



HAL
open science

Le karaté en psychomotricité : apports du karaté dans un travail de construction psychocorporelle auprès d'enfants suivis en thérapie psychomotrice

Pauline Lesterle

► To cite this version:

Pauline Lesterle. Le karaté en psychomotricité : apports du karaté dans un travail de construction psychocorporelle auprès d'enfants suivis en thérapie psychomotrice. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01069060

HAL Id: dumas-01069060

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01069060>

Submitted on 26 Sep 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.

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE- PARIS VI
Faculté de médecine Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité

Le karaté en psychomotricité



Apports du Karaté dans un travail de construction
psychocorporelle auprès d'enfants suivis en thérapie
psychomotrice

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Par **Pauline LESTERLE**

Référent de mémoire :

Aurélie GRANDMOUGIN

Session Juin 2014

Je remercie sincèrement,

Aurélie Grandmougin, référente de ce mémoire, pour sa disponibilité, son écoute et pour m'avoir accompagnée tout au long de ce travail par de précieux conseils.

Julia Duvernay, maître de stage, pour la confiance qu'elle m'a accordée auprès des patients, notamment lors de la médiation karaté.

Audrey Coelho et Christophe Crosetto, maîtres de stage, d'avoir partagé leurs savoirs avec professionnalisme, passion et gentillesse.

Tous nos professeurs et intervenants pour leurs enseignements pratiques et théoriques de qualité durant cette formation.

Toute ma famille et Alexandre pour leur amour, leur soutien et leurs encouragements en toutes circonstances.

Cécile, Sonia, Leyla, Alexandra, Nadège et Maud pour leur sincère amitié qui a fait de ces trois années d'étude une belle aventure.

Toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	8
PRESENTATION CLINIQUE	9
I. LIEU DE STAGE	9
1. Type d'établissement.....	9
2. Fonctionnement du Centre Médico-Psychologique	9
a) L'accueil du patient	9
b) L'équipe soignante	9
3. Place de la psychomotricité	10
a) Les psychomotriciens	10
b) Les indications et les prises en charge	10
c) La salle de psychomotricité	10
II. PRESENTATION DES PATIENTS	11
1. Samy.....	11
a) L'anamnèse	11
b) L'indication psychomotrice.....	11
c) Le bilan psychomoteur	11
d) Le projet thérapeutique	14
2. Lou	14
a) L'anamnèse	14
b) L'indication psychomotrice.....	15
c) Le bilan psychomoteur	15
d) Le projet thérapeutique	18

PARTIE THEORIE	20
I. LE TROUBLE DEFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITE (TDA/H)	20
1. Définition	20
2. Critères de diagnostic et diagnostic différentiel	21
a) Les symptômes d'inattention	21
b) Les symptômes d'hyperactivité - impulsivité.....	21
3. Etiologie multifactorielle.....	22
a) La génétique	22
b) La neurobiologie	23
c) Les facteurs environnementaux	23
4. Sémiologie psychomotrice et comorbidités.....	24
a) Les troubles toniques	24
b) Les troubles praxiques	24
c) Les troubles de la représentation du corps	24
d) Les troubles spatio-temporels	24
e) Les comorbidités	25
II. LA MAÎTRISE DE SOI	25
1. Interactions précoces et conscience corporelle.....	25
a) Prémisses à la conscience de soi	25
b) Le concept du Moi-peau	26
c) Le stade du miroir.....	27
d) La confirmation de soi	28
2. Prendre conscience par le mouvement.....	28
3. Le contrôle de soi.....	30
a) Sur le plan tonique	30
b) Dans l'action	31
c) La maîtrise émotionnelle	31

d)	L'importance de la respiration.....	32
III.	LE KARATE - DO.....	32
1.	Définition et Origines.....	32
2.	Le cadre de la pratique.....	33
a)	Le Dojo.....	33
b)	Le « Gi », la tenue.....	33
c)	Le « sensei » et le Salut.....	34
3.	La pratique corporelle.....	34
a)	L'échauffement	34
b)	Le Khion.....	35
c)	Le « Kumite ».....	35
d)	Le kata	36
4.	Le cheminement dans l'apprentissage	36
5.	L'esprit du pratiquant.....	37
6.	Dynamique psychomotrice du Karaté-do.....	38
a)	Le tonus.....	38
b)	La motricité globale	39
c)	L'espace-temps et le schéma corporel	40

PARTIE EVOLUTION CLINIQUE

I.	SAMY.....	42
1.	Evolution de janvier 2012 à Septembre 2013	42
2.	Première séance et observations	42
3.	Evolution sur l'année 2013-2014	44
a)	De septembre à décembre	44
b)	De janvier à avril	45
c)	Le temps calme sur l'année	48
II.	LOU.....	49
1.	Première rencontre	49
a)	« Le contexte »	49

b) Première séance et observations	49
2. Evolution sur l'année 2013-2014	50
a) De la relation thérapeutique	50
b) De l'investissement corporel	52

PARTIE DISCUSSION

I. LE CADRE THERAPEUTIQUE ET LA MEDIATION KARATE EN PSYCHOMOTRICITE

1. Cadre externe, cadre interne.....	55
a) Le cadre externe	55
b) Cadre interne.....	56
2. Les fonctions du cadre.....	56
a) Fonction de contenance	56
b) Fonction de limite et de pare-excitation	57
3. Flexibilité du cadre.....	57
4. Lien thérapeutique, « Psychomotricien : un métier attachant ».....	58
5. Le rôle d'une médiation.....	61
a) Relations primitives et médiateurs.....	61
b) la médiation en thérapie psychomotrice.....	62
c) L'indication de la médiation karaté	62
6. Le karaté comme médiation.....	63
a) Une nécessité d'adaptation.....	63
b) Pour Samy.....	63
c) Pour Lou, le jeu-karaté	64

II. ENJEUX DU KARATE DANS LES STRUCTURES DE LA CONSTRUCTION PSYCHOCORPORELLE

1. La place du jeu chez l'enfant : le jeu-karaté :	65
2. Apports du Karaté dans l'étayage psychomoteur	67
a) Niveau Tonique.....	67
b) Niveau sensoriel	68

c) Niveau affectif	68
d) Niveau représentatif.....	69
3. Les piliers de la structuration psychocorporelle.....	70
a) Les flux.....	70
b) Le dedans et le dehors.....	71
c) Le poids et les appuis.....	72
d) L'axialité : Axe et spatialité	73
e) L'usage du corps	74
f) La qualité gestuelle et sa valeur expressive.....	76
g) Sentir, Nommer et Symboliser	77
III. MISE EN JEU DE L'IMAGE DU CORPS EN PSYCHOMOTRICITE	79
IV. LES LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE	82
1. Du cadre	82
2. De la médiation karaté	83
3. Mes propres limites	83
V. MA PLACE DE STAGIAIRE	84
CONCLUSION	86
BIBLIOGRAPHIE.....	87
RESUME	95
SUMMARY	95

INTRODUCTION

A partir de ses expériences sportives, corporelles et spirituelles le psychomotricien étoffe sa créativité en thérapie psychomotrice. Pratiquant le karaté depuis 14 ans, j'appréhende une nouvelle approche de ma discipline. Ma rencontre avec Samy et Lou, jeunes patients suivis en Centre-Médico-Psychologique, me donne l'opportunité de proposer la médiation karaté. Tourmenter dans l'hyperactivité, Samy parle peu mais son corps déborde d'énergie. A l'inverse, Lou en colère contre son corps abimé, semble avoir pleins de choses à raconter. L'accompagnement thérapeutique en psychomotricité pour ces enfants s'engage dans une quête de réappropriation de soi.

L'ensemble de ma réflexion répond à l'interrogation suivante : En quoi le karaté serait un outil pour le psychomotricien dans l'optique d'une construction psychocorporelle?

Comment le karaté, art martial japonais est-il modulable en thérapie psychomotrice ? De quelle manière sollicite-t-il les potentialités physiques mais aussi psychiques de l'enfant en difficulté ? Comment devient-il un appui pour aider l'enfant à habiter son corps ?

La présentation clinique de Samy et Lou, sera préalablement abordée, avant de développer les notions théoriques de la pathologie de Samy : l'hyperactivité. Nous éclaircirons par la suite comment le sujet accède à la maîtrise de soi puis découvrirons quelles sont les bases du karaté traditionnel. Une analyse portera sur l'évolution des enfants durant leur année de suivi et une discussion fera la lumière sur les apports du karaté dans leurs constructions psychocorporelles.

PRESENTATION CLINIQUE

I. LIEU DE STAGE

1. Type d'établissement

Mon stage se déroule au sein d'un Centre Médico-Psychologique (CMP), établissement de santé publique. Il est rattaché à un service hospitalo-universitaire. C'est un centre de consultations, pour enfants et adolescents de 0 à 20 ans (celles-ci sont gratuites et prises en charge par la sécurité sociale). Le CMP se structure en trois sections : L'Unité de la Petite Enfance accueille les enfants de 0 à 5 ans, l'Unité Enfance ceux de 6 à 12 ans et l'Unité Adolescence de 13 à 20 ans. C'est une prise en charge globale qui prend aussi en compte les difficultés du contexte familial, social et éducatif.

2. Fonctionnement du Centre Médico-Psychologique

a) L'accueil du patient

La famille du patient prend rendez-vous auprès des secrétaires ou de l'assistante sociale pour rencontrer un pédopsychiatre. Il orchestre les demandes de bilans : psychomotricité, orthophonie, psychologie qui seront suivis ou non d'une prise en charge en fonction des difficultés de l'enfant. L'enfant et sa famille sont amenés à le revoir une à deux fois par mois, voire tous les trois mois, en fonction des difficultés. L'assistante sociale et le pédopsychiatre avec l'accord du patient et sa famille peuvent contacter les intervenants des domaines scolaires, de l'aide sociale ou judiciaire.

b) L'équipe soignante

L'équipe soignante du CMP comprend vingt-une personnes, soit : six médecins psychiatres, huit psychologues, deux orthophonistes, deux psychomotriciens, une assistante sociale et deux secrétaires médicales. Ils sont amenés à travailler ensemble lors des temps institutionnels (synthèse générale ou synthèses spécifiques aux tranches d'âge des patients) pour échanger leurs points de vue, les difficultés ou

les améliorations rencontrées. Ils abordent également les possibilités d'ajustement des conditions de vie familiale et scolaire des enfants. Certains thérapeutes encadrent en duo des groupes thérapeutiques. Les temps informels sont également propices aux échanges.

3. Place de la psychomotricité

a) Les psychomotriciens

Les deux psychomotriciens travaillent à mi-temps au CMP et assurent respectivement leurs prises en charge. Sur leur temps de travail, ils rencontrent les familles, assurent les passations de bilans psychomoteurs, les séances de suivi (durant 30 à 45 minutes pour chaque enfant) ainsi que la rédaction des comptes rendus.

b) Les indications et les prises en charge

Tous les thérapeutes peuvent soumettre la proposition d'une prise en charge ou d'un bilan en psychomotricité au pédopsychiatre. Lui seul est en mesure de délivrer une prescription médicale. Le suivi peut être en individuel, en groupe thérapeutique ou les deux à la fois.

c) La salle de psychomotricité

Avant d'accéder à la salle de psychomotricité qui se trouve au sous-sol, les enfants doivent effectuer un petit trajet. En effet nous descendons des escaliers vertigineux. Nous pouvons déjà observer certaines interactions parent-enfant. Il est souvent nécessaire de contenir les enfants anxieux et éparpillés. La salle est spacieuse, mais pas totalement fermée, il y a un passage étroit où est entreposé du matériel et qui donne accès aux autres parties du CMP. Certains enfants peuvent être anxieux vis-à-vis de ce couloir. Le matériel est en majorité rangé ; seuls quelques éléments restent visibles. La salle est équipée d'un grand tableau, d'un miroir et de grands tapis.

II. PRESENTATION DES PATIENTS

1. Sammy

a) L'anamnèse

Samy, 9 ans, est né le 14 novembre 2004, il vit avec ses parents et sa petite sœur de 3 ans. Sa mère est avocate et son père informaticien.

Les premiers mois de Samy se sont bien déroulés, il présente un développement psychomoteur adapté. Il n'a aucune difficulté d'alimentation ou de sommeil. Sa mère le décrit comme un enfant ayant un tempérament actif. L'entrée à l'école se déroule sans difficulté de séparation, d'intégration, de socialisation et d'apprentissage.

En 2010, à la naissance de sa petite sœur Emma, sa mère est hospitalisée plusieurs mois suite à une septicémie, le pronostic vital est engagé. A cette période, l'institutrice de grande section informe les parents de l'agitation de Samy qui perturbe la classe ainsi que d'une anxiété de performance face aux épreuves graphiques. C'est pour ces raisons qu'il consulte au CMP.

Actuellement, Il vit dans une maison avec ses deux parents très pris par le travail et sa petite sœur. Ils sont souvent gardés par des nourrices. A la maison, Samy joue seul, regarde la télévision ou joue aux jeux vidéo. Il entretient une bonne relation avec sa sœur dont il est très fier. Il est scolarisé en classe de CM1 et a des copains. Leurs intérêts se portent principalement sur les jeux vidéo et les cartes Pokémon.

b) L'indication psychomotrice

Un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité a été diagnostiqué par le pédopsychiatre. Soulignons que les deux parents présentent un trouble de l'attention. Il prescrit un bilan psychomoteur en 2011. L'indication a été faite dans le cadre d'une agitation, d'une difficulté graphique ainsi qu'un manque d'estime de soi. Samy est également suivi en psychothérapie et en orthophonie.

c) Le bilan psychomoteur

Le bilan date du 1^{er} Décembre 2011, Samy est âgé de 7 ans.

- Comportement :

Samy se montre souriant et coopérant durant le bilan. Il est capable d'être attentif cependant son attention reste labile et de courte durée. La position statique est difficile à maintenir de par son agitation, il remue les doigts sans cesse.

- Motricité globale (Coordinations dynamiques globales) :

Samy se montre performant dans les activités sollicitant sa motricité globale. Au test du M-ABC (Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant), il se trouve dans la moyenne des enfants de son âge. Soulignons que Samy se disperse rapidement et se laisse envahir par une excitation motrice incontrôlable. Il régule difficilement la puissance de ses gestes. Il a donc de bonnes compétences de coordination, d'équilibre et de synchronisation malgré une qualité fluctuante.

- Motricité fine et praxies :

Dans la réalisation des gestes fins aux épreuves de dextérité manuelle du M-ABC, sa motricité apparaît désorganisée et impulsive sous-tendue par une tonicité assez élevée. Samy manque de précision et de rapidité mais il n'y a aucun trouble praxique majeur.

- Organisation spatiale et latéralité :

La latéralité de Samy est homogène à droite. Au test de la Figure de Rey A, il obtient un score équivalent à celui des enfants de son âge. Les difficultés attentionnelles expliquent le manque de précision d'orientation des éléments. Pour la reproduction de mémoire, Samy a tendance à se décourager lorsqu'il est en difficulté. Il renonce pour éviter la situation d'échec anxiogène.

Le test de l'acquisition de l'intégration visuo-motrice de Beery-VMI est très bien réussi. Samy présente de bonnes capacités visuo-spatiales.

- Temps et rythmes :

Les repères temporels (jours de la semaine, mois et saisons) sont connus.

A l'épreuve de rythmes de M. Stamback, Samy se précipite. L'adaptation rythmique est possible mais Samy s'exprime seulement à travers des cadences impulsives, vives et rapides.

- Schéma corporel :

Samy est capable de nommer et désigner avec facilité les différentes parties du corps à l'épreuve des somatognosies de Bergès.

Il se montre performant également à l'Évaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG) même si la concentration que requière cette épreuve demande à Samy beaucoup d'efforts.

Sa production à l'épreuve du Dessin du bonhomme est très sommaire avec peu de détails. Le dessin est peu investi, il se précipite et la qualité graphique est peu développée.

- Graphisme :

A l'évaluation des pré-requis à l'écriture, les signes pré-scripturaux témoignent d'un tracé maladroit, la qualité se dégrade au cours de l'épreuve, l'alternance des boucles à l'endroit et à l'envers est à consolider.

Samy a une posture inadaptée à la situation d'écriture : son buste est trop penché sur la table, ses épaules sont très tendues et contractées. De plus, il est parasité par des tensions au niveau des deux mains. La prise de l'outil scripteur est adaptée, en pince tridigitale. Il se décourage vite et ne parvient pas à rester concentré jusqu'à la fin de l'épreuve, un étayage de l'adulte est nécessaire pour terminer la tâche. L'échelle d'évaluation rapide de l'écriture (BHK) met en évidence une difficulté graphique avec une lenteur d'écriture et une qualité à améliorer.

- Tonus :

L'examen du tonus n'a pas pu être réalisé car Samy se tient à distance de l'examinatrice et se forme une carapace tonique en se rigidifiant totalement, rendant l'évaluation impossible. Il est cependant possible d'observer que Samy présente un fond tonique global élevé avec des crispations et des contractions.

- Conclusion du bilan :

Samy est un garçon de bon contact sur le plan relationnel. La réalisation du bilan se déroule dans de bonnes conditions. Il montre des compétences satisfaisantes. Il présente un développement psychomoteur en accord avec son âge, de bonnes capacités visuo-spatiales et visuo-constructives. Il a de bonnes connaissances sur l'organisation de son corps sur le plan intellectuel mais manque d'investissement affectif (garde à distance le vécu émotionnel et les ressentis corporels). Son agitation motrice et son impulsivité, sous-tendues par une hypertonie de fond entravent sa qualité gestuelle. Samy reste très difficilement dans une situation statique. Sa motricité apparaît désorganisée, peu contrôlée, les difficultés sont principalement sur le plan de la maîtrise corporelle. Samy est aussi en difficulté sur les plans attentionnel et graphique.

d) Le projet thérapeutique

A la suite du bilan psychomoteur il a été recommandé une prise en charge à raison d'une séance hebdomadaire. Les objectifs du suivi en psychomotricité sont :

- La régulation tonico-émotionnelle en accédant à un relâchement tonique global, un accès à la détente afin que Samy puisse libérer les tensions persistantes.
- Un travail autour de l'ancrage du corps au sol, de l'axe corporel, des appuis. Samy doit pouvoir être stable pour accéder au contrôle de soi, à la maîtrise corporelle.
- Prise en compte des affects et favoriser l'expression de soi, ses émotions : accéder à la verbalisation.

2. Lou

a) L'anamnèse

Lou, 7 ans, est née le 14 Mars 2007. Elle est fille unique et vit avec ses parents tous deux professeurs de musique. Sa mère joue de l'alto et son père du violon comme Lou.

La grossesse et l'accouchement n'ont présenté aucune difficulté notable. Elle est décrite par sa mère comme un bébé tonique qui dort peu. Son développement psychomoteur montre qu'elle était en avance sur les acquisitions posturo-locomotrices.

En 2010, à 3 ans, Lou contracte une vascularite post-infectieuse définie comme « une inflammation des parois des vaisseaux »¹. Cet accident vasculaire cérébral (AVC) entraîne une hémiparésie droite² pour laquelle elle a été hospitalisée durant trois semaines.

Lou récupère ses capacités fonctionnelles et ne présente plus de difficultés. Un an après, à 4 ans, une boiterie apparaît soudainement. Elle est suivie en kinésithérapie pour les difficultés de marche causée par la boiterie et une atrophie du muscle fessier droit est constatée. Actuellement, la boiterie persiste, il n'y a plus de

¹ <http://www.vulgaris-medical.com>

² Parésie : « Paralysie partielle ou légère, se manifestant par une diminution de la force musculaire », Le Petit Robert, 2011.

suivi en kinésithérapie mais il va être remis en place. Le lien entre la boiterie et l'atrophie musculaire reste flou selon les médecins.

Durant la grande section, Lou, 5 ans, se montre comme une petite fille éparpillée, fatiguée l'après-midi. Elle s'intègre bien dans sa classe et ne montre aucune difficulté d'apprentissage scolaire mais elle est maladroite, « casse-cou », d'après sa mère. A cette période, Lou se couche tard, elle a du mal à s'endormir. D'après la pédopsychiatre, elle est témoin des conflits conjugaux de ses parents, ce qui lui laisse peu de place. Sa mère, en difficulté, présente des traits dépressifs. Lou adopte des comportements de mise en danger avec ses parents bien qu'ils ne soient aujourd'hui plus d'actualité.

Actuellement, la mère dit que les relations familiales se sont apaisées. En 2012 Lou a fait de la danse. Aujourd'hui, elle ne pratique plus d'activité sportive extra scolaire, mais elle apprécie beaucoup la piscine avec l'école.

A la maison, Lou fait de nombreuses activités avec sa mère, cependant elle se plaint souvent de l'indisponibilité de ses parents qui travaillent beaucoup sur l'ordinateur, notamment son père. Elle est souvent pessimiste et négative et manifeste une tristesse apparente, d'après sa mère.

A l'école, Lou n'a pas de difficulté particulière quant aux apprentissages mais elle n'a pas beaucoup d'amis. Sa mère la décrit comme « une petite fille plutôt inquiète » et manquant de confiance en elle.

b) L'indication psychomotrice

En, 2012 Lou consulte au CMP car elle est opposante, impulsive et se met en danger dans le milieu familial. La pédopsychiatre demande un bilan psychomoteur en Mars 2012 mais il ne révélera aucune difficulté dans ce domaine. Le psychomotricien parle de « fonctionnement hyperprotecteur de la part de sa mère empêchant l'enfant de réaliser les expériences motrices dont elle a envie et qui sont nécessaires à son développement ». La famille est en désaccord avec les résultats de ce bilan et décide de faire passer un second bilan à leur fille en cabinet libéral.

c) Le bilan psychomoteur

Présentation des résultats issus du second bilan psychomoteur réalisé en cabinet libéral, en Avril 2013 Lou a 6 ans et 1 mois.

- Comportement :

Lou se montre coopérante pendant le bilan. Cependant elle est en difficulté pour rester concentrée sur une épreuve longue, l'étayage de l'adulte est nécessaire pour l'encourager à poursuivre. Elle effectue les épreuves mais a tendance à se dévaloriser (« je n'y arriverai pas ») avant même d'avoir commencé. Elle digresse les règles et change de sujet en racontant des choses en lien avec sa vie. Il est important de poser un cadre pour la contenir.

- Motricité globale :

Pendant la marche Lou est gênée par sa boiterie qui entraîne des difficultés d'équilibre. Lors de la course sa posture est rigide avec une légère extension de l'axe, mais les coordinations entre le haut et le bas du corps sont efficaces. Lou manque de contrôle et se cogne souvent contre les murs. Les sauts pieds joints et le cloche pied à gauche sont acquis. Sur le pied droit Lou manque de stabilité et se trouve en difficulté. Elle le verbalise et ne se sent pas toujours capable d'effectuer les épreuves. A l'épreuve du Pantin les coordinations et dissociations sont tout à fait possibles.

Au test du M-ABC, Lou présente une attitude rigide. Elle manque d'anticipation posturale dans l'épreuve de maîtrise des balles, la régulation de la force est difficile et il n'y a pas de coordination oculomotrice. Aux épreuves d'équilibre, Lou se montre performante en statique sur la jambe gauche mais l'équilibre est plus difficile à droite. Les possibilités motrices de Lou sont efficaces (coordinations, dissociations, synchronisations) mais elle manque de maîtrise et de souplesse. Elle est principalement en difficulté aux épreuves d'équilibre. Le manque de régulation tonique et de contrôle entrave ses compétences motrices.

- Motricité fine :

Aux épreuves de dextérité manuelle du M-ABC, Lou fait preuve de bonnes capacités de coordination bi-manuelle et apparaît plus performante avec la main gauche. Pour les tracés, elle utilise la main droite et les mouvements manquent de contrôle. Des tensions apparaissent au niveau du bras, du poignet et de la main quand elle s'applique ou sous pression du facteur vitesse.

A l'épreuve d'opposition pouce-doigts Lou fait preuve de bonne motricité digitale pour les deux mains.

Lors de l'évaluation de la motricité gnosopraxique, Lou montre de bonnes capacités. Les quelques difficultés sont dues à la mise en place récente des repères latéralisés. Elle ne présente pas de trouble praxique.

- Graphisme :

L'outil scripteur est tenu de la main droite. Les activités graphiques sont bien investies et les épreuves pré graphiques sont réussies, les praxies sont automatisées. Le tracé manque encore de régularité dû au manque de synergie entre gestes distal et proximal, la mobilisation des doigts est très faible voire absente.

- Espace et latéralité :

Lou présente une latéralisation à droite non homogène. Pour les activités graphiques elle utilise la main droite, la dominance oculaire se fait à gauche et le pied d'appui est le gauche. Soulignons que sa latéralité neurologique était « homogène » avant l'AVC soit avant 3 ans.

Les notions spatiales de bases sont intégrées et l'orientation dans l'espace est adaptée. Lou présente de bonnes capacités visuo-spatiales. Il n'y a aucune difficulté de compréhension dans les relations entre les formes. Les résultats sont amoindris par son manque d'attention.

- Temps et rythmes :

Les repères temporels socialisés (jours de la semaine, mois et saisons) sont intégrés par rapport à son âge. A l'épreuve de rythme du Mira Stambak, Lou adopte un tempo rapide et les frappes sont fortes. L'épreuve est longue et il est difficile pour elle de rester attentive.

- Schéma corporel :

Au test des somatognosies, Lou a besoin de nombreuses sollicitations pour persévérer. Elle connaît les principales parties du corps en désignation et nomination mais certains repères sont à renforcer. Son score est inférieur à la moyenne des enfants de 6 ans.

Selon la cotation du bonhomme de F. Goodenough, son niveau de représentation du schéma corporel s'élève à 5 ans et 9 mois ce qui est adapté. Son bonhomme est verticalisé et violet (couleur que sa mère adore, selon elle), il se situe tout à gauche de

sa feuille. Lou dit qu'elle souhaite dessiner une princesse. Le schéma corporel est intégré par rapport à ce qu'on attend d'elle à son âge.

- Tonus :

L'examen du tonus de fond mettant en avant la latéralité neurologique n'est pas possible. Lou n'accède pas au relâchement spontané, elle participe à chaque mobilisation. A l'épreuve des diadococinésies, elle se montre plus performante à gauche ; à droite, on souligne une participation du coude et un manque de fluidité. A l'épreuve doigt-nez, le mouvement manque de précision à droite. Sur une observation globale lors des activités motrices, la régulation tonique gestuelle et posturale reste fluctuante et pas toujours adaptée.

- Conclusion du bilan :

Lou se présente avec une boiterie importante au niveau de la hanche droite. Il n'y a aucun retard de développement psychomoteur. Elle présente de bonnes compétences de motricité fine, de repérage spatio-temporel et de connaissance du corps. Les difficultés apparaissent principalement autour de l'équilibre et de la régulation tonique, elle a une attitude rigide. La latéralité est à renforcer de la main droite. Parfois les résultats sont chutés par un manque d'attention, Lou a besoin d'encouragements. La psychomotricienne recommande un suivi en psychomotricité afin que Lou explore, dans un espace thérapeutique, un corps plaisir, qu'elle prenne conscience de toutes ses potentialités et puisse se détacher de l'adulte et de son étayage.

d) Le projet thérapeutique

La psychomotricienne du CMP a pris connaissance des résultats du bilan de Lou. Les grands axes de la prise en charge sont ciblés sur :

- Le lien thérapeutique, relation de confiance thérapeute-patient et de collaboration. Etre et faire ensemble afin d'améliorer les relations avec ses pairs. Trouver du plaisir dans le jeu et le partage, accéder au lâcher prise dans la relation.

- L'investissement corporel et émotionnel.
- L'aisance corporelle : favoriser la prise de conscience de l'ancrage corporel (appuis, posture, axe corporel et équilibre) pour améliorer le contrôle de sa motricité générale.

PARTIE THEORIE

La problématique clinique rencontrée étant à l'origine de ce mémoire, j'ai fait le choix de restreindre les notions théoriques afin de mettre en avant ce qu'est le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, la maîtrise corporelle et de présenter la médiation utilisée : le Karaté.

I. LE TROUBLE DEFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITE (TDA/H)

1. Définition

Selon Ménéchal J.³, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est un syndrome, dont les symptômes doivent apparaître avant l'âge de 7 ans et persistent au moins 6 mois à un degré inadapté. Il n'existe aucun test de diagnostic ni de signe pathognomonique ou de marqueur biologique du trouble. Il se caractérise par une triade symptomatologique :

L'inattention : est le passage rapide d'une activité à l'autre à l'école ou dans des activités de plaisir, l'enfant manifeste une grande distractibilité. Il ne parvient pas à inhiber les informations perturbatrices. Les capacités attentionnelles sont bien présentes mais la difficulté se trouve dans leur gestion et leur maintien. L'attention est perturbée qu'elle soit sélective ou divisée.

L'hyperactivité : est une agitation motrice et verbale excessive. Une incapacité à rester en place dans une situation où il y a une contrainte (à l'école, durant un repas). Les mouvements sont désorganisés et sans but précis. Des pensées parasitent le discours de l'enfant, il y a une fuite des idées.

L'impulsivité : est l'impossibilité à inhiber un comportement. L'enfant ne parvient pas à réfléchir avant d'agir, il réagit spontanément. Il n'y a pas de temps de réflexion. Cela se traduit par l'intolérance à l'attente mais aussi par la difficulté à

³ Jean Ménéchal, 2004.

penser le temps, les successions d'actions, la difficulté à planifier, ce qui peut conduire l'enfant à se mettre en danger.

2. Critères de diagnostic et diagnostic différentiel

D'après la quatrième édition de la classification de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV)⁴, le diagnostic d'un TDA/H est établi en fonction de la présence et la persistance des symptômes ci-dessous à un niveau inadapté et ne correspondent pas au niveau de développement de l'enfant.

a) Les symptômes d'inattention

L'enfant ne parvient pas à soutenir son attention, ce qui entraîne des conséquences sur les activités scolaires, quotidiennes et de loisirs. Il ne perçoit pas les détails, fait des fautes d'étourderie, semble ne pas se conformer aux consignes et ne termine pas les tâches demandées (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition ni à une incapacité à comprendre les consignes). Il a du mal à s'organiser, oublie ou perd fréquemment ses affaires et évite toutes activités nécessitant un effort mental soutenu. Il semble ne pas écouter quand on lui parle personnellement et se laisse facilement distraire par des stimuli externes.

b) Les symptômes d'hyperactivité - impulsivité

Pour l'hyperactivité : l'enfant est souvent « sur la brèche » ou agit comme s'il était « monté sur ressorts ». Il se lève en classe, remue souvent les pieds et les mains, ou se tortille sur son siège. Il court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié et parle souvent trop.

Pour l'impulsivité : l'enfant interrompt souvent les autres ou impose sa présence. Il a du mal à attendre son tour et répond souvent aux questions avant qu'elles ne soient entièrement posées.

D'après Ménéchal J.⁵, parmi les symptômes retenus il est important de prendre en compte l'intensité, la fréquence en fonction du développement de l'enfant, le caractère variable ou persistant des symptômes en fonction des situations et du

⁴ American psychiatric association, 2004

⁵ Jean Ménéchal, 2004

temps. L'association des symptômes entre eux et leur caractère invalidant a des retentissements dans de nombreux domaines.

Selon Ancieux V. et al.⁶, il existe trois types de TDA/H, dépendants de la prédominance des symptômes :

- La prédominance « d'inattention » : branche centrale du syndrome. Les enfants sont qualifiés de rêveurs, paresseux ou faisant preuve de mauvaise volonté.
- La prédominance « hyperactivité-impulsivité » : ce caractère est plus facilement détectable par l'entourage.
- Le type « Mixte » : association des symptômes du couple impulsivité/hyperactivité et des symptômes de l'inattention.

Ménéchal J.⁷ souligne que le diagnostic différentiel permet la distinction entre le TDA/H « entité » et le TDA/H « symptôme ». Le TDA/H « entité » correspond au syndrome isolé n'étant pas la conséquence d'une autre pathologie, contrairement au TDA/H « symptôme » que l'on peut retrouver au sein de tableaux cliniques particuliers (Troubles psychiatriques plus globaux: autismes, psychoses ; atteintes somatiques ; prise de traitements médicamenteux ; conditions environnementales inadaptées passagères, hypomanie⁸...). Il faut aussi dissocier le TDA/H de la turbulence non pathologique chez l'enfant de 3 ans (qui disparaît vers 5 ans).

3. Etiologie multifactorielle

a) La génétique

D'après les travaux Ménéchal J.⁹ Berger M.¹⁰ et Ancieux V. et al.¹¹, l'origine génétique du TDA/H a mis en avant l'interaction des gènes DAT1, DRD-4 et DRD-5. Plusieurs gènes, ceux qui gèrent la production, la recapture et la réception de la dopamine, la sérotonine et la noradrénaline seraient également impliqués. Il existe

⁶ Valentine Ancieux et al., 2013

⁷ Jean Ménéchal, 2004

⁸ Caractérisée par une labilité émotionnelle, une irritabilité, une agressivité, une agitation motrice et une distractibilité.

⁹ Jean Ménéchal, 2004

¹⁰ Maurice Berger, 2005

¹¹ Valentine Ancieux et al, 2013

des liens étroits entre la présence d'un TDA/H et les troubles dyslexiques et dysorthographiques qui partageant une majorité de leurs influences génétiques.

b) La neurobiologie

Ménéchal J.¹², Ancieux V. et al.¹³, relatent plusieurs origines neurologiques : une sous activation et une faible sensibilité des zones cérébrales frontales aux stimuli extérieurs ; une suractivation d'autres zones du cerveau ; des anomalies morphologiques cérébrales et un déficit des mécanismes d'inhibition comportementale.

c) Les facteurs environnementaux

Les causes environnementales gardent une place majeure quant à l'apparition du syndrome TDA/H chez l'enfant. D'après une étude menée par Berger M.¹⁴ sept sous-groupes se sont distingués en fonction des conditions relationnelles familiales des enfants :

- Le groupe des interactions précoces très défectueuses (parents imprévisibles, absents ou menaçants)
- Les mères ayant subi une dépression précoce
- Les enfants soumis au forçage éducatif (non malléables)
- Les mères instables ou nerveuses
- La discontinuité ou pauvreté d'investissement de la part de l'environnement maternel précoce
- L'instabilité concomitante à d'autres troubles instrumentaux
- L'instabilité sans cause préalable.

Il existerait également un lien entre la genèse de l'hyperactivité de l'enfant et l'hyperactivité parentale.

La majorité des enfants instables présente une origine multifactorielle. Il est important de faire une recherche étiologique pour chaque patient car cela influe la méthode d'investigation et de prise en charge du thérapeute. Aujourd'hui, l'objectif n'est pas de chercher une cause simple et ultime à la présence d'un TDA/H. C'est un syndrome neuro-développemental où il existe un terrain génétique ou neurologique

¹² Jean Ménéchal, 2004.

¹³ Valentine Ancieux. et al., 2013

¹⁴ Maurice Berger, 2005.

prédisposé sur lesquels s'ajoutent les troubles environnementaux (grossesse, accouchement, entourage familial, pratiques éducatives, niveau socio-culturel, utilisation précoce de la télévision...)

4. Sémiologie psychomotrice et comorbidités¹⁵

a) Les troubles toniques

Bergès J.¹⁶ distingue deux types d'instabilité en fonction des manifestations toniques présentes. L'instabilité avec un état tensionnel révèle une hypertonie se manifestant par des blocages respiratoires. Les mouvements oscillent entre retenue et explosion. L'agitation met fin à un hypercontrôle sous forme d'action inattendue. L'instabilité avec un état de déhiscence reflète une hypotonie et une incapacité d'activité coordonnée. Les explosions motrices sont suivies d'une sidération végétative. On parle de dysharmonie dans les deux cas.

b) Les troubles praxiques

L'agitation motrice excessive laisse à penser que l'enfant présente des compétences motrices élaborées ; au contraire il existe un manque d'élaboration du projet moteur. Les gestes sont nombreux mais restent simples. Ils donnent l'illusion d'une apparente aisance. Les gestes complexes sont maladroits, imprécis et manquent de fluidité.

c) Les troubles de la représentation du corps

L'enfant n'a pas une représentation fiable de son corps. L'hyperactivité et l'impulsivité ne laissent pas le temps à l'enfant d'intégrer ses positions, ses mouvements, ses sensations. Celles-ci ne sont pas intégrées ou réutilisées de manière productive. Cette sous-représentativité concerne à la fois le schéma corporel et l'image du corps, chez ces enfants qui ont tendance à anticiper l'échec, à s'auto-déprécier, et présentent une immaturité corporelle en décalage avec leur âge réel.

d) Les troubles spatio-temporels

Les troubles de la latéralité, d'orientation et de structuration de l'espace sont fréquents chez ces enfants. Ils ne parviennent pas à séquencer l'espace dans un but

¹⁵ Thierry Bénavides, 2012-2013 Cours

¹⁶ Cité par Renault-Dulong. 2012-2013 Cours

précis ou à le mentaliser. De même, ils sont en difficultés dans le déroulement d'activités ou la localisation temporelle. Les troubles temporels sont constants et massifs.

e) Les comorbidités

Les capacités de mémorisation sont intimement liées aux possibilités attentionnelles. L'enfant hyperactif se retrouve en difficulté lors des apprentissages, due au manque d'attention et la retranscription est difficile. La dyscalculie, la dysgraphie, la dyslexie ou encore la dysorthographe sont des complications souvent associées qui entravent la scolarité de l'enfant.

Des difficultés sociales sont intimement liées à son comportement, il est difficile pour lui d'être en relation, de respecter les règles d'un jeu et il se retrouve souvent mis à l'écart de par ses comportements impulsifs avec les autres enfants. A la maison, les relations fraternelles ou avec les parents sont mises à mal.

Sur le plan psycho-affectif, il est difficile pour l'enfant de gérer son activité incessante et les conséquences relationnelles. Il n'est pas rare de retrouver des troubles dépressifs.

II. LA MAÎTRISE DE SOI

Se maîtriser n'est pas inné, le nouveau né, petit être en devenir doit apprendre au travers du regard de l'autre à habiter son corps.

1. Interactions précoces et conscience corporelle

a) Prémisses à la conscience de soi

D'après les écrits de Pes J.P.¹⁷, dès les premières années de sa vie l'enfant parcourt une quête dynamique vers l'individuation. A la naissance, il est un tout indifférencié, lui et l'environnement ne font qu'un. C'est une relation de symbiose et de dépendance qui prédomine avec sa mère.

Les travaux de Winnicott D.W.¹⁸, mettent en exergue toute l'importance de la qualité relationnelle maternelle dans la prise de conscience de l'existence du nourrisson. Le « handling » renvoie à la manière dont la mère touche son enfant, le

¹⁷ Jean-Paul Pes, 2007

¹⁸ Donald Woods Winnicott, 1969, pp. 109-125.

« traite », le « manipule », lui donne les soins, l'attention qu'elle lui accorde. Etroitement lié, le « holding » réfère de la manière dont celle-ci le porte, le transporte et le supporte. C'est un portage physique mais également psychique.

Le langage n'étant pas encore acquis l'enfant communique par l'intermédiaire des éprouvés corporels. Ajuriaguerra J.¹⁹ l'appelle le « dialogue tonique », c'est une communication corporelle où les comportements tonico-posturaux et moteurs sont un langage et témoignent de l'affect des partenaires. La mère met en mots ce qui se passe pour l'enfant, elle l'aide à comprendre ce qui se joue en lui, pour lui. Il peut alors se réapproprier son vécu corporel. La mère protège son enfant des expériences angoissantes, elle permet le soutien et l'intégration d'un Moi naissant et unifié par la suite.

C'est par les différentes sensations (internes et externes) et les interactions avec ses parents que l'enfant parvient peu à peu à savoir ce qui lui appartient et à distinguer ses limites d'autrui.

b) Le concept du Moi-peau²⁰

Les différentes expériences corporelles vues précédemment sont à l'origine d'une élaboration progressive d'un Moi unifié autrement dit le vécu corporel du nourrisson étaye l'organisation psychique. Anzieu D., psychanalyste français, fait un lien entre la peau enveloppe du corps unifié comme support d'une enveloppe psychique, qui contient ses représentations, son Moi : « Par Moi-peau je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques à partir de l'expérience de la surface de son corps »²¹. Anzieu D. décrit neuf fonctions du Moi-peau, mais seulement quatre seront détaillées ici :

Fonction de maintenance : est assurée par l'intériorisation du holding maternel, la peau soutient les os et les muscles, le Moi-peau maintient les processus psychiques, « fonction sac ».

Fonction de contenance : en lien direct avec le handling, la peau a un rôle d'enveloppe de tout le corps, le Moi-peau a une fonction de marquage entre le dedans

¹⁹ Julian de Ajuriaguerra cité par Jean Michel Albaret, Françoise Giromini et Philippe Scialom, 2011

²⁰ Didier Anzieu, 1985.

²¹ Ibid, p 61

et le dehors, entre les sensations respectives de l'enfant et de sa mère. Si celle-ci est défaillante on parle de « Moi-peau passoire ».

Fonction de pare excitation : la couche superficielle de la peau protège le corps des agressions extérieures, la mère est garante dans un premier temps de cette fonction pour protéger son enfant avant que son Moi s'auto-protège des agressions environnementales.

Fonction d'individuation : la peau de par ses caractéristiques se différencie chez chacun de nous, le Moi-peau permet une différenciation d'un individu à l'autre, amenant au sentiment d'être unique.

c) Le stade du miroir

Selon Lacan J.²², le stade du miroir est une étape fondamentale dans le repérage puis la reconnaissance de son image dans le miroir. Vers le 6^{ème} mois, le jeune enfant s'intéresse à son reflet. Il distingue trois ressentis :

- « je suis une entité à forme humaine »
- « je suis une entité humaine distincte des autres entités humaines », il comprend qu'il s'agit de son image à lui et qu'il existe l'image de l'autre.
- « je suis une entité cohérente et en mouvement », l'enfant jubile de maîtriser cette image qui bouge comme lui.

Lacan J. considère que par le biais de cette image se fixe une continuité, une cohérence, c'est « l'image spéculaire ». Auparavant, le nourrisson se sent en différentes parties et ne relie pas les sensations corporelles et les pulsions psychiques. Le niveau le plus élaboré de cette image se trouve vers l'âge de 18 mois.

Lacan J. souligne l'importance de l'adulte dans la compréhension de l'image de soi. C'est lui qui verbalise et nomme le bébé « c'est toi dans le miroir ». Il parle de « processus d'aliénation » : « c'est l'autre qui dit qui je suis, l'autre me donne une identité, une place ». Plus tard, l'enfant comprend que son image est renversée et que ce n'est pas un « clone » de lui qu'il perçoit. Il y a un accès à la dimension symbolique. La relation au miroir est dite triangulaire : il y a l'enfant, son reflet et le parent.

Vers 2 ans et demi, l'enfant comprend son reflet comme une apparence. Il va alors progressivement se détacher de ses propres sensations (corporelles et

²² Agnès Lauras -Petit, 2013-2014, cours

psychiques) qui régissaient ses fonctionnements pour ne s'intéresser qu'à l'image qu'il donne à voir aux autres. La relation qu'il établit avec son image spéculaire tend vers des identifications et contre identifications : il cherche à ressembler aux personnes qu'il aime et se contre identifie à celles qu'il n'aime pas.

Le stade du miroir témoigne de la prise de conscience de soi, de sa différence à l'autre et ouvre la porte sur la période d'affirmation de soi.

d) La confirmation de soi ²³

Vers 3 ans, l'enfant se constitue comme « sujet » on voit apparaître le « je » témoin de sa différenciation à l'autre et parallèlement se développe une meilleure conscience de son propre soi. Le négativisme de l'enfant reflète son affirmation d'individualité. Son comportement et sa manière de communiquer avec les autres informent également sur une sensation plus solide de soi et une sécurité grandissante, qui reste fluctuante. Vers l'âge de 5 ans les jeux d'alternance de rôle, d'imitation reflètent le besoin de s'identifier mais aussi de se différencier, renforçant la structuration de l'identité de soi. « Faire comme » s'associe au fait d'être « différent de ».

2. Prendre conscience par le mouvement

D'après Montessori M.²⁴, « le mouvement n'est pas seulement l'expression du Moi, il est le facteur indispensable à la construction de la conscience, parce qu'il est le seul moyen tangible qui établisse des rapports entre le Moi et la réalité extérieure ».

Le mouvement ²⁵ renvoie à une mobilisation des segments corporels les uns par rapport aux autres, ayant pour fonction d'assurer : le déplacement et l'orientation du corps dans l'espace, les différentes actions sur l'environnement, la recherche d'informations vers l'extérieur, la satisfaction des besoins et l'évitement de la douleur (protection de l'intégrité), la communication et l'expression. Le mouvement ne pourra être une source d'informations pour le corps que si ce dernier présente un équipement neurosensoriel suffisant et efficient.

²³ Jean Paul Pes, 2007

²⁴ Montessori cité par Jean Paul Pes, 2007, p 117-118

²⁵ <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/anatfonctPSM2/poly/POLY.Chp.2.4.html>

Il existe plusieurs types de sensibilités²⁶ : la sensibilité extéroceptive (informations tactiles, visuelles, auditives, gustatives, olfactives), la sensibilité proprioceptive (sensibilité profonde), la sensibilité viscéroceptive (issue des organes).

La proprioception et la kinesthésie sont deux termes étroitement liés.

La proprioception²⁷ correspond à la sensibilité du système nerveux aux informations provenant des muscles, des articulations et des os. Elle permet d'avoir conscience de la position et des mouvements de chaque segment du corps.

La kinesthésie²⁸ se définit par la sensation interne du mouvement des parties du corps assurée par le sens musculaire et l'excitation de l'oreille interne.

D'après Piaget J.²⁹, la réalité se comprend par le mouvement, que se soit la réalité du corps ou de la compréhension de l'environnement. L'action du bébé permet de développer son intelligence, c'est ce qu'il appelait l'intelligence sensori-motrice.

A partir de, Schilder P.³⁰, Dolto F.³¹, nous allons tenter d'établir une définition du schéma corporel la plus exhaustive possible.

C'est une notion objective édifée sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, soit grâce aux perceptions et l'action. Le schéma corporel est identique pour tous les individus et se construit par l'expérience et l'apprentissage tout au long de la vie. Il peut être inconscient, préconscient ou conscient et constitue un cadre de référence aux actes dans l'espace-temps. C'est la connaissance que l'on a des différentes parties de son corps.

Wallon H.³² fait le lien direct entre le schéma corporel et le mouvement (ou l'activité). La motricité organise nos perceptions : « le schéma corporel est une nécessité se construisant selon les besoins de l'activité. Le schéma corporel est en aval de l'activité, pas en amont ». « L'activité permet donc l'organisation du schéma corporel, alors que la passivité entraîne la désorganisation. Nous voyons là tout

²⁶ Jean Michel Albaret, Françoise Giromini et Philippe Scialom, 2011, p 91

²⁷ <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/proprioceptif/15559>

²⁸ Le Petit Robert, 2011

²⁹ Cité par Jean Paul Pes, 2007

³⁰ Paul Schilder, 1968

³¹ Françoise Dolto, 1984

³² Cité par Jean Paul Pes, 2007, p 109-110

l'intérêt des activités physiques comme moyen d'aider à une conscience de soi par l'intermédiaire du corps ». ³³

D'après les écrits de Pireyre E.W.,³⁴ la conscience du corps peut être définie comme un recensement et une analyse des informations sensorielles de l'intérieur et de l'extérieur du corps, nécessitant une attention suffisante. « C'est donc se confronter à la réalité corporelle vécue. »³⁵

Maintenant que les notions de conscience corporelle ont été explicitées, nous allons entreprendre le chemin de la maîtrise de soi, par quoi passe-t-elle ?

3. Le contrôle de soi

Avoir une bonne connaissance de son corps ne signifie pas pour autant en avoir la maîtrise. Le contrôle de soi n'est pas une notion à acquérir mais un travail sur soi tout au long de la vie.

a) Sur le plan tonique ³⁶

Tonus vient du grec *tonos* signifiant tension. C'est un état de tension musculaire actif, permanent et involontaire dont l'intensité varie en fonction des situations syncinétiques ou réflexes. De Ajuriaguerra J.³⁷ distingue : le tonus passif (de fond, permanent, ou résiduel) présent lors du sommeil ; le tonus postural (ou d'attitude) qui permet le maintien d'une posture et le tonus d'action préparant le mouvement. Les hormones, les activités sensorielles, la vie affective, le niveau de vigilance, l'attention de l'individu sont susceptibles de faire varier le tonus.

Au début de la vie il existe un déséquilibre tonique : une hypertonie des membres s'oppose à l'hypotonie de l'axe que le nourrisson ne peut contrôler. Au cours du développement le système nerveux central permet un réajustement tonique, le bébé peut alors se tenir assis puis debout. C'est à l'âge de quatre-cinq ans que l'enfant est capable d'accéder volontairement à une détente globale, à l'écoute de ses ressentis. Entre six et douze ans il pourra progressivement accéder à une détente segmentaire, plus localisée.

³³ Jean Paul Pes, 2007, p 109, 110

³⁴ Eric W. Pireyre, 2011.

³⁵ Eric W. Pireyre, 2011, p 185.

³⁶ Jean-Michel Albaret, Françoise Giromini et Philippe Scialom, 2011.

³⁷ Julian De Ajuriaguerra cité par Jean-Michel Albaret, Françoise Giromini et Philippe Scialom, 2011

Chaque individu a une organisation tonique qui lui est propre en fonction de son vécu corporel. Cette organisation confère une attitude posturale en fonction de la prédominance des chaînes musculaires et articulaires chez chacun. Struyf G.³⁸ décrit les différentes typologies (nous ne développerons pas ces chaînes).

b) Dans l'action³⁹

Le contrôle de soi dans le mouvement associe à la fois une bonne régulation tonique (posturale et d'action, puissance et force), des capacités d'équilibre et une gestion spatio-temporelle adéquate à la situation. C'est vers l'âge de huit ans que l'enfant comprend les notions de distances, les rapports d'espace-temps. Et vers quatre-cinq ans il est déjà capable d'adapter sa motricité à un rythme de manière volontaire. Selon Staes L. et De Lièvre B.⁴⁰ la maîtrise corporelle passe également par les possibilités d'équilibre (statique ou dynamique, assis, debout, à genoux...), d'inhibition (contrôler l'empêchement, l'arrêt, le freinage d'un ou plusieurs mouvements).

c) La maîtrise émotionnelle

Damasio J.A.⁴¹ définit les émotions comme « de multiples modifications du profil chimique du corps, ainsi que des modifications de l'état des viscères et du degré de contraction des différents muscles striés du visage, de la gorge, du tronc et des membres ». Wallon H.⁴² dit que « l'adaptation émotionnelle est essentiellement d'origine posturale et a pour étoffe le tonus musculaire ». Le tonus est donc support des émotions. « L'élément caractéristique fondamental de l'expérience émotionnelle serait l'expérience de plaisir ou de douleur »⁴³. D'après lui, la quiétude s'associe à la détente et le déplaisir à l'augmentation de tonus. D'après Damasio J. A.⁴⁴, « traiter des émotions, c'est parler du corps », d'après lui les exprimer et les ressentir c'est être conscient de sa disponibilité interne et pouvoir les témoigner dans sa relation à l'autre. Il est donc nécessaire de savoir distinguer ses émotions, les reconnaître puis les nommer. Pour parvenir à les contrôler il existe différentes approches.

³⁸ Cité par Benoît Lesage, 2012, p 102

³⁹ Jean-Michel Albaret, Françoise Giromini et Philippe Scialom, 2011

⁴⁰ Bruno De Lièvre et Lucie Staes, 2011

⁴¹ Juan Antonio Damasio cité par Eric W. Pireyre, 2011, p 129

⁴² Cité par Michel Bernard, 1995

⁴³ Jean Paul Pes, 2007, p 137

⁴⁴ Juan Antonio Damasio, cité par Eric W. Pireyre 2011, p 139

d) L'importance de la respiration

Nous l'avons vu plus haut, la maîtrise du corps passe par une conscience avant d'en chercher le contrôle. D'après Albaret J.M., Giromini F. Scialom P.⁴⁵, respiration et tonus sont intimement liés et interagissent réciproquement.

En relaxation notamment, un travail sur la respiration peut être un « chemin d'accès aux perceptions internes »⁴⁶.

Une attention particulière sur la respiration peut enrichir « ce regard intérieur »⁴⁷ sur les sensations, perceptions et les représentations mentales que l'on s'en fait. Elle nourrit la conscience corporelle.

III. LE KARATE - DO

1. Définition et Origines

Selon Didier F⁴⁸. et Smit S⁴⁹, le karaté-Do en japonais signifie la voie de la main vide. « Kara » signifie vide, « Te » correspond à la main et « Do » à la voie. C'est un art martial ou art du Budo (Voie de l'aura de protection) dont les origines chinoises remontent au XIème siècle. L'association entre les techniques des guerriers armés (le kempo) et la pratique bouddhiste des moines chinois a permis de donner une dimension spirituelle au combat dans l'objectif de défendre le pays. Au XIVème siècle les échanges commerciaux et culturels se multiplient entre la Chine et le Japon. Le kempo est introduit sur l'archipel des îles Ryu-Kyu sous le joug de la Chine féodale. En 1470 puis de nouveau en 1609 les armes sont interdites et les japonais favorisent le combat à mains nues. Il n'en était pas plus difficile de faire régner l'ordre et ce mode de protection sans arme attire la curiosité des occidentaux. Au XIXème siècle, Matsuura, fondateur du karaté, fit les premiers écrits sur les arts martiaux, il enseigne sa pratique à Yasutsune Itosu (1831-1916) et Yasutsune Azato (1827-1906) qui eux même furent les maîtres de Gichin Funakoshi (1868-1957), « Père » du karaté

⁴⁵ Jean-Michel Albaret , Françoise Giromini et Philippe Scialom, 2011

⁴⁶ Ibid, p153

⁴⁷ Jean-Michel Albaret , Françoise Giromini et Philippe Scialom, 2011, p 153

⁴⁸ Francis Didier, 1988

⁴⁹ Sanette Smit, 2001

moderne et du style Shotokan. « Shotokan »⁵⁰ se décompose en « shoto » pseudonyme de Funakoshi G. et « Kan » signifiant Dojo, lieu.

Pour résumé, « le karaté est la forme japonaise d'une technique de combat sans arme, mains et pieds nus ; c'est une forme d'attaque et de défense qui repose exclusivement sur l'utilisation rationnelle des possibilités naturelles offertes par le corps humain »⁵¹

2. Le cadre de la pratique

a) Le Dojo

D'après Andlauer D.⁵² et Didier F.⁵³, le dojo est « le lieu où est enseigné la voie »⁵⁴. C'est le lieu de l'entraînement, de l'apprentissage et de la découverte de soi. Cette salle de quatre murs doit présenter sur l'un d'entre eux la photo du fondateur, c'est le mur d'honneur. Il est souvent équipé d'un miroir et de sacs de frappes. Le dojo est l'espace de transmission des connaissances entre le Maître et ses élèves où il faut tuer son « égo » et laisser orgueil, arrogance et prétention à la porte. La signification la plus élaborée ferait du dojo l'endroit du combat contre soi même.

b) Le « Gi », la tenue

Selon Andlauer D.⁵⁵ et Smit S.⁵⁶, la pratique du karaté se fait pieds nus, sans bijoux, en portant le « Gi » propre et ajusté, appelé plus couramment le kimono ou karatégi. Celui-ci est blanc, symbole de l'esprit et de pureté et large. Il permet amplitude et liberté des mouvements. L'harmonie de la tenue du Maître et de ses élèves place tous les participants sur un pied d'égalité sur le plan social et de la pensée. Seules les ceintures de couleurs sont représentatives du niveau des pratiquants (blanc, jaune, orange, vert, bleu, marron, noir). L'habillement est une phase de préparation qui est aussi mentale. Les protections pieds, poing, dentier, plastron (poitrine), coquille ne sont pas systématiquement portés mais leur utilisation en combat est obligatoire.

⁵⁰ Pierre Portocarrero, 1986

⁵¹ Roland Habersetzer cité par Olivier Grim, 2007

⁵² Dominique Andlauer, 1996

⁵³ Francis Didier, 1988.

⁵⁴ Dominique Andlauer, 1996, p38

⁵⁵ Dominique Andlauer, 1996

⁵⁶ Sanette Smit, 2001

c) Le « sensei » et le Salut

D'après les écrits de Smit S.⁵⁷ et Didier F.⁵⁸, le mot « Sensei » a plusieurs significations notamment « le premier né », « celui qui est né avant vous dans le style », « celui qui est devant » ou encore « celui qui sait avant la naissance ».

« La dénomination SENSEI est donnée à celui qui voue sa vie à la recherche de l'art. C'est un maillon de la chaîne qui transmet le karaté-do. Il n'est plus alors une identité que l'on vénère, mais fait partie de toute l'entité de l'art.»⁵⁹ Malgré la difficulté de l'apprentissage et de la discipline il est essentiel d'avoir confiance en son Sensei, celui-ci étant un guide. Il joue un rôle fondamental dans l'apprentissage et le parcours de l'élève. La répartition des pratiquants est structurée : le maître se trouve face aux élèves et dos au mur d'honneur, les élèves sont alignés de gauche à droite sur plusieurs rangées en fonction de leurs grades (kyu), le plus ancien est situé à gauche. Avant chaque cours, les élèves doivent saluer le fondateur (« sho-men ni rei ») et leur sensei, («sensei ni rei »), ceci est une marque de respect et symbolise le fait « de demander à apprendre et de remercier pour cet apprentissage »⁶⁰, signe d'humilité. Il existe également un salut entre deux partenaires travaillant ensemble (« otaga ni rei »).

3. La pratique corporelle

a) L'échauffement

Comme toute pratique sportive ou physique il est indispensable de commencer par un échauffement. « Il permet tout d'abord une préparation physique musculaire, articulaire et cardio-respiratoire qui sera déterminante pour la qualité de l'entraînement, ainsi qu'une mise en condition psychique favorisant l'effort et la concentration»⁶¹. D'après Smit S.⁶², les différents exercices proposés doivent être réalisés sans excès, d'une intensité suffisante pour permettre l'augmentation du rythme cardiaque et favoriser la circulation du sang. Les propositions peuvent être

⁵⁷ Sanette Smit, 2001

⁵⁸ Francis Didier, 1988

⁵⁹ Ibid, p 47

⁶⁰ Francis Didier, 1988, p 47

⁶¹ Jean-Pierre Fischer et Jean-Michel Blanchard, 1990

⁶² Sanette Smit, 2001

sur place, en statique ou avec déplacement. Lors des étirements il est important d'avoir accès à un relâchement musculaire et une attitude détendue afin de limiter l'apparition de douleurs. Un accompagnement par la respiration facilite le relâchement.

b) Le Khion

Louvel J.P.⁶³ cite Habersetzer G. qui définit le khion comme la « répétition des techniques de base, entraînement fondamental, en général dans le vide, sans partenaire »⁶⁴. La première fois, le karatéka répète la proposition sur place, puis l'associe à un déplacement. Les bases acquises, il faut désormais travailler sur la maîtrise de l'impact ainsi que la précision. La répétition est la clé du perfectionnement. (Annexe n°1)

c) Le « Kumite »

Didier F.⁶⁵ et Louvel J.P.⁶⁶ et Chemama G.⁶⁷ explicitent toute l'importance du combat. L'attaquant est « Tori » et le défenseur « Uke ». Les combats conventionnels (assauts conventionnels ou kumite conventionnels) sont des formes de combat régies par des règles, des codes ayant un rôle pédagogique important dans la progression du pratiquant. « Cette forme d'assaut représente en réalité l'éducation physique et morale du karatéka. »⁶⁸

Il existe trois types de kumite dans un souci de progression.

- Le khion ippon kumite : l'attaque est connue par Uke.
- Le jyu ippon kumite : Tori attaque librement sans annonce à Uke (ce qui demande vigilance, calme, gestion de son appréhension, il est face à lui-même, à ses propres limites, ses peurs, ses doutes et ses capacités de réactions). L'objectif final étant d'améliorer l'efficacité du combat libre.
- Le ju kumite : combat libre non codifié, seule la maîtrise des actes est obligatoire. C'est le reflet des personnalités des combattants : offensif ou

⁶³ Jean-Philippe Louvel, 2007.

⁶⁴ Ibid p 59.

⁶⁵ Francis didier, 1988.

⁶⁶ Jean-Philippe Louvel, 2007

⁶⁷ Gérard Chemama et Henri Herblin, 1994

⁶⁸ Ibid, p 102.

défensif et la mise en avant des modalités que chaque pratiquant détient pour gérer son agressivité.

d) Le kata

Louvel J.P.⁶⁹ cite Habersetzer G. et R. donnant la définition suivante du kata : « désigne dans les arts martiaux traditionnels une séquence de techniques dont le déroulement reproduit un schéma de combat contre un ou plusieurs adversaires attaquant sous des angles différents. » Chaque kata débute et se clôture par un salut et détient sa propre stratégie de combat. Les débutants apprennent les cinq katas de base avant de passer aux katas dits supérieurs. Le kata peut être considéré comme une danse ancestrale ayant pour rôle de libérer toute l'agressivité présente au fond de soi. Herbin H.⁷⁰ met en avant la possibilité de retrouver les sensations et les conditions mentales du combat lors de l'exécution d'un kata (l'intention, l'appréhension, l'engagement). Les « Bunkai » (différentes applications possibles du kata avec un partenaire) peuvent être travaillés avant ou après l'apprentissage du kata, ils facilitent sa découverte et sa compréhension. (Annexe n°2)

4. Le cheminement dans l'apprentissage

Pour reprendre le comparatif avec la musique de Louvel J.P.⁷¹, comment est-il possible de jouer de la musique sans connaissance des éléments du solfège ou de faire des katas ou des combats libres sans les techniques de base du karaté ? Herbin H. et Chemama G.⁷² révèlent différentes étapes dans la progression des apprentissages :

Phase de découverte : très courte.

Phase d'initiation : le pratiquant acquiert un nouveau comportement moteur appelé « un acquis » : cette phase est plus ou moins longue en fonction des difficultés rencontrées.

Phase de renforcement : le pratiquant stabilise les acquis.

Phase d'approfondissement : mise en avant d'éléments subtils de la technique pour une meilleure intégration.

⁶⁹ Jean-Philippe Louvel, 2007

⁷⁰ Gérard Chemama et Henri Herblin, 1994

⁷¹ Jean-Philippe Louvel, 2007

⁷² Gérard Chémama et Henri Herblin, 1994.

Phase de Perfectionnement : le pratiquant maximise les composantes de la technique pour augmenter la pertinence de son acte.

Phase de restitution : phase ultime où le pratiquant cherche à reproduire la technique dans un autre contexte : kata ou combat.

La « voie physique » appelée aussi « voie technique » renvoie à la phase d'initiation, c'est l'acquisition de la technicité par le karatéka. Il construit sa technique.

5. L'esprit du pratiquant

Louvel J.P.⁷³ rappelle les origines guerrières du karaté pour expliquer les valeurs de chaque pratiquant. En effet, la pratique traditionnelle du karaté-do inscrit les karatékas à suivre le code d'honneur du samouraï, le « bushido » (la voie du guerrier) : rectitude, esprit d'audace, courage, maîtrise de soi, bienveillance et compassion, politesse, sincérité, honneur et loyauté. Ces valeurs sont des repères dans le cadre de l'entraînement et par extension dans la vie quotidienne.

Au début dans les assauts libres, c'est l'attaquant qui suscite la réaction du défenseur, ce dernier n'a pas d'autres choix que reculer et contrer. Avec le temps, c'est lorsque le défenseur pressent l'attaque, décèle les intentions de son adversaire qu'il réagit. Il travaille sur l'anticipation de l'attaque. « Le combat s'élève alors de la sphère technique à celle du mental, rejoignant l'esprit fondamental de la pratique : l'union du corps et de l'esprit ».⁷⁴ La « voie mentale » est le stade de réalisation, le pratiquant met en application ses acquis en tant que véritable actes de combat avec maîtrise et contrôle de soi suite à l'automatisation acquise des principes des combats conventionnels.

Sur le plan symbolique, Didier F.⁷⁵ compare la voie du karaté à un chemin propre à chacun, semé d'embûches, qu'il faut traverser et affronter pour atteindre un sommet (là où tout commence). En effet, « le karaté-do est un outil de travail pour la culture de l'être humain »⁷⁶. Herbin H.⁷⁷ parle de l'éducation de l'esprit par la pratique

⁷³ Jean-Philippe Louvel, 2007

⁷⁴ Jean-Philippe Louvel, 2007, p 82

⁷⁵ Francis Didier, 1988

⁷⁶ Ibid, p 42

du karaté. Celui-ci se fait par la possibilité de développer son potentiel associé à l'aptitude de lâcher prise.

6. Dynamique psychomotrice du Karaté-do

a) Le tonus

La dynamique tonique d'une technique de karaté s'inscrit dans l'alternance de contractions et de relâchements dans une attitude globale de détente. L'efficacité technique repose sur un minimum d'efforts, de moyens pour un maximum d'effet attendu. Autrement dit, une recherche de fluidité, de détente dans une optique de qualité, soit d'habileté motrice. Un excès de tonus bloque le corps et l'efficacité du coup n'est que réduite.

Dans la pratique, le tonus est le reflet de la qualité gestuelle et spirituelle lors des katas notamment. Lors des combats, l'engagement mental dans l'action (peur de recevoir un coup, de blesser) lié à l'émotion influence l'état tonique du pratiquant. Les trois niveaux toniques⁷⁸ sont pleinement sollicités dans la pratique de l'art martial : le tonus de base ou de repos (plus bas niveau, permet la cohésion d'ensemble du corps), le tonus postural (le minimum permettant le maintien des mises en formes corporelles) et le tonus d'action (base de la motricité globale et de la communication non verbale). L'efficacité technique passe donc par la maîtrise physique, psychique mais aussi environnementale.

D'après Didier F.⁷⁹ et Louvel J.P.⁸⁰, le kiai signifie assembler les énergies. L'énergie physique, gérée par la respiration et le ventre « hara », s'unit à l'énergie mentale dans l'explosion d'une technique, toujours simultanément à l'impact, jamais avant. C'est la synthèse des tensions du corps et de l'esprit dans le but d'un « abandon total de soi »⁸¹.

⁷⁷ Gérard Chémama et Henri Herblin, 1994

⁷⁸ Jean-Michel Albaret, Françoise Giromini et Philippe Scialom, 2011

⁷⁹ Fancis Didier, 1988

⁸⁰ Jean-Philippe Louvel, 2007

⁸¹ Ibid, p 86

b) La motricité globale

La motricité du sujet n'est possible que sur une base tonique particulière. Définissons quelques termes :

La posture : Dans la pratique du karaté le panel de techniques nécessite une « posture juste »⁸². Herbin H.⁸³ parle d'une recherche d'équilibre de base, sans tension inutile notamment dans la posture érigée. Sans équilibre, des tensions compensatrices apparaissent. Il dit que le mouvement se dénature inconsciemment, le corps s'adaptant de lui-même aux difficultés.

Le mouvement ou le Geste : Le mouvement défini précédemment se différencie du geste. Ce dernier quant à lui évoque «les dimensions d'intentionnalité et d'expressivité ou encore en 'acte ou action', sous tendant un but ou une finalité plus directe sur l'environnement. »⁸⁴ En effet, nous retrouvons les « mouvements » lors des échauffements par exemple et les « gestes » dans toutes les techniques.

Coordination et Dissociation : C'est la capacité « d'associer de façon cohérente les participations toniques de différents muscles en vue de réalisation d'un mouvement global organisé »⁸⁵. La dissociation est définie comme « la capacité à séparer des éléments qui étaient unis. »⁸⁶ Elle se retrouve dans la réalisation de techniques où les deux bras (ou deux jambes) n'ont pas le même rôle. Pes J. P.⁸⁷ relate des mouvements homologues (séparant haut et bas du corps), homolatéraux (mouvements asymétriques séparant côté droit et gauche du corps) et controlatéraux (mouvements en diagonales) retrouvés dans les pratiques sportives (comme le karaté) ce qui favorise les expériences de coordination et de connaissance des possibilités du corps.

Equilibre et stabilité : ces termes sont intimement liés aux notions de posture et de tonus vues ci-dessus. La stabilité est la tendance d'un système à demeurer dans un état d'équilibre. Celui-ci « dépend de la position du centre de gravité par rapport aux appuis au sol, d'où l'importance de l'exactitude des positions de base pour une bonne

⁸² Gérard Chémama et Henri Herblin, 1994, p 42

⁸³ Ibid

⁸⁴ Ibid

⁸⁵ Jean-Michel Albaret, Françoise Giromini et Philippe Scialom, 2011, p 164

⁸⁶ Paul Robert, 2011

⁸⁷ Jean Paul Pes, 2011, p 90

stabilité. »⁸⁸ En karaté la vitesse peut parfois compenser le manque de stabilité (la perte d'équilibre) tout comme des contractions compensatrices.

D'après Pes J.P., l'équilibre est statique ou dynamique et il souligne l'importance de la stimulation plantaire. La perception des sensations est essentielle dans la progression.

c) L'espace-temps et le schéma corporel

En s'appuyant sur les travaux de Louvel J. P.⁸⁹, nous allons lier la notion d'espace à la connaissance du corps propre, mais aussi à l'environnement et à la notion de temps. L'apprentissage des techniques repose sur la capacité d'imitation des karatékas, sollicitant leurs capacités sensorielles ainsi que de bonnes connaissances quant à leur schéma corporel.

Dans un premier temps l'apprentissage des katas se fait à l'aide de repères extérieurs sur dojo (fenêtre, sac de frappe, miroir...) puis progressivement le karatéka ne se repère qu'à ses propres sensations internes proprioceptives. L'hémicorps droit étant autant sollicité que l'hémicorps gauche, l'individu prend conscience de son côté le plus performant. La latéralité (utilisation dominante fonctionnelle des organes pairs, œil, main, pied) est constamment mise en jeu, dans les katas notamment, où le commencement se fait par la gauche puis vers la droite et se poursuit par des mouvements d'avant en arrière. Le ventre a une place particulière dans la pratique, c'est le lieu de la respiration, source de puissance (kiai), de densité et d'énergie.

D'après Didier F.⁹⁰, la distance se régule à la fois entre l'écartement de nos pieds au sol ou la longueur de nos pas dans le déplacement, de la position de nos poings dans la garde et vis-à-vis de notre adversaire. L'analyse et la manipulation de la distance demandent une finesse d'observation.

La temporalité se retrouve dans les katas, puisque chacun d'entre eux présente un rythme qui lui est propre avec l'alternance de mouvements lents et rapides. Il apparaît une sorte de mélodie, de découpage du kata. La respiration peut être un indicateur rythmique de l'exécution du mouvement (une expiration = un mouvement). Lors du combat, la pratique stimule également la diminution du temps

⁸⁸ Jean Pierre Fischer et Jean-Michel Blanchard, 1990

⁸⁹ Jean-Philippe Louvel, 2007

⁹⁰ Fancis Didier, 1988

de réaction ; les partenaires étant toujours à la recherche d'un temps creux pour attaquer. Les assauts libres présentent une temporalité qui est propre au duel.

Nous venons d'éclaircir la pratique du karaté sous son aspect traditionnel et sportif. Au cours de l'étude, une présentation psychomotrice du Karaté sera appréhendée afin de comprendre son utilisation thérapeutique.

PARTIE EVOLUTION CLINIQUE

I. SAMY

1. Evolution de janvier 2012 à Septembre 2013

Samy a un comportement fluctuant. Il est à l'écoute et posé ou peu coopérant, désinvolte, opposant et provocateur. Il a eu du mal à investir cette prise en charge dans les débuts. Finalement, il parvient à apprécier certaines activités : jeux de société, peinture, coloriage, jeux attentionnels, parcours moteurs. Il s'inscrit toujours dans une dynamique de compétition. Les activités graphiques sont désinvesties et anxiogènes. Le travail sur les sensations corporelles lors de mobilisations passives n'est pas possible. Il est hyper vigilant et la verbalisation est trop difficile. Les objectifs de prise en charge pour Samy sont repris et adaptés suite à ce bilan d'évolution. Les nouveaux axes de travail sont :

- Possibilités de modulations toniques (relâchement volontaire).
- L'investissement corporel (proprioceptif et postural) pour une meilleure maîtrise du corps.
- Valoriser sa propre image et l'estime de soi.

2. Première séance et observations

Samy se rend au CMP avec une accompagnatrice prévue par sa famille. Jusqu'en Janvier je ne rencontrerai jamais ses parents. Avant les vacances d'été, la psychomotricienne a préparé Samy à ma venue pour qu'il soit prévenu. Ma présentation se fait dans la salle d'attente auprès de Samy et de son accompagnatrice.

Dans la salle d'attente et pendant le trajet jusqu'à la salle de psychomotricité, Samy me semble sur la réserve et surement intimidé par ma présence. Nous prenons un temps de parole au bureau où Samy parle peu, il répond succinctement aux questions de la psychomotricienne sur ses vacances. Pendant ce temps d'échange, il regarde de temps en temps dans ma direction.

A sa demande, Samy réalise un labyrinthe avec facilité, il se valorise même en disant qu'il trouve ça « trop facile ». Me trouvant assise en face de lui, je constate qu'il

a un tic au niveau de l'œil droit assez fréquent. La psychomotricienne n'hésite pas à le verbaliser mais Samy ne réagit pas.

Nous passons au tableau, où la consigne est de se dessiner, l'objectif étant de se relier tous les trois pour symboliser notre participation à chacun lors de cette année de psychomotricité. Samy se montre moqueur et provocateur, il dessine des monstres qui nous représentent mais manifeste des difficultés à se dessiner lui-même et digresse les règles. Il représentera finalement un pirate et s'amuse de nous avoir dessinées aussi « monstrueuses ». Il apprécie le dessin et se montre plutôt performant dans sa production.

Ensuite, Nous commençons un jeu musical de percussions : chacun a un tambour et nous devons nous adapter au chef d'orchestre (un meneur) : Il s'inscrit dans une préférence pour ce qui est rapide et fort. Un petit jeu interactif d'accordage sonore s'installe entre lui et moi, il s'en aperçoit et semble amusé par l'échange sonore. Je constate qu'il a besoin de s'agiter et de se défouler, en effet, il apprécie le moment d'expression libre, de créativité. Il a beaucoup de mal à moduler entre les rythmes lents-rapides et forts-légers. Mais il est tout à fait capable d'être à l'écoute des autres et de rester attentif lorsqu'il est intéressé.

Pour finir la séance, un temps calme de détente est mis en place comme repère et rituel dont Samy a encore du mal à profiter. Je prends le bâton de pluie à sa demande et la psychomotricienne effectue des mobilisations passives sur ses membres, son corps étant allongé sur un tapis. L'utilisation du bâton de pluie a été pensée dans le but de créer une enveloppe sonore qui détournerait l'attention de Samy de l'anxiété que peut générer le toucher des mobilisations. Samy garde les yeux ouverts et semble contrôler les mobilisations. Il bouge souvent les doigts, les jambes et la tête. Il est difficile pour lui d'être dans une immobilité totale et de fermer les yeux trop longtemps. La reprise se fait de manière très brutale pour son corps, il attend le signal d'aller remettre son manteau pour se jeter en avant et se mettre debout le plus vite possible. La verbalisation des ressentis n'est pas possible.

3. Evolution sur l'année 2013-2014

a) De septembre à décembre

⇒ Travail préalable sur le rythme

De septembre à mi-décembre, Samy participe à des jeux rythmiques. Il est curieux et excité par la nouveauté des instruments de musique. Il transgresse les règles et se montre impulsif. L'étayage de l'adulte l'aide beaucoup. Ses productions sont rapides et fortes. La continuité d'un rythme sur la durée est difficile et Samy désinvestit l'activité s'il n'y trouve plus d'intérêt, il se disperse (regard fuyant). Après quelques séances, Samy fait des efforts et prend en compte nos conseils et s'en imprègne. Il reproduit des rythmes lents et s'en amuse. Il se contrôle davantage et module les intensités de ses propositions. Une nette et rapide évolution est constatée.

⇒ Autres activités (dessin, collage, percussions osseuses, pliage en papier)

Samy est capable de respecter les consignes mais s'il est en difficulté ou n'apprécie pas l'activité, digresse rapidement les règles, devient passif, regarde autour de lui, son attention est labile. Samy peut se montrer performant dans une proposition mais avoir beaucoup de mal à verbaliser ce qu'il fait (pliage). Il cherche ses mots et a besoin de montrer avec des gestes. Samy apprécie les moments de liberté d'expression, où il peut découvrir par lui-même un objet/une activité. Un travail sur « l'identité » est abordé, Samy ne se dessine pas mais représente des monstres, sans pouvoir verbaliser sur ceux-ci. Il est très difficile pour lui de dire ou représenter sur un bonhomme « blanc » toutes les choses qu'il aime ou n'aime pas. Il reste silencieux et donne l'impression de réfléchir. Lors des auto-percussions osseuses Samy se tape trop fort, et ne parvient pas à se détendre seul ; peut-être souhait-il que nous le fassions ? En effet, lorsque nous faisons les percussions à sa place sur sa colonne vertébrale, Samy se détend et semble à l'écoute de ses sensations internes (sa tête tombe en avant et son dos s'enroule). Il s'intéresse à la structure osseuse du corps à partir d'un dessin de squelette. Pendant la proposition des percussions, il touche l'omoplate de la psychomotricienne et semble surpris.

b) De janvier à avril

⇒ Le karaté

Nous avons commencé l'activité Karaté mi-décembre. Le premier mois, Samy est impatient de commencer la pratique, c'est pourquoi il n'apprécie pas l'écriture du règlement. Il ne comprend pas l'importance de le relire à chaque début de séance et en fait une lecture rapide presque incompréhensible. Samy intègre rapidement le cadre imposé de l'activité : l'installation du matériel, l'obligation du salut et de l'échauffement, les jeux et le salut de nouveau.

L'échauffement peut être propice à la dispersion si les mouvements sont réalisés sur place. Samy a besoin de bouger (hyperactivité) et le maintien de son attention ainsi que la qualité de son engagement corporel se dégradent si l'échauffement est trop longtemps statique. Il présente des appuis peu stables, fait des mouvements trop amples, sans contrôle et trop rapides. Il n'est pas à l'écoute de ses ressentis mais lorsqu'il est passif, que nous l'aidons (ex : jeu de transfert de poids) il est silencieux et concentré. En revanche, en situation dynamique de déplacement, Samy prend énormément de plaisir mais peut se désorganiser avec l'excitation (perd l'équilibre, tombe). Il peut moduler la vitesse de ses déplacements, mais la lenteur est encore difficile. Il reste dans une optique de compétition mais investit vraiment la préparation physique. Un soutien de l'adulte pour le contenir est indispensable.

Samy est très intéressé par la découverte des techniques de karaté. Il reste un long moment à regarder, à écouter les consignes. Il témoigne d'un intérêt certain. La réalisation de techniques est possible mais son temps de contrôle est limité : il ne parvient pas à effectuer seul les allers-retours de Khion, il se précipite sur la fin décharge son énergie d'un coup. Il perd le contrôle et la qualité de ses mouvements est réduite. Il est absolument indispensable et contenant d'avoir un modèle à côté de lui pour lui imposer un tempo. S'il craint l'échec ou que l'exercice a déjà été travaillé il peut s'agiter ou se montrer indifférent. La répétition est donc difficile pour le moment.

Fin janvier, Samy peut progressivement lire le règlement de manière plus adaptée. L'échauffement se fait toujours dans un souci de performance et d'impulsivité. Il connaît les exercices et n'attend pas la fin des consignes. Il réussit à proposer des

exercices d'échauffement et semble moins brusque malgré le manque de contrôle. Nous augmentons la difficulté des propositions, ainsi Samy est plus concentré et se contrôle dans l'objectif de « gagner ». D'une séance à l'autre Samy nous fait la démonstration des techniques dont il se souvient, il peut désormais verbaliser, décrire ses mouvements en donnant des détails dans les explications spatiales (exemple : jambe avant pliée, poing opposé devant). Il s'investit avec enthousiasme dans des propositions de techniques déjà vues et parvient à les maîtriser. Il peut s'inscrire dans la répétition sans s'en lasser. Samy montre une meilleure maîtrise de lui-même. Il peut en effet s'adapter et proposer un rythme commun sans se précipiter. Les propositions lui demandent des efforts de contrôle et il arrive qu'il ait besoin de « tout lâcher ». Il peut faire des Kiai (cris) et des techniques sans contrôle, il s'agite et « danse » dans tous les sens mais il se recentre et revient vers nous pour poursuivre l'activité (sans notre aide). Samy est capable de faire des choix durant l'activité karaté, ce qui pouvait poser problème auparavant lorsqu'il répondait spontanément « je ne sais pas ». Il est sensible aux encouragements et à la valorisation, ce qui peut l'aider à se recentrer dans un moment d'inattention.

En Février et Mars, les vacances scolaires font deux coupures dans le suivi en psychomotricité. Lors des retours de vacances Samy est beaucoup plus agité que d'habitude. Il demande à faire des jeux (Uno, basket) que nous lui accordons avant de reprendre l'activité karaté. Le rappel des règles est nécessaire, Samy est de nouveau impulsif, moins à l'écoute et dans la provocation (fait des sons étranges, gémit...). Ses tics au niveau de l'œil droit sont réapparus.

Nous proposons des échauffements silencieux basés sur le regard et l'écoute de l'autre. Samy s'apaise et fait des propositions. Il évoque quelques fois l'idée que nous sommes en compétition mais toujours lors de l'échauffement. Il est précis, attentif et concentré lors de la réalisation de techniques (khion) et témoigne encore d'une bonne mémoire. Il se corrige seul et réussit malgré l'agitation (lors de certaines séances) à s'inscrire dans un rythme commun, sans débordement. Sur le plan moteur, il semble plus stable, ayant de meilleurs appuis au sol, il tient mieux son équilibre. Pour la première fois, il utilise les gants de protection. Samy est content et s'applique ; nous les reprendrons à chaque séance. Plusieurs fois, il se montre en difficulté pour coordonner les membres supérieurs au sein des déplacements, mais il persévère. Il se

trompe entre la droite et la gauche. Sur un rouleau en mousse Samy peut avec les gants initier spontanément des techniques mais reste sur des coups de poings. Avec étayage, il varie avec des coups de pieds. La gestion de la distance n'est pas acquise mais c'est la première fois qu'il frappe ailleurs que dans le vide. Il ne se précipite pas et réfléchit avant d'agir. Nous sommes surprises de la gestion de son impulsivité.

En mars, nous commençons le kumite (travail à deux, combat conventionnel), la première fois, en position de défenseur, il ne contrôle pas sa force, il bloque l'attaque beaucoup trop fort et fait mal à la psychomotricienne. Avec un soutien verbal, Samy se maîtrise progressivement et stoppe son geste au moment propice. Mon discours est contenant et limitant. La gestion tonico-émotionnelle est difficile, il rit nerveusement, se recule et se recroqueville, ne voulant pas se faire toucher. Les fois d'après Samy prend son temps et a intégré que nous n'allons pas porter nos coups. A l'inverse, lorsqu'il est attaquant, Samy se montre très prudent vis-à-vis de la psychomotricienne, il ne la touche pas. Soulignons que ce n'est pas la même chose d'être dans le rôle de celui qui attaque et de celui qui doit se défendre. Nous voyons bien chez Samy que son comportement n'est pas le même. Il est plus anxieux à l'idée de devoir se défendre. Fin mars, en guise d'échauffement, je propose à Samy de faire le 1^{er} kata : hein shodan. Je suis devant et la psychomotricienne et lui sont derrière moi. Il est très concentré et cherche à bien faire. J'accompagne mes gestes de mots pour les aider à s'orienter. Samy, comme tout débutant en karaté, se trompe dans les changements d'orientation mais s'ajuste rapidement.

Samy est en grande difficulté pour verbaliser ce qu'il pense des séances, même en lui posant des questions il nous répond « je ne sais pas ».

Début Avril, les deux dernières séances que nous raconterons pour Samy confirment tous ses progrès. Il lit pour la première fois les règles sans exagération. Nous reprenons le kata plusieurs fois, Samy s'investit toujours et anticipe même certaines positions et techniques qu'il a retenues. Il accompagne ses techniques de la respiration comme demandé, sans exagération. Les kiais sont ajustés et contrôlés. Il prend du plaisir et se maîtrise énormément. Lors du khion, il réalise quatre coups de pieds différents dans trois directions (avant, arrière, côté), il est très stable sur ses appuis, son bassin est orienté, il s'applique et prend le temps de réarmer sa jambe

(replier le genou entre deux coups de pieds). Il a beaucoup progressé, son axe corporel semble mieux intégré, il se tient droit et a l'air plus confiant. Lors du kumite, Samy gère beaucoup mieux la distance avec sa partenaire, il module sa force et peut même s'inscrire dans la rapidité sans excitation. Les consignes suffisent, il n'a plus besoin que je l'accompagne verbalement dans chacun de ses gestes pour assurer son contrôle. Il réussit désormais à toucher la psychomotricienne en effleurant sans appréhension. Il se défend également avec efficacité. Nous constatons une meilleure gestion émotionnelle des situations de combats.

c) Le temps calme sur l'année

De septembre à mi-décembre, le temps calme est orchestré par la psychomotricienne qui effectue des mobilisations passives sur les membres de Samy. Ce temps se déroule sur un grand tapis où Samy s'allonge. Je participe, assise à côté de lui en jouant du bâton de pluie.

Au début, Samy se montre hyper vigilant, il garde toujours les yeux ouverts et participe activement aux mobilisations, notamment au niveau des bras. Il a du mal à investir ce temps calme. Il fait exprès de bouger les doigts et les pieds pour aller à l'inverse de la consigne. Lors des mobilisations il reste tendu et n'arrive pas à relâcher ses membres. La position assise lui permettra une fois d'être plus détendu. La reprise (se remettre debout) est très rapide et apparaît violente de l'extérieur. Il lui est impossible de verbaliser son bien être, ses ressentis, il dit que c'est « bien ».

Au bout de deux mois, Samy se détend de plus en plus, il ferme les yeux quelques instants et de plus en plus à chaque séance. Il reste cependant très contrôlant musculairement. Il a besoin de contenance, de contact physique pour le calmer lors d'étirements avant les mobilisations. La verbalisation reste difficile.

Mi-décembre, lorsque l'activité karaté se met en place, la psychomotricienne devient observatrice et je guide le temps de détente pour Samy. Il accepte facilement ma participation. Je lui laisse un temps pour se poser où il peut bouger comme il le souhaite sur le tapis avant de s'installer. Souvent, il se roule, saute et s'agite beaucoup avant de s'allonger de lui-même. Au fil des séances ce temps de mouvements se réduit. Je l'invite à prendre conscience de ses appuis sur le tapis, de sa respiration, on effectue ensemble quelques inspirations et expirations forcées mais il exagère les propositions autour du souffle, poussant ses limites expiratoires au maximum. Il est

dans la provocation. Peu à peu il ne le fera plus pour réaliser les propositions de manière adaptée.

Spontanément, j'effectue des pressions corporelles après l'avoir prévenu. Pendant plusieurs séances il garde les yeux ouverts puis pourra de plus en plus longtemps les fermer. Il profite pleinement de ce temps de détente et l'immobilité est maintenant possible. Nous irons jusqu'au massage du visage. Samy prend plaisir et se détend réellement. Il n'y a que très peu de gestes au niveau des doigts. Cependant, je remarque que Samy a des tics au niveau du visage, il renifle de manière répétitive et cligne de l'œil droit. Lors du karaté cela n'apparaît pas. Le temps de détente demande sûrement à Samy un effort important pour se concentrer sur ce qui se passe pour lui. Début avril, nous lui proposons un fond musical qu'il accepte. Cela semble le porter, l'apaiser. La dernière séance, il passera les $\frac{3}{4}$ de la séance, les yeux fermés, immobile.

Le temps de reprise s'est fait de nombreuses fois dans la précipitation. J'accompagne désormais la reprise en passant par la position fœtus puis la position assise. Samy se laisse faire et se relève plus calmement.

Verbaliser ses ressentis reste très difficile pour lui. Samy réussit à s'engager corporellement mais en parler n'est toujours pas possible. Au début il ne disait que « c'est bien », puis Samy parvient à dire qu'il préfère le massage de la tête aux autres parties du corps. Il ne peut pas encore décrire ses sensations et reste globalement silencieux sur toute la séance.

II. LOU

1. Première rencontre

a) « Le contexte »

Lou a été reçue après avoir effectué un bilan psychomoteur dans un cabinet libéral, nous avons donc pu prendre connaissance de ses compétences et difficultés psychomotrices à travers le compte-rendu du bilan. Lou vient au CMP avec sa maman début septembre 2013, je suis donc présente dès le début de la prise en charge.

b) Première séance et observations

Sur le trajet vers la salle, nous constatons que Lou boite fortement, elle se colle à sa mère. Dans un premier temps, la mère nous explique leur venue, nous reprenons

ensemble les éléments d'anamnèse et les difficultés qui amènent Lou à consulter. Pendant ce temps, celle-ci est assise près de sa mère, la tête posée dans les bras sur le bureau, elle ne nous regarde pas ou très peu, du coin de l'œil. Elle se montre méfiante. Elle a le visage triste et ne répond pas aux questions mais apparaît sensible à ce qui se dit de son histoire. Sa mère fait preuve de douceur et encourage sa fille à nous répondre.

Suite à cet entretien, Lou accepte de poursuivre la séance avec nous en l'absence de sa mère. Nous proposons un jeu de société sur le tapis, Lou est assise sur le bord du tapis, loin de nous, les pieds à l'extérieur. Elle n'apprécie pas la proximité. Elle s'éloigne volontairement si nous sommes trop proches. Nous organisons le jeu ensemble en définissant les règles cependant Lou nous reprend et commente sur un ton sec ce que l'on dit. Elle nous adresse peu de fois la parole mais de manière autoritaire à la limite de l'agressivité. La communication est difficile, elle est très directive dans ses propos. Elle a besoin de tout contrôler, au point de nous indiquer ce que nous devons jouer. Sa nécessité de maîtriser le jeu l'empêche d'en profiter pleinement. Lou ne semble pas prendre plaisir à jouer, malgré sa participation du début à la fin. Lorsque la séance se termine, elle se précipite sur la porte pour sortir.

2. Evolution sur l'année 2013-2014

a) De la relation thérapeutique

De septembre à décembre :

Lou est très méfiante vis-à-vis de nous, elle ne nous parle pas facilement lors des premières séances : elle est autoritaire et directive ou parle peu. Au fur et à mesure, elle se confie sur des situations familiales qui la touchent : des moments avec son père, la situation de dépendance de sa grand-mère « mourante », les conflits avec les copains de l'école, son manque d'amis à cause de ses difficultés de hanche. Elle exprime très bien ses émotions par rapport à ses récits. Désormais elle initie spontanément l'échange.

Lou refuse souvent dans un premier temps nos propositions de jeux : elle se montre rejetante et dans une opposition manifeste. Au début elle ne voulait pas qu'on joue avec elle et ne jouait pas toute seule non plus. Elle nous regarde débiter le jeu et finit toujours par nous rejoindre. Elle est souvent évitante face aux histoires

que nous lui proposons mais les écoute tout de même et finit également par s'y intéresser.

Lou a besoin que nous nous engagions les premières avant de s'impliquer. Elle installe une distance physique dans la salle, se tient loin de nous ou ne s'installe pas sur le tapis entièrement, comme « prête à partir ». Elle refuse d'enlever ses chaussures les premières séances mais réussira par la suite à le faire d'elle-même. Lou oscille entre une coopération dynamique pour l'installation du matériel des parcours et un refus de l'investir, mais elle est capable de revenir. Elle respecte quasiment toujours les règles sauf si elle se désintéresse de l'activité, qu'elle peut d'ailleurs quitter. L'étayage de l'adulte est nécessaire pour permettre de poursuivre et finir le jeu.

Progressivement Lou est moins méfiante, elle nous fait des blagues et a de l'humour. Elle aime que nous rentrions dans son petit jeu. Le lien thérapeutique se met doucement en place. Lou aime s'allier avec l'une d'entre nous, jamais dans un esprit de dualité ou de compétitivité. Elle accepte dans ces moments là la proximité. Elle est aussi créative : elle aime faire des propositions de règles tout en intégrant les nôtres. Elle nous fait désormais confiance et peut nous demander de l'aide. Certaines fins de séance sont difficiles, elle refuse de partir. Avant les vacances Lou nous fait comprendre sa tristesse de ne plus nous voir si longtemps, sans le verbaliser, elle nous salue plusieurs fois, le regard insistant.

De janvier à Avril :

Lou parle toujours de moments vécus à la maison ou à l'école, témoigne que ses parents ne jouent pas avec elle et parle très souvent de César, son ami. Les séances sont souvent consacrées à un grand temps de parole ce qui laisse peu de place à l'investissement corporel. La pédopsychiatre qui la suit en parallèle, nous a informées qu'elle a refusé le suivi en psychothérapie. Nous remarquons que les séances de psychomotricité sont pour elle un exutoire sur le plan verbal. Il nous semble important que ce qu'elle nous confie soit repris en psychothérapie. Les traits anxio-dépressifs de Lou sont manifestes durant les séances : tristesse, pessimisme sur soi « je suis nulle », sur les autres, sur l'avenir « ça sert à rien » Une prise en charge en psychothérapie pourrait favoriser une meilleure implication en psychomotricité.

Lou est anxieuse du temps qui passe et réclame d'aller jouer « debout ». Nous lui proposons de citer tous les sports qu'elle connaît, effectivement elle nous en dit beaucoup et nomme le karaté. Elle nous confie que son père en a fait étant jeune. Nous en profitons pour lui suggérer d'en faire en séance ensemble, elle accepte. Lou est toujours très coopérante et énergique quant il s'agit d'organiser un jeu. Elle refuse puis accepte de jouer. Elle a besoin de notre soutien pour poursuivre un jeu jusqu'au bout. Nous avons une fonction d'étayage, de soutien. Sa mère nous témoigne que Lou a beaucoup aimé ce qu'elle a appris sur le « karaté » et a fait des démonstrations à ses parents (positions, techniques sur images). Nous sommes assez surprises par rapport aux comportements plutôt rejetants que Lou peut verbaliser en séance.

Elle se dévalorise souvent, surtout avant de commencer à jouer. Elle se dit être « nulle » et « bête » et c'est pour cela qu'elle n'y arrivera pas. Seulement une fois elle s'est valorisée en disant qu'elle était « costaud ». Lors de quelques séances seulement nous avons pu partager avec Lou des rires et du plaisir, souvent elle est assez renfermée émotionnellement. Le rapport qu'elle a à la douleur nous questionne toujours, elle ne parvient pas à dire qu'elle a mal. Une fois elle « laisse échapper un aïe », avec notre soutien elle comprend qu'elle peut exprimer ses émotions et dire lorsqu'elle souffre. A ce moment, elle nous tourne le dos, se frotte le bras, au bord des larmes.

Lors des histoires Lou réussit peu à peu à être plus attentive, les images l'intéressent et elle peut davantage s'installer près de nous. En mars, deux séances sont particulièrement difficiles, où Lou se montre distante et ne réussit pas à s'inscrire dans un jeu avec nous. Elle évite la relation. Elle ne sait pas pourquoi elle vient nous voir et nous contredit à chaque explication. La dernière séance d'Avril, Lou réussit à être en relation, sans difficulté, elle apprécie de nous aider et ne se démotive pas face aux échecs.

b) De l'investissement corporel

De septembre à décembre :

Lou est très en retrait dans les activités que nous lui proposons, dans un premier temps sur le plan verbal où elle nous parlait peu puis surtout sur le plan corporel. Elle ne veut pas qu'on la touche et réagit fortement à cela. Plus tard elle accepte le toucher et nous demande même de toucher « ses bobos ». Elle n'apprécie pas les propositions de « toucher détente » (balle à picots).

Lou se cogne souvent, ne fait pas attention à l'endroit où elle se trouve ni à ce qu'il y a autour d'elle. Elle se met en danger à plusieurs reprises. Elle se met régulièrement au sol pour se rouler, se tortiller dans tous les sens, ce qui nous questionne. Certains coups qui sont normalement douloureux ne procurent aucune expression de douleur chez elle ; elle banalise ce qui vient de se produire et passe à autre chose. Lou est dans une forte maîtrise émotionnelle.

Etonnamment elle accepte facilement les jeux de mimes et se met en avant, ses représentations sont adaptées et cohérentes. Sur les parcours moteurs Lou verbalise ses difficultés dans la marche à cause de sa hanche. Elle s'investit dans l'installation du matériel et se montre « solide », elle est active dans quelque chose qu'elle maîtrise. Dans un premier temps elle prend un rôle plus passif, assise, elle observe. Puis elle se montre performante lors des propositions motrices, prend confiance avec le matériel d'une séance à l'autre (physioball, planche à bascule). Elle prend plaisir sur les parcours lorsqu'elle est rassurée. Elle a besoin de faire des expériences motrices, les moments de liberté sur le matériel sont fortement appréciés mais peu contrôlés. Elle accepte l'échec et persévère dans les jeux. Elle apprécie les activités de motricité fine notamment le dessin, qu'elle refuse spontanément en premier temps. Elle montre une bonne connaissance cognitive du schéma corporel. Elle a une bonne qualité graphique et est minutieuse.

De janvier à Avril : le jeu-karaté

Nous avons débuté l'approche du karaté en effectuant un échauffement, Lou refuse de le faire, elle parvient à participer que s'il y a un objectif amusant. L'aspect ludique est essentiel. Nous devons susciter son intérêt. Les mouvements de karaté sont toujours proposés dans le cadre d'un jeu, d'un parcours. Lou aime taper dans le rouleau en mousse et peut le verbaliser, mais l'excitation lui fait perdre le contrôle et elle se cogne la tête. Elle est capable de donner de la force dans ses gestes mais les coordinations des membres supérieurs et inférieurs restent mal régulées. Sur l'imitation de positions de karaté Lou essaye malgré la difficulté : son équilibre est limité, la répartition du poids n'est pas adaptée. D'une séance à l'autre elle se souvient très bien des différentes postures abordées, elle est capable de les refaire seule sans modèle.

Lou fait toujours des allers-retours entre refus et participation, ce fonctionnement perdure jusqu'en Avril. Lorsque nous lui laissons le choix dans le jeu (un objet avec une consigne au choix) elle s'investit plus facilement mais son engagement dans l'action reste fluctuant. Elle est capable de verbaliser son besoin de nous regarder avant d'agir. Lors d'un jeu de proposition de postures (non en lien avec le karaté), Lou fait des choses très complexes et toujours au sol. Elle ne fera aucune position debout. Elle prend toujours des risques, sur les parcours elle se lance trop vite sur les structures au risque de tomber. Elle respecte toujours les consignes et se saisit de nos conseils. Soulignons que Lou tombe souvent sans raison physique particulière. C'est comme si elle s'écroulait. Elle se tient debout, bouge et s'écroule au sol. Ce comportement nous interpelle.

Fin Mars, Lou est toujours très ambivalente. Elle dit être capable de faire mais refuse de participer au jeu. Elle se valorise mais n'arrive plus à se saisir de nos propositions. Nous prenons de la distance avec le karaté car Lou verbalise le fait qu'elle se lasse. Nous jouons en fonction de ses demandes (construire une cabane). Mais elle est distante et très négative, elle trouve que tout est « nul » parce que le matériel n'est pas adapté. Lou accepte de répondre à un questionnaire sur le corps qui interroge sur sa composition (Annexe n°3), sa fonctionnalité et son investissement affectif. Ses réponses ont mis en exergue le conflit qu'elle a avec son propre corps. Toutes les souffrances physiques et les conséquences de l'AVC restent en mémoire.

La dernière séance que nous raconterons s'est avérée plus positive. Lou parvient à choisir un jeu de billes aimantées et accepte la proximité sur le tapis sans difficulté, elle enlève ses chaussures sans refus. Nous lui proposons un autre jeu le Twister, malgré l'implication corporelle qu'il demande, Lou est curieuse et ne refuse pas de jouer. Comme souvent elle nous demande de commencer avant de nous rejoindre. Nous avons pris le temps de lui expliquer la consigne de lui montrer comment faire ce qui a été rassurant pour elle.

PARTIE DISCUSSION

I. LE CADRE THERAPEUTIQUE ET LA MEDIATION KARATE EN PSYCHOMOTRICITE

Le cadre c'est avant tout quelque chose qui borde, qui tient un objet ou quelqu'un. Pour qu'il soit thérapeutique, il doit encadrer l'action thérapeutique, qui a pour objectif d'accompagner le patient par des soins. C'est toute une organisation qui prépare la thérapie psychomotrice.

1. Cadre externe, cadre interne

a) Le cadre externe

Selon Potel C.⁹¹ les éléments spatio-temporels sont les premiers repères mis en place dans un suivi thérapeutique. Le lieu, sera toujours le même. Le CMP et la salle de psychomotricité permettent déjà à l'enfant de fixer des repères stables dès la première rencontre. Le jour, l'horaire et la durée de séance seront également inchangés. Le matériel présent dans la salle, connu par l'enfant fait parti des repères. Il est essentiel que ce cadre soit permanent pour l'enfant afin qu'il puisse se l'approprier et intérioriser ces repères. Le psychomotricien lui-même fait partie du cadre, il en est le garant. Pour Samy et Lou, la présence de deux personnes impose un cadre particulier.

Pour Samy, la pratique du karaté a débuté par la réalisation d'un règlement, nous avons énuméré les règles à respecter. « Ce code » est relu par Samy à chaque début de séance. Nous structurons la séance, avec un temps de parole, un temps d'installation du matériel, un temps d'activité puis un temps de détente. Cette structuration temporelle est un premier repère. L'espace aussi est aménagé, nous le délimitons par des structures en mousse afin de représenter physiquement notre zone de pratique. Après le salut de fin, l'installation est rangée pour commencer le temps de détente qui se déroule sur un grand tapis.

⁹¹ Catherine Potel, 2010

Les séances de Lou ne sont pas autant structurées, seul l'espace de la salle et le temps de séance sont vraiment fixes. Un temps d'échanges débute la séance, et s'en suit une ou plusieurs activités dont les règles du jeu font parties du cadre proposé.

b) Cadre interne

« Le cadre, c'est aussi et avant tout la disponibilité psychique du thérapeute qui va faire appel à l'intérieur de lui, à sa propre capacité à être, en même temps, un réceptacle et un séparateur »⁹². L'investissement corporel et psychique du psychomotricien est une base qui doit être solide, sur laquelle le patient peut prendre appui pour évoluer.

Par le regard, les rappels verbaux et l'implication corporelle, le psychomotricien est amené tout au long de la prise en charge à rappeler le cadre, pas toujours intégré par l'enfant. Samy comme Lou, ont souvent besoin d'un soutien pour se le réapproprier. Fréquemment, Lou se met en danger, se cogne ou se lance trop vite. Son manque de conscience corporelle l'entraîne à rechercher ses propres limites et celles du milieu dans lequel elle agit. Elle teste également nos limites personnelles et remet en question ce qui est proposé à chaque séance. Le maintien du cadre, lui permet dans un second temps de venir partager des expériences avec nous. Cette recherche de solidité est récurrente dans le jeu, elle fait des « allers-retours » entre acceptation et rejet des propositions.

2. Les fonctions du cadre

a) Fonction de contenance

Nous allons reprendre les fonctions du Moi-peau de Anzieu D. ⁹³ La mère par ses soins permet au nourrisson de sentir sa peau, enveloppe du corps et prémisse d'une enveloppe psychique. De même, le cadre « enveloppe » la thérapie : il participe au contenant des éprouvés corporels et de leurs représentations mentales qui en sont les contenus. La fiabilité du cadre donne accès au sentiment de sécurité, l'enfant multiplie ses expériences en ayant confiance et accède à une propre sécurité interne.

⁹² Catherine Potel, 2010, p331

⁹³ Didier Anzieu, 1985

b) Fonction de limite et de pare-excitation

La limite borne, pose des frontières et des barrières.⁹⁴ L'enfant en psychomotricité est amené à faire des expériences corporelles où son intégrité physique et psychique est préservée. Au même titre que les normes sociales régissent la société pour maintenir l'ordre et l'intégrité de ses membres. Le cadre thérapeutique impose le respect de certaines limites pour préserver le psychomotricien et son patient. Il fixe les droits et les interdits de chacun.

La fonction de pare-excitation⁹⁵ est assurée par le cadre en protégeant des intrusions ou des agressions extérieures susceptibles de perturber ce qui se joue en thérapie (par exemple : les parents peuvent se montrer envahissants sur le temps de séance, des personnes rentrent dans la salle...).

Le règlement du karaté pour Samy évoque l'interdiction de se faire mal à soi ou aux autres et de préserver l'apprentissage des techniques dans le cadre des séances. Il est primordial que Samy ne réutilise pas les techniques à l'extérieur.

3. Flexibilité du cadre

Certaines règles du cadre ne sont pas modulables (exemple : ne pas blesser l'autre) alors que d'autres le sont. Durant une séance, il a été nécessaire pour Samy de repasser par un jeu de société avant de commencer l'activité karaté. Les médiations que nous utilisons (karaté et détente) n'incluent plus des temps de jeu. Durant ce temps rassurant et nécessaire, il s'est peut être remémoré les jeux réalisés avec la psychomotricienne auparavant. Le cadre avec Lou est souvent remis en question, c'est une recherche constante et la nécessité de nous adapter est inévitable pour éviter qu'elle se braque et se renferme. L'objectif final est souvent maintenu mais les approches, les consignes sont souvent modulées en fonction de son état et de sa disponibilité.

Le psychomotricien accompagne l'enfant dans son développement, ses difficultés, ses éprouvés. Il se montre sensible aux variations des états psychocorporels. Quelquefois, Samy a eu besoin de décharger son énergie, sans

⁹⁴ Le petit Robert 2010, p 1460

⁹⁵ Didier Anzieu, 1985

contrôle, sans limite. Nous l'avons accepté, même si les consignes n'étaient plus respectées car l'intégrité de chacun était tout de même préservée. L'écoute, l'adaptation et l'accordage sont indispensables pour moduler le cadre. L'enfant doit être acteur de sa prise en charge pour en profiter pleinement.

Le travail autour du corps n'est possible que si le corps se laisse approcher physiquement et/ou psychiquement. Lesage B.⁹⁶ cite deux moyens de défenses :

- La rationalisation : demande d'explications des propositions, questionnements divers, légitimité. Le thérapeute doit pouvoir se justifier pour apaiser l'angoisse du patient. C'est un mode de défense que nous retrouvons chez Lou. Son discours nous interroge sur ce que nous proposons, elle se protège de toute intrusion possible. Elle nous met quelque peu « à distance » de son corps.
- Ne pas mentaliser et tenir à distance les émergences émotionnelles : Voici le fonctionnement défensif de Samy. Il ne verbalise pas ses ressentis et reste très succinct : « c'était bien ».

4. Lien thérapeutique, « Psychomotricien : un métier attachant »⁹⁷

Le mot « lien » se définit comme une « chose flexible et allongée servant à lier, à attacher [...]. Ce qui relit, unit ».⁹⁸ Symboliquement il pourrait être représenté par un fil extensible, variable dans sa longueur, faisant jouer la notion de distance relationnelle. En psychomotricité, la relation construite entre le psychomotricien et son patient définit le lien thérapeutique.

Ce lien fait écho au lien d'attachement entre l'enfant et ses parents. C'est un lien abstrait qui s'étaye et s'édifie en fonction de la qualité des interactions parents-enfant.

Courberand D. métaphorise les liens spécifiques d'attachement mère-enfant au tissage progressif de l'osier du berceau du nouveau-né. Mais souvent le berceau n'est

⁹⁶ Benoît Lesage, 2012, p 236

⁹⁷ Thérapie psychomotrice 2000, n° 124, p 190

⁹⁸ Le petit robert 2010, p 1454

pas neuf, il est l'héritage des interactions trans-générationnelles et porte en lui l'histoire familiale. Un nouveau maillage est nécessaire mais garde les traces d'une histoire passée.

Dès les premiers instants de vie, il existe un transfert corporel du bébé vers sa mère. « En co-éprouvant, elle va co-sentir l'éprouvé corporel », l'accepter, l'entendre « ceci permettra à l'enfant de se le réapproprier dans son propre corps ». Lorsque ces interactions sont défaillantes entre la mère et son enfant, le lien d'attachement est altéré, il y a comme un défaut d'accordage dans la relation.

Avec Lou, le travail du lien thérapeutique allait être primordial, notamment pour un début de prise en charge. Elle doit apprendre à nous connaître comme nous devons nous aussi le faire. De par l'histoire parentale (conflits conjugaux et dépression de la mère), le lien d'attachement a été fragilisé et Lou présente cette année des traits anxio-dépressifs (appréhension, tristesse, difficulté à prendre du plaisir dans le jeu, pessimisme permanent sur elle et le monde) qui n'étaient pas mis en évidence lors des bilans.

Le rôle du psychomotricien est d'après l'auteur un travail de restauration, d'étayage et d'aménagement de ce berceau abimé, symbole des liens d'attachement. Le thérapeute tente de rétablir du lien. Par une « pulsion de transfert⁹⁹ » ou « pulsion d'affiliation » il tente par différents moyens d'entrer en contact avec l'enfant. C'est un travail de recherche et de tâtonnements que nous retrouvons dans notre relation avec Lou. Ce premier mouvement réveille chez l'enfant sa propre pulsion, son désir de « transfert corporel », il y répond ou pas. De nombreuses fois, nous n'avons pas réussi à saisir l'attention de Lou, elle ne répondait pas à nos sollicitations. Enfin le troisième et dernier mouvement est celui du psychomotricien qui tend à donner du sens à ce qui se passe pour l'enfant mais aussi pour sa mère, c'est le « contre transfert corporel ». Lou énonce un double discours : elle dit détester un jeu mais participe et rit. Nous mettons en mots ce que nous pensons qu'elle ressent. De même pour Samy, ce « contre transfert corporel » est systématique en fin de séance dû à son

⁹⁹ Transfert : « Le transfert désigne en psychanalyse le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation. Il s'agit d'une répétition de prototypes infantiles vécus avec un sentiment d'actualité marqué. » Laplanche et Pontalis, 2011, p 242

impossibilité de verbaliser ses ressentis. Il y a là, tout le travail de « rempailleur » des liens d'attachement, des liens du berceau.

« Nous, les psychomotriciens, nous travaillons avec notre archaïque relationnelle, notre propre pulsion à transférer du corps sur le corps de l'autre ». « C'est cette incessante quête de l'autre que nous menons en thérapie et pour que certains patients s'attachent, il faut d'abord s'attacher à eux ».

Ainsi sur une base relationnelle solide l'enfant va pouvoir expérimenter et se développer. « La relation thérapeutique n'est [...] pas une neutralité bienveillante. C'est au contraire, une relation d'implication [...] l'enfant doit pouvoir utiliser le thérapeute et en jouer avec plaisir ou déplaisir. [...] Le thérapeute est pris dans le système relationnel de son patient mais actif dans les interactions, l'enfant exerce tant ses capacités motrices que psychiques avec ce partenaire ».¹⁰⁰ Le psychomotricien est un « partenaire d'échanges ludiques, son corps devient un outil, un contenant, un étayage, un miroir pour le sujet en devenir ».¹⁰¹ Nous retrouvons beaucoup cela pour Lou, c'est une nécessité pour elle que nous nous engagions avant elle dans le jeu. C'est rassurant et porteur.

La distance relationnelle est amenée à varier en fonction des interactions, des disponibilités des membres de la relation à un instant précis. D'une séance à l'autre cette distance est variable, c'est l'expression des vécus personnels de chacun.

Au début Lou nous montrait fermement qu'elle ne voulait pas partager un espace commun avec nous, elle refusait notre proximité de manière manifeste. Nous devions respecter son espace personnel. Peu à peu, elle réussit à se confier, à partager un jeu. Notre lien semble tout de même encore fragile : à chaque séance, Lou est très défensive, rejetante et ambivalente. Le travail de modulation des propositions initialement pensées pour elle relate de notre souplesse permanente. Cela lui aura permis d'accepter notre proximité (venir au creux de mes bras pour dire un secret, de rester auprès de la psychomotricienne pour partager un moment privilégié avec elle, accepter notre aide physique dans l'installation du matériel). Au sein des séances, Lou joue avec cette distance relationnelle. Vérifie-t-elle la résistance du cadre thérapeutique ? Elle constate que nous maintenons notre dispositif, le cadre proposé

¹⁰⁰ Jean-Michel Albaret, Françoise Giromini, Philippe Scialom, 2013, p 292

¹⁰¹ Catherine Potel, 2010, p 56

persiste malgré ses refus permanents, nous confirmons notre solidité tout en étant malléables et à l'écoute de ses réactions.

Pour Samy, lors des débuts de prise en charge, le lien thérapeutique a été délicat à instaurer. Il était très opposant et provocateur, ne pouvait profiter d'aucune proposition. Cette année, il m'a rapidement investie, ce qui m'a permis de mettre en place la médiation karaté et prendre le relais sur le temps de détente. La psychomotricienne, ne connaissant pas le karaté, est un repère rassurant dans la gestion de l'échec et de la réussite dans la pratique. Samy s'amuse beaucoup de voir la psychomotricienne se tromper lorsqu'il réussit. Ces moments sont source de valorisation. Lors de la détente, je prends le temps avant le début des pressions corporelles pour dire ce que je vais faire, dans quel ordre, ce qui est rassurant pour lui, il ne peut donc pas être surpris. C'est un moyen de lui montrer mon engagement à respecter ce que j'ai dit et de créer un lien de confiance.

L'édification du lien thérapeutique est une construction propre à chaque rencontre, à chaque relation et présente un rythme d'élaboration singulier.

La relation thérapeutique « se veut être une fondation affective et effective dans le processus d'organisation du corps, de l'espace et du Moi. Les capacités d'accéder à la représentation vont se construire dans la relation psychomotrice ». ¹⁰²

5. Le rôle d'une médiation

Selon Giromini F., « la médiation est la technique utilisée par un médiateur qui a pour fonction de faciliter la résolution de conflits entre les personnes en trouvant une solution commune qui permet de s'accorder. La principale qualité du médiateur est sa qualité relationnelle ». ¹⁰³

a) Relations primitives et médiateurs.

Giromini F.¹⁰⁴, s'appuie sur « l'objet transitionnel »¹⁰⁵ de Winnicott D.W. pour faire le lien avec les médiations. Le travail de construction psychique est infiniment complexe et recrute la sensorialité, la motricité et autrui. Le nouveau-né peine à

¹⁰² Catherine Potel, 2010, p 56

¹⁰³ Cité par Benoît Lesage, 2012, p 254

¹⁰⁴ Benoît Lesage, 2012

¹⁰⁵ Terme Winnicottien défini comme une zone intermédiaire entre la réalité interne et la vie extérieure. Enseignement de Psychologie.

différencier ce qui vient de lui et ce qui n'en vient pas, la distinction entre le Moi et le non-Moi. Il s'impose la nécessité d'un médiateur pour l'aider à se construire comme sujet. Les médiateurs ont une « fonction miroir », ils mettent en forme ce qui ne l'est pas, ils forment la pensée. La mère du nourrisson a aussi cette fonction : elle adopte, imite l'émotion ressentie par son enfant et lui restitue. C'est la première fonction de la médiation : « réfléchir les sensations exprimées par l'enfant sans les ressentir vraiment, en les représentant »¹⁰⁶.

Plus tard, l'enfant va créer lui-même son propre environnement en utilisant un objet médiateur. Ce dernier est « quelque chose de nous et distinct à la fois. C'est un substitut »¹⁰⁷. L'appropriation et la créativité de l'enfant forment la deuxième fonction de la médiation.

b) la médiation en thérapie psychomotrice

D'après Giromini F.¹⁰⁸, la psychomotricité est à elle seule une sorte de médiation : elle propose des expériences corporelles et associée au langage, le vécu corporel prend sens. Elle a donc une fonction de miroir pour le patient.

Le psychomotricien de par sa formation sur sa conscience et expressivité corporelle propre est amené à comprendre le corps de l'autre (tonus, posture, émotions...). Ainsi, il entre en relation avec le patient, offre une rencontre singulière, « l'un avec l'autre dans un espace transitionnel », un espace de relation.

La thérapie psychomotrice propose et crée divers médiateurs au patient pour favoriser sa dimension relationnelle, expressive et créatrice. Le langage, devient le médiateur entre le corps et la psyché. Il est un tiers symbolique qui distance le vécu corporel de sa représentation mentale.

c) L'indication de la médiation karaté

Au début de sa prise en charge, Samy était opposant et provocateur et refusait les nombreuses médiations proposées. Il participait seulement à des « combats de Pokémon » ou de coloriage de combattants. Tous les autres jeux n'étaient pas du tout investis (parcours, jeux de société, activités manuelles...). De plus, Samy pratique le judo, ce qui a permis de nous approcher des sports de combat. Ainsi, dès le début de

¹⁰⁶ Françoise Giromini cité par Benoît Lesage, 2012, p 256

¹⁰⁷ Ibid

¹⁰⁸ Ibid

l'année la psychomotricienne m'a fait partager son intérêt pour ma pratique sportive de karaté et m'a proposé de mettre en place la médiation pour Samy. L'objectif était de trouver « la » médiation qui nous rassemblerait autour d'un intérêt commun.

De septembre à décembre, durant les séances, j'ai pu observer la manière que Lou avait de bouger, de marcher, courir, sauter, son attitude. Sa boiterie qui la déstabilise constamment, sa motricité peu contrôlée et ce manque d'assurance m'ont évoqué le karaté (pour ses caractéristiques étudiées en théorie). Nous l'avons d'abord questionnée sur les sports qu'elle connaissait et nous a dit que son père avait fait du karaté quand il était jeune. Nous avons rebondi en lui proposant la médiation qu'elle a acceptée. Lou espérait pouvoir échanger sur le sujet avec son père et partager un moment avec lui ce qui n'a pas été possible nous a-t-elle confié. Cela a peut-être aussi participé au désinvestissement de la médiation très rapidement.

6. Le karaté comme médiation

a) Une nécessité d'adaptation

« Le thérapeute se devra de subordonner son intérêt pour l'objet médiateur à ses propres possibilités de le laisser utiliser voire détourner de son utilisation initiale. Cette métaphorisation de l'objet est la condition nécessaire au déploiement de l'activité créatrice ». ¹⁰⁹

L'utilisation d'une médiation en thérapie ne prend sens que si elle est adaptée au patient. Le psychomotricien sensible aux états corporels et émotionnels du patient doit répondre et ajuster sa proposition pour qu'elle serve d'appui. Appui à la conscience corporelle, à l'expressivité, à la représentation mentale et au langage (symbolisation).

b) Pour Samy

Dès le début de l'année Samy s'est adapté aux consignes, il est capable de s'inscrire dans un cadre précis. Nous avons pour cela décidé avec la psychomotricienne de mettre en place un cadre ressemblant à la réelle pratique sportive du karaté, assez directif. Comme au Dojo l'espace de pratique est délimité.

¹⁰⁹ Françoise Giromini cité par Benoît Lesage, 2012, p292

Nous réalisons un « salut » debout en triangle, où nous portons beaucoup d'importance au regard, témoin de l'attention et du respect que nous nous accordons.

La pratique débute par un échauffement et se poursuit par la réalisation de techniques (khion) associées à la respiration. Le bagage de techniques étant suffisant nous avons commencé le travail à deux (kumite). La découverte du Kata « Hein Shodan » (Annexe n°2) a été aussi une manière de s'échauffer. Nous passons toujours par une pratique individuelle afin d'apprécier la disponibilité de Samy avant de voir si le travail à deux est possible. Nous clôturons l'activité Karaté par un salut de fin, identique au salut du début.

La répétition est un élément clé avec Samy pour l'intégration des techniques, ceci renvoie aux étapes d'apprentissage du karaté vues précédemment (découverte, initiation, renforcement, approfondissement, perfectionnement). Rappelons que notre objectif n'est pas une connaissance exacte des techniques mais de travailler sur la maîtrise de soi dans la réalisation.

c) Pour Lou, le jeu-karaté

Le lien thérapeutique avec Lou est fragile. Sa difficulté à s'engager dans un jeu, son comportement opposant, ses refus fréquents nous ont amenées spontanément vers une attitude très malléable.

Nous proposons la médiation karaté de manière très détournée, transformée. Le cadre est semi-directif, il est possible pour Lou de faire des propositions dans les installations afin qu'elle puisse se les approprier et participer à la création du jeu.

En étant trop rigide, nous craignons que Lou refuse totalement nos propositions et qu'elle ne soit pas en mesure de partager l'activité. Nous avons fait le choix d'associer le karaté à d'autres médiations : le jeu, le mime. Nous avons utilisé des supports visuels, avec des images de techniques (poings, pieds, blocages, positions) et organisé des jeux de postures autour de cela. Par la suite, nous sommes passées par de nombreuses réalisations de parcours dont un boudin en mousse servait de support pour faire des coups de poings, de pieds ou de tête au choix. Progressivement nous avons laissé de côté la médiation karaté pour repasser par des activités plus appréciées de Lou. Il est primordial d'adopter son rythme et de prendre en compte son désinvestissement de la médiation initialement proposée.

II. ENJEUX DU KARATE DANS LES STRUCTURES DE LA CONSTRUCTION PSYCHOCORPORELLE

1. La place du jeu chez l'enfant : le jeu-karaté :

Nous nous appuyerons sur Busschaert B.¹¹⁰ et Hanneçon J.L.¹¹¹ pour démontrer que le jeu est un élément fondamental sur lequel prend appui l'enfant pour grandir.

Le jeu est une activité n'appartenant ni au monde interne de l'enfant ni totalement au monde extérieur, c'est un milieu intermédiaire qui renvoie à l'aire transitionnelle. Winnicott D.W. parle d'expérience créative. Pour Piaget J. « il est indispensable à son équilibre affectif et intellectuel qu'il puisse disposer d'un vecteur d'activité dont la motivation ne soit pas l'adaptation au réel mais au contraire l'assimilation du réel au Moi sans contrainte ni sanction : tel est le jeu. »¹¹² La psychomotricité favorise auprès des enfants, l'expérience par le jeu. En laissant à l'enfant la possibilité de choisir un jeu, il est déjà dans une liberté de choix, d'agir et de faire. L'expérience de liberté est un moteur de changement, de maturation, d'évolution. Dans cette perspective, nous supposons que les jeux proposés à Lou étaient trop contraignants, nécessitant une trop grande adaptation (trop de règles). Nous avons fait le choix de préparer les activités puisqu'il était difficile pour elle d'en proposer. Avons-nous laissé à Lou suffisamment de place au sein même du jeu ?

La nouveauté suscite la curiosité chez l'enfant et favorise l'investigation, l'exploration et la manipulation. Lou nous montre son intérêt de découvrir les jeux inventés pour elle, sans pour autant être capable d'accéder à l'exploration dans le plaisir.

Le but du jeu est l'affirmation de soi. L'enfant s'affirme en tant que sujet agissant, dans la joie sensorielle dans un premier temps puis dans l'action. « Les moyens de cette affirmation sont essentiellement le besoin d'ordre et le plaisir à participer à la règle »¹¹³. En cela, nous aurions supposé que Lou puisse prendre plaisir à respecter les règles d'un jeu, hors elle les digresse régulièrement pour éviter un engagement

¹¹⁰ Bruni Busschaert, 2000, p 80.

¹¹¹ Jean luc Henneçon, 2000, p 50.

¹¹² Ibid, p 51

¹¹³ Jean Luc Hanneçon, 2000, p 51

corporel trop intense. Le jeu peut être pensé comme une épreuve où l'enfant cherche à s'affirmer, à mesurer ses potentialités mentales et physiques et explorer les limites extrêmes de son corps. Ainsi dans ce jeu il développe un sentiment de maîtrise sur sa motricité. Nous retrouvons chez Lou cette envie de se mesurer. Elle peut nous comparer ou commenter ses propres réalisations « moi je suis forte, j'ai fait ça et je sais faire ça aussi ». Nous remarquons bien ici le besoin d'affirmation. De même, Samy peut demander à refaire un jeu qu'il maîtrise très bien avant la pratique karaté (Uno ou basket) ce qui le valorise.

En quoi le jeu libre spontané est-il important pour l'enfant ? D'après Busschaert B.¹¹⁴ et Hanneçon J.L.¹¹⁵, c'est le mode privilégié d'expression du monde interne de l'enfant. Dans son jeu, l'enfant joue, rejoue ou nie les situations de sa vie réelle et ses conflits psychiques inconscients. Le passage des fantasmes du dedans au dehors est symbolisé sous forme de jeu, structuré dans le temps et l'espace. Le jeu est une prémisse au langage, autre mode de symbolisation des fantasmes par la parole, acquis plus tardivement.

Les appuis du jeu

Premier appui, *le jeu* en lui-même : par ses propriétés sensorielles, motrices, cognitives, relationnelles et symboliques, c'est un véritable carrefour d'informations qui s'étayent les unes sur les autres. Soulignons l'utilisation de multiples supports dans les jeux avec Lou : jeux de postures de karaté associés aux supports visuels (images), des parcours moteurs, du dessin, du mime...

Second appui, *le psychomotricien* : partenaire actif, il s'investit corporellement et psychiquement. Il s'intéresse à comment joue l'enfant. Il autorise, soutient, aide et conseille le jeu pour trouver ou retrouver un pouvoir créatif du corps en relation chez le patient. S'il s'appuie sur ce que propose l'enfant, le psychomotricien ne connaît pas à l'avance les chemins qui seront empruntés. Tout se construit avec et pour l'enfant pour faciliter l'accès et l'investissement du corps. Lou est en difficulté pour faire des propositions, nous préparons nous-même les jeux à l'avance.

Comment joue Lou ? Elle peut entrer dans le jeu à partir du moment où il y a un versant cognitif, intellectuel mis en avant (trouver une consigne associée à un objet

¹¹⁴ Bruni Busschaert, 2000

¹¹⁵ Jean luc Henneçon, 2000

de la salle). Elle aime réfléchir et penser les choses, c'est aussi pour cela qu'elle parle beaucoup. Dès que la réalisation des parcours est élaborée, l'installation faite, Lou se renferme et évite l'engagement corporel. La démonstration de la psychomotricienne ou moi-même est essentielle avant de se lancer. Nous sommes un appui pour la rassurer.

2. Apports du Karaté dans l'étayage psychomoteur

Dans cette partie, les travaux de Robert-Ouvray S. ¹¹⁶ seront des appuis de réflexion.

a) Niveau Tonique

Chez le nouveau-né le couple hypertonie (membres) – hypotonie (rachis/axe) est une base physiologique innée à l'intégration.

Les premières sensations chez l'enfant sont issues du système proprioceptif (sensibilité musculo-tendineuse). Les réactions toniques sont des réponses à ces stimulations internes et externes et sont considérées comme le premier palier d'intégration où la relation mère-enfant joue un rôle primordial. L'enfant oscille entre un état d'hypertonie en absence de la mère et en un état d'hypotonie en sa présence.

A travers la réalisation des techniques de karaté nous avons vu précédemment que la dynamique tonique peut varier, intimement liée à la puissance. Pour une technique efficiente, un équilibre tonique est indispensable. Trop de tonus ou pas assez ne permet pas un mouvement abouti. Lou comme Samy réalisent des mouvements plutôt toniques et crispés. Par le karaté, nous proposons de faire revivre au patient cette dialectique de tension-détente : c'est toute la recherche de souplesse dans le mouvement que le patient va expérimenter. Les premières techniques semblent toujours trop rigides ou trop « molles ». La répétition permettra d'améliorer la régulation tonique pour associer souplesse vitesse et efficacité. En effet, après avoir reproduit plusieurs fois la proposition Samy et Lou semblent plus à l'aise. De plus, les techniques imposent un niveau tonique important au niveau du tronc (rachis) suffisamment stable pour libérer les membres. Comme explicité en théorie, nous

¹¹⁶ Suzanne Robert Ouvray, 2010.

avons vu que la diversité des techniques enrichit le système proprioceptif du patient. Le travail de régulation tonique est une base pour appréhender d'autres difficultés psychomotrices.

b) Niveau sensoriel

Directement sous-tendu par la dialectique tonique, le niveau sensoriel inclut l'ensemble des sensations qu'éprouve le nouveau-né : dur-mou, fort-doux, froid-chaud, amer-sucré, mouillé-sec, sombre-lumineux, rugueux-lisse, noir-blanc.

Le karaté est à l'origine de différentes sensations que chacun s'approprie et ressent dans sa pratique. Les sensations vont dépendre de la qualité des mouvements. Prenons l'exemple d'un Kata, les sensations éprouvées ne seront pas les mêmes si nous le réalisons dans une dynamique tonique (dur) et dans un rythme soutenu que si nous y associons un travail de respiration (mou) basé sur la détente et l'étirement du mouvement. C'est ce que nous avons expérimenté avec Samy. « Durs et forts » pourraient qualifier les sensations de Lou lors de la réalisation des jeux.

c) Niveau affectif

Lorsque le nourrisson crie, gémit, pleure, il a un ressenti tonique du muscle, tendu et une information sensorielle de dureté. Ces bases reflètent son état affectif : insatisfaction-déplaisir. Le niveau affectif propose donc un couple d'opposition : satisfait-insatisfait qui s'accompagne du couple plaisir-déplaisir. Pour que les deux premiers paliers étayent le palier affectif la présence d'autrui est indispensable. La mère nomme l'état affectif de son petit et l'aide à comprendre ce qui se joue pour lui (« tu es en colère »). « Les variations toniques et sensorielles prennent une valeur affective et communicationnelle »¹¹⁷. « La mère (...) peut introduire l'enfant dans le monde du signifiant en lui permettant d'étayer sur ses paliers corporels ses paliers psychiques »¹¹⁸. Le psychomotricien joue ce rôle, comme nous l'avons vu dans la relation thérapeutique, il donne du sens au patient.

L'ambivalence du discours de Lou signifie peut être qu'elle ne comprend pas ce qui se joue pour elle. Elle rit, semble contente, satisfaite mais verbalise l'inverse. Nous sommes là, avec la psychomotricienne pour mettre en mots ce qui se passe : ses réussites, ses échecs, son manque d'intérêt, ses refus, ses émotions (« J'ai l'impression

¹¹⁷ Suzanne Robert Ouvray, 2010, p 82

¹¹⁸ Ibid, p 82-83

Lou que tu t’amuses à faire ce jeu parce que je te vois sourire et rire. ») De plus, Lou a un comportement très ambivalent vis-à-vis de la douleur. Parfois, lorsqu’elle se cogne elle semble dans une hyper maîtrise et banalise ses éprouvés corporels douloureux, ce qui témoigne de son fonctionnement habituel : un corps à distance. D’autres fois, elle prend le temps de nous montrer ses petites blessures, comme si elle recherchait une attention particulière, contenante et rassurante.

Au début de l’activité karaté, Samy avait besoin de moments d’agitation comme pour décharger un trop plein d’efforts. De la même manière que pour Lou, j’ai pu dire plusieurs fois à Samy « je sens que c’est difficile pour toi de rester longtemps concentré, peut être as-tu besoin de ce moment pour bouger, pour mieux revenir vers nous, je vois que tu fais beaucoup d’efforts ». Samy n’en dit rien mais m’écoute. A la fin de ses séances, après la détente, je lui dis ce que j’ai pensé de la séance karaté et du temps de détente pour qu’il s’imprègne de cela et puisse prendre appui dessus, pour un jour dire lui-même ses ressentis.

L’accès au palier affectif dépend de la disponibilité physique et psychique du thérapeute pour maintenir le courant émotionnel qui se joue en séance.

d) Niveau représentatif

C’est le stade des images mentales, des idées qui émanent de l’état tonique et sensoriel associé à une affectivité particulière. Le karaté, par ses origines guerrières est défini comme un art martial. Il peut renvoyer à des représentations associées au combat, à la lutte pour la vie, à la guerre, aux conflits, au sang ou encore à la mort.

Selon Klein M. (1935-1946)¹¹⁹, la relation qu’établit le petit aux objets se marque par un clivage : il est « bon » ou « mauvais » mais pas les deux. La dialectique tonico-sensorielle et affective est à l’origine de ce clivage. Plus tard, sur cette base, « des positions intermédiaires vont naître et l’objet entier, ambivalent pourra exister dans le psychisme de l’enfant »¹²⁰. L’objet sera considéré comme bon et mauvais à la fois. Chaque stimulation interne ou externe sera intégrée à partir de ces quatre piliers analytiques (tension, sensation, affect et représentation).

¹¹⁹ Cité par Suzanne Robert Ouvray, 2010

¹²⁰ Suzanne Robert Ouvray, 2010.

Je ne suis pas en mesure de dire ce qu'évoque à Samy le karaté ou le temps de détente. Son impossibilité à verbaliser ce qu'il ressent ne nous permet pas d'accéder à ses représentations.

Lou, à l'inverse, évoque sans cesse et sans limite ce à quoi elle pense lors des activités. Elle associe en permanence les propositions à des faits personnels. Ses idées débordent et il est presque difficile pour nous de cadrer son discours qui est envahissant. Mais elle ne parle ni de ses vécus corporels, ni de ses émotions. Le fonctionnement de Lou semble faire écho avec cette dialectique « bon ou mauvais » ou « tout ou rien ». Effectivement, elle apprécie un jeu seulement s'il n'y a aucune contrainte. Dans ce cas là il sera « bon » parce qu'il n'y avait rien de mauvais. A l'inverse la moindre consigne (finalement contrainte) devient un élément négatif et rend le jeu « mauvais » et « nul ».

« Si la bipolarité est innée et immédiate, l'intégration des deux positions extrêmes, c'est-à-dire leur mise en rapport et leur dialectisation qui donnent accès à l'ambivalence est dépendante d'un rythme relationnel satisfaisant¹²¹. Tout le rôle du psychomotricien est dans l'accompagnement vers cette ambivalence d'être.

Nous avons mis en exergue l'étayage psychomoteur sous-tendu dans la pratique du karaté et sa mise en jeu pour Lou et Samy. Mais est-ce la seule façon d'intégrer psychiquement les expériences corporelles vécues ?

3. Les piliers de la structuration psychocorporelle

Dans cette partie, les écrits de Lesage B.¹²² sur la pratique psychocorporelle seront une base pour agencer ma pensée.

a) Les flux

Sur une base de flux physiologiques (nerveux et liquidiens), les flux sont évoqués dans « un continuum qui va de l'engagement corporel fait de modulations toniques, posturales, de gestes nuancés, au déploiement d'une pensée créatrice »¹²³.

¹²¹ Suzanne Robert Ouvray, 2010, p 86

¹²² Benoît Lesage, 2012

¹²³ Benoit Lesage, 2012, p 74

Les changements des flux du corps s'expriment selon deux aspects : les variations de tonicité et les variations de formes du corps soit « flux de tension et flux de forme ».

Selon Loureiro A.¹²⁴ « Quand la progression du mouvement est contrôlée, consciencieuse, retenue, on dit que le Flux est condensé. Quand elle est exubérante, difficilement interrompue, on dit que le Flux est libre »¹²⁵. Le Flux libre peut être associé à des sentiments ou sensations d'abandon, d'insouciance, de fluidité, de facilité, de manque de résistance. A contrario, les mouvements réalisés en Flux condensé peuvent s'associer à des qualificatifs tels que soigneux, maîtrisés, contrôlés, retenus, restreints, précautionneux.

L'hyperactivité de Samy inscrit ses mouvements dans une dynamique de Flux libre. Par la pratique du karaté, il a expérimenté et inscrit des mouvements en Flux Condensé. De même, Lou s'inscrit davantage dans un Flux libre, en situations spontanées. Grâce aux parcours moteurs associés à quelques postures et techniques de karaté, elle a vécu une autre qualité de mouvements. L'objectif n'étant pas d'inscrire un type de Flux au patient ni de changer totalement son mode de mouvement mais de lui proposer une alternance entre les deux pôles. Il ne faut pas s'inscrire dans un pôle extrême mais pouvoir moduler et cheminer entre les deux.

b) Le dedans et le dehors

D'après Lesage. B, la première relation entre le dedans et le dehors est cellulaire, les échanges transitent par sa membrane. Ceci introduit directement la notion de limite, celle qui sépare et réunit à la fois. « La limite est ce qui contient et différencie, mais aussi ce qui régule la dynamique des échanges »¹²⁶. Nous pouvons ici faire le lien avec la fonction contenante et la perméabilité du cadre évoqué précédemment. De même que la relation thérapeutique propose un espace d'échanges (transitionnel) où le thérapeute les régule et les contient.

Nous retrouvons chez Samy et Lou, « l'impossibilité de s'immobiliser, ou plutôt l'absence de conscience que le corps bouge »¹²⁷. C'est ici, la notion de conscience de la limite du mouvement qui ressort. Le *kiaï* (cri) symbole de puissance et de fin de

¹²⁴ Cité par Benoit Lesage, 2012

¹²⁵ Ibid p 85

¹²⁶ Ibid p 109

¹²⁷ Benoît Lesage, 2012, p 112

technique symbolise l'arrêt et « est en soi une exploration des limites par libération et rétention des flux de mouvement »¹²⁸. Samy parvient progressivement à prendre conscience de la limite de ses mouvements car son *kiaï* et l'arrêt du coup sont synchrones. Les mouvements (coups de pieds ou de poings) de Lou semblent ne pas avoir de limite, elle se retrouve même déséquilibrée, comme surprise par ses propres gestes.

La limite s'implique aussi dans la relation : la différenciation entre le soi et le non-soi. Avec Samy, lorsque nous réalisons un Kata à trois, nous sommes synchrones en revanche lors des exercices de *kumite*, nous favorisons l'alternance, le tour de rôle.

c) Le poids et les appuis

Le poids n'est pas que physique mais également psychique (le poids de la souffrance, des sentiments..). Chez Lou, ce qui me frappe, c'est le poids de sa souffrance passée. « Le dépressif est écrasé par le poids de la vie, la fatalité, le monde, et ne trouve plus la ressource suffisante pour se ressaisir »¹²⁹. Lorsque Lou me dit « le corps ça change pas, sauf les bras et les jambes » je comprends qu'elle est dans cette fatalité d'un corps blessé par ses expériences douloureuses. De même, je retrouve chez elle ce manque de « force » pour se saisir avec plaisir de nos propositions. Ici, le poids est en lien avec les expressions tonico-émotionnelles.

Revenons vers le terme du poids dans son approche physique. Donner un coup de pied oblige le sujet à transférer son poids sur la jambe « support » pour libérer la jambe « action ». Le poids, les appuis et l'équilibre sont mis en jeu et demandent un recrutement tonique nécessaire à une posture stable.

Au début, Samy réalisait les techniques avec un manque d'appuis plantaires visibles : son talon se décollait du sol. Progressivement, il a pu trouver une stabilité plus fiable dans un appui plantaire complet. La démarche de Lou met également en jeu une implication particulière du poids qui n'est pas homogène. Sa boiterie discontinue entraîne des transferts de poids particuliers. Ses appuis ne semblent pas solides et fiables. Elle explore de nouvelles postures dont les appuis changent, la répartition du poids sur les deux pieds est nécessaire. La perception et l'organisation

¹²⁸ Benoît Lesage, 2012

¹²⁹ Ibid p 128

du poids du corps soutient l'équilibre et permet d'améliorer la qualité du geste, fondé sur une base solide.

Les percussions osseuses et la pratique des pressions corporelles expérimentées par Samy participent à l'élaboration d'une prise de conscience de la charpente osseuse. Pour Godelieve Struyf G.¹³⁰, dans une optique de structuration psychocorporelle il est indispensable de la travailler, elle prône la solidité de l'individu.

d) L'axialité : Axe et spatialité

L'axe corporel se définit comme une « ligne virtuelle passant par le sommet du crâne et le centre du périnée. Idéalement sa verticalité est garante d'un équilibre musculaire optimal, ce qui se traduit en termes de disponibilité au mouvement et d'économie d'énergie. »¹³¹ Élément fondamental de la structuration psychocorporelle, tant au niveau posturo-moteur (acquisition progressive de la posture érigée) qu'au niveau psychique, l'axe est considéré comme un marqueur de l'intégrité psychique.

L'axialité correspond à une construction. C'est un processus progressif et fragile visant à l'intégration de cet axe.

L'axe est intimement lié aux repères spatiaux. Plusieurs axes définissent les plans de l'espace :

- La direction avant-arrière est l'axe traversant le plan vertical ou frontal.
- La direction droite-gauche est l'axe traversant le plan sagittal.
- La direction haut-bas est l'axe traversant le plan transversal ou horizontal.

De cette base, Lesage B. met en exergue l'implication psychologique du sujet à travers son organisation gestuelle par rapport à ces axes. Il décrit trois styles spécifiques de traitement de l'information et de communication : le style exploratoire (plan transversal), le style évaluatif et décisionnel (plan frontal) et le style projectif (plan sagittal). Nous soulignons ici, le rôle de l'axe dans la relation.

La notion d'axe est très présente pour Lou et Samy. L'hyperkinésie (excès de mouvement) et l'impulsivité entravent les possibilités d'intégration de l'axe, d'ancrage chez Samy. De même que ses mouvements vont dans tous les sens, les plans

¹³⁰ Cité par Benoît Lesage, 2012

¹³¹ Benoît Lesage, 2012, 148

de l'espace sont parcourus mais pas explorés ou réellement intégrés. Il témoigne d'un manque de stabilité de son propre axe.

La boiterie de Lou remet également en question la solidité de son axe corporel, de son intégrité physique. Les fréquentes chutes et rapports au sol particuliers mettent en avant un manque d'intégration et de perception d'un axe corporel fiable. Lou me donne l'impression d'un axe défaillant, abimé, cassé.

« C'est le corps engagé, sensible et moteur, qui constitue l'espace par l'intégration des sensations de ses mouvements ».¹³² Laban R. apporte la notion de « kinesphère », soit un « espace propre défini à partir du corps »¹³³. Cette kinesphère s'étaye sur l'intégration des axes et des plans spatiaux. Développées dans la dynamique psychomotrice du karaté, les notions spatiales sont fortement impliquées et concernent l'espace du corps aussi bien que l'espace projeté (celui de la salle).

L'hémiplégie de Lou (conséquence de son AVC) a perturbé sa kinesphère. Elle s'appuie difficilement sur son axe corporel fragilisé. Ses comportements semblent régressifs : elle se roule et se tortille au sol. La posture érigée est elle trop coûteuse physiquement ou a-t-elle besoin de se rassembler au sol ?

Dans la relation de combat, le maintien de son axe corporel assuré par la stabilité des appuis est indispensable pour se défendre et attaquer. L'implication mentale lors du combat est également un travail autour de l'axe psychique : se surpasser émotionnellement face au partenaire, gérer la peur ou l'appréhension du coup. Samy les premières fois, se montrait craintif de se faire toucher dans une attitude de repli. Progressivement, il a gagné en assurance, son axe étant sûrement plus présent et peut aujourd'hui partager un travail de kumite (combat conventionnel) sans difficulté.

e) L'usage du corps

Le geste se construit, s'élabore et s'exerce. Nous nous intéressons ici à cette organisation. Les coordinations corporelles sont considérées comme un organisateur psychique.

¹³² Benoît Lesage, 2012, p 159

¹³³ Ibid, p 159

Articuler: « C'est distinguer les parties, préciser les lieux où elles jouent entre elles et se relient, et les intégrer dans un ordre global »¹³⁴. Le travail sur l'articulation et les zones de mobilités du corps étayent l'articulation dans la relation de deux individus. L'enjeu des articulations (positions et mouvements articulaires) est omniprésent au karaté. Progressivement, nous avons remarqué chez Samy, une meilleure mobilité articulaire issue d'une conscience corporelle plus fine. Il est d'ailleurs plus à l'écoute de nos conseils et plus en relation, plus présent. Dans sa motricité, Lou nous montre un manque de conscience des articulations et de perception des sensations articulaires.

L'espace et le geste: Tout l'intérêt se porte sur comment le corps s'articule dans l'espace et comment l'espace du corps lui-même est mis en jeu. Comme nous l'avons cité précédemment, Samy bougeait dans un espace confus et non organisé. Ses gestes n'étaient eux même pas toujours orientés. Progressivement, lors du karaté nous remarquons que Samy investit l'espace différemment, avec une meilleure conscience et connaissance des directions spatiales et de son espace propre. Soulignons que Lou privilégie l'espace du sol et que sa gestuelle investit l'espace souvent sans maîtrise. Elle n'est pas consciente de son corps en relation mais parvient à l'investir pour elle, dans des attitudes qui lui sont bénéfiques.

Le temps et le geste: la dynamique de vitesse requiert une organisation tonico-gestuelle qui varie. Par exemple, la tonicité d'un kata sera modifiée s'il est réalisé lentement ou rapidement. La motricité de Samy est précipitée (impulsivité) et celle de Lou a un rythme fluctuant mais plus souvent lent. Le rythme influe et caractérise la production motrice.

Les schèmes de mouvements: la *respiration* est le premier mouvement de base que nous retrouvons lors du kiai dans le karaté ainsi que dans l'accompagnement de chaque mouvement. *Le schème spinal* connecte la tête au coccyx correspond aux micros mouvements des courbures de la colonne, très important dans la position du dos dans la pratique. Samy a peu à peu maintenu une posture plus droite, moins enroulée sur lui-même. *Le schème homologue* engage les coordinations-différenciations entre haut et bas du corps. *Le schème homolatéral* cible les mouvements entre corps-droit et corps-gauche, ce qui fait appel à la latéralité. Enfin,

¹³⁴ Benoît Lesage, 2012, p 177

le schème controlatéral sollicite les mouvements croisés (jambe droite avec épaule gauche par exemple). Rappelons la diversité des techniques de karaté qui peuvent s'associer à l'infini. Quelques soient les schèmes, Lou et Samy ont des difficultés pour dissocier et coordonner leurs mouvements. Samy s'est beaucoup amélioré, prenant le temps d'analyser la technique. Tous ces schèmes interagissent entre eux dans les plans spatiaux étudiés précédemment avec toute la qualité affective qu'ils sous-entendent.

Pour conclure, « chaque étape, chaque schème, chaque coordination et connexion s'inscrit dans une interaction et une intersubjectivité. »¹³⁵ L'action est un « mode fondamental d'intégration, une façon d'actualiser et réactualiser de nouvelles manières d'être, de se présenter, d'ancrer de nouvelles organisations du penser et du sentir. »¹³⁶

f) La qualité gestuelle et sa valeur expressive

Laban R. regroupe dans une grille de l'Effort, quatre facteurs de mouvement :

- Le Flux : condensé ou libre
- L'Espace : direct ou indirect
- Le Temps : soudain ou soutenu
- Le Poids : fort ou léger

Chaque individu, dans sa qualité gestuelle associe et réalise des combinaisons de facteurs. Lesage B. met en avant l'importance d'offrir aux patients de nouvelles combinaisons. Essayons de qualifier la gestuelle de nos deux patients :

- Lou : Flux libre, Espace indirect, Temps soudain et Poids fort.
- Samy : Flux libre, Espace indirect, Temps soudain, Poids léger.

Nous retrouvons des similitudes entre les deux enfants cependant leurs attitudes gestuelles sont très différentes. Il existe donc des variations au sein même de chaque qualité et une appropriation propre au sujet. Nous allons qualifier la gestuelle proposée par le karaté pour justifier l'intérêt de présenter cette médiation comme vecteur de nouvelles qualités de mouvement aux enfants :

¹³⁵ Benoît Lesage, 2012 p 206

¹³⁶ Ibid p 172

- Karaté par le khion et kumite (combats conventionnels): Flux condensé, Espace direct, Temps soutenu et Poids fort ou léger.
- Karaté par le combat libre : Flux libre et condensé, Espace direct et indirect, Temps soudain et Poids léger. Rappelons que le combat se fait en souplesse et fluidité.

Lesage B. dit : « Entrer dans la qualité gestuelle d'un partenaire crée une relation, un partage intersubjectif à partir duquel il devient possible d'impulser une évolution »¹³⁷. Aurions nous peut être dû davantage nous inscrire dans la qualité gestuelle de Lou avant d'en proposer de nouvelles ? La pratique du karaté n'était –elle pas précoce ? Le travail de gestuelle ouvre à de nouveaux états psychiques associés. Il faut accepter de ressentir de nouvelles émotions.

L'expressivité corporelle est intimement liée à la pensée. Le geste n'est pas un traducteur de la pensée, il est organisateur de celle-ci, il la formalise, la rend concrète et sans lui, elle n'existerait pas.

g) Sentir, Nommer et Symboliser

Sentir, donner à sentir, nourrir le sujet d'expériences proprioceptives (rappelons le premier système d'intégration) dans un cadre d'interactions, c'est ce que nous proposons à Samy, dans la pratique du karaté et des jeux moteurs à Lou.

Lesage B. évoque le travail de conscience corporelle en passant par les trois systèmes : os, muscles et peau.

- La peau : modèle psychique fondamental, étudié par Anzieu D. est évoqué dans les fonctions du Moi-peau¹³⁸ précédemment.
- Le muscle : fonction de contenance, d'interface par le jeu tonique, fonction d'engagement et de postures.
- L'os : assure cohérence, solidité, intériorisation des appuis, directionnalité de l'os, fonction de lien, d'agencement articulaire.

Nous avons pu proposer à Samy, lors de l'échauffement, des percussions osseuses où il a trouvé une certaine détente et un intérêt pour l'organisation des os

¹³⁷ Benoît Lesage, 2012, p 211

¹³⁸ Didier Anzieu, 1985

dans le corps. Lors du temps de détente, je cherchais à contacter par la force des pressions corporelles avec mes mains les différents systèmes.

Pouvoir *nommer*, parler du corps, de ses systèmes permet de mettre de l'ordre dans cet espace corporel aux limites imprécises. Mais le savoir intellectuel du corps séparé de l'éprouvé n'est pas une véritable connaissance. Lou et Samy présentent une connaissance de leur schéma corporel principalement cognitive (possibilités de nommer et désigner les parties du corps), qu'en est il de la connaissance du corps par les éprouvés corporels ? « D'où l'intérêt et la nécessité d'engager d'autres modalités, de faire appel au dessin, au modelage, au jeu, au mime et au mouvement. »¹³⁹ Le but étant de relier les représentations ou de les faire émerger en passant par l'éprouvé corporel.

*Symboliser*¹⁴⁰ renvoie à la présentation et la représentation. Lesage B. définit la présentation comme un « travail intérieur »¹⁴¹ tandis que « la représentation vise un effet sur autrui »¹⁴². Tout le travail de conscience corporelle enrichit cette présentation. Notre présence, notre relation avec Samy et Lou font de leurs engagements corporels des représentations. Pour réaliser une technique ou les consignes motrices des jeux (sans imitation simultanée), nos deux patients ont écouté les consignes. Ils s'en font une idée mentale pour après mettre en forme (la représentation) ce qui inclut finalement une part de présentation.

La qualité d'une représentation découle aussi de l'image que le sujet se fait de lui-même. Se mouvoir sous le regard de l'autre n'est pas chose aisée.

¹³⁹ Benoît Lesage, 2012 p 231

¹⁴⁰ « Représenter, exprimer ou matérialiser par un symbole » p 2483 le Petit Robert. Symbole « Objet ou fait naturel de caractère imagé qui évoque, par sa forme ou sa nature, une association d'idées spontanées ou quelque chose d'abstrait ou d'absent » p 2482

¹⁴¹ Benoît Lesage, 2012 p 235

¹⁴² Ibid

III. MISE EN JEU DE L'IMAGE DU CORPS EN PSYCHOMOTRICITE

Nous allons désormais analyser en quoi l'image du corps, est au cœur des prises en charge psychomotrices avec Samy et Lou.

Quel sens donner au mot « image » ? D'après Le Petit Robert¹⁴³, l'image est ce qui évoque une représentation mentale d'origine sensible issue de perception ou impression antérieure, vision intérieure d'un être ou d'une chose.

Définissons tout d'abord l'image du corps, en s'inspirant des écrits de Dolto F.¹⁴⁴. L'image du corps est une notion étroitement liée à celle du schéma corporel¹⁴⁵. Elle dépend de la relation que nous établissons avec les autres. C'est son versant libidinal¹⁴⁶. Elle est une synthèse sans cesse remaniée, de nos expériences émotionnelles, interhumaines archaïques et actuelles. Elle dépend de nos assises narcissiques qu'elle enrichit à la fois. L'image du corps est mémoire de notre vécu corporel relationnel. C'est une notion subjective et propre à chacun, contrairement au schéma corporel qui est objectif et commun à l'espèce humaine. Elle est inconsciente, peut devenir préconsciente et si elle est associée au langage, consciente.

En d'autres termes, d'après Schilder¹⁴⁷, c'est « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la manière dont notre corps nous apparaît à nous même ». Elle est donc individuelle.

Reprenons pour nos deux patients, l'investissement libidinal de leur image du corps. La période d'hospitalisation suite à l'AVC a dû entraîner chez Lou un remaniement narcissique, une blessure. De même, durant la période de conflits conjugaux, la pédopsychiatre nous informe que les parents de Lou ont été peu

¹⁴³ Le Petit Robert, 2011 p 1277

¹⁴⁴ Françoise Dolto, 1984

¹⁴⁴ En rapport avec la Libido : « Energie psychique vitale ayant sa source dans la sexualité au sens large, c'est-à-dire incluant génitalité et amour en général (de soi, des autres, des objets, des idées). »
Lexicographie

¹⁴⁴ Paul Schilder, L'image du corps p 35

disponibles pour elle et moins à l'écoute de ses besoins affectifs. Nous existons à travers le regard des autres. Lou a probablement vécu cette période difficilement. Notons qu'en séance, elle porte un fort intérêt sur ce que son père sait faire et ce que sa mère aime. En parler la fait peut-être exister à leurs yeux. Elle parle aussi de nombreuses fois de César, son ami, de ce qu'il dit d'elle notamment. Elle est très sensible à ce qu'il peut penser et parle longuement de lui. A son âge, le regard de ses pairs prend de l'importance.

Notons la violence des propos de Lou vis-à-vis de son corps : « Ecoute moi, le corps ça ne change pas, sauf les bras et les jambes ». Je ne pourrais décrire avec exactitude l'attitude tonico-émotionnelle de Lou lors de ces paroles, elle s'est redressée, presque en colère, pour me pointer du doigt. J'ai ressenti à ce moment ce désespoir d'avoir un corps souffrant depuis si longtemps. Elle est en pleine quête d'identité, elle se cherche. Elle essaye de se convaincre de sa force. Par son double discours (« je suis nulle », « je suis costaud ») Lou nous montre que ce processus est en cours et encore fragile. Le questionnaire sur l'image (Annexe n° 3) du corps reflète le peu d'amour qu'elle se porte. L'investissement libidinal reste discordant.

Pour Samy aussi la problématique du regard parental est mise en jeu. En effet, Samy et sa sœur sont majoritairement gardés par des nourrices et les parents sont peu disponibles, très pris par leur travail. Samy nous informe qu'il « voit » réellement ses parents pendant les vacances. Comment l'enfant peut-il s'affirmer et avoir une bonne estime de lui sans le regard précieux de ses parents ? En thérapie, notre regard est très important. Il joue ce rôle dans la valorisation de l'enfant, soutenu par nos propos.

Pireyre E.¹⁴⁸ retrace les grands auteurs qui ont fait de l'image du corps un concept psychanalytique : Dolto, Lacan et Schilder s'entendent à impliquer libido, désir et inconscient. Mais qu'en est-il du corps dans l'image du corps ? Selon lui, l'engagement corporel du sujet inclut mimiques, paroles, gestes, postures, manifestations tonico-émotionnelles sont des productions inconscientes mais bien corporelles qui donnent au psychomotricien matière à travailler l'image du corps. La psychanalyse reconnaît que l'image du corps tend à se conscientiser dans toutes manifestations corporelles.

¹⁴⁸ Eric W Pireyre, 2011

Par ses attitudes de rejet, ses expressions faciales, ses paroles, Lou témoigne de son image corporelle. De même lorsqu'elle maîtrise ses émotions face à la douleur. L'investissement de son corps est particulier et souvent manque de contrôle et d'attention. Il y a une sorte d'agressivité envers lui, lorsqu'elle se cogne, l'agite dans tous les sens, lorsqu'elle en parle. Les chutes répétitives, les effondrements sans explication concrète marquent le manque de fiabilité de son corps. Il n'est pas assez solide et porteur physiquement à ses yeux. Sa boiterie le reflète également. Tout ceci contribue à un désinvestissement corporel de Lou dans les actions. En séance, les propositions trop corporelles ont été un frein. Les nombreux allers-retours dans les activités reflètent cette recherche de soi, cette construction progressive. Elle a besoin de se retirer, de regarder, d'analyser pour se lancer.

A l'inverse, chez Samy, l'hyperkinésie qui par définition est un excès de mouvements et engage vivement son corps. Mais de quelle manière ? Nous avons vu tout au long de ce travail que Samy a progressivement affiné sa perception et la conscience de son corps à travers le karaté et les pressions corporelles lors de la détente. Ce « trop de corps » du début prend forme et Samy a l'air plus confiant. Sa motricité, mieux contrôlée montre tout le cheminement établi.

« L'intervention du psychomotricien (...) par la prise de conscience du corps, mobilise le patient aux niveaux sensoriel, affectif et relationnel, conscient et inconscient. Elle facilite l'identification des perceptions, l'émergence d'émotions et de représentations. Elle propose la mise en mot des vécus corporels et peut relier ces vécus à d'autres pans de la vie du patient. (...) Elle encourage la subjectivité. »¹⁴⁹ Voici en quoi le psychomotricien sollicite en permanence l'image du corps de son patient. Nous pouvons donc dire que chaque séance de psychomotricité pour Samy et Lou met en jeu leur image du corps.

En effet, pour Samy la mise en mots reste une étape à travailler. Il n'exprime pas ses émotions, ses ressentis, il reste très succinct. Nous incitons Samy à parler de lui mais tant que cela n'est pas possible. Le questionnaire sur l'image du corps (Annexe n°4) étaye sa pensée et il exprime une partie de ce qu'il en pense.

Comme vue précédemment, quelques soient les médiations, l'image du corps est sollicitée. Les parcours, les jeux, les percussions osseuses, les échauffements, les

¹⁴⁹ Eric W Pireyre, 2011, p 20

explorations de techniques de karaté ont nourri la sensorialité, l'affectivité, la conscience corporelle de nos deux patients.

IV. LES LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE

1. Du cadre

L'espace volontairement délimité pour Samy dans l'objectif d'être plus contenant, s'est avéré être aussi une contrainte. Lors de la réalisation des Katas, nous étions gênés par le manque d'espace, nous étions proches et il était parfois difficile de porter les mouvements jusqu'à leur finalité. Il aurait été intéressant pour Samy d'avoir plus de recul sur les démonstrations pour apprécier d'avantage une vision globale des techniques.

Pour Lou, la principale contrainte est le temps. Sa séance durant 30 minutes, il est très difficile d'approfondir les propositions. Les trois quarts de la séance sont consacrés à un temps de parole et de propositions pour qu'elle entre dans une activité, il reste très peu de temps pour l'expérimentation.

Fin Mars, nous réalisons après de nombreux questionnements que le manque de cadre s'avère être une des limites au suivi de Lou. Les conditions générales de la prise en charge sont intégrées (pas le droit de faire mal aux autres, pas le droit de sortir de la salle avant la fin...) mais le cadre des dispositifs que nous proposons à chaque séance est-il trop souple ? Nous jouons beaucoup sur l'humour pour la captiver. Notre dispositif manque-t-il de règles ? A vouloir lui laisser trop souvent le choix, nous avons ôté au cadre son rôle contenant et étayant pour sa propre structure interne. Notons que lorsque nous avons dû nous montrer plus « strictes » elle a su nous écouter.

Il aurait été intéressant d'essayer pour Lou dès le début de l'activité karaté, un cadre plus présent comme le propose la pratique sportive et comme nous l'avons mis en place pour Samy (rituels de fin et de début). D'abord donner un contenant sécurisant et fiable pour ensuite travailler sur le contenu (la pratique corporelle).

2. De la médiation karaté

Au karaté l'engagement corporel est immédiat. Le karatéka imite son Maître sans comprendre. Plus tard, ce qu'il fait aura du sens grâce aux explications, à l'expérience. Pour Lou, il a été trop difficile de commencer par un engagement du corps aussi intense. L'approche par le karaté était peut être trop frontale. Pour accéder à la pratique du combat, il est inévitable de passer par une approche technique et répétitive. La contrainte temporelle ne permettait pas cette répétition et donc l'intégration des techniques. Il aurait été intéressant d'apprécier les capacités de Lou à extérioriser son agressivité dans le combat.

3. Mes propres limites

L'enseignement du karaté est pour moi à la fois une limite et un avantage. Dans ma pratique sportive, je n'ai jamais enseigné le karaté malgré mon expérience. Je pense que les clés nécessaires à la transmission du savoir de cette discipline m'auraient données davantage de souplesse dans mes propositions. J'aurai peut-être abordé et modulé mon approche avec une meilleure connaissance. D'un autre point de vue, l'absence d'expérience dans l'enseignement du karaté m'a permis de ne pas être centrée sur la performance du sport en tant que telle, ce qui n'est pas le propos en thérapie psychomotrice. Je n'attendais donc pas de Samy ou de Lou un niveau particulier avant la fin de l'année.

Avec Lou, j'ai parfois ressenti un vide à la fois d'idées et de compréhension. Son comportement nous met souvent à distance. Plusieurs fois nous partageons ce moment de « solitude » avec la psychomotricienne où rien ne parvient à ramener Lou vers nous. Toutes les propositions sont vaines. A ces moments là comme avec du recul, beaucoup de questions viennent à moi. Le karaté est-il une médiation suffisamment adaptée à Lou ? Il y a une remise en question de ce que nous proposons, du cadre, des médiations utilisées. L'échec des propositions renvoie aussi à l'échec du thérapeute. C'est une remise en question de soi. L'enfant nous renvoie à cet instant, notre incapacité à le comprendre.

Le manque d'expérience clinique est également une limite. Certains questionnements ne sont venus tardivement dans l'année. Au début, j'essayais par tous les moyens de faire adhérer Lou aux activités sans percevoir ce qui n'allait pas

dans la proposition. Je ne voyais pas comment l'adapter autrement pour qu'elle accepte. Les lectures théoriques sont des ouvertures de réflexion. Elles ont été des éléments déclencheurs dans mon cheminement, dans la compréhension et les hypothèses que nous avons posé pour Lou. Comprendre un patient est un travail de réflexion, d'hypothèses et de recherche.

V. MA PLACE DE STAGIAIRE

Tous les enfants suivis au CMP ont été prévenu de mon arrivée. Je me suis préparée également à leur rencontre en m'imprégnant de leurs dossiers médicaux afin de mieux contextualiser leur présence dans l'établissement.

Au sein de l'institution, j'ai rencontré les personnes de l'équipe principalement lors de temps informels. L'opportunité d'assister à une synthèse ne s'est pas présentée. J'ai cependant rencontré les pédopsychiatres de Lou et de Samy pour échanger avec eux sur leurs difficultés. Pour Lou cela m'a été d'une grande aide pour davantage comprendre son fonctionnement et son histoire.

Dans le suivi de Samy, la relation thérapeutique avec la psychomotricienne avait déjà été réaménagée par la présence d'une stagiaire l'an dernier. A mon tour, j'amenais une relation triangulaire. Celle-ci fait écho avec la place d'un père dans la relation fusionnelle d'une mère et son enfant. J'ai pu avoir ce rôle de tiers séparateur et ouvrir la relation vers de nouvelles perspectives. Ma présence remanie les modalités du cadre, apporte de nouvelles limites. Même si Samy a pris l'habitude de la présence d'une stagiaire, la relation de confiance est à reconstruire, car je suis une inconnue et ma personnalité est autre que celle de la précédente stagiaire.

Pour Lou, le suivi a débuté par une relation triangulaire. Avec les difficultés que nous rencontrons dans la construction du lien thérapeutique je me suis questionnée. Peut-on mettre en place une relation triangulaire de confiance si la relation duelle n'a pas été instaurée auparavant ? Lou peut-elle établir un lien d'attachement avec nous deux à la fois ? Cela ne fait-il pas trop écho à la relation qu'elle entretient avec ses parents ? Cette relation triangulaire est-elle une limite à l'établissement du lien thérapeutique ?

De Septembre à Décembre, ma place était davantage celle d'observatrice tout en participant activement aux activités proposées. Je réalisais les mêmes choses que les

enfants. Ils pouvaient se servir de moi comme un repère, un appui. A partir de Janvier, les enfants prévenus, j'ai davantage guidé les séances. La psychomotricienne orchestre les premières minutes de retrouvailles (temps de paroles) avant de me donner le relais. Toujours impliquée avec nous en séance, elle a pris ma place de repère pour les enfants. Je suis la meneuse du jeu et elle la partenaire. Mon implication corporelle passe par des démonstrations dans l'explication des techniques de karaté avec Samy. Pour Lou, je suis à la fois meneuse et partenaire de jeu. En parallèle, la psychomotricienne intervient pour mettre en mots le vécu des enfants, pour m'épauler dans un moment délicat, notamment lors des refus de Lou. Lors du retour aux parents, la psychomotricienne reprend les devants même si elle me laisse la possibilité d'intervenir.

En aval des séances, nous prenons des notes, nous échangeons et réfléchissons à ce qui se produit. Elle se montre très à l'écoute de mes questionnements vis-à-vis des enfants et me guide dans ma réflexion. C'est une véritable discussion sur le cheminement des enfants et nous remettons en question nos propositions afin d'être toujours plus à l'écoute des patients.

CONCLUSION

Les suivis en psychomotricité de Lou et Samy se sont avérés totalement différents quant à l'approche de la médiation karaté. Samy, hyperactif a appris à maîtriser son corps dans la découverte du karaté traditionnel. A l'inverse, Lou entreprend le chemin d'une habitation de son corps par une association des médiations, le karaté au sein du jeu.

Comme nombreuses pratiques sportives, le karaté est un outil pour le psychomotricien. Cependant, l'adaptation de la pratique reste primordiale. La médiation est façonnée et remaniée en fonction des besoins et des possibilités du patient, au risque de s'éloigner de la pratique initiale. Nous avons mis en avant l'importance du cadre dans sa fonction contenant donnant à l'enfant la possibilité de se sentir en sécurité pour multiplier ses expériences.

Par l'analyse du karaté en thérapie, nous avons constaté que le corps en mouvement (ou en statique) sollicite en permanence la tonicité et la sensorialité de l'individu. A partir des appuis, des transferts de poids, des expériences de limites, de la découverte de l'espace (du corps ou de l'extérieur), de la qualité gestuelle, le sujet éprouve des expériences corporelles, sources d'émotions et accède à la représentation mentale. La pensée se construit, se modèle à travers ce vécu corporel. L'accompagnement du psychomotricien amène le sujet vers une meilleure conscience de soi et du monde. Il apprend à contrôler ce corps dont il est maître et se perçoit comme une unité où psychisme et corps ne font qu'un. Le jeu est également un support à la construction psychique. C'est le mode d'expression privilégié de l'enfant. Il se découvre et apprend sur le monde à travers le plaisir et la liberté de jouer.

Ce travail de recherches et de réflexion autour de ma pratique sportive en thérapie a enrichi ma compréhension de la médiation psychomotrice. Les limites que nous avons rencontrés avec Samy et Lou au cours de la médiation karaté m'amène à un nouveau questionnement : Qu'en est-il des manifestations dépressives chez l'enfant ?

BIBLIOGRAPHIE

ANCIEUX V. et al. (2013) *L'hyperactivité, (THA/H), les prises en charge neuropsychologique et psychoéducatrice*, Bruxelles, de Boeck.

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

ALBARET J.M, GIROMINI F et SCIALOM P., (2011) *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, Solal.

American psychiatric association (2002) *Mini DSM-IV-TR Critères de diagnostics*, Paris, Masson.

ANDLAUER D. (1996) *Vertu et richesse de l'étiquette dans les arts martiaux traditionnels japonais*, Paris, Amphora S.A.

BERGER M., *L'enfant instable, approche clinique et thérapeutique*, Paris, Dunod.

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

BLANCHARD J.M. et Fischer J.P, (1990), *Karaté-Do shotokan Khion de base*, Boulogne, Sedirep.

BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, Editions Erès.

CHEMAM G. et HERBLIN H. (1994), *Enseigner, le karaté-do et les arts martiaux*, Paris, C.I.G.

DE LIEVRE B. et STAES L. (2011), *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte*, Belgique, Groupe de Boeck.

- DIDIER F. (1988) *Karaté do, L'esprit guerrier*, Boulogne-Billancourt, Sedirep.
- DOLTO F. (1984) *L'image inconscience du corps*, Paris, Du Seuil.
- GAUDRY G., GRIM O., GUIOSE M., LOUVEL J.P. (2007), *Arts martiaux en psychomotricité*, Paris, Heure de France.
- Laplanche J. et Pontalis J.B., (2011) *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- LESAGE B., (2012) *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, Erès
- MENECHAL J. (2004) *L'hyperactivité infantile, débats et enjeux*, Dunod.
- POTEL C. (2010), *Psychomotricité : entre thérapie et pratique*, Paris, Editions In Presse.
- PIREYRE E.W. (2011) *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, Paris, Dunod.
- PES J.- P., (2007) *Développer la conscience corporelle chez l'enfant de 3 à 7 ans pour une éducation à la santé*, Marseille, Solal.
- PES J.P. (1995), *Performances sportives et psychomotricité*, Editions Trois fontaines.
- PES J.P., (2011), *Sport et psychomotricité. Nouvelle approche de la préparation sportive par la psychomotricité*, Paris, Vernazobres-Greco.
- PORTOCARRERO P. (1986), *De la chine à Okinawa TODE, les origines du karaté-Do*, Boulogne-Billancourt, Sedirep.
- ROBERT P. (2011) *Le petit Robert, dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris, Le Robert.

ROBERT-OUVRAY S. (2010) *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*, Paris, Desclée de Brouwer.

SCHILDER P. (1968) *L'image du corps*, Paris, Gallimard.

SMIT S. (2001) *Karaté, Les arts martiaux simples et pratiques*, Royaume-Uni, Renssen

WINNICOTT D. W., (1969) *De la psychiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

WINNICOTT D.W. (1975), *Jeu et réalité*, Routledge, Edition Tavistock.

ARTICLES :

BUSSCHAERT B. (2000) La thérapie psychomotrice par le jeu comme expérience de liberté. *Thérapie psychomotrice*. N°124

HENNECON J.L. (2000) Le jeu de l'enfant activité psychomotrice par excellence. *Thérapie psychomotrice*. N°124.

MEMOIRES :

BERNARD M. (2012) Le psychomotricien et la distance relationnelle : un corps en résonance. Mémoire en vue d'obtention du D.E de psychomotricité, Université Pierre et Marie Curie, Paris.

DACQUAY A. (2010) De la dispersion au rassemblement. Prise en charge psychomotrice d'un enfant instable. Mémoire en vue d'obtention du D.E de psychomotricité, Université Pierre et Marie Curie, Paris.

DUVERNAY J. (2010) Psychomotricité ici et ailleurs, la mise en place d'un cadre thérapeutique en situation humanitaire. Mémoire en vue d'obtention du D.E de psychomotricité, Université Pierre et Marie Curie, Paris.

HARDY H. (2002) Le groupe en psychomotricité karaté. Mémoire en vue d'obtention du D.E de psychomotricité, Université Pierre et Marie Curie, Paris.

PELCOQ D. (2013) J'y pense en corps ! Apport de la médiation corporelle dans la naissance des représentations chez l'enfant instable. Mémoire en vue d'obtention du D.E de psychomotricité, Université Pierre et Marie Curie, Paris.

Enseignements délivrés à l'Institut de Formation de Psychomotricité :

BENAVIDES T.(2002/2003) Sémiologie psychomotrice de l'enfant, Pitié Salpêtrière, Paris.

LAURAS-PETIT (2013/2014) Psychologie sur l'Image du corps, Pitié Salpêtrière, Paris.

LEFEVRE C. (2013/2014) Enseignement Gériatrique, Pitié Salpêtrière, Paris.

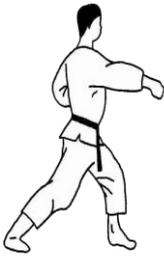
RENAULT DULONG A. (2012/2013) Sémiologie psychomotrice de l'enfant, Pitié Salpêtrière, Paris.

Sites internet :

- <http://www.cnrtl.com/lexicographie>
- <http://www.chups.jussieu.com>
- <http://www.larousse.com>
- <http://www.infokarate.com>

Annexe n° 1

Techniques de base de Karaté vues en psychomotricité



Gyaku zuki



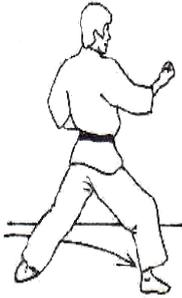
Oi zuki



Gedan barai



Jodan age uke



Uchi uke



Mae geri



Mawashi geri



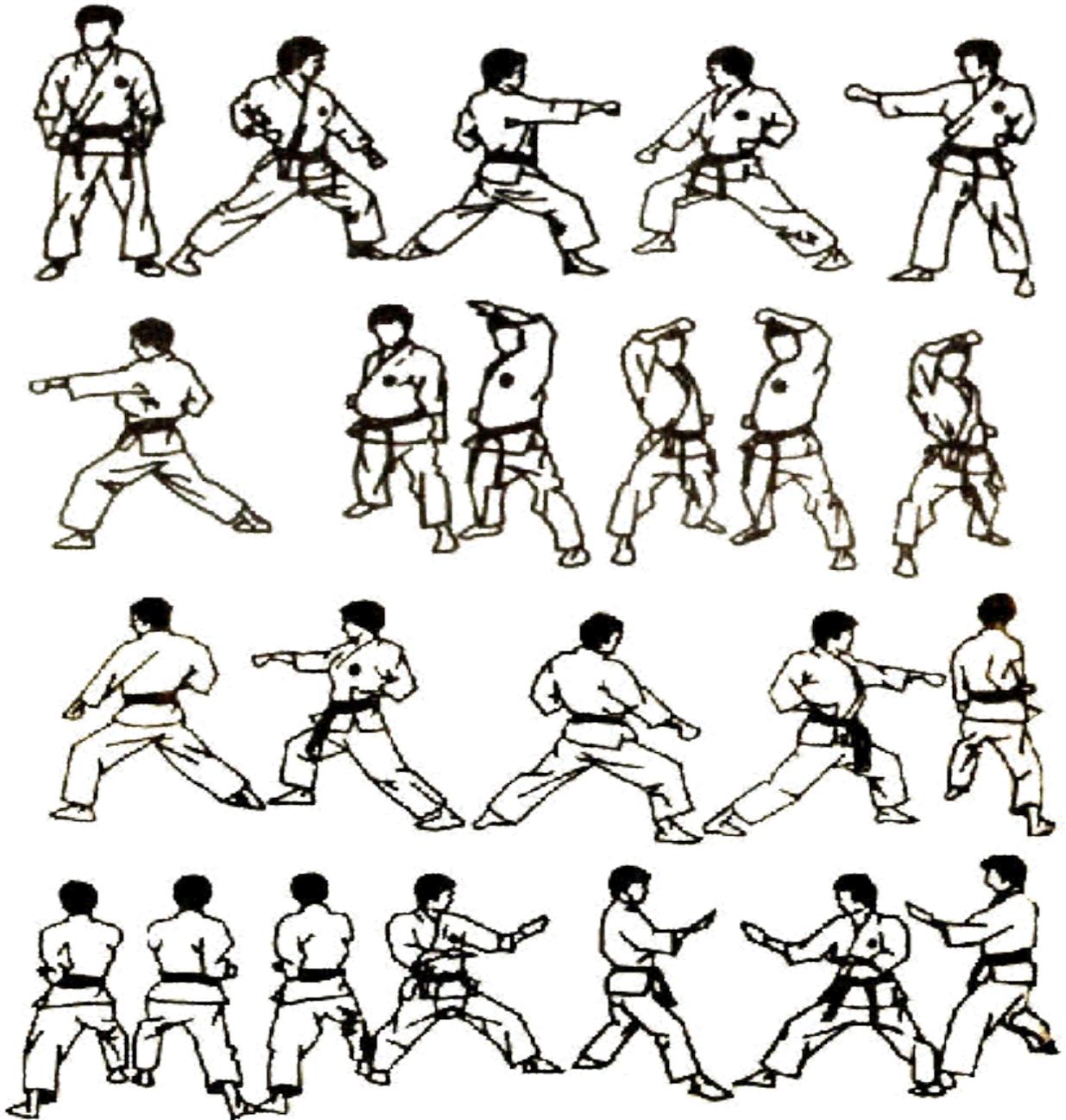
Ushiro geri



Yoko geri

Annexe n° 2

Kata Hein Shodan



Annexe n° 3

Questionnaire sur l'image du corps, Réponses de Lou.

- Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?
⇒ « **Les os, le sang, les veines.** »
- Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir à l'extérieur ?
⇒ « **Les jambes, les bras, la tête, tout le corps.** »
- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?
⇒ « **Les poignets, les jambes, les bras, la tête.** »
- On peut faire quoi avec son corps ?
⇒ « **Tout, marcher, courir, nager, bouger les bras, on peut faire 100 000 trucs.** »
- Qu'est ce qui est fragile dans le corps ?
⇒ « **Les jambes et les os** »
- Qu'est ce qui est solide dans le corps ?
⇒ « **les genoux** »
- Qu'est ce que tu aimes bien dans le corps ?
⇒ « **Rien, ah si mes mains et un peu mes pieds.** »
- Qu'est ce que tu n'aime pas dans le corps ?
⇒ « **Toutes les autres parties. je m'en fiche ! Le corps ça change pas et c'est bien ça le problème.** »
- Où est la pensée à ton avis ?
⇒ « **Dans la tête, dans le cerveau.** »

Annexe n°4

Questionnaire sur l'image du corps, Réponses de Samy.

- Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?
⇒ « **les os, la cervelle, le sang, les globules rouges, blancs** »
- Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir à l'extérieur ?
⇒ « **les genoux, tout** »
- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?
⇒ « **les articulations** »
- On peut faire quoi avec son corps ?
⇒ « **la gymnastique, le sport, le karaté, le judo** »
- Qu'est ce qui est fragile dans le corps ?
⇒ « **la tête, le cerveau et le ventre à cause des organes.** »
- Qu'est ce qui est solide dans le corps ?
⇒ « **l'avant-bras** »
- Qu'est ce que tu aimes bien dans le corps ?
⇒ « **la tête, j'aime tout** »
- Qu'est ce que tu n'aime pas dans le corps ?
⇒ « **rien** »
- Où est la pensée à ton avis ?
⇒ « **dans la tête** »

RESUME

A travers le récit de Lou et Samy, le karaté va rencontrer la psychomotricité. Pour ces enfants, l'unité corps-psychisme est scindée, c'est par le mouvement qu'ils se redécouvrent. Les théories évoquées s'attachent à justifier toute l'implication du psychisme dans la pratique qu'est le karaté. Mais de quelle manière cet art martial devient un outil pour le psychomotricien dans l'optique d'une construction psychocorporelle. ? Quelles sont les bases sur lesquelles l'individu s'appuie pour élaborer sa pensée et habiter pleinement son corps.

Mots clés : Karaté - Etayage psychocorporel - hyperactivité - Relation - Adaptation thérapeutique -

SUMMARY

Through Lou's narrative and Samy, the karate is going to meet the psychomotricity. For these children, the unit body-psyche is split, it is by the movement that they rediscover themselves. The evoked theories attempt to justify all the implication of the psyche in the practice that is the karate. But how this martial art becomes a tool for the psychomotor therapist in the optics of a psychocorporelle construction? Which are the bases on which the individual leans to develop his thought and live completely in his body?

Keywords : Karate - Psychocorporel propping up - Hyperactivity - Relation - Therapeutic adaptation