plus structuré.

Il y a un but, celui de prendre la place du compteur et maitre du jeu. Le comportement des enfants ne change pas beaucoup. Je note tout de même qu'ils semblent prendre plus de plaisir.
Je conclue en invitant tout le monde à faire un cercle pour échanger ses impressions de la séance. Les enfants sont déjà éparpillés dans la pièce, ils montent sur les tables. La séance s'achève dans le chahut. La psychologue et l'éducateur reprennent les enfants, essayent de reposer le cadre.

Au long de la séance, les enfants sont sortis de la salle, ils ont essayé de se porter des coups. Ils sont grossiers et insultent tant les thérapeutes que les autres enfants. Les règles n'ont pas été respectées. Le plus clair du temps a été consacré à former un cercle pour la première activité. Je suis sidéré. Deux activités auxquelles j'avais pensées n'ont pas pu être réalisées, elles n'auraient pas eu leur place dans la dynamique de la séance. Je n'ai pas pu observer les enfants dans leur individualité.

Les soignants me font part de leurs remarques. J'apprends, non pas sans un certain étonnement, qu'ils trouvent que la séance s'est bien passée. Je ne sais quoi penser. En réunion, ils soulèvent que les enfants accueillent la nouveauté avec moins de violence qu'auparavant.

4) Réflexion clinique sur la séance

Après cette première séance, je dégage certaines observations. Les enfants ne restent pas à leur place. Ils n'hésitent pas à occuper tout l'espace de la salle. Ils s'allongent sur le canapé, se laissent tomber, montent sur les chaises, les tables. Dans un perpétuel mouvement, les enfants effectuent une sorte de va et vient entre l'espace sans mobilier où se déroule l'atelier corps et l'espace prévu pour le travail sur table. Ce rythme ne s'estompe pas. Ils ne s'arrêtent à aucun moment. Ils n'arrivent pas à se retenir de bouger. Ils regardent à droite, à gauche, se lèvent, se rassoient. Ce comportement semble venir comme une nécessité. Je note dès cette

première séance, l'étrange manière dont l'espace est occupé et le temps vécu. Ils manquent de repères.

Il est difficile de prévoir à quel moment l'un ou l'autre des enfants peut passer à l'acte. En d'autres termes ; à quel moment ils peuvent envoyer un coup de pied, pousser un cri ou insulter. Ces attaques ont pour cible les thérapeutes comme les autres enfants. Ils ne semblent pas avoir assimilé les règles de l'établissement. Je ne sais pas s'ils en ont conscience. Pour Jean Bergeret, la violence est une poussée instinctuelle primitive de type animal. Elle reste indépendante d'une structure de personnalité comme la psychose, la névrose ou la perversion. Le sujet la manifestant serait en situation de survie.[5] Pour cet auteur, l'agressivité repose sur la violence fondamentale. Elle est le résultat de la violence primitive et s'articule avec la sexualité. Elle prend naissance dans le théâtre oedipien, l'ambivalence, et prend l'autre pour objet dans sa capacité de l'aimer et de le haïr. Sans idée de définir les attaques des enfants par l'un de ces deux termes, je considère que les nuances qu'apportent ces définitions donnent des clés pour comprendre la clinique.

La violence renvoie à un comportement archaïque. Les sujets la manifestant se battent pour exister. La notion de vulnérabilité peut y être associée. Si les enfants sont violents, c'est qu'ils se sentent en danger. Leur étayage psychomoteur souffre surement de quelques lacunes.

L'agressivité reste en lien avec l'autre qui peut être objet d'amour ou de haine. Cette forme d'expression prend sens quand l'autre est perçu ; lorsqu'il existe en tant que personne.

Lorsque la violence et l'agressivité s'expriment en société, elles n'adviennent jamais seule. De ces comportements naît l'anarchie. Une personne violente n'intègre pas les règles, elle les remet en question, les détruit. Dans ce chaos, la relation avec les autres n'existe plus. L'individu violent est seul maitre de sa conduite. Dans une sorte de pulsion, il s'affirme en tant qu'individu existant et capable de s'exprimer. Elle se communique à l'environnement qui répond souvent par la sanction. Un tel comportement semble dénué de raison. Si la violence n'avait de bénéfices pour personne,

[5] BERGERET, J., 1984.

elle ne se manifesterait pas. La violence peut être profitable et comprise comme une manifestation, une expression. Toutefois, elle possède une tonalité perverse car la personne l'exerçant se définit dans la destruction et non dans la création.

Dans le cas des enfants de l'unité on observe ce mode interactionnel qu'il faut toutefois nuancer. Dans leur cas, je ne sais pas si une dimension expressive ou d'appel à l'aide existe véritablement. On peut parler de passage à l'acte dans le sens ou leur pensée serait court-circuitée. Ils semblent garder une manière d'être au monde très primitive.

Mon premier objectif est d'amener les enfants sur un autre mode que la violence ou l'agressivité. Il faudrait trouver le moyen de les faire passer par l'acte plutôt que passer à l'acte.

5) Poser le cadre

Il existe au sein de l'unité des règles permettant de poser des limites, car c'est de cela dont il est question. Lors de la séance, j'ai pu observer que ces règles de suffisaient pas à contenir les patients. Peut-être qu'ils ne les ont pas à l'esprit, qu'ils ne les comprennent pas ou les oublient.

Afin d'éviter les débordements, trois types de réponses s'offrent à moi. Une première s'exprimerait par le rappel des règles et la sanction. Ce type de réponse serait inapproprié si les enfants ne comprennent pas les règles. Une deuxième manière de répondre à l'enfant, serait de lui expliquer le sens de la règle. Par le langage, il serait possible de comprendre pourquoi l'enfant ne la respecte pas. Pour cela il faut qu'une relation ait pu être établie et que l'enfant ait la capacité d'interagir verbalement. Une telle réponse serait adaptée si les enfants pouvaient concevoir l'autre, s'ils étaient capables d'élaborer. Une troisième forme de réponse serait de rejoindre les enfants sur un mode relationnel qu'ils peuvent investir. La psychomotricité offre un mode relationnel global. Cette approche propose aux patients d'éprouver, d'expérimenter avec leur corps et leur pensée. Je comprends les attaques des patients non comme une volonté de désobéir ou de ne pas

comprendre les règles. Il s'agit pour eux de les concevoir dans leurs dimensions rassurantes et contenantes, de pouvoir entrer en relation. J'essaierai d'utiliser la troisième forme de réponse.

La violence renvoie donc à la perception qu'on s'en fait. Les patients comme les thérapeutes possèdent une perception propre de l'environnement. Cette variable perceptive, changeante d'une personne à l'autre, dépend de la manière dont une personne s'est structurée dans sa dimension psychique et corporelle. Les deux étant indissociables.

Les règles de l'institution ne sont pas intégrées par les patients qui ne les respectent pas. Penser et poser un cadre vient comme une nécessité. Celui-ci prend la forme que le thérapeute lui donne. Il permet de créer un repère pour le patient comme pour le soignant et doit avoir pour objectif le soin. Le but sera donc de créer un dispositif permettant de diminuer la souffrance des soignés. Pour cela le cadre doit permettre au thérapeute d'entrer en empathie. Je comprends ce terme à la manière de Jean Decety qui la définit comme « la capacité de se mettre à la place d'autrui pour comprendre ses sentiments »[6]. Ainsi, le dispositif doit permettre aux soignants de lire la souffrance des patients afin d'y répondre de la manière la plus adaptée.

Anne Brun reprend deux types de cadre-dispositif définie par René Roussillon « les dispositifs de médiation à création et les dispositifs thérapeutiques à médiation, en d'autres termes les dispositifs culturels et artistiques »[7]. Respectivement, ces deux cadres possèderaient deux fonctions différentes. Le premier aurait pour fonction « d'accompagner le travail de production et de transformation des formes, sans décryptage du sens des productions »[8]. Le deuxième serait fondé sur « la prise en compte de la dynamique transférentielle »[9]. L'auteur continue en notant que le premier dispositif relèverait plus de la psychomotricité, sans prise en compte de l'abord transférentiel qui serait pris en compte dans le deuxième dispositif. Le premier permettrait l'exploration, la rencontre avec une médiation quand

[6] DECETY, J., in GOLSE, B., BIZOT, A., BURSZTEJN, C., DESJARDINS, F., 2008, p. 259.
[7] BRUN, A., CHOUVIER, B., et ROUSSILLON, R., 2013, p. 96.
[8] *Ibid.*, p. 97.
[9] *Ibid.*

le deuxième questionnerait les associations faite par le patient à travers une médiation. Lorsque A. Brun différencie ces dispositifs, elle met en évidence deux manières de rejoindre le patient. L'une verrait « comment » le patient entre en relation et la deuxième observerait les raisons, le « pourquoi ». Je me rends compte de l'importance propre de chaque approche après avoir pu les différencier.

La psychomotricité considère la personne comme unifiée. Dans cette approche, la raison et le moyen sont mêlés. Par ma position, je dois non pas me cantonner à accompagner les patients dans l'atelier mais aussi m'interroger sur les raisons pour lesquelles ils adoptent un tel comportement. Mes analyses devront se baser sur l'articulation entre le physique et le psychique.

6) Première réflexion sur la technique de soin

La nouveauté disperse les enfants, cela les désorganise. L'atelier corps possède une histoire, il ne s'agit pas de casser avec mon arrivée dans le groupe, un fonctionnement déjà institué. Si mon rôle est d'amener une pratique et un regard psychomoteur, il faut que je prenne en compte la richesse du travail interdisciplinaire. Je m'appuie donc dans un premier temps sur la construction faite au préalable par les psychologues. Lorsqu'il a été pensé, son but était de mettre les enfants en mouvements. Ce dispositif a pour avantage de considérer la relation thérapeutique dans une interaction engageant les patients dans leur globalité.

Une technique possède plusieurs facultés. Elle peut être un prétexte pour entrer en relation. Une fois réuni autour d'une activité commune, le thérapeute peut s'ajuster et amener le patient dans un travail. Il devra s'adapter au patient et maîtriser ses actes afin d'adopter une relation soignante. Le travail de la technique peut être l'objet d'une interprétation, ce support permettrait l'expression sur un autre mode que celui de la parole. Le patient pourrait projeter ses affects à l'aide d'un intermédiaire. On peut ensuite considérer la technique comme un support permettant l'exploration,

l'expérience. Par ses sens, ses gestes, le patient peut découvrir son environnement, se le représenter, se repérer.

Dans de nombreuses institutions, le nom de l'atelier annonce le type de technique utilisée. Comme évoqué précédemment, à l'unité on parle d'atelier corps. Cette appellation peut être comprise de différentes manières et je me suis interrogé sur le bien fondé de considérer notre corps comme un simple support, comme un matériau. Dans notre société, le sens commun clive le corps et le psychisme. En psychomotricité, on considère que la personne est un tout unifié. A partir de ce postulat on ne peut considérer le corps comme un outil. Toutefois, le sens commun garde ce clivage. Lorsqu'on veut se faire comprendre, on ne peut s'empêcher d'utiliser le terme de « psychisme » ou de « corps ». On arrive à associer ces notions après les avoir séparés. La conception moniste est elle inée ou acquise ? La pédagogie nécessite t'elle de séparer les choses pour mieux les assimiler ? N'ayant pas réussi à trouver de réponses à ces questions, je ne trouve pas utile de modifier le nom de l'atelier. Dans un terme simple et représentable, l'enfant peut concevoir la portée du travail effectué.

Je reviens à mon propos. Le but originel de l'atelier est de revenir à soi par un travail corporel. Lors des séances précédentes, les activités proposées étaient choisies dans le but d'engager le corps. Les thérapeutes utilisaient le sport ou le jeu comme support. Elle permet aux patients une exploration et au thérapeute de lire les comportements et d'accompagner le patient.

7) Adapter cadre et technique à ma pratique

Au delà d'une instance moralisatrice donné par des règles, le cadre est un repère. On peut le définir dans la notion d'espace.

Lors de la première séance, les enfants se dispersaient dans la salle. Cette dispersion leur permettait, consciemment ou pas, de s'extraire de la proximité des thérapeutes. Un espace plus restreint les aiderait à entrer plus facilement en relation avec les thérapeutes et les autres enfants. Au vu

de cette réflexion, je décide de construire avec eux à chaque début de séance un espace. Les chaises et les tables seront utilisées pour partager la salle en deux espaces. La nouvelle organisation de ce lieu permettrait ainsi d'aider l'enfant à se repérer dans l'espace en attribuant une fonctionnalité précise à chaque partie : l'une pour l'atelier corps et l'autre pour le travail sur table. En outre, les repères concrets et précis aident l'enfant à comprendre ce qu'on attend de lui, par conséquent il est plus sécurisé.

Les rituels se rattachent à une certaine tradition. Il s'agit d'un acte répété à de multiples reprises et chargé d'un sens. Dans sa dimension anthropologique, le rituel permet aussi, autour de certains codes, de se sentir appartenir à un groupe, de se construire une identité. Avec les enfants, il est important d'amener une répétition. Les patients présentent des difficultés de représentation. En étant confrontés de multiples fois aux mêmes rituels, ils pourraient apprendre à se situer. La continuité et la constance de rituels permettraient d'amener une certaine sécurité. La sécurité peut aussi être trouvé dans l'identité du groupe. Les enfants insultent et se comparent. Ils interagissent dans une certaine rivalité. En leur permettant de vivre des activités ensemble, avec un cadre commun, ils pourraient se sentir appartenir au groupe. Je vois donc l'importance d'amener une répétition au sein de l'atelier corps. Elle sera amenée par un squelette de séance. Je construirais celui-ci par la suite. En effet, je ne connais pas encore suffisamment les enfants et leurs problématiques pour fixer une structure de séance, un cadre qui leur serait profitable. Une séance structurée, sensée et adapté permettra aux enfants de se structurer eux-mêmes.

Toujours dans l'idée d'assurer une continuité dans la prise en charge, je décide de garder le jeu et le sport. Il reste évident que je ne préfère pas multiplier les grilles de lecture de comportements en ce début de prise en charge. Je ne prends pas encore le temps de me pencher véritablement sur le sens des jeux que je propose.

8) Deuxième séance

L'atelier commence dans l'agitation. Lors du temps « Quoi de neuf ? » préalable les enfants se sont excités. Comme lors de la première séance, je demande aux enfants d'enlever leurs chaussures. En réponse, certains s'exécutent et d'autres s'allongent dans la salle. Je les étaye en redonnant du sens à ce rituel et tout le monde se retrouve sans souliers. Je commence à construire l'espace de travail en invitant les enfants à m'aider. Une sorte de bras de fer s'opère entre les patients et les soignants. Seul les deux psychologues m'aident dans cette tâche après bien des conversations visant à entrainer les enfants avec nous.

Sur le même schéma que la dernière fois, je propose de faire le jeu des pulsations. Les enfants se prennent au jeu. Toutefois, ce dispositif n'est pas si simple. Pour réussir à passer un message correctement, chacun doit fermer les yeux, hormis le précurseur du signal, moi. Je suis le garant du cadre. Ils doivent aussi rester en place, tenir la main d'un autre, attendre leur tour, sentir le message, compter le nombre de pulsations reçues, garder un chiffre dans leur tête et pour finir, retransmettre le message reçu. Même si les enfants gardent un entrain à jouer, ils sont confrontés à leur incapacité. Ils s'insultent, s'accusent de ne pas respecter la consigne, attaquent le cadre. L'un sort, on lui dit que c'est dommage, qu'il pourrait participer. On essaye de le rattraper. Lorsqu'il voit qu'on continue à jouer sans lui, il revient. Les psychologues m'aident à tenir le cadre. Nous passons un temps considérable à réussir, une fois, à passer un message convenablement. Après les avoir félicités, je décide de continuer la séance par les exercices de la dernière fois.

La psychologue introduit le « brain-gym », elle garde la disposition du cercle mais on se lâche les mains. Les enfants ne prennent pas leur temps et leurs mouvements ne correspondent pas tout à fait aux propositions. Ces mouvements rassemblent les enfants et ils proposent de faire des pompes. Je me saisis de cette proposition. Sans tout de suite mettre du sens à cette initiative, je présume qu'il est important pour eux d'aller dans des sensations de tensions. Les thérapeutes et moi même effectuons

cette activité sportive avec eux. Ils se comparent, essayent d'en faire le plus possible même si je donne un nombre maximum. La psychologue n'arrive pas à en faire tant que ça. Elle n'est pas frustrée pour autant et les enfants, la taquine. Cela semble les faire rire, les intriguer. Après cette activité, je décide de continuer et leur propose de faire des abdominaux. Tout le monde s'exécute. Leurs postures ne sont pas correctes et ils risquent de se faire mal. Je leur dis d'arrêter et leur montre les mouvements qu'il faut faire pour ne pas se faire mal. Un seul d'entre eux observe. Même en les ayant invités à se concentrer plusieurs fois, ils ne prêtent pas attention à mes remarques. Ils sont dans leur bulle. L'exercice s'arrête quand chacun se sent assez fatigué. Les enfants se laissent ensuite tomber, ils s'allongent mais poussent des cris.

La psychologue propose le jeu du « roi du silence ». Elle compte jusque quarante-cinq et si un enfant émet un son, elle recommence à zéro. Bien que les enfants soient en position allongée, ils n'arrivent pas à rester en silence et ils poussent des cris, se moquent les uns des autres, des thérapeutes. Ce jeu qui devait amener une certaine détente provoque son contraire. Après avoir essayé pendant un moment, on cesse l'exercice.

Je propose ensuite, le jeu du « un, deux, trois, soleil ». Les enfants respectent la consigne et arrivent à jouer ensemble.

A la fin de la séance, j'essaye de reconstruire un cercle afin de partager les impressions de la séance verbalement. Les enfants s'excitent, j'abandonne et on passe à la suite des activités de l'après-midi.

9) Réflexion clinique sur la séance

A plusieurs moments, le cadre a été ébranlé. Les enfants n'ont pas participé à la construction de l'espace de travail, ils n'écoutent pas les consignes pour effectuer les abdominaux… Il y a probablement plusieurs raisons à cela et chacune porte un sens. Le cadre peut être trop dur pour eux, trop rigide, mal adapté, pas assez sensé. Il peut aussi être l'objet de l'exploration des enfants. Leurs attaques peuvent être comprises comme une recherche de la structure, une recherche de la limite. Par leurs actes, ils

viendraient tester, découvrir, expérimenter. Une première réponse serait de tenir le cadre, cela permettrait aux enfants d'en découvrir la solidité. Une deuxième réponse serait de changer le cadre, de mieux l'adapter. Cela impliquerait de casser la structure. Une troisième réponse serait de garder la structure du cadre et d'en modifier le contenu. Cette dernière me paraît profondément adaptée compte tenu des difficultés des enfants. Il faudra que je comprenne pourquoi les enfants agissent de cette manière pour pouvoir adapter la structure à leur mode de fonctionnement.

Les enfants peuvent avoir du plaisir dans la relation. La répétition semble canaliser les enfants. Je le note à différentes reprises : lors de la reprise du jeu « téléphone arabe » et notamment pendant le jeu « un deux trois soleil ». Ces jeux restent très organisés, très formels. Des règles sont données et un objectif doit être atteint. Ces jeux semblent intéresser les enfants. Ils amènent les enfants dans une action et permettent un jeu sans avoir nécessairement besoin de l'imaginaire. Le « roi du silence » était pour eux insupportable.

Les autres activités proposées prennent une tournure particulière. Au delà d'un exutoire ou d'une façon pour les enfants de se défouler, leurs actions prennent un sens. Ils essayent de faire le plus de pompes possibles. Lors du « roi du silence », ils semblent tous s'accorder pour ne pas atteindre l'objectif de la psychologue. Les enfants créent un nouveau type de jeu, plus informel. Si ils ne sont pas adaptés au cadre et essayent de s'en soustraire, c'est avec lui qu'ils jouent.

Les enfants agressent le cadre matérialisé par l'espace et incarné dans les thérapeutes. Toutefois, il semble qu'ils arrivent à entrer en relation dans le jeu. Celui-ci prend une tournure formelle ou informelle. Il permet aux enfants d'expérimenter, de répéter. Il me paraît important de redéfinir le jeu et de mieux comprendre cette médiation. Ce travail me permettrait de réagir de façon plus adaptée, d'amener un certain contenu par l'intermédiaire de ce support.

Le fonctionnement des enfants m'échappe. Ils fuient, crient, s'excitent en groupe. Cette deuxième séance m'amène à réinterroger la

manière dont ils peuvent percevoir leur environnement. Leur manière d'être au monde souligne des dysfonctionnements psychique et physique spécifiques.

10) Les enfants, leur pathologie, comprendre le diagnostique

Le concept de dysharmonie évite de classer les enfants atteints de troubles dans une catégorie spécifique. Dans sa définition même, on s'applique à voir l'enfant dans une évolution possible. R.Misès dit qu'« évoquer la dysharmonie évolutive, pourrait donc représenter une solution d'attente vis à vis de sujets que l'on hésite à faire rentrer, de façon ferme, dans un cadre nosographique plus précis »[10]. Toutefois, la nosographie se construit sur la clinique. Le cadre nosographique permet au thérapeute de comprendre la « maladie ». Il permet de mettre en place une prise en charge spécifique, d'avoir des clés de compréhension du fonctionnement de la personne atteinte d'une pathologie précise. Dans cette partie, je vais essayer de comparer les comportements des enfants à d'autres pathologies infantiles. Sans bilans précis, je ne peux avancer de véritables affirmations. Mes observations restent subjectives, qualitatives et donc non objectivables. Les éléments que je peux avancer doivent être considérés comme des hypothèses.

11) Dysharmonie évolutive et TDA/H

La dysharmonie évolutive renvoie à la théorie psychanalytique. Il existe d'autres théories. Avec une vision neuropsychologique, Jean-Michel Albaret décrit des enfants atteints de trouble déficitaire de l'attention/Hyperactivité (TDA/H) : « Ces enfants dont la motricité est rarement au repos, grimpent sur les bureaux, courent dans la salle de classe, sautent, crient, bousculent leurs camarades, interrompent l'enseignant de manière intempestive ou encore se trémoussent sur leur chaise et manipulent

[10] MISES, R., et CONSTANT, J., *loc. cit*, p. 1007.

en permanence des objets. »[11] Douglas mentionne qu'ils sont incapables de « s'arrêter de regarder, d'écouter »[12]. Ces descriptions des enfants atteints de ce trouble collent avec mes observations d'enfants atteints de dysharmonie évolutive. Les patients de l'unité se rapprochent donc des enfants atteints de TDA/H. Je peux convenir qu'il existe des comportements similaires pour ces deux pathologies sans faire pour autant un amalgame entre les deux.

Le diagnostique de dysharmonie évolutive comprend les dysfonctionnement instrumentaux d'une personne à partir de sa structure psychique, de sa personnalité. Cette vision de l'homme amène une réflexion plus subjective de l'humain. La prise en charge d'une telle maladie se comprend dans la relation.

Le diagnostique de TDA/H se construit dans une association de symptômes constitués de l'hyperactivité, l'impulsivité et d'un déficit attentionnel. Les origines de ce trouble sont d'ordre neuropsychologique[13]. Cette vision de la pathologie amène une réflexion plus objective. La prise en charge d'une telle maladie prend sens quand le thérapeute, par son dispositif, est capable de modifier l'environnement du patient afin de permettre à celui-ci de corriger des boucles neurologiques.[14]

Ces deux approches ont leurs particularités. Elles se complètent et s'étayent. La dysharmonie évolutive est un diagnostique plus compris par les soignants de l'unité qui se réfèrent facilement à elle pour penser leur pratique. Cette approche est encore floue pour moi. Elle laisse aussi peu de place à une approche de la pathologie prenant en compte les fonctions et les multiples instrumentations nécessaires au développement de l'enfant. J'entends l'instrumentation au sens de A. Bullinger qui l'utilise « pour décrire la manière dont le bébé parvient à faire des systèmes sensori-moteurs des outils qui lui permettent de comprendre et d'agir sur son milieu »[15]. Pour ces

[11] SCIALOM, P., GIROMINI, F., et ALBARET, J-M., 2011, p. 264.
[12] DOUGLAS, V.I., 1972, p. 259-282.
[13] *Cf*, annexe numéro 1, p. 79.
[14] *Cf*, annexe numéro 2, p. 80.
[15] BULLINGER, A., 2004, p. 54.

raisons, j'ai trouvé nécessaire de faire un lien avec les TDA/H. En ce début de prise en charge, il me paraît important d'ouvrir un champ de réflexion liant psychanalyse et constructivisme.

J'ai pu demander au médecin de l'équipe ce qu'il pensait du diagnostique de TDA/H. Il me répond qu'il existe probablement un lien avec cette pathologie mais que les enfants ne présentent pas une forme pure de cette pathologie.

Ces considérations m'amènent à comprendre que la distinction entre dysharmonie évolutive et TDA/H se situe dans la notion de handicap. Dans la conception très médicale des TDA/H, le handicap est avéré. Ce terme ne laisse pas place à une évolutivité du trouble.

12) Dysharmonie évolutive et psychose

Lors d'une réunion de synthèse, je demande aux thérapeutes ce qu'ils pensent de la structure psychique des patients. Ils me répondent qu'à leurs yeux, le fonctionnement des enfants reflète des traits psychotiques.

Des psychomotriciens rappellent qu' « il est décrit que 50 à 80 % des enfants souffrant de TDA/H présenteraient au moins un trouble psychiatrique associé (1), ce taux pouvant atteindre plus de 90 % pour une étude européenne multicentrique (2) ; la comorbidité psychiatrique au TDA/H constituerait ainsi plus la règle que l'exception, et conditionne la prise en charge ainsi que le pronostic. »[16] Cette observation née d'études met en évidence l'existence de liens entre les enfants atteints de TDA/H et d'autres pathologies psychiatriques. Si je considère qu'il existe pour les enfants de l'unité, une similarité entre la dysharmonie évolutive et les TDA/H, je peux avancer que leur pathologie s'accompagne probablement de traits psychotiques.

Cette hypothèse m'amènera à garder en tête la difficulté que les patients peuvent avoir à être en contact avec la réalité. Le corps nous rattache à la réalité. A propos de l'enfant, Bernard dit de Wallon « qu'il

[16] PUYJARINET, F., FRANC, N., et PURPER-OUAKIL, D., 2012, p. 8.

s'attacha, en effet, à montrer comment celui-ci parvient peu à peu à prendre conscience de son corps comme d'une réalité, d'une dynamique, »[17]. Il existe un certain lien entre la perception du monde que peut avoir un des enfants de l'unité et une personne psychotique. L'enfant se construit dans une interaction, par l'intermédiaire de son environnement et de ses relations. L'état de psychose évoque quelque chose de plus figé, de plus désorganisé. La notion de processus y est moins rattachée. Pour le cas de la psychose infantile, on peut comprendre qu'il s'agit d'une prolongation des mécanismes du jeune enfant. Il est possible qu'une telle structure psychique soit associée à la dysharmonie évolutive des patients.

13) Les enfants leur pathologie, les symptômes

Ces hypothèses et comparaisons diagnostiques m'invitent à considérer les symptômes des patients. Ceux-là trouvent deux points d'ancrages que C. Potel définie.

Je peux comprendre la pathologie des enfants d'un point de vue des troubles « hyper » : « hyperactivité , mais aussi hyperexcitabilité, hyperprécocité, tous ces « hyper » parlent d'un débordement d'excitation qui peut trouver d'autres chemins que celui des actes. L'acte vient en lieu et place de la pensée. » [18]. Cette assise théorique met en évidence chez ces enfants leur difficulté à symboliser, à avoir des représentations. Ils investissent particulièrement l'agir sans pour autant le maitriser, le penser. L'excitation d'une personne peut aussi être comprise comme une difficulté à sélectionner des informations sensorielles, à se repérer, à organiser ses mouvements. Dans cette perspective, je pense qu'ils subissent un défaut d'intégration psychomotrice. En passant par l'éprouver, le rôle du psychomotricien serait de trouver des stratégies permettant aux patients de ne pas déborder leur environnement, ou de ne pas se laisser déborder, leur permettant de s'organiser.

[17]BERNARD, M., 1995, p. 35.
[18] POTEL, C., 2010, p. 200.

Je peux aborder la pathologie des patients d'un point de vue des difficultés de relation chez l'enfant. « Agressivité ou auto-agressivité, incapacité d'adaptation au groupe, intolérance à la frustration, colères incontrôlables, incapacité à jouer à plusieurs, tous ces comportements témoignent d'une toute puissance infantile non régulée par des étapes de castration symboligène suffisamment intégrées. »[19]. L'environnement et les relations des enfants ne leurs auraient pas permis de se construire et de dépasser un état de puissance infantile ressemblant à la psychose. Winnicott décrit chez le petit enfant un état d'omnipotence. Dans cet état, l'enfant n'a pas pu construire une sphère objective. Il confond le monde interne fantasmatique et le réel.

Là encore, il est difficile de définir les souffrances des patients par une symptomatologie précise. Je vois de plus en plus comment le diagnostique de dysharmonie évolutive renvoie à des difficultés d'ordre structurelle et instrumentale. Je ne peux construire mes observations sur l'une ou l'autre de ces difficultés. Il faudra que je prenne en compte les deux en même temps pour ne pas suivre l'évolution des enfants et les accompagner de manière incomplète ou inadaptée.

III- Mise en place de la prise en charge en psychomotricité

1) Cibler l'enjeu

Par un retour sur le diagnostic j'ai pu mettre en évidence les éventuelles carences instrumentales et la probable structure psychotique des enfants. Cette vision de la pathologie est clivée même si elle a le mérite de bien concevoir les troubles des enfants. Une telle approche favorise aussi la communication dans une équipe pluridisciplinaire, je reviendrai sur ce point.

[19] *Ibid.*, p. 202.

Les enfants peuvent ne pas avoir conscience du but qu'ils veulent atteindre. Ce critère de finalité renvoie à la question de leur structure psychique. Les enfants peuvent ne pas avoir les moyens d'atteindre leur but. Ce critère de moyen renvoie à leurs capacités instrumentales, à leurs fonctions.

L'originalité de la psychomotricité réside dans son approche globale de la personne. Dans cette perspective, le psychomotricien pense ses actes afin d'amener un patient à changer une attitude. Chez les enfants de l'unité, il s'agit de les rendre sociables en passant par un travail sur la symbolisation. La psychomotricité aborde la personne en prenant en considération son développement. Je définis le développement au sens de Henri Wallon : « le développement de l'enfant est conçu comme résultant des interactions entre les contraintes neurobiologiques de la maturation et les conditions sociales de la relation »[20]. Ce postulat m'amène à comprendre un trouble dans l'association du corporel et du psychique.

2) Objectifs de prise en charge

Ces considérations m'aident à mieux comprendre et assimiler la pathologie des enfants. Dans une articulation avec la clinique j'essaye de dégager les raisons pour lesquelles les enfants agissent de cette façon. Dans cette dynamique, je mets en relief les points qui me paraissent important pour la prise en charge du groupe. Deux lignes de conduite me paraissent importantes. Pour ces enfants, une première problématique concerne la qualité des fonctionnalités des enfants et une deuxième les troubles de la relation. Au vu de ces réflexions, il me semble intéressant de déterminer les objectifs thérapeutiques à prendre en considération dans l'atelier corps.

La problématique relationnelle est permanente dans les séances. L'objectif du travail de groupe sera d'arriver à faire les activités ensemble, sans agresser l'autre ni se confondre avec. Le premier point de la prise en charge sera de permettre aux enfants de se rendre sociable. Ce travail passe

[20] SCIALOM, P., GIROMINI, F., et ALBARET, J-M., *cit, op.,* p. 33.

par la communication, le langage, la symbolisation et la construction d'une identité. La théorie se rapportant à la dysharmonie évolutive de structure psychotique me conforte dans cette position : « La communication à autrui se fait de manière inadaptée. »[21] « le langage est perturbé » [22]« l'angoisse est profonde mais peut s'extérioriser de manière aiguë (impulsions diverses). Elle s'élabore au travers de symptômes de la lignée obsessionnelle (stéréotypies, rituels). » [23]

Pour pallier à une problématique fonctionnelle, il me paraît intéressant de réfléchir en amont aux activités amenées en séance, cela me permettra d'être attentif aux mouvements des enfants. Si la sociabilité des patients a du mal à se mettre en place à cause de problèmes instrumentaux, je pourrais observer ce qui amènera un enfant à s'emporter. Là encore la théorie conforte mes associations, « trouble des repères temporo-spatiaux, trouble de la gestuelle. » [24]« les fonctions perceptivocognitives de ces enfants se développent dans les limites de la normale. » [25]

Mon objectif de prise en charge principal sera donc d'amener les enfants à la symbolisation et à vivre avec les autres sans violence. Ce travail devra mettre en place une relation adaptée en passant par une interaction entre le corps et le psychisme. Pour cela, il faut que les enfants puissent se représenter par rapport à un repère commun. De ce repère, ils pourront éprouver, sentir, se représenter, se représenter le groupe, se différencier et entrer en communication. J'essayerai de penser et mettre du sens dans les activité de l'atelier corps d'un point de vue psychomoteur, en mêlant une approche constructiviste et psychanalytique.

---

[21] TYRODE, Y., et BOURCET, S., 1999, p. 98.
[22] *Ibid.*
[23] *Ibid.*
[24] *Ibid.*
[25] *Ibid.*

3) Des pistes de travail et d'observation de l'évolution des enfants, la prise en charge psychomotrice

Ma rencontre avec les enfants de l'unité m'a permis de dégager un certain nombre d'observations cliniques. J'ai pu éclairer celles-ci à la lumière de pistes théoriques et faire quelques liens. Jusqu'à présent, la tournure des séances prenait une forme de rencontre. Le cadre s'installe progressivement et semble appelé à évoluer. Il vient comme une nécessité de voir quel fond sous-tend les mécanismes qui se jouent en séance. La complexité des enfants atteints de dysharmonie évolutive réside dans la difficulté à comprendre l'origine des troubles. Ils peuvent être dus à une structure psychotique et/ou à une désorganisation des fonctions instrumentales.

Un écueil de ma pratique serait de me perdre dans des considérations trop abstraites et en dehors de la réalité, cette réalité qui manque certainement aux enfants. Pour pouvoir les aider à se construire et à trouver des repères, il est nécessaire que je structure les séances. Pour ce faire, je décide de construire et penser un squelette de séance. Un tel squelette permettra d'assurer une continuité, une répétition entre les séances en gardant le cadre défini. Dans la répétition, je pourrai observer l'évolution des enfants en ayant moi-même une idée de la manière dont les enfants agissent de façon habituelle dans ce cadre.

Le fil conducteur de la séance se basera sur les grands items de la sémiologie psychomotrice, à savoir : le repérage spatio-temporel, la conscience du corps, le tonus et la motricité globale. Ces grandes fonctions s'étayent. Le travail de l'une de ces fonctions agit sur l'autre. En attribuant à chaque activité un ou deux items en particulier, je me construis une grille d'observation. Cette stratégie me permettra de regarder précisément une fonction psychomotrice chez les enfants dans une activité spécifique. D'autre part, ce matériel sera un support concret pour penser, orienter la manière dont je présenterai les exercices aux patients.

4) Penser le squelette de la séance

L'enjeu de cette partie est de déterminer les fondements théoriques des activités vécues lors des séances précédentes. Il s'agit d'y mettre du sens, de comprendre ce que les enfants, les thérapeutes et moi-même, amenons en séance. Il est difficile de discriminer un manque spécifique chez ces enfants. Le squelette des séances doit prendre en compte l'ensemble des modalités psychomotrices nécessaire au développement de l'enfant. En fonction de leur rythme propre et dans un cadre structuré, les enfants pourront se construire.

a) Le temps : sa perception et sa gestion

Il est important pour les enfants de répéter les activités. Mon idée reste de structurer le temps. « Le temps possède trois composantes majeures : l'ordre, la durée et la succession. Ces trois composantes vont être progressivement appréhendées par l'enfant et constituer la base de la structuration temporelle »[26]. La création d'un squelette se fera sur une base ou des activités se succèderont dans un ordre précis. Une telle structure temporelle permet aux enfants de construire des repères d'une séance à l'autre.

b) L'espace : se l'approprier

Au vu de mes réflexions, je vois deux possibilités susceptibles d'être à l'origine de l'agitation des enfants. Une première serait leur difficulté à être dans la réalité. Une deuxième serait leur manque de repérage et d'orientation dans l'espace et le temps. Ces bases sont extrêmement liées. La réalité se construit dans un repérage spatial et temporel commun avec l'autre. Les enfants tirent sûrement un bénéfice de

[26] SCIALOM, P., GIROMINI, F., et ALBARET, J-M., *op, cit.*, p. 225.

leur décalage avec la réalité. Ils ont certainement plus de bénéfices à exister hors d'elle. Lors de la deuxième séance, j'ai pensé qu'il serait intéressant pour les enfants de construire l'espace de travail. Je pense toujours qu'il est intéressant de maintenir ce dispositif. « L'espace est une donnée fondamentale de l'adaptation de l'être à son milieu. La structuration spatiale permet à l'homme de se repérer dans son environnement, mais aussi de se mouvoir, d'organiser ses mouvements dans un cadre spatial référencé »[27]. En construisant l'espace de travail ensemble, les enfants font l'expérience d'un repère commun. Il faut cependant que cet espace soit accueillant. La simple disposition de chaises ressemble davantage à la construction d'une prison ou d'une barricade qu'à un repère sécurisant. Pour associer une dimension agréable à cet espace il faut lui donner une autre tournure, une dimension plus sécurisante. La première étape des séances sera de construire une maison. De ce postulat, une intimité pourrait de développer. L'espace ne serait pas perçu comme rigide mais souple et adaptable. Par cette décision, les enfants pourront aménager l'espace sur un fond d'imaginaire. Je sortirai lors des prochaines séances des couvertures et des tapis ; les laissant à la disposition des enfants en plus des tables et des chaises.

c) Rituel des chaussures

Je garde à l'esprit l'importance du rituel. La deuxième étape des séances sera d'enlever ses chaussures. Ce rituel arrivera dans la prolongation de la construction de l'espace. En plus de se mettre dans de bonnes dispositions pour suivre la séance, un sens pourra être donné à ce rituel ; on ne garde pas ses chaussures dans la maison.

[27] *Ibid.*, p. 220.

d) Le jeu des pulsations : travail sur le dialogue tonico-émotionnel

Le jeu du téléphone arabe permet aux enfants de se rassembler après avoir construit l'espace ensemble. Ce dispositif demande aux enfants de faire corps. Ils entrent en relation par le toucher car ils doivent se tenir la main. Ils doivent se faire confiance car ils ferment les yeux. Il doit y avoir une cohésion et un objectif commun car si l'un d'entre eux ne respecte pas les consignes, le message transmis sera modifié.

Ce dispositif a pour originalité de permettre aux enfants de dialoguer par le toucher. Ils peuvent ressentir corporellement les tensions et les relâchements de l'autre. En passant par le sens du toucher, ils peuvent éprouver la présence de l'autre. Lorsque chacun est prêt, tout le monde doit fermer les yeux et la parole n'est plus utilisée. Lorsque je fais passer un message et qu'un enfant ouvre les yeux, je l'invite à les refermer par un jeu de regard.

Le dialogue tonico-émotionnel est une communication qui s'établit « d'une manière privilégiée entre la mère et son enfant tant qu'il n'y a pas d'échanges de paroles. Cette communication se fait par les regards, les sourires, les touchers, les vibrations, les mimiques émotionnelles. » [28]. Le travail de cette modalité a pour but de « de renouer un dialogue fructueux avec l'enfant, de relancer le processus intégratif et de l'amener progressivement à la symbolisation de ses ressentis »[29]

La notion de toucher est bien présente. La prise de contact se fait par les mains. Cette façon de se toucher éviterait une trop grande intrusion dans l'intimité de l'autre.

Le temps est intimement lié à ce dialogue. L'enfant attend son tour. Il retient son message avant de le retransmettre.

[28] *Ibid.*, p. 159.
[29] *Ibid.*, p. 162.

e) Le brain gym et le travail sur les coordinations, motricité globale et la conscience du corps:

En plus de la continuité qu'il induit, le brain gym recouvre plusieurs avantages dans la prise en charge. J'ai pu observer les difficultés des enfants à réaliser certains mouvements. Dans ce temps de séance, les patients peuvent se concentrer sur un geste à reproduire. Ils peuvent imiter des mouvements. En les accompagnant dans la réalisation de postures, de mouvements ou de gestes, les enfants pourraient prendre conscience de leurs gestes et les réguler. Je peux utiliser cette étape pour les aider à anticiper et programmer un acte, les guider dans l'exécution de celui-ci.

En faisant les mouvements avec eux, les psychologues et moi-même pouvons servir de modèle. Les enfants exécuteront les mouvements en imitant comme en exécutant la consigne donnée verbalement.

Dans l'atelier corps, le brain-gym servira de support à un travail de conscience du corps. Il permet de prendre en compte l'image du corps et d'intégrer le schéma corporel. J'entends le schéma corporel à la manière de Gallagher qui le définit comme un « système de capacités sensori-motrices qui fonctionne sans conscience ou nécessité d'un contrôle perceptif »[30] . Le même auteur défini l'image du corps comme « un système de perceptions, d'attitudes et de croyances se rapportant à son propre corps ».

Je décide de mettre en place cet exercice après la construction de l'espace et la rencontre avec le groupe. Ce choix s'explique car à mon sens, les enfants ont besoin de ressentir une sécurité dans le groupe avant de se rassembler et de pouvoir se concentrer sur leurs sensations.

f) Pompes, abdominaux, détente : Travail sur la régulation tonique et la conscience du corps

On peut s'interroger sur la pertinence d'un travail musculaire chez ces enfants en permanence dans la tension et l'excitation. Je trouve un autre intérêt à amener les enfants dans des expériences de tensions. Les

[30] GALLAGHER, S., 2006, p. 24.

patients ont pu amener ce type d'activité et je le comprends comme une recherche de sensations. Lors de la dernière séance, les enfants sont même allés jusqu'à une sensation de douleur musculaire. Je traduis un tel recrutement tonique comme une manière pour eux de se sentir exister. Il semble évident qu'il faut canaliser cette recherche et éviter des comportements à risque. Ce temps de la séance leur permet d'aller encore plus loin dans ces sensations. Après leur travail musculaire, les enfants s'étaient allongés avant de s'exciter à nouveau lors du jeu du roi du silence. Cette ébauche de rythme entre tension et détente est à travailler.

Jacobson traite cette notion de tension et relâchement. Il avance l'idée « qu'il existerait une relation entre le vécu émotionnel et le degré de tension musculaire »[31]. Je fais un lien avec le postulat de cet auteur. Sans prétendre amorcer un véritable travail de relaxation, je peux profiter de l'épuisement physique des enfants pour maintenir un temps de détente après l'exercice physique. Ils pourraient se centrer sur eux-mêmes et prendre conscience de leur relâchement. En les amenant au calme, je pense qu'ils pourront éprouver d'autres émotions que la tension. Le jeu du roi du silence est anxiogène pour eux car rien ne peut accompagner les enfants dans leur détente. J'imagine qu'en les guidant par des consignes, en leur proposant de s'installer agréablement avec des couvertures et des tapis, ils arriveraient à vivre un moment calme et partagé.

g) Le jeu de la grand-mère : élaborer et symboliser

Tout le travail effectué en amont, permet aux enfants de se structurer, d'interagir sur un mode relationnel permettant une symbolisation assez primitive. Après un travail sur les fonctions psychomotrices, en continuité, il me semble important d'amener un temps permettant aux enfants d'allier les mouvements et la parole dans une interaction. Le jeu du « un, deux, trois, soleil » laisse peu de place à la parole.

[31] GUIOSE, M., 2003, p. 17.

J'ai pu reprendre un jeu de cours intitulé le « jeu de la grand-mère » et l'adapter aux enfants. Dans ce jeu, l'ensemble des participants se situe d'un côté de l'espace sauf un, le maitre du jeu, qui se situe à l'autre extrémité. On l'appelle « grand-père » ou « grand-mère » selon son sexe. Chacun leur tour, les participants s'adressent au maître du jeu et disent : « Bonjour grand-père », et celui-ci répond « bonjour mon enfant ». Le participant doit alors imaginer le plat préféré du maitre du jeu : « est ce que vous aimez … ? ». Le maitre du jeu fait alors avancer le participant en fonction de la manière dont il aime le plat désigné. Il donne alors un nombre de pas et un type de pas au participant qui doit les effectuer et conclure sa phase de jeu par un « merci grand-père ». Si un participant ne respecte pas le protocole, il retourne ou reste à sa place. Ensuite, c'est au tour d'un autre participant. Les types de pas sont de trois sortes. Il existe les pas de souris (un pied devant l'autre), les pas de casserole (un tour sur soi-même dans la direction du maître du jeu) et un pas de kangourou (un grand bond en avant). Le but du jeu et d'arriver le premier au maître du jeu et de prendre sa place.

Cette forme de jeu très structurée laisse peu de place à la spontanéité. Elle permet d'éviter aux enfants de se disperser. Il met en adéquation la parole et l'acte. Les participants doivent prendre conscience du maître du jeu et se mettre à sa place pour imaginer ce qui lui ferait plaisir. Ils doivent se situer par rapport aux autres dans leur avancement et se retenir de tricher. Ils doivent supporter le regard des autres et garder le cadre quand ils sont maîtres du jeu.

h) Le cercle de fin : symboliser son expérience

Pour conclure la séance et rassembler les participants avant de remettre les chaussures, je désire garder un temps de partage de la séance. Après avoir rassemblé les enfants en cercle, je leur propose de montrer ce qu'ils ont pensé de la séance. Ils doivent utiliser pour cela un geste. L'idée est de permettre aux enfants d'élaborer leur ressentis en passant par un acte.

5) La place des psychologues dans l'atelier corps

La place des thérapeutes est essentielle dans la dynamique d'un groupe. Il est souvent question de faire une distinction entre psychomotricité et psychologie. Un champ de compétences spécifique existe pour chacune de ces approches. Souligner les différences permet à chacun de trouver sa place dans le groupe.

En ce début de stage, je ne pèse pas encore toute la pertinence à accorder à la réflexion sur la place prise par les psychologues qui m'accompagnant. Sûrement par timidité, je considère que c'est à moi de trouver ma place et que je ne suis pas là pour juger leur pratique. De ce postulat, je m'intéresse à trouver quel impact peut provoquer leur investissement dans le groupe.

De manière assez intuitive, les deux psychologues se sont positionnés comme acteurs. Lors des premières séances, ils exécutent les consignes et me soutiennent dans mes propositions. Ils adoptent un statut de modèles auxquels les enfants peuvent se référer. D'autre part, en plus de s'investir corporellement, ils expriment ce qu'ils ressentent comme sensations. Ils renvoient aux enfants ce qu'ils observent d'eux. En mettant en mots leurs propres ressentis, ils invitent les enfants à faire de même et à mettre des mots sur leurs expériences. Catherine Potel donne la place de la parole lors d'un travail psychomoteur : « les mots viennent lier les sensations et les éprouvés à des émotions et des affects, afin que des processus de symbolisation plus secondarisés puissent prendre le relais des processus plus primitifs, chevillés au corps »[32]. Ainsi, lorsque les psychologues mettent leur ressentis en mots, ils participent pleinement au travail psychomoteur.

Cette position peut aussi s'expliquer car les psychologues maintiennent le cadre avec moi. Leur position active les rend capables d'intervenir rapidement si un enfant essaie de sortir de la salle.

Le but de l'atelier corps reste d'introduire un travail psychomoteur dans l'unité. Je ne juge pas encore nécessaire d'approfondir cette différenciation. Pourtant, un bon nombre d'interrogations peuvent se

[32] POTEL, C., *op, cit.*, p. 368.

poser. L'un d'entre eux doit-il seulement observer l'atelier ? Doivent-ils faire des interprétations ou des associations ? Comment leur personnalité influence t'elle la dynamique de groupe ? Ces interrogations trouveront des réponses dans la clinique.

IV- Penser sa pratique

1) ma place en réunion de synthèse

Sans psychomotricien sur place, ma position de stagiaire m'offre une certaine autonomie. Lors de mes stages précédents, j'entrais dans l'ombre du professionnel que je suivais. Mes observations et ma pratique étaient discutées mais aussi soumises à un positionnement, celui de mon maître de stage. Ces situations me permettaient d'assimiler une forme de travail. Dans un certain mimétisme, je reproduisais auprès des patients ce que j'observais de l'attitude du psychomotricien que je suivais. Cette forme de stage offre une sécurité appréciable. Je me fondais dans l'identité du professionnel et je ne pensais pas toujours par moi-même. Lorsqu'il fallait rendre compte auprès de l'équipe soignante du travail effectué ou de l'évolution d'un patient, je pouvais suivre le discours du psychomotricien, et mettre en avant son expérience professionnelle pour me justifier.

A l'unité, les transmissions et réunions de synthèse m'invitent à justifier ma pratique et à faire part de l'évolution des enfants. Il est question de personnes humaines et je prends toute la mesure de la responsabilité des soignants. Une justification binaire peut être utilisée. Le comportement des enfants reflète une capacité ou une incapacité d'adaptation face à une situation. Dans cette perspective, l'évolution d'un groupe se voit par l'aptitude de celui-ci à réussir un exercice dont il était incapable au préalable. Cette évolution est appréciable dans la mesure où, dans un premier temps, le groupe et/ou un enfant ne révèle pas une capacité (il en est dépourvu) et dans un second temps, le sujet acquiert cette « dite »

capacité. Si une capacité inexistante à l'origine se révèle par la suite, si l'enfant ou le groupe adopte un comportement qu'il a pu construire en séance, et s'il peut appliquer ce comportement dans la vie de tous les jours, alors le soin est justifié. Toutefois, cette approche ne laisse pas de place au fortuit. Il est possible de voir un enfant adopter un comportement adapté lors d'une séance et plus tard, de voir ce même enfant adopter un comportement désorganisé. La temporalité viendrait alors valider ou invalider l'évolution d'un enfant. Si un enfant est adapté lors d'une grande période, on peut envisager qu'il se soit organisé. Cependant, un comportement peut être intégré sans être assimilé. Un comportement plaqué ne présente une adaptation que dans le contexte des séances et face à un dispositif où la répétition le lui permette. Dans un autre contexte, l'enfant serait incapable de s'adapter. Plusieurs professionnels peuvent s'entendre et observer ou non un comportement adapté, cela ne permettrait pas pour autant de savoir si l'enfant a véritablement pu s'organiser ou non. Dans un premier temps, j'observe le groupe et les enfants à partir de cette vision binaire. Cette méthode possède un avantage certain, celui de communiquer facilement avec l'équipe et de cibler rapidement un dysfonctionnement.

Dans un deuxième temps, mes transmissions vont pouvoir s'organiser autour d'un système moins sécurisant pour moi mais plus proche de ce que vivent les enfants. L'enjeu est de comprendre ce que l'inadaptation des patients me dit de leur réalité interne, de la manière dont ils se voient et voient le monde. Ce positionnement me permet d'être plus à l'écoute du fonctionnement des enfants. A partir d'une théorie plus complexe, j'essaie de faire des liens et de comprendre en profondeur ce qui se joue en séance.

2) La médiation

Forger un dispositif permettant aux patients d'améliorer leurs compétences est d'une importance certaine. La souffrance d'un patient peut tirer son origine d'une incapacité. Améliorer les compétences d'une personne permettrait de baisser son niveau de souffrance. Toutefois, la structure

psychique d'une personne est toujours plus complexe. Je considère qu'avoir une compétence ne signifie pas être en bonne santé. La subjectivité du patient doit être prise en compte dans un dispositif thérapeutique.
Pour comprendre les véritables enjeux de la souffrance d'une personne, il faut observer la manière dont elle l'exprime. De cette expression peut naitre un échange entre le soignant et le soigné.

La psychanalyse pose les bases de ce type de travail. Dans un souci d'analyse de la structure psychique du patient, elle introduit la notion de transfert et contre-transfert. Le travail thérapeutique se met en place à partir des pulsions et des affects projetés dans la relation thérapeutique. Tout en gardant mon cadre, il m'apparaît nécessaire de laisser une place aux enfants, en prenant en compte ce qu'ils expriment en séance.

Le jeu des pulsations est un temps des séances qui m'a permis, tout en gardant le dispositif, d'accueillir une demande de la part des enfants.

3) Rigidité du cadre ou repère organisateur pour créer

Le jeu de la grand-mère est source de motivation pour les enfants. Quelle pourrait être la dimension de ce jeu qui interpelle les enfants, qui éveille leur curiosité ? Dans ce dispositif, les enfants peuvent être détenteurs des règles lorsqu'ils adoptent le rôle du maître du jeu. Avec une telle position, ce n'est plus seulement les soignants qui détiennent les règles mais aussi les enfants. Ils adoptent une position d'acteurs dans les relations vécues en groupe. Parmi d'autres, je décide d'exploiter ce point.

Lors du jeu des pulsations, si le groupe réussit à passer une fois le message correctement, un autre enfant du groupe pourra être générateur du message. Les enfants se concentrent et s'investissent plus dans ce jeu. Celui-ci possède une fonction symbolique. Il s'agit du premier moment où chacun doit s'investir et trouver sa place dans le groupe sans pouvoir s'enfuir. Ce moment permet de se retrouver et de poser un premier contact avec le groupe. Donner un rôle d'acteur à chacun signifie aussi que les personnes du groupe, dans leur individualité, sont responsables des règles.

De plus en plus rapidement, le groupe trouve une certaine harmonie dans ce temps. Les messages passent mieux, les enfants arrivent à fermer leurs yeux, à attendre leur tour.

Après quelques séances où ce temps est investi par les enfants, l'un d'eux se saisit du cadre et propose une variante : « On pourrait passer le message par les pieds ! ». Le groupe se met par terre et on ne se donne plus la main pour passer les messages, le contact se fait par les pieds.

Lors des séances suivantes, on jongle entre les deux propositions. Le groupe amène ensuite le véritable jeu du téléphone arabe. Cette fois, on doit se passer un message en utilisant la voix.

Au delà de rechercher à réussir le jeu, une modification s'observe dans l'investissement de ce temps. Que veut dire cet enfant au groupe par la création de cette alternative pour jouer ? Je comprends dans cet exemple que l'enfant, dans sa pensée subjective, entre en contact avec la réalité et s'en saisit pour mettre en forme un nouveau jeu. Est-ce uniquement une évolution ayant pour objectif de rompre avec un dispositif trop répétitif ?

Cet exemple clinique met particulièrement en évidence le va-et-vient qu'il existe entre les thérapeutes et le groupe. Sous la forme d'un jeu, les enfants s'emparent du cadre. De manière implicite, ils utilisent le dispositif pour enrichir leurs expérimentations. Un échange s'opère entre les soignants et les soignés.

Cette scène clinique entre en résonnance avec la théorie de Winnicott de l'aire transitionnelle. L'auteur dit que « c'est l'aire intermédiaire de l'expérience à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure. »[33]. L'auteur justifie la nécessité de penser la transitionnalité car « la tâche humaine interminable »[34] consiste à « maintenir, à la fois séparées et reliées l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure. »[35]. Winnicott poursuit, « Lors de la petite enfance, il faut que cette aire intermédiaire soit pour qu'une relation s'installe entre l'enfant et le monde. Son existence est rendue possible par un maternage

[33] WINNICOTT, D., et MONOD, C., 1971, p. 30.
[34] *Ibid.*
[35] *Ibid.*

suffisamment bon »[36]. Si la théorie de Winnicott se fonde sur le développement du petit enfant, je considère qu'on peut l'employer et la transposer à l'échelle des enfants de l'unité. L'origine de leurs troubles se situe probablement dans leur difficulté à communiquer et percevoir leur environnement. A travers cette théorie du développement, je peux penser la relation thérapeutique comme un moyen pour participer à la structuration des enfants. Cette vision du soin situe la structuration de la personne dans la relation. Aristote disait à ce sujet que « l'homme est un animal sociable »[37]. Ces considérations m'invitent à comprendre comment je peux me servir de la transitionnalité dans le dispositif de soin actuel en gardant un regard psychomoteur sur l'atelier corps.

Marion Millner introduit le médium malléable à la suite des réflexions de Winnicott. Anne Brun dit à propos de M. Millner qu' « Elle définit donc le médium malléable à la fois comme une possible utilisation du cadre matériel, à la fois comme une modalité d'utilisation du thérapeute. Le médium malléable renvoie donc conjointement à la matérialité de cadre et à la dimension transférentielle »[38]. Le corps soignant et le cadre peuvent être réfléchis à travers le médium malléable. Dans cette approche thérapeutique, « Le travail du thérapeute consiste en partie à se demander quelles composantes sensori-perceptivo-motrices du médium malléable le patient à utilisées »[39]. En d'autre terme, la médiation utilisée en séance invite les patients à l'explorer et à la mettre en forme.

Le choix de la médiation utilisée dans l'atelier s'est probablement fait inconsciemment dans l'élaboration de mon projet. Ce n'est pas le premier point auquel j'ai pensé lors de la mise en place du dispositif thérapeutique. Il m'apparaît pourtant évident que c'est à partir de ce levier qu'a pu s'installer la relation thérapeutique. Grâce au jeu, le dispositif prend forme. Je pense notamment aux rôles donnés aux enfants lors des séances.

---

[36] *Ibid.*, p. 48.
[37] ARISTOTE., 1992, *p. 387*.
[38] BRUN, A., et KAES, R., *op, cit.*, p. 22.
[39] Ibid., p. 23.

Lorsque je les laisse tenir le cadre d'un jeu ou qu'ils ont la possibilité d'être acteur et de s'exprimer à l'intérieur de celui-ci.

Le jeu est souvent défini par ses facultés divertissantes. Cette composante peut être valable pour des personnes dites seines. Fabien Joly relève que « l'enfant qui joue met, dans le même temps et le même mouvement en travail sa curiosité et ses apprentissages cognitifs, sa sensori-motricité et le plaisir bien tempéré de son corps-en-relation, autant que sa vie pulsionnelle, affective et représentationnelle selon les logiques propres à sa topique subjective »[40]. Un tel matériel thérapeutique prend tout son sens auprès des enfants et de leurs difficultés. Ce nouveau concept ne vient pas remettre en cause mon cadre. Il me permet de compléter mes observations.

La vignette clinique du jeu des pulsations et la manière dont le groupe l'investit, révèle une nouvelle forme d'entrer en relation. Les enfants se servent de celui-ci pour mettre en forme, consciemment ou non, un besoin plus profond. En créant avec moi la séance par des propositions, le groupe me montre qu'il accepte le dispositif, il l'explore. D'un point de vue du jeu, je conçois que le groupe passe d'un jeu réglé, répétitif appelé « game » à un jeu plus spontané, imaginaire et symbolique appelé « play ». Le groupe me dit quelque chose lorsqu'il choisit une manière ou autre pour passer les messages. Il n'est pas anodin de choisir de passer les pulsations par un autre moyen que le toucher. Peut-être que cela montre une évolution du groupe qui se détache du toucher. Celui-ci qui représente aussi le mode de communication premier dans le développement de l'enfant.

4) Langage, représentation, symbolisation

Quelques séances passent. Au cours de celles-ci, je remarque un scénario se jouant à de multiples reprises. A un moment ou l'autre de la séance, l'un ou l'autre des enfants du groupe formule le désir de sauter des étapes de l'atelier afin de passer directement au jeu de la grand-mère. Je

[40] JOLY, F., 2003, p.11.

note dans un premier temps l'intérêt, la motivation que les enfants peuvent avoir à l'égard de ce jeu. Dans ces situations, je prends l'habitude de donner du sens aux activités qui précèdent le jeu de la grand-mère. Souvent, les enfants boudent quand ils voient que leur désir ne pourra pas se satisfaire immédiatement. Les enfants doivent différer la satisfaction de leur désir. Face à cette frustration, ils adoptent une attitude adaptée. Par exemple, ils s'excluent de la maison. Ils montrent une résignation. Celle-ci reflète un travail psychique. Au lieu de s'emporter et de passer à l'acte comme si rien n'avait pu s'inscrire d'un point de vu symbolique, ils patientent. Si la réponse paraît adaptée, leur demande l'est aussi. Dans le cadre, ils arrivent à formuler verbalement leur désir, ce qui est important. Ils ne passent pas par des cris ou des mouvements que je devrais décrypter, telle une mère, afin d'imaginer ce qui peut les rendre ainsi.

Dans ce scénario, les enfants peuvent faire l'expérience de l'attente. Ils passent par le langage verbal, leur expression paraît plus élaborée. Cette gestion du temps est un indicateur m'invitant à penser le passage progressif des enfants d'une symbolisation primaire à une symbolisation secondaire.

R. Roussillon décrit une première forme de symbolisation de l'enfant : « Pour ce qui concerne le bébé qui ne possède pas de langage verbal, il nous faut considérer aussi, à la suite des élaborations des dernières années, que l'affect et l'acte, le représentant-affect et le représentant-représentation de chose s'organise progressivement, au sein de l'entrejeu primitif, en « langage » et en systèmes de communication. Mais ces modes de communication premiers, qui sont aussi des modes de « proto-symbolisation » (que j'ai proposé de nommer symbolisation primaire) de l'expérience subjective (…) dépendent de l'environnement »[41]. D'après l'auteur, le bébé en relation avec son environnement inscrit en lui des affects et des sensations. De cette inscription nait une première forme de réponse qui prend la forme de l'acte, de l'engagement corporel. L'auteur entend par représentation-affect « l'indice de l'intensité de la manière dont la psyché

[41] ROUSSILLON, R., 2008, p. 97.

est affectée par ce qui la saisit, c'est aussi ce qui l'informe de son premier sens, de sa première direction, de la manière dont elle est ébranlée par ce qui la prend ou qu'elle admet en son sein.»[42]. Pour qu'il y ait une représentation, il faut que l'environnement dans lequel baigne l'enfant soit porteur de sens. La manière de présenter l'environnement à l'enfant lui permettra de se faire des représentations. Le dispositif thérapeutique porte la fonction de donner du sens dans son cadre et dans sa structure. Dans une atmosphère bienveillante, l'enchainement des activités dans un ordre précis porte un message que l'enfant peut décrypter.

La gestion du temps participe pleinement à la construction d'un repère temporel qui sert de socle aux représentations et aux symbolisations. Roussillon dit que les bébés vivent des « expériences subjectives primitives (…) sont vécues comme « hors du temps » »[43]. Au début de sa construction, l'enfant ne se repère pas d'un point de vue temporel. Le temps prend valeur de repère lorsqu'il est partagé. Si l'enfant ne fait pas l'expérience de la relation, il reste seul et ne se construit pas. Le rythme imposé par l'atelier corps et porté par les thérapeutes permet aux enfants de vivre des expériences en commun. La dysharmonie évolutive des enfants peut être à l'origine de carences dans leurs relations primitives ne leur ayant pas permis de se représenter le monde.

Lorsque Roussillon parle du langage, il revient sur deux formes de représentations décrites par S. Freud: « Le représentant-représentation de chose, qui désigne une forme non verbale de représentation de ce qui agit la psyché et de ce qu'elle agit à travers lui, et le représentant-représentation de mot, qui désigne la reprise de celle-ci par l'appareil de langage et de mise en mot. »[44]. La représentation constitue un socle amenant à l'accès au langage verbal. Le « représentant-représentation de chose » relève de la symbolisation primaire. Le langage ne passe pas par la parole. Le « représentant-représentation mot » relève de la symbolisation secondaire. Le langage passe par la parole. En psychanalyse, la symbolisation secondaire arrive après la symbolisation primaire dans le développement de l'enfant.

---

[42] *Ibid.*, p. 173.
[43] *Ibid.*, p. 97.
[44] *Ibid.*, p. 173.

Dans cette conception du langage, je comprends que la trace laissée par les affects et les sensations sur une personne dans un contexte porteur lui permet de créer des représentations. Pour qu'une trace s'imprime, il faut que le temps prenne une place dans la relation.

Lorsque les enfants posent leurs questions, je considère que leur discours prend une forme plus secondaire ; il n'est pas plaqué, contrairement à ce que j'avais l'habitude de voir. Le temps partagé dans le groupe amène une forme d'objectivité qui permet aux enfants de créer des représentations. La mise en mouvement du corps dans le groupe permet aux enfants de faire des expériences dans l'acte, premier support des représentations. Je me rends compte que le travail psychomoteur se situe dans la communication avec les enfants de ce qui n'est pas encore communicable verbalement. Ceci n'enlève pas l'importance de la parole dans la pratique du psychomotricien.

5) Construction d'une peau

Dans un premier temps, les enfants ne manifestent pas de refus à la construction de la maison. Ils ne m'aident pas à l'aménager matériellement mais ne présentent aucun mouvement de destruction. Les murs imaginaires tiennent bon et les enfants occupent l'espace. Rapidement, j'observe qu'ils se mettent dans la peau d'animaux domestiques tel un chien ou un chat. Ils inventent une porte. En passant sous une chaise, certains font des allers-retours entre l'intérieur et l'extérieur de la maison. Ce nouvel espace semble plus sécurisant que le précédent. Les psychologues et moi même n'hésitons pas à rebondir sur cette proposition pour créer un lien avec les enfants avant d'introduire le reste des propositions. Les enfants répèteront à de multiples séances ce même scénario.

Au fil de l'année, l'implication des enfants dans la construction de l'espace ne se modifie que très sensiblement. Parfois ils s'investissent plus et bougent quelques chaises, accrochent une couverture, positionnent un tapis. Ce moment permet aux enfants de se rassembler. Ils arrivent souvent très excités lors de l'atelier. Lorsque les adultes s'animent et mettent la

maison en forme, il arrive régulièrement qu'ils s'allongent, comme pour se récupérer. Les mêmes dispositions de chaises, de tissus, de tables s'observent d'une séance à l'autre. Ils utilisent parfois les tissus comme couverture, ils s'y blottissent. Si les adultes n'initient pas la construction, personne ne le fait. Cet aspect m'interpelle. Ce n'est pas faute d'encourager les petites participations des enfants. L'inertie des enfants me préoccupe. Ils me laissent peut-être ma place de garant du cadre.

De l'agencement de l'espace nait une forme de règle. Parfois, un enfant n'est pas disposé à travailler, à intégrer la séance. Cela se manifeste par son refus d'enlever ses chaussures ou par une attitude cassant la dynamique de groupe. Il est alors invité à quitter la maison. A mon grand étonnement, cette règle est, la plupart du temps, respectée et semble intégrée. Je m'attendais à ce que le retour d'une forme de loi soit à l'origine de passages à l'acte chez les enfants. Lorsque l'un d'entre eux est exclu, les autres ne « flambent » pas, ce qui est rare. L'enfant s'assoit en dehors de la maison mais reste dans la salle de l'atelier. Il observe souvent le reste du groupe poursuivre la séance. Quand toutefois la loi est insupportable, une forme de consensus implicite prend forme. La personne réfractaire au travail reste dans la maison mais elle ne doit pas interférer sur le groupe. La structure concrète de l'espace semble avoir des répercutions sur la dynamique des séances et du groupe.

Aujourd'hui, un seul enfant est présent dans l'atelier corps. Suite à un « Quoi de neuf ? » agité, l'ensemble du groupe s'est dispersé. Deux d'entre eux sont à l'extérieur de la salle d'atelier avec l'un des psychologues. Dans un état de sidération. Je me pose la question de savoir si je dois commencer. L'autre psychologue commence à bouger les chaises dans le but de construire la maison. Au moment où je réagis pour l'aider, l'enfant présent se lève et participe. Il prend l'initiative de disposer des couvertures par terre ce qui n'était pas encore arrivé lors de la construction de la maison. De cette manière, l'enfant se rend acteur et marque son besoin de se sentir contenu.

L'aménagement de l'espace se matérialise dans la construction de la maison. Sa simple mise en forme rassemble les enfants qui acceptent

cette nouvelle disposition. J'observe parfois des mouvements très régressifs où les enfants tentent de se blottir dans la maison. Celle-ci prend une véritable fonction contenante. Winnicott décrit les soins prodigués par la mère à son enfant : Le holding évoque « la manière dont l'enfant est porté sur le plan psychique et corporel »[45], le Handling évoque « la manière dont la mère s'occupe de son bébé » [46].

Dans un premier temps, la maison porte les enfants par un aménagement sensoriel agréable. En disposant des tapis et des couvertures, l'espace devient doux au toucher. Visuellement, il prend d'autres couleurs. Ce n'est plus le gris métallique des pieds de chaises et tables ou le bois du mobilier qui apparait mais le gris ou le bleu des couvertures. D'autre part, le bain de langage des thérapeutes amène un étayage auditif et un sens à la construction de la maison. Celui-ci vient remplacer les cris des enfants. Tout un environnement se transforme matériellement. Celui-ci se transforme aussi symboliquement. La maison renvoie à un espace sécurisant et rassurant où vit une famille. La maison entoure le groupe telle une enveloppe. Celle-ci possède une dimension matérielle et symbolique. Ce dispositif vient contenir l'excitation et les pulsions des enfants dans leur dimension psychique et corporelle. Il offre un espace où les thérapeutes, par leurs engagements corporel et psychique, sollicitent, portent et entourent les enfants. Une véritable enveloppe groupale se constitue.

D. Anzieu souligne l'importance de la peau dans sa dimension d'interface entre le monde extérieur et l'intérieur du sujet. Cette membrane « dans laquelle sont insérés tous les organes des sens externes »[47]. Grâce aux sens et au vécu corporel, l'enfant se construit et se différencie du monde qui l'entoure. D. Anzieu définit le Moi-peau : « Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au court des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de la surface de son corps. Cela correspond au moment où le moi psychique se différentie de son moi corporel sur le plan

[45] SCIALOM, P., GIROMINI, F., et ALBARET, J-M., *op, cit.*, p. 287.
[46] *Ibid.*, p. 288.
[47] ANZIEU, D., 1995, p. 124.

opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif»[48]. La construction d'un Moi-peau est primordiale pour l'Homme. Dans ce processus, l'enfant quitte progressivement un état de préoccupation et d'angoisse archaïque où son espace interne et corporel est confondu avec le reste du monde. La construction du Moi-peau va de pair avec la création d'une enveloppe corporelle et psychique unifié, rassemblant les parties de son corps en même temps que ses idées. Une fois cette enveloppe créée, l'enfant devient capable d'entrer en relation avec son environnement de manière sécurisante. Il trouve une place propre lui permettant d'entrer en relation et de laisser de laisser une place aux autres.

Sans enveloppe, je comprends que l'émergence de représentations, matière de l'élaboration psychique, n'est pas possible.

L'excitabilité et l'agressivité des enfants se fait moins ressentir lorsque la maison se construit. L'aménagement de l'espace possède une fonction sur le comportement des enfants. A propos de la contenance D. Anzieu dit qu'« à la carence de cette fonction de conteneur du Moi-peau répondent deux formes d'angoisses »[49], elles se traduiraient par l'agressivité et l'excitation. Depuis le début de l'année, les enfants de l'unité manifestent ces formes d'angoisse. Sans étayage, les enfants se construisent une enveloppe dans la souffrance et la douleur.

Par l'aménagement de l'espace, les angoisses des enfants ne prennent pas forme dans l'agressivité ou la violence. Ainsi, la maison permet certainement aux enfants de se constituer une enveloppe. L'espace sensoriel et psychique sécurisant porté par la maison et supporté par les thérapeutes permet aux enfants de vivre dans un environnement qui les porte et les contient. Leurs rares participations à la construction de l'espace signent une activité, une participation au dispositif thérapeutique. Au-delà de se laisser porter, ils marquent dans l'orientation de leurs actes, une participation à la construction de l'enveloppe. Lorsque j'observe les enfants en train de construire avec les psychologues ou moi-même, je considère qu'ils s'adressent

[48] *Ibid.*, p. 61.
[49] *Ibid.*, p. 125.

à moi. Qu'ils répondent à mes sollicitations. Une forme de feed-back prend forme.

Je peux avancer l'idée que la maison permet la construction d'un Moi-peau. En permettant aux enfants de vivre des expériences primitives d'ordre sensoriel, affectif et moteur, une symbolisation impossible jusqu'à présent prend forme. Lors de son développement, l'enfant construit son Moi-Peau grâce à son environnement, dans la dyade qu'il forme avec sa mère.

Le dispositif thérapeutique permet la construction d'une enveloppe. Toutefois, il est intéressant de questionner si cette enveloppe se crée à l'échelle de l'individu dans le groupe ou à l'échelle du groupe. Pour R. Kaës, les appareils psychiques individuels des membres d'un groupe se mettent en commun pour créer un appareil psychique groupal.[50] Une telle approche du groupe me parle particulièrement. La structure d'une personne se constitue par de multiples identifications. Nous possédons tous une identité en perpétuelle construction, en fonction des personnes que nous rencontrons. En tant que futur psychomotricien, je dois rappeler que celle-ci s'élabore par et avec l'image du corps de la personne en construction. Dans le groupe, les enfants peuvent s'identifier aux thérapeutes comme aux autres membres du groupe. Il existe aussi une identité propre au groupe. Celle-ci se définit par une ambiance de groupe, par les codes relationnels existant en son sein, par les vêtements, par les postures, les modes de communications, la façon de prendre la parole… Je pense que la construction de l'image du corps et de l'identité de chacun se fait par les personnes constituant le groupe comme par la synthèse de leurs individualités dans une création commune appelée « groupe ».

Pour les enfants de l'unité, une grande partie du travail est de concevoir le groupe en lui-même. L'un des enjeux reste d'amener les enfants à faire l'expérience de la réalité, du monde et des personnes qui les entourent comme différents d'eux mais avec qui ils font corps. De cette expérience nait une meilleure adaptabilité, une diminution du seuil de violence et la formation de compétences. La construction d'une peau

[50] KAES, R. et ANZIEU, D., 2010.

commune prend alors tout son sens dans la mesure où elle conduira les enfants dans la « capacité d'être seul en présence de l'autre ».

L'élaboration de mon travail s'articule autour du groupe en lui-même. Afin de rester sur le plan de l'analyse groupale, je ne prends pas le parti de traiter au sein de mon mémoire de l'individuel dans le groupe.

Toujours dans cette perspective, je ne peux faire l'impasse d'une description de leur mode de vie.

6) Retour sur l'anamnèse

Les enfants appartiennent à des familles qui ne sont pas d'origine française. Scolarisés, ils vivent avec des enfants qui n'ont pas les mêmes repères. Ils sont confrontés à un milieu scolaire où les codes diffèrent de ceux inculqués au sein de la cellule familiale. Leurs dossiers médicaux révèlent souvent des dysfonctionnements ou des difficultés familiales. Les parents séparés, les maltraitances, les négligences décrites dans les dossiers médicaux sont des indicateurs permettant d'imaginer les conflits internes des patients. Je conçois qu'une personne qui n'est pas soignée, considérée, éduquée ou aimée ne trouve pas suffisamment de confiance dans son environnement et se structure de façon à échapper à celui-ci. La vie dans une ville où le bruit, la grande proximité avec les autres, les modes de vie sédentarisés à l'extrême ne favorise pas le développement d'enfants en quête d'intimité et de stabilité. Cette recherche commune constitue sans doute le point commun principal des enfants de l'unité. Comment les enfants peuvent-ils consentir à la vie sans avoir éprouvé le sens de celle-ci dans l'engagement des autres pour eux ?

V- Evolution du travail psychomoteur au regard de la médiation

A travers quelques exemples cliniques, je vais présenter certaines évolutions des temps de la séance au cours de l'année. Je tenterai également de comprendre comment ce travail psychomoteur peut s'inscrire chez eux d'un point de vue symbolique.

1) Relaxation

Rapidement, je me rends compte que la forme de relaxation que je propose après les pompes et les abdominaux n'est pas adaptée. Les enfants ne comprennent pas pourquoi je parle et qu'eux ne le peuvent. Leur incompréhension passe par plusieurs canaux. Certains se crispent d'un coup et poussent des cris, d'autres me disent simplement « ta bouche toi! ». Les enfants n'arrivent pas à baisser leur tonicité, ils continuent à s'exciter.

Alors que je ne parviens pas à instaurer une sécurité dans le dispositif. La psychologue met de la musique et leur demande de se concentrer dessus. Elle ne possède pas de morceau calme et la mélodie est rythmée et tonique. Suite à cette intervention, les enfants ne se révoltent plus. La parole n'est plus utilisée et laisse place au silence verbal. Des interactions émergent. L'un essaie d'attraper les pieds d'un autre dans la salle. Parfois, un éclat de rire ou un « dégage ! » se fait entendre. Ces recrutements toniques soulignent la difficulté que les enfants ont à être dans l'éprouver. Cependant, une écoute s'installe dans la dynamique de groupe.

Lors d'une autre séance, la musique passée est connue des enfants. Certains commencent à fredonner les paroles de la chanson. Un des enfants se met à sucer son pouce. Un autre s'enroule dans des couvertures. Dans le groupe, les enfants arrivent à être seuls l'espace de cet instant.

Au fil des séances, je me sers de musiques que les enfants connaissent. La qualité de la détente semble s'accroitre bien que le support musicale, composé des morceaux de rap assez agressifs ne semble pas s'y

prêter. Les enfants continuent à chanter. Ils semblent être bercés par la musique. Certains ferment les yeux ou portent un regard attendrissant sur moi ou sur les psychologues, comme si ils espéraient qu'on les regarde.

Puis, le support musical devient source de tension. Les enfants n'arrivent pas à s'entendre sur la musique qui passera la fois suivante. Pour éviter les tensions, je décide de garder une musique que je passe à chaque début de temps calme. Lors des séances suivantes, malgré quelques protestations, la sécurité est garantie.

Il est difficile pour les enfants de se sentir exister, d'être en présence des autres ou de penser aux autre sans communiquer avec eux. Ils ont l'habitude d'éprouver cela dans un mouvement continu et désorganisé. Un temps allongé et de repos installe les enfants dans un contexte qui leur est étranger. Ils ne peuvent se taire ou cesser de se raccrocher à un élément de réalité pour se sentir exister. Lorsque je parle sans les solliciter, pour eux c'est comme si leur place n'existait plus. D'autre part, la position allongée et de repos ne peut être dissociée de l'endormissement. Or, lorsqu'on dort, on se coupe du monde, on lâche prise. Un tel dispositif demande donc aux enfants d'être confiant, ils n'en sont pas là.

Le support musical possède donc une fonction, celle de stimuler l'imaginaire des enfants. La musique occupe alors leur imaginaire et ils peuvent faire l'expérience d'une forme de solitude dans le groupe sans être détruits. Ils sont dans un groupe qui préserve leur intimité psychique et corporelle. Quand un désaccord se fait sur la musique choisie, l'expérience de groupe ne peut être commune. Les opposants au morceau choisi deviennent susceptibles, par leur opposition, de briser l'entente commune. L'intermédiaire, le tiers amené par la musique devient objet de violence. Ce n'est plus un membre du groupe. En fixant l'objet dans la continuité, je me sers de mon autorité pour garder un objet, un tiers stable, capable de supporter les attaques. Les enfants peuvent alors faire l'expérience de l'intimité en présence du groupe, sans que lors corps ne soit objet d'attaques. Dans cette vignette, je vois comment les enfants prennent conscience de leur corps comme distinct des autres. Leur corps n'est plus en fusion avec celui

des autres par un mode sensoriel ou l'autre. Ils peuvent continuer à exister dans ce décollage.

2) Brain gym

Le temps de brain gym prend rapidement une dimension expressive. En même temps, je peine moins à capter l'attention des enfants. Initialement, la psychologue proposait les mouvements. La parole a ensuite été associée aux gestes afin de mettre en mots ses ressentis corporels. Progressivement, chacun propose des mouvements ou des postures. Souvent les enfants proposent les mêmes d'une séance à l'autre. Initialement, la consigne n'avait pour objet de reproduire un geste. La personne qui propose le mouvement doit maintenant décrire les gestes qu'elle fait pour aboutir au résultat.

Cette nouvelle forme de brain-gym porte une composante expressive où chacun doit inventer un geste. Les autres lui renvoient sa créativité en reproduisant ce que propose la personne initiatrice. Le schéma corporel est aussi travaillé dans le travail de mise en mots.

De la créativité nait l'initiative de chacun. Cet espace donne une place permettant de s'exprimer. Cette activité fonctionne car on ne travaille pas simplement le geste. Celui-ci devient utile dans sa dimension expressive, il est aussi support de langage.

Je note l'apparition de mouvements de break dance, de postures qui montrent la force. Ce dispositif permet aux enfants de s'affirmer et prend forme dans un jeu d'imitation où ils existent à travers le mouvement des autres. Chacun leur tour, ils prennent conscience par le langage de leurs éprouvés. Une relation s'installe et se base sur leur mode de communication premier, le mouvement, pour accéder au langage par le ressenti et l'éprouvé. Le travail de brain gym prend forme dans l'expression. Les enfants participent et s'appliquent à respecter les consignes car ils adoptent une posture ou un

mouvement qui les caractérise, qui signifie quelque chose d'eux, quelque chose pour eux.

3) Le jeu de la grand-mère

Dès le départ, la dynamique de groupe s'est facilement installée dans cette forme de jeu. Lors de cette activité, les enfants sont dans une qualité relationnelle. Cet investissement peut être compris car la forme du jeu est très adaptée aux patients ou parce qu'il arrive en fin de séance et s'appuie donc sur tout un travail préliminaire.

Les enfants ont cependant du mal à s'imaginer ce que l'autre peu apprécier comme aliments. Ils ont du mal à se mettre à sa place. Souvent, les enfants demandent au maître du jeu les mêmes plats sans en avoir conscience. L'ensemble du groupe veille à ce qu'un aliment ne soit pas mentionné plusieurs fois. D'autre part, la parole et l'acte doivent être en adéquation. Le dispositif donne un cadre à ce jeu qui n'est pourtant pas rigide. A l'intérieur des règles, tout un espace relationnel se met en place. Par un jeu de regards et de postures, les enfants peuvent s'aider à se rappeler la procédure à respecter pour avancer. D'autres prennent plutôt plaisir à ne rien laisser transparaitre et jouissent de l'incapacité de leurs camarades à avancer. Cela s'exprime de différentes manières. Au fur et à mesure, ce travail sur la parole et l'acte prend forme. Les règles sont intériorisées et une plus grande palette de propositions s'observe. Le contenu du discours s'enrichit.

Une évolution du jeu a pu prendre forme. Elle s'installe en cours d'année, un peu avant Noël. Le fonctionnement de l'unité prend une nouvelle forme car les fêtes de fin d'année approchent. A cette occasion, l'équipe soignante décide d'utiliser les temps thérapeutiques pour construire un spectacle de fin d'année. Seul le groupe corps garde le cadre habituel. Excités en séance, les enfants ne semblent pas comprendre pourquoi l'atelier corps fait exception à la règle. A cette occasion et tout en gardant le dispositif, le contenu du jeu change. Pour avancer, les enfants doivent

effectuer l'émotion inscrite sur un papier pioché par la grand-mère. Une autre forme de jeu consiste à trouver, ce que la grand-mère aime faire dans ses temps libres.

Ce jeu amène les enfants à laisser une place à l'autre. De façon spontanée, cela reste impossible aux enfants. Ils ne peuvent faire une place à l'autre alors qu'ils n'en ont pas eux même. La créativité des enfants est guidée vers l'autre. Une véritable dimension symbolique tient ce jeu, je ne peux l'occulter. Elle met en scène une grand-mère. Les enfants peuvent ainsi jouer à une personne qui récompense, qui dispense des soins et éprouver ce que peut ressentir cette personne. Dans la répétition du cadre du jeu, l'expérimentation n'est pas absente, elle structure. Les enfants se préoccupent de cette figure maternante. Penser ce qu'elle aime, c'est se préoccuper d'elle.

Lorsqu'un enfant joue une émotion pour avancer, il se retrouve au centre de l'attention du groupe. Chaque membre peut ainsi apprécier ses qualités. Ce jeu permet aux enfants d'être confrontés aux autres dans des modalités civilisées.

4) Cercle de fin de séance

Le cercle de fin de séance se tient. Les enfants symbolisent leur vécu de la séance par un mouvement qu'ils ont pu faire pendant l'atelier ou de manière très désorganisée, comme s'ils devaient absolument trouver le moyen de combler un silence quand c'est à leur tour. Je me contente de leur renvoyer verbalement ce que leur mouvement peut traduire en essayant d'être le plus objectif possible « je vois que tu as pu te déplacer pendant la séance », « tu as pu t'ouvrir ». Lorsque vient mon tour, j'utilise un véritable langage symbolique pour dire mon ressenti. Par exemple, je mets mon pouce en bas pour signifier que je suis déçu de leur comportement aujourd'hui ou alors, je trace un graphique imaginaire, reflet de leur excitation pendant la séance.

Vers le milieu d'année, je demande aux participants d'ajouter un mot à leur geste. Parfois, il semble y avoir une correspondance avec leur geste. De plus en plus, les enfants prennent la liberté de dire plus qu'un mot et de formuler une véritable phrase pour parler de la séance.

Au cours de l'année, l'échange uniquement corporel se complète par un discours de plus en plus construit.

5) Une lecture psychomotrice des séances

La mise en mouvement corporelle du groupe signe un travail psychique. A la lecture des mouvements des enfants lors des séances, j'oriente leurs pulsions et leurs demandes afin d'y donner sens. Ce processus de transformation prend forme au regard de la psychomotricité. Mon rôle dans l'atelier se précise, il s'agit de garder le cadre tout en préservant un espace de médiation suffisamment contenant pour permettre aux enfants d'explorer leur environnement.

6) Travail pluridisciplinaire et transmissions

Si je suppose que la formation d'un psychologue et d'un psychomotricien diffère, il est nécessaire que dans leur pratique, elles s'expriment de manière différente. La psychologie comme la psychomotricité prennent la psyché comme objet d'étude. Je vois cependant dans ma pratique comment l'une se différencie de l'autre. Je me base sur l'observation des temps lors d'une demi-journée à l'unité et sur la façon de relater le contenu des séances lors des réunions de synthèses.

Je m'applique lors de celles-ci à formuler ce qui m'a poussé à initier ou transformer une dynamique lors de l'atelier. Mon discours s'articule autour des manifestations corporelles des patients, de la façon dont ils se meuvent en ayant à l'esprit la façon dont ils utilisent leurs sens. Mes interrogations se portent plus sur leur fonctionnement lors de la séance, dans

l'ici et le maintenant. Je me base sur la construction psychomotrice des patients, sur ce qu'ils éprouvent à un instant donné pour le mettre en forme dans l'acte.

Les psychologues prenaient généralement le parti d'observer un enfant ou le groupe dans une plus grande continuité. Leur analyse se construit à travers le discours des enfants et l'interprétation de leurs productions. Ils situent leurs analyses dans l'histoire du patient, du groupe en prenant en compte les évènements passés, le contexte scolaire et familiale des patients. Lors des séances, ils se servent du mouvement des enfants pour le reprendre dans un discours afin d'y donner une forme.

Cet aperçu quelque peu schématique, indique une manière différente d'aborder le soin. La psychologie ne se cantonne pas uniquement aux paroles mais aussi aux mouvements du corps comme susceptibles de traduire un fonctionnement psychique. Elle se base sur le discours pour prendre forme. La psychomotricité se fonde sur la mise en mouvement du corps pour mettre en mouvement le psychisme.

VI- Justification de mon travail

1) Méthode d'évaluation

On apprécie être considéré dans son travail. Ce sentiment nait du regard que les autres posent sur nos justesses de réflexions ou notre capacité à agir correctement. Il nait aussi de notre capacité à effectuer un projet. Le travail a une place sociale, il se justifie pour les autres et pour soi. Il me faut justifier ma pratique et mes réflexions afin de voir comment mon travail trouve sa place dans un dispositif de soins.

Dans un dispositif de soins, l'objet d'étude n'est pas de nature matérielle. Il s'agit de personnes humaines. D'un point de vue éthique, on ne peut approcher ce travail du point de vue de la rentabilité. Il est impératif de travailler avec prudence. Une vision thérapeutique aurait pour but de

permettre à l'enfant de se construire, de se structurer. Une vision éducative aurait pour but de changer le comportement des enfants afin qu'ils soient plus adapté au monde, cela passe par l'apprentissage. Dans ces deux moyens de soigner, la finalité est la même, celle que l'enfant se sente mieux. Toutefois, la lecture des résultats pour ces deux approches n'est pas la même. L'éducation se justifie par un résultat quantifiable. Dans un premier temps un comportement n'est pas observable alors que dans un second temps, en fonction du projet, on peut l'observer. Ce soin approche la personne par ce qu'elle possède comme capacité, par l'« avoir ». Le soin est justifié car il est efficace dans le sens ou le projet thérapeutique produit son effet. La thérapie se justifie par un résultat qualifiable. Sa justification passe par l'analyse et l'interprétation. Ce soin comprend la personne par sa structure, par l'« être ». Le travail est justifié car il est utile dans le sens où il sert à quelque chose.

On retrouve dans ces différentes approches la dialectique entre le courant philosophique de l'empirisme et du rationalisme.

Les empiristes considèrent que « le fondement de la connaissance se trouve dans l'expérience sensible. Ne sont réels que les objets singuliers et les phénomènes. Le juste usage de la raison peut les trier et en tirer inductivement les conclusions»[51]. Pour les empiristes, les résultats d'un travail soignant se situent dans les manifestations de la pathologie présentée. Cette approche est nécessaire. En se fondant sur la réalité visible, l'empirisme offre une connaissance objective et une pratique utile au soin. Je considère cependant cette approche comme faillible car elle ne peut être que partielle si elle ne prend pas en compte le sens d'une pathologie.

Les principaux représentants du courant rationaliste « posent la possibilité de connaître la structure de la réalité à partir des purs principes de la pensée. L'ordre logique du monde rend possible sa connaissance déductive. Le modèle en est la méthode des mathématiques qui déduit à partir de quelques axiomes sûrs »[52]. Cette approche se fonde sur une pensée rigoureuse

[51] KUNZMANN, P., BURKARD, F-P., et WIEDMANN, F., 1995, p.103.
[52] *Ibid.*

et n'est pas applicable à toutes les méthodes. Le patient et les comportements qu'il présente sont analysés à partir d'un système de pensée et d'un repère. La faille de cette méthode serait de faire rentrer à tout prix un phénomène dans le repère alors qu'il est d'un autre ordre. Toutefois, un système de pensées peut apporter du sens, notamment lors d'un travail soignant.

Les deux courants de pensée se complètent lorsqu'il s'agit du soin. Il convient de noter qu'ils possèdent tous deux une limite et laissent peu de place à l'inexplicable. Le travail psychomoteur se situe à ce niveau. Il doit concilier les observations se basant sur le corps et les interprétations du thérapeute qui voudrait dénouer les conflits psychiques des patients.

2) Intérêt du travail psychomoteur pour les patients

Dans mon travail, je montre l'évolution des séances et du comportement du groupe.

Globalement, je peux avancer que le niveau de violence au sein du groupe a baissé considérablement. Les enfants se frappent moins entre eux. Ce point montre une meilleure adaptabilité des patients les uns envers les autres. J'avance ce constat comme si la progression des enfants était de manière linéaire. Ce n'est pourtant pas le cas. L'observation du groupe lors des dernières séances me permet de faire ce constat. Tout au long de l'année, le seuil de violence pouvait être bas pendant certaines séances puis redevenir élevé. Après maintes oscillations, une constante semble se prendre forme dans la non-violence au sein du groupe.

D'autre part, je ne peux affirmer que mon seul travail a permis cette amélioration. Les autres temps thérapeutiques, la maturation neuro-psychologique des enfants, les changements familiaux ou scolaires peuvent aussi être à l'origine de ce changement.

D'un point de vu thérapeutique je considère que le travail sur la symbolisation a permis, au travers de la médiation, d'enclencher un processus permettant aux enfants de passer d'une symbolisation primaire à une

symbolisation secondaire. D'un point de vu éducatif, le travail a permis, dans la répétition, d'améliorer les facultés d'attention, d'inhibition et les fonctions exécutives.

Je fonde ce bilan sur mon observation ainsi que sur celle des thérapeutes de l'équipe. En demandant leur avis aux autres thérapeutes, ce constat prend une valeur objective.

Une autre façon de voir la pertinence de mon travail serait de demander aux patients, individuellement, s'ils sont satisfaits du travail effectué. Ce procédé permettrait de savoir comment le travail psychomoteur leur a permis de se construire. Les premiers concernés, dans leur subjectivité, valideraient ou invalideraient l'intérêt du travail accompli. Je n'ai pas approfondi cette position. Les enfants restent dans une certaine opposition avec les soignants. Celle-ci traduit certainement une demande d'attention. Dans tous les cas, leurs réponses seraient faussées par leur attente d'une continuité de soin. Au vu de leur pathologie, ils n'ont pas forcément la possibilité de ramener à leur conscience les bienfaits d'un tel travail. Leurs réponses seraient alors soumises à une interprétation. Je n'approfondirais pas cette démarche maintenant. J'envisage de prendre ce point en considération à l'heure des dernières séances, en guise de bilan de leurs expériences.

3) Intérêt du travail psychomoteur pour l'équipe soignante

Travaillant au sein d'une équipe multidisciplinaire, il paraît important de mesurer l'impact de mon travail dans ce cadre.

L'unité reste jeune, cela fait trois ans qu'elle a vu le jour et depuis un an, elle a pris possession des locaux actuels. Dans ce contexte, beaucoup de réunions de synthèses sont consacrées à penser les procédures d'admissions et certains détails administratifs. Le reste des réunions, la majorité, sont axées sur la clinique des enfants, en individuel dans le groupe. Cette forme de discussion a pour but d'organiser les observations cliniques afin de les communiquer à l'hôpital référent, aux écoles et aux familles.

Dans ce contexte, trois réunions ont pu être orchestrées au cours de l'année afin de penser l'atelier corps. A ces occasions, j'ai pu transmettre la façon dont je pensais le groupe et certaines de mes observations ou questionnements. Les réunions cliniques étaient aussi l'occasion de prendre la parole et de proposer une réflexion sur l'enfant concerné d'un point de vue psychomoteur. Ma place dans l'institution a donc permis d'amener un champ de réflexion qui, jusqu'à présent, n'avait pu être pris en considération de façon pratique. Auprès des psychologues, j'ai pu amener des pistes de lectures du mouvement des enfants et de leur mode de fonctionnement. Des thèmes comme le toucher, le regard ou l'occupation de l'espace ont pu être pris en considération afin de mieux rejoindre les patients dans leurs problématiques. Si ces sujets n'ont pas pu être traités et exploités entièrement, ils resteront en « jachère » dans l'esprit des thérapeutes.

Ma place et mon travail ont aussi pu être bénéfique dans la mesure où l'équipe projette de reconduire l'insertion d'un stagiaire en psychomotricité pour l'année suivante au sein de l'unité. Dans les locaux de l'institution, une autre unité de soin envisage l'introduction de la psychomotricité dans leur équipe.

4) Intérêt du travail psychomoteur pour les familles

Une personne souffrante ne vit pas seule. La famille demeure le premier lieu de vie d'une personne. Elle porte aussi un fardeau. Je n'ai pas eu de contact direct avec les familles du fait de ma position de stagiaire. Les soignants de l'unité travaillent avec elles. Je mesure à quel point le dialogue avec les familles a toute sa place dans la prise en charge des patients. Il serait intéressant de réfléchir à la manière de leur transmettre les observations pour une meilleure continuité des soins. La dysharmonie des enfants résulte éventuellement de dysfonctionnements familiaux ou de négligences de la part des parents. La transmission des soins pourrait prendre la forme d'un éveil de la conscience de ces premiers soignants.

5) Intérêt du travail psychomoteur pour l'école

Il n'est pas rare de recevoir le compte rendu d'un instituteur à propos d'un enfant de l'unité. Ces informations sont utiles pour comparer le comportement des enfants dans un autre groupe, dans un autre milieu. Ces transmissions permettent de comprendre les problématiques de l'enfant d'un point de vue éducatif. Ces transmissions complètent la clinique et enrichissent le contenu des synthèses. Là encore, le regard psychomoteur peut aider l'instituteur à approcher l'enfant en classe.

VII- Considérations transversales

1) L'individuel dans le groupe

Organiser une réflexion demande de faire certains choix. Pour être précis et entrer en profondeur dans le sujet, il m'est apparu indispensable de laisser de côté la question de l'individu dans le groupe. Mon objet d'étude principale se construit autour de la dynamique de groupe. Cette approche m'amène à considérer comment la mise en mouvement d'un ensemble de personnes, amène celui-ci à évoluer, à se transformer. Le groupe possède une identité propre, une dynamique, une énergie. Il présente des fonctionnalités, des organes constitués par ses membres. Approcher le groupe dans sa globalité admet de détacher son regard des parties qui le constitue. On peut regarder un tableau dans son ensemble et en intégrer le sens sans s'arrêter sur un détail. Celui-ci est contenu dans un cadre, il adopte la forme voulue par l'artiste grâce à sa technique et à sa réflexion. Le même tableau n'aurait pas le même sens si une partie de lui-même prenait une forme différente. Dans un tableau, les parties, les détails se répondent et créer l'ensemble dans la relation qu'ils peuvent avoir les uns aux autres. En d'autres termes, un groupe ne serait rien sans les personnes qui le constitue, dans leur individualité, leurs propres problématiques.

Je constate qu'à de multiples reprises, au cours de l'année, la dynamique de groupe s'est vue modifiée. Je ne peux négliger les changements ayant pu résonner dans le groupe lors de l'arrivée d'une personne ou lors du départ d'une autre. Un patient comme un soignant présente une corporéité, une forme, une histoire personnelle. Le psychomotricien ne peut en faire l'économie. Les ressources de chaque membre du groupe font son ensemble. En mettant ce point de côté, mon mémoire s'en trouve incomplet.

2) La relation

Mon discours prétend montrer comment le cadre et la médiation par le jeu prennent sens dans un dispositif de soin. Toutefois, je pense ne pas avoir suffisamment discuté de l'importance de la relation. En effet, la médiation est un intermédiaire. Celui-ci prend forme quand un échange est possible entre deux personnes, entre une personne et un groupe.

En début d'année, une certaine crainte m'habitait. J'avais tendance à vouloir tout contrôler au sein du groupe. Je voulais des résultats, des preuves. Cette attente venait probablement de mon impérieux désir d'être un psychomotricien performant. Je ne pense pas me tromper en pensant que cette crainte me refermait et m'empêchait de tisser une vraie relation avec le groupe et chaque patient qui le constitue. Lorsque je parlais, c'était pour me faire comprendre, pour dicter. D'une certaine manière, j'attendais que les enfants changent grâce à moi. Je ne dis pas que la réflexion autour du cadre, du jeu et de la médiation soit inutile, au contraire. Comment un artisan pourrait-il réaliser son œuvre sans savoir se servir de ses outils ?

Mon propos est de comprendre quelle est la finalité d'un espace de soin. Lorsqu'un menuisier construit un édifice, il a une idée en tête, il observe même un plan. Toutefois, son projet reste figuratif et il devra s'adapter à l'imprévu. Celui-ci peut présenter des nœuds et son génie sera de les prendre en considération, de les travailler pour les inclure dans la forme globale. Cet artisan travaille avec le bois, il ne travaille pas sans prendre en compte la façon dont celui-ci est constitué. De la même manière, un soignant doit travailler avec son patient et pas contre lui, le résultat en serait tout autre.

Par cette illustration, je compte sensibiliser mon propos. La relation est la base de tout travail thérapeutique. Il est difficile de faire une place à l'autre quand on n'en a pas soit même. En cours d'année, c'est après avoir réfléchis à la médiation et à l'autre dans le groupe comme personne qu'une création de groupe a pu se mettre en place dans l'exploration des exercices proposés. Je peux aussi nuancer et comprendre que cet échange n'aurait pu prendre forme dès le début car la découverte de l'autre se fait dans le temps, au fil des rencontres et des expériences vécues en commun.

Ainsi, le jeu, le cadre et la médiation servent une finalité. Le soin prend forme dans la relation et par la technique. Le travail sur la régulation tonique, les coordinations, le repérage spatio-temporel, la conscience du corps se met en place par la relation et si et seulement si elle existe.

3) Engagement corporel

Accompagner des patients c'est aussi « renoncer à l'enfant épanoui tel qu'on le souhaiterait, communicant avec son entourage, heureux, bien dans sa peau, expriment ses désirs, ses émotions, deuil de l'enfant en bonne santé selon nos critères de ce qu'est la santé mentale. » [53]. Le rôle du soignant ne se cantonne pas à repérer les difficultés des patients. Ils présentent aussi des qualités propres. Le psychomotricien observe. Par son regard professionnel, il adopte une position privilégiée et spécifique sur la façon dont une personne interagie avec le monde.

Les patients de l'unité présentent une agitation certaine. Celle-ci peut se manifester par la violence. Elle reflète également une grande énergie corporelle. S'ils n'en ont pas conscience, mon rôle est de leur rappeler. Cette excitation, une fois orientée, sera d'une grande richesse. La mettre en évidence amènerait éventuellement les enfants à faire l'expérience d'une humanité, d'une relation dont l'objet serait leur construction. En effet, les enfants sont souvent mis à l'écart ou s'excluent eux-mêmes à cause de leur

[53] BLOSSIER, P., 2002, p. 64.

étrangeté. Un soignant est aussi un « autre » aux yeux des patients. En renvoyant son observation, il accompagne le patient dans une acceptation de lui-même. Ce procédé peut prendre une forme verbale mais aussi corporelle. L'engagement corporel et verbal du psychomotricien favorise le mieux-être du patient.

Au sein d'un groupe, l'ensemble des figures du groupe s'engage corporellement. Il revient au psychomotricien d'orienter sa pratique et de définir son cadre afin que celui-ci favorise une construction et non une destruction de l'autre.

En séance, l'une de mes principales préoccupations est d'orienter l'agitation des patients afin qu'elle puisse s'organiser. N'est il pas étrange de mettre en mouvement un groupe d'enfants agités ? Ils pourraient s'exciter encore plus ! En donnant forme et sens à leurs mouvements, je constate que leur agitation se transforme en mouvements plus organisés. Il n'est plus question de destruction mais de construction.

Former un groupe d'enfants agités prend tout son sens. Leur étrangeté commune peut servir de motif à un rapprochement. Dans l'appartenance à un groupe, les enfants peuvent trouver des pairs sujets aux mêmes problématiques. Par un jeu de projection et d'engagements, les patients font l'expérience de leur propre réalité à travers celle des autres.

4) Le regard psychomoteur

Définir la psychomotricité n'est pas chose aisée. Boileau disait « Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement - Et les mots pour le dire arrivent aisément »[54]. Au vu de cette prose, je comprends que la psychomotricité ne se conçoive pas facilement. Dans une société où chaque professionnel du soin prend place dans une spécialité, ce métier a des difficultés à se définir. Au cours de mes études, certains leitmotivs venaient construire l'image que je me faisais de ce métier : « voir la personne dans sa globalité », « liaison indissociable du corps et de la psychée», « s'adapter en permanence aux

[54] BOILEAU, N., 1674, p. 14.

patients ». Les étudiants sont souvent mis en difficultés dans un monde professionnel qui demande rigueur et concision. Il leur revient de trouver une méthode afin d'intégrer leur vision du soin dans une institution. Celle-ci s'approchera de la méthode comportementale, psychanalytique ou oscillera entre les deux. Je ne connais pas actuellement de méthode psychomotrice spécifique. L'engagement corporel pensé du psychomotricien suffit-il à le définir ? La matière à « penser » de ce professionnel peut être controversée. Le temps et l'espace sont des notions remises constamment en question par les philosophes. Le corps interroge, Claude Bruaire dit de celui-ci qu'il « est compris comme Dieu est conçu »[55]. Ainsi, la psychomotricité se base sur des concepts en perpétuels remaniements. Cette discipline fait preuve d'une grande malléabilité. Elle balance entre l'objectivité donnée par des outils tels que les bilans psychomoteurs et la subjectivité des observations qualitatives. Mon mémoire comme ma pratique professionnelle se trouve au carrefour de ces positionnements. Choisir sa méthode donne lieu à un dilemme qui constitue une pierre d'achoppement et m'invite à réfléchir. L'objectivité du thérapeute mène au conditionnement mais propose un repère, une norme au patient. La subjectivité laisse peu de place au repérage mais libère le patient. Le psychomotricien peux s'appuyer sur ses connaissances comme sur ses affects et ses éprouvés. Que reste-t-il comme support de travail certain à ce professionnel ? S'engage t'il véritablement corporellement et psychiquement s'il n'a pas fait de choix méthodologique ?

Je pense qu'un psychomotricien ne maitrise pas totalement sa science. Accepter de ne pas tout maitriser dans la relation à son/ses patient(s) et au sein d'une équipe pluridisciplinaire invite le praticien à deux formes de dispositions. La première lui permettrait de se servir de ses incertitudes pour remettre constamment sa pratique en question et à comprendre le plus possible la souffrance du patient. Il serait animé par l'espérance de voir son patient en bonne santé. Dans la deuxième disposition, les incertitudes du praticien l'amèneraient à être lassé par sa science. Il déplorerait la possibilité d'être un soignant compétent, utile, capable de comprendre ou de soigner.

[55] BRUAIRE, C., 1968, p. 153.

A mes yeux, le psychomotricien n'est pas un spécialiste du corps, du psychisme ou de techniques psychomotrices même si il se doit de les comprendre et de les connaitre. Son approche échappe aux repères de soins habituels. Sa pratique peu justifiable aux yeux des autres tire son originalité de sa manière détournée d'aborder la souffrance. Il ne doit pas être question pour lui de réagir face à un symptôme par l'action appropriée, de façon binaire. Le symptôme doit pourtant l'interpeler. Il utilise ses connaissances médicales et humaines comme des moyens pour accompagner ses patients. Son objectif ne doit pas être de changer le patient mais de le mettre en chemin afin d'accepter une souffrance parfois incurable.

Les meilleurs atouts d'un psychomotricien résident certainement dans ses vertus, sa quête de sens, son implication psychocorporelle et la pulsion de vie qui l'anime.

Conclusion

Les enfants atteints de dysharmonie évolutive présentent diverses problématiques psychomotrices. Au contact du groupe, ils s'agitent. Il m'est impossible de comprendre si la violence palpable en séance résulte de troubles instrumentaux ou d'une structure psychique fragile. Toutefois, mes recherches sur les origines de leur mal-être permettent de mettre en place un projet. Mon objectif sera d'amener le groupe à entrer en relation par l'engagement corporel de chacun. La mise en place d'un cadre rassure les enfants et les engage dans un processus de repérage spatio-temporel commun. Il passe par la conception d'un squelette de séances basé sur les différentes notions psychomotrices. La médiation du jeu amène les enfants dans un processus d'expérimentation et d'échange relationnel. Grâce à la mise en jeu de leurs sens, de leurs éprouvés, de leur corps, et de tout leur être, les enfants construisent des représentations. Une peau groupale se met en place. La forme des séances et le groupe évoluent. De nouveaux modes d'expression se mettent en place. Le niveau de violence au sein du groupe baisse et signe une capacité de symbolisation plus élaborée chez les enfants.

Mon travail prend forme au carrefour d'un dialogue pluridisciplinaire. La psychomotricité trouve sa place dans la transmission d'un regard sur la clinique. Dans un échange professionnel, cette approche suscite une meilleure compréhension des patients et de leurs problématiques. Elle invite les psychologues à orienter leurs interprétations au regard du corps. Tout au long de mon travail je démontre comment l'approche psychomotrice constitue un moyen permettant aux enfants de transformer leurs passages à l'acte en mise en actes. Le mode relationnel instauré par la dynamique de groupe catalyse ce phénomène.

Mon travail trouve une limite lorsque je ne mets pas en évidence comment la contribution de chaque membre du groupe résonne dans la

dynamique générale. Je reste à observer l'évolution du groupe au fil de l'atelier corps. Cet atelier fait partie d'un ensemble de temps thérapeutiques. Il serait aussi intéressant de voir comment l'atelier corps vient ponctuer la dynamique de soin générale.

Ce mémoire prend sens dans ma propre construction professionnelle. Il s'agit d'un début d'élaboration laissant en « jachère » de multiples interrogations. Mettre en sens les manifestations de la pathologie des patients afin de penser sa pratique, ne serait-ce pas l'ingrédient nécessaire à une pratique soignante efficace ?

Bibliographie

Ouvrages

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

ARISTOTE., (1992), *Ethique À Nicomaque,* livre sept, Paris, Le Livre de Poche.

BERGERET, J., (1984), *La Violence fondamentale : L'inépuisable êdipe*. Paris, Dunod, 1993.

BERNARD, M., (1995), *Le Corps*. Paris, du Seuil.

BLOSSIER, P., (2002), *Groupes et psychomotricité: le corps en jeu*, Marseille, Solal.

BOILEAU, N., (1674), *ART POETIQUE. Epîtres, Odes, Poésies diverses et épigrammes*, Paris, Flammarion, 1998.

BRUAIRE, C., (1968), *Philosophie du corps*, Paris, Du Seuil.

BRUN, A, CHOUVIER, B, et ROUSSILLON, R., (2013), *Manuel des médiations thérapeutiques,* Paris, Dunod.

BRUN, A, et KAES, R., (2007), *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*. Paris, Dunod, 2010.

BULLINGER, A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*. Ramonville Saint-Agne, Erès.

GALLAGHER, S., (2006), *How the Body Shapes the Mind*. New Ed. New York, Oxford University Press.

GOLSE, B., BIZOT, A., BURSZTEJN, C., DESJARDINS, F., (2008), *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant : Compléments sur l'émergence du langage*. Paris, Elsevier Masson.

GUIOSE, M., (2003), *Relaxations thérapeutiques*. Paris: Heures de France, 2007.

JOLY, F., (2003), *Jouer: le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*. Paris, In press.

KAES, R., et ANZIEU. D., (1976), *L'appareil psychique groupal*. Paris: Dunod, 2010.

KUNZMANN, P., BURKARD, F-P., et WIEDMANN, F., (1995). *Atlas de la philosophie*, Paris, Le Livre de Poche.

PAUMELLE, H., (2001), *Le rôle du corps en psychothérapie*, Paris, Dunod.

POTEL, C., (2010). *Etre Psychomotricien*, Paris, Broché.

ROUSSILLON, R., (2008), *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris, Presses Universitaires de France.

SCIALOM, P., F GIROMINI, et J-M ALBARET., (2011), *Manuel D'enseignement de Psychomotricité*, Bruxelles, De Boek Solal.

TYRODE, Y., et BOURCET, S., (1999), *Psychiatrie clinique de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, Ellipses.

WINNICOTT, D., et MONOD, C., (1971). *Jeu et réalité: l'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 2006.

Articles

DOUGLAS, V.I., (1972), « Stop, Look and Listen: The Problem of Sustained Attention and Impulse Contrôl in Hyperactive and Normal Children », *Canadian Journal of Behavioural Science*, volume 4, pp.259–82.

MISES, R., et CONSTANT, J., (1977), « Les Dysharmonies Évolutives de L'enfant », *L'information Psychiatrique*, volume 53, pp.1003-1138.

PUYJARINET, F., FRANC, N., et PURPER-OUAKIL, D., (2012), « Pédopsychiatrie et Psychomotricité: Apports Spécifiques, Complémentarité Thérapeutique et Réflexions Communes Autour de La Prise En Charge Des Enfants TDA/H et Leur Famille », *Entretiens de Psychomotricité*, Les Entretients de Bichat.

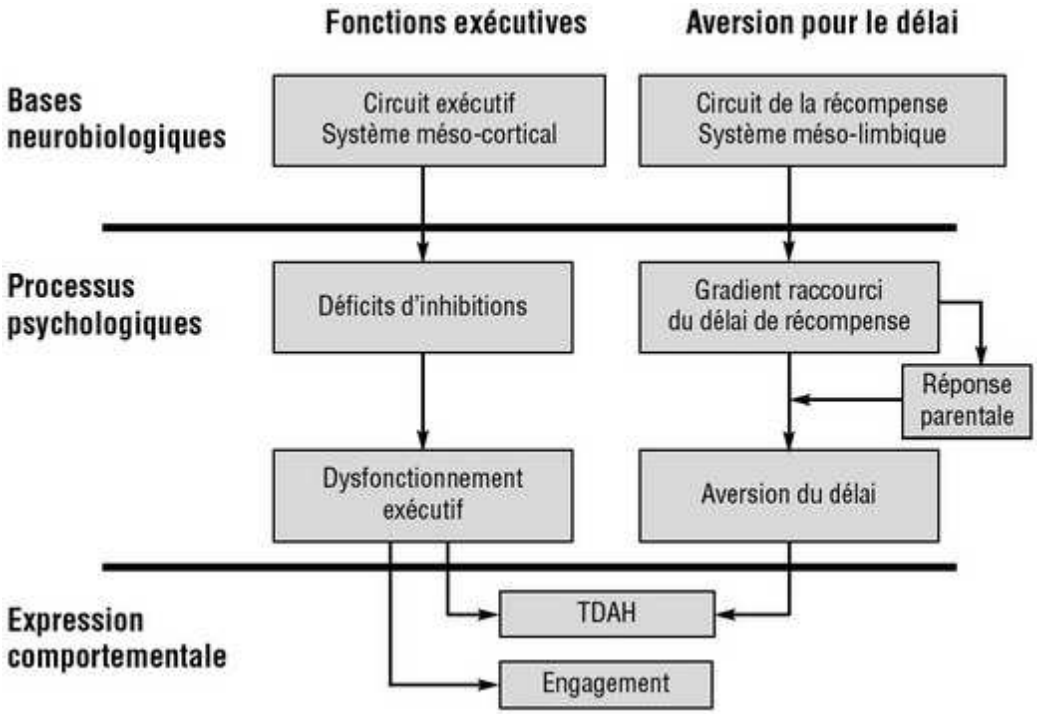
SONUGA-BARKE, E. J. S. (2003), « The Dual Pathway Model AD/HD: An Elaboration of Neuro-Developmental Characteristics. » *Neuroscience and Biobehavioral Review*, volume 27, PP. 593–603.

ZAZZO, R., (1960), « Une Recherche D'équipe Sur La Débilité Mentale. » *Enfance*, volume 4, pp.335-334.

Annexes

1- Modèle neuropsychologique des origines du TDA/H

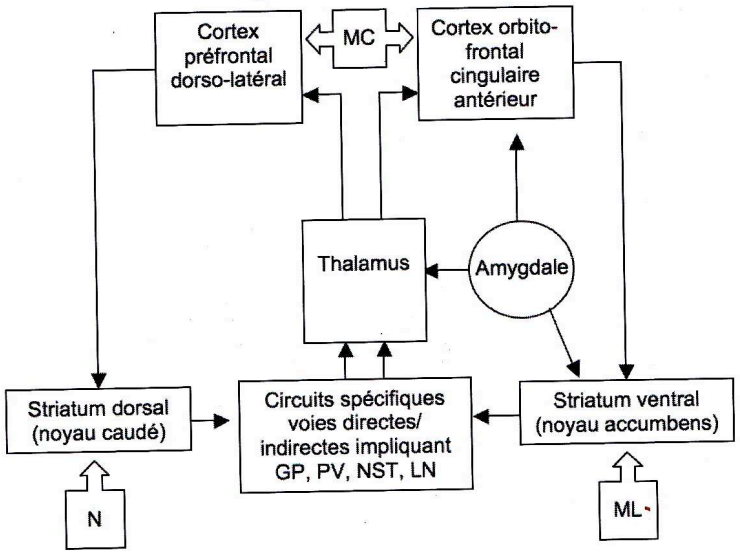
Modèle à deux voies[56]



[56] SONUGA-BARKE, E. J. S., 2003, *p.* 593-603.

2- Modèle cérébral des boucles neuropsychologiques en dysfonctionnement chez les enfants TDA/H

Représentation schématique des circuits cortico-striataux impliqués dans les deux voies (fonctions exécutives à gauche, aversion du délai à droite)[57]



GP = Globus Pallidus ; PV = Pallidum Ventral ; NST = noyau subthalamique ; LN = locus niger
Systèmes de la dopamine : MC = mésocortical ; ML = méso-limbique ; NS = nigrostriatal

[57] *Ibid.*

Résumé

L'enfant en développement peut manifester certaines difficultés. La dysharmonie évolutive fait partie de ces pathologies dont on ignore la cause. D'origine instrumentale ou due à une structure psychique spécifique, les enfants atteints développent un décalage avec leur milieu de vie.
Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, la psychomotricité trouve une place et propose une approche originale. Ce mémoire relate la création d'un atelier psychomoteur visant à prendre en charge un groupe d'enfants atteints de dysharmonie évolutive. La mise en place du dispositif soignant prend forme au décours de réflexions sur le cadre, la médiation et le jeu. La prise en charge de cette population passe par la recherche d'un moyen pour entrer en relation avec eux afin de les rejoindre, de les amener dans un mieux-être et une ouverture à autrui.

Summary

The developing child may show some difficulties. Progressive disharmony is one of these pathologies, of unknow causes. Of instrumental origin or due to a specific psychic structure, a gap develops between the affected child and their environment. Within a multidisciplinary team, a psychomotor skills specialist finds a place and offers an original approach. This thesis describes the setting up of a psychomotor workshop aming to support a group of children with progressive disharmony. The implementation of the healthcare apparatus takes shape over the course of analysis of the framework, mediation and play. This population is cared for through a search for an effective communication channel with them, in order to bring them in a state of increased wellbeing and openness to others.

Mots clés / Summary

- Groupe - Enfants - Dysharmonie évolutive - Médiation – Jeu - Psychomotricité

- Group – Children - Progressive – Disharmony – Mediation – Play - Psychomotricity