HAL
open science

”Du jeu de rôle au je dans le groupe”: le groupe d’expression théâtrale comme médiation psychomotrice auprès d’enfants instables et inhibés

Marine Linise

To cite this version:

Marine Linise. ”Du jeu de rôle au je dans le groupe”: le groupe d’expression théâtrale comme médiation psychomotrice auprès d’enfants instables et inhibés. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01070465

HAL Id: dumas-01070465

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01070465v1

Submitted on 1 Oct 2014

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

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

UNIVERSITÉ PIERRE ET MARIE CURIE – PARIS VI

Institut de Formation en Psychomotricité

SITE DE LA PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

« *Du jeu de rôle au je dans le groupe* »

Le groupe d'expression théâtrale comme médiation psychomotrice auprès d'enfants instables et inhibés.

Mémoire présenté par Marine LINISE

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien.

Référent de Mémoire :

Laurence TOUZÉ

Session : Juin 2014

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier grandement Laurence, qui m'a accompagnée tout le long de l'année dans l'écriture de ce mémoire.

Merci à Christine de m'avoir fait découvrir les groupes d'expression théâtrale.

Merci à Mélanie pour les encouragements et les conseils.

Je remercie mes maîtres de stage et mes professeurs qui ont inspiré la psychomotricienne que je m'efforce de devenir.

Merci à Julie pour sa présence bienveillante et encourageante.

Merci à Apolline, Camille et Coline avec qui j'ai traversé ces années de formation.

Merci à Clémentine et Blandine pour leurs conseils avisés.

Un immense merci à mes parents et mes sœurs pour leur soutien et leurs encouragements sans faille.

Et pour finir, à mon grand-père… merci.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 5

I. Première partie :

L'enfant, le trouble psychomoteur et le jeu théâtral : approches théoriques 7

A- La période de latence 8

1. Selon S. Freud 8
2. Selon J. Piaget 9
3. Selon H. Wallon 10

B- Les troubles psychomoteurs 12

1. L'instabilité psychomotrice 12
2. L'inhibition psychomotrice 16

C- Le Jeu théâtral 21

1. Le Jeu de l'enfant 21
2. La médiation théâtrale 26

II. Deuxième partie :

Clinique d'une rencontre en psychomotricité : le groupe d'expression théâtrale 31

A- L'institution 32

1. Le Centre Médico Psychologique 32
2. La place de la psychomotricité 32

B- La prise en charge en groupe d'expression théâtrale 34

1. L'indication 34
2. Les objectifs du groupe à médiation théâtrale 34
3. Le groupe 35
4. L'organisation et le déroulement 35

C- Les enfants du groupe 37

1. Matéo 37
2. Mélissa 40
3. Dylan 43
4. L'évolution du groupe 45
5. Bilan intermédiaire 54

III. Troisième partie :

Réflexions théorico-cliniques autours des intérêts du groupe à médiation théâtrale en psychomotricité dans les troubles psychomoteurs. *57*

A- Le trouble psychomoteur en question… 58

1. Matéo, Dylan et Mélissa 58
2. Du trouble relationnel à la difficulté d'être 61

B- La médiation théâtrale : un terrain de rencontre en thérapie psychomotrice 65

1. Se rencontrer et jouer ensemble 65
2. Du jeu au je 70
3. Le trouble psychomoteur 77

C- Comprendre les difficultés 80

1. Les particularités de la prise en charge 80
2. L'investissement de la famille 81
3. Ma place 82

CONCLUSION 84

BIBLIOGRAPHIE 85

INTRODUCTION

Lors de ma formation en psychomotricité, j'ai été ravie de découvrir la possibilité d'utiliser comme médiation le théâtre, discipline que j'ai moi-même pratiquée. En deuxième année, le TD de jeu dramatique a continué d'éveiller ma curiosité et conforté mon envie d'en découvrir davantage.

En troisième année, j'ai choisi d'effectuer un stage dans un Centre Médico Psychologique (CMP) dans lequel j'ai découvert l'application de la médiation théâtrale en psychomotricité. C'est donc avec grand intérêt professionnel et personnel que j'ai abordé la prise en charge de deux groupes d'expression théâtrale, un avec des adolescents et un autre avec des enfants. C'est ce dernier groupe qui a motivé le sujet de ce mémoire.

Je n'ai pas décidé d'emblée d'orienter ce mémoire vers ce groupe ou vers la médiation théâtrale. Ce choix s'est imposé au fil du temps devant les questionnements que générait la prise en charge. Dans ce groupe, désirs professionnel et personnel se sont heurtés aux diverses difficultés de la prise en soin : agressivité des enfants, difficultés à jouer ensemble ou à faire semblant, irrégularité de présence, etc. J'ai donc décidé de réaliser un mémoire sur ce groupe pour tenter de mieux en comprendre les enjeux et de prendre une juste distance.

Dans ce mémoire, j'interroge les intérêts d'un groupe d'expression théâtrale dans la prise en charge en psychomotricité d'enfants instables et inhibés. Je m'intéresse plus particulièrement aux difficultés relationnelles et identitaires, difficultés communes à ces enfants, qui m'ont semblé particulièrement prégnantes chez eux. Je tente de comprendre de quelles manières elles peuvent trouver leur résolution dans le groupe à médiation théâtrale ainsi que les obstacles qui ont jalonné la prise en charge. Cette réflexion s'appuiera sur l'observation clinique de deux garçons instables et d'une fille inhibée.

Dans une première partie, je présenterai les bases théoriques pour comprendre le stade de développement que traversent les enfants du groupe. Je présenterai ensuite les troubles psychomoteurs des enfants sur lesquels se base ma clinique. Pour finir, je resituerai les concepts théoriques qui concernent le jeu, puis plus précisément ceux du jeu théâtral dont s'est inspiré le groupe.

Dans une deuxième partie, je présenterai le groupe d'expression théâtrale et m'intéresserai plus précisément à la clinique de trois enfants : Matéo, Mélissa et Dylan.

Pour finir, dans une discussion théorico-clinique, j'examinerai, après avoir cerné les difficultés communes aux enfants, les intérêts du groupe à médiation théâtrale dans cette prise en charge et tenterai d'en comprendre les écueils.

I. Première partie :

L'enfant, le trouble psychomoteur et le jeu théâtral : approches théoriques

A-LA PERIODE DE LATENCE

Les enfants du groupe d'expression théâtrale ont tous entre 7 et 8 ans quand ils intègrent la prise en charge. Ces enfants ne présentent pas de grand retard intellectuel et sont scolarisés en CE1 ou en CE2. Afin de donner une idée de la période de développement qu'ils semblent traverser, je m'appuierai sur les travaux de Sigmund Freud, Jean Piaget et Henri Wallon.

1. **Selon S. Freud**, c'est *la période de latence*[1].

S. Freud décrit différents stades dans le développement psycho-affectif de l'enfant : les stades prégénitaux (oral, anal, urétral ou phallique), la période œdipienne, la période de latence et l'adolescence.

A partir de 6-7 ans, l'enfant sort de la période Œdipienne pour aborder la phase de latence. La phase œdipienne marque un changement dans le fonctionnement psychique de l'enfant : elle assure le primat de la zone génitale, le dépassement de l'auto-érotisme primitif et l'orientation vers des objets extérieurs. En permettant l'intégration de l'interdit de l'inceste, elle joue un rôle important dans la constitution du Surmoi[2] et de l'Idéal du Moi[3].

La période de latence est une période plus calme qui s'étend de 7 à 12 ans. Durant cette période, les conflits des stades précédents restent sous-jacents, mais sont moins prégnants en raison d'une modification structurale des pulsions sexuelles. Cette phase se caractérise par une relative « obsessionnalisation » de la personnalité qui est alors mise au profit de l'éducation et de l'enseignement : l'enfant accepte des rythmes réguliers, une discipline plus précise. Ces tendances obsessionnelles reposent sur la mise en place de formations réactionnelles : transformation des pulsions agressives en courtoisie, l'exhibitionnisme en pudeur, l'attirance fécale en dégoût. Elles vont permettre à l'enfant de se dégager peu à peu des conflits sexuels

---

[1] B. Golse, 2008.

[2] Avec le Moi et le Ça, le Surmoi fait partie de la seconde théorie de l'appareil psychique de S. Freud. Le Surmoi a un rôle de censure du Moi. Le Ça correspond au pôle pulsionnel de la personnalité. Le Moi, médiateur dépendant du Ça et du Surmoi, a un rôle de défense de la personnalité. J. Laplanche, J.-B. Pontalis, 2011.

[3] L'Idéal du Moi est le modèle auquel le sujet tente de se conformer. *Ibid.*

de la période précédente. De plus, apparaissent des sentiments de tendresse, de dévotion et de respect envers les images parentales qui correspondent au renversement de motions agressives inverses vers le parent de même sexe alors qu'elles renvoient à un processus de sublimation quand il s'agit du parent du sexe opposé.

On constate également une extension extrafamiliale de la problématique œdipienne. L'enfant est attiré par des activités sociales plus larges et des milieux relationnels différents (école, groupes d'enfants, sport…) car les conflits primitifs sont déplacés vers des substituts des images parentales. Ce phénomène concourt grandement à la liquidation du complexe d'Œdipe. Grâce au Surmoi et à l'Idéal du Moi, l'enfant procède à toute une série de sublimations qui transforme, dans le domaine affectif, l'amour éprouvé vers les images parentales idéalisées en tendresse. Dans le domaine cognitif, la sublimation fait adhérer l'enfant aux ambitions scolaires du milieu familial par le biais d'identification secondaire. Les buts pulsionnels sont alors déplacés vers des objectifs plus socialisés : l'enfant est davantage disponible aux apprentissages pédagogiques. L'énergie de ces nouveaux intérêts est issue des intérêts sexuels originels.

2. **Selon J. Piaget**, c'est *le stade des opérations concrètes*[4].

J. Piaget réfléchit le développement cognitif et intellectuel de l'enfant d'après une théorie dynamique et constructiviste : l'enfant édifie au moyen d'expériences successives l'ensemble de ses fonctions cognitives. Le développement mental apparait comme une succession de trois grandes constructions : l'intelligence sensorimotrice, les opérations concrètes et les opérations formelles. Ces constructions sont sous-tendues par la notion d'intégration progressive. Cette intégration se fait à partir de mécanismes d'accommodation ou d'assimilation. Pour J. Piaget, l'action est à la base de la vie psychique : le développement cognitif en est une mentalisation progressive.

Il décrit le stade des opérations concrètes entre 7 et 11-12 ans. Pendant ce stade, l'enfant acquiert la réversibilité de la pensée ce qui lui permet l'élaboration de classification et de sériation en même temps que se constitue la notion

[4] B. Golse, 2008.

d'invariant. Sa pensée devient plus mobile, mais l'intelligence n'opère que dans le concret sans pouvoir envisager des hypothèses. Les opérations concrètes font donc la transition entre l'action et les structures logiques plus générales.

L'accès à la pensée opératoire donne naissance à des processus de pensée sur lesquels s'appuient les exigences de la scolarité.

Dans son œuvre, J. Piaget isole l'aspect affectif dans le développement cognitif et intellectuel. Or la psychologie de l'enfant a montré que l'affectivité peut parfois perturber les processus évolutifs intellectuels. Les travaux d'Henri Wallon sont ici intéressants car ils mettent en avant l'importance des interactions entre l'enfant et son environnement social.

3. **Selon H. Wallon**, c'est *le stade de la personnalité polyvalente*[5].

H. Wallon étudie le développement de l'enfant d'abord dans l'interaction entre l'équipement moteur et l'affectivité du nouveau-né, puis entre l'enfant et l'environnement social. Il décrit une série de stades dont les passages correspondent à des remaniements chez l'enfant.

Il décrit sept stades centrifuges ou centripètes : impulsif pur, émotionnel, sensori-moteur, projectif, du personnalisme, de la personnalité polyvalente et l'adolescence.

Le stade qui nous intéresse est celui de la personnalité polyvalente entre 6 et 11 ans. C'est un stade de différenciation. Avec le début de la scolarité, l'enfant participe à présent à la vie de plusieurs groupes (famille, école, jeu, sport…) et noue des contacts avec l'entourage social. Ceux-ci sont d'abord marqués par une période d'incertitude, de changements rapides en fonction des intérêts et des circonstances. L'enfant participe aux jeux de règles, aux jeux de groupe qu'il influence avec divers comportements (solidarité, coopération). Il change de rôle et de fonction, multiplie les expériences sociales.

---

[5] H. Walon, 2006.

A travers la vision de ces trois auteurs, l'accès à cette période de l'enfance reflète la convergence de deux processus développementaux que sont la relative « obsessionnalisation » du Moi et la mise en place des structures des opérations concrètes. Ces processus vont permettre à l'enfant d'intégrer les apprentissages et d'élargir son champ social. Les interactions rendues possibles par la socialisation viennent à leur tour soutenir ces processus développementaux.

Cependant, ce développement peut être perturbé si l'enfant présente des difficultés neurologiques, motrices, psychologiques ou affectives et si son environnement social n'est pas « suffisamment bon »[6], ce qui ne lui permet pas d'exprimer ses potentialités.

Les profils psychopathologiques sont donc variables : trouble psychomoteur, du comportement, de la socialisation, des apprentissages, dépression… difficultés qui peuvent être isolées mais sont souvent associées.

[6] En référence à la mère « suffisamment bonne » selon D. W. Winnicott.

B-LES TROUBLES PSYCHOMOTEURS

Je m'intéresserai à deux types de troubles psychomoteurs que l'on retrouve chez certains des enfants du groupe : l'instabilité psychomotrice et l'inhibition psychomotrice.

Ces troubles psychomoteurs « oscillent entre le neurologique et le psychiatrique, entre le vécu plus ou moins voulu et le vécu plus ou moins subi, entre la personnalité totale plus ou moins présente et la vie plus ou moins jouée. »[7]

1. L'instabilité psychomotrice

Deux garçons du groupe ont été dirigés vers le CMP en raison d'une grande agitation. Suite aux entretiens avec le psychologue ou la psychomotricienne et dès les premières séances, nous observons une importante instabilité psychomotrice.

Il convient tout d'abord de préciser qu'une période d'instabilité est normale dans le développement de l'enfant, entre 2 et 3 ans. L'attention labile et la motricité explosive le poussent à multiplier expériences et découvertes. Au-delà de cette tranche d'âge, l'instabilité est pathologique lorsqu'elle devient un frein au développement psycho-affectif, intellectuel, moteur et social.

L'instabilité répond à la définition des troubles psychomoteurs en ce sens qu'elle est un trouble qui oscille entre neurologie et psychiatrie, entre support organique et signe de communication. La dimension relationnelle a également toute son importance dans l'expression du trouble.

En clinique, une distinction[8] est établie entre *instabilité motrice* et *instabilité psychique* ou *inattention*, bien qu'elles soient souvent associées. Lorsque les tableaux symptomatiques sont stables, les diagnostics retenus sont dans le CIM-10[9], le trouble hyperkinétique et dans le DSM-IV[10], le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

---

[7] J. de Ajuriaguerra, in F. Joly, G. Labes, 2009, p. 323.

[8] D. Cohen, D. Marcelli, 2012, p. 124.

[9] Classification internationale des troubles mentaux.

[10] Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

Mais la qualification pose encore problème pour différencier enfants turbulents, instables, hyperkinétiques, THADA ou débordants de vie.

a. Différents types d'instabilités

L'instabilité motrice

Elle se caractérise par l'hyperactivité (excès de mouvement) et l'impulsivité (incapacité à inhiber une réaction immédiate). L'enfant hyperactif remue sans cesse, son activité motrice est désordonnée et mal contrôlée. On peut observer une instabilité posturale et des réactions de prestance (attitudes guindées ou adultomorphes).

L'instabilité psychique

Elle se caractérise par l'inattention (difficulté à rester fixé sur une tâche). Cette difficulté a un aspect « *temporel* et *organisationnel* »[11]. « D'une part, il [l'enfant] est incapable de prêter une attention soutenue et prolongée à de nombreuses activités quotidiennes. […] Ces difficultés sont évidentes même lorsque l'enfant prend plaisir à ce qu'il fait […]. D'autre part, l'enfant manifeste des difficultés à ignorer les distractions et à s'organiser dans de nombreuses activités, […]. »[12]

L'instabilité psycho-affective

Décrite par F. Joly, l'*instabilité psycho-affective* [13] s'associe souvent à l'hyperactivité et aux troubles attentionnelles. Elle se caractérise par des accès de colère, de l'autoritarisme, une labilité de l'humeur, des difficultés dans la gestion des émotions, une intolérance à la frustration. On retrouve également des manifestations d'agressivité ou d'opposition et des refus scolaires.

b. Etiologie

Des facteurs de risques génétiques, neurophysiologiques, neuropsychologiques, familiaux, sociaux et culturels se retrouvent dans l'instabilité.

---

[11] J. Dumas, 2013, p. 285.

[12] *Ibid*.

[13] Cours de Mme Renaul-Dulong, 2ème année de psychomotricité, module de sémiologie.

C'est la convergence de ces différents facteurs qui semble être à l'origine de ce trouble, bien que parfois prédominent facteurs biologiques ou psychosociaux[14].

L'instabilité psychomotrice peut également faire partie d'un état réactionnel à une situation traumatisante ou anxiogène. En effet, plus l'enfant est jeune, plus son malaise psychique s'exprime au travers de manifestations corporelles. Ainsi, interventions médicales, séparations, dissociations familiales ou situations de maltraitance peuvent être à l'origine d'instabilité psychomotrice.

Dans d'autres cas, l'instabilité peut être une réponse à un état anxieux ou une défense maniaque face à des angoisses dépressives ou d'abandon[15].

c. Comorbidités

L'instabilité peut être isolée ou associée à d'autres manifestations psychopathologiques : énurésie, difficultés de communication, difficultés scolaires, comportements agressifs avec réaction de prestance, opposition, conduites provocatrices et dangereuses, susceptibilité importante et tendance à la destructivité ou à l'autodestructivité.

Des troubles des apprentissages, des conduites, oppositionnel ou de l'humeur peuvent y être associés.

L'instabilité peut également faire partie de tableaux cliniques plus complexes comme les troubles envahissants du développement[16] ou les dysharmonies d'évolution.

d. Sémiologie psychomotrice

J. Bergès[17] distingue deux types d'instabilité à partir de l'étude de la fonction tonique, étude qui permet d'élargir la possibilité de compréhension de la problématique affectivo-émotionnelle inhérente au trouble. :

- *les instables avec état tensionnel*. Cet état se caractérise par une hypertonie, une paratonie, des blocages respiratoires et de fréquentes crampes. Le

---

[14] J. Dumas, 2013, p. 319.

[15] D. Cohen, D. Marcelli, 2012, p. 125.

[16] TED regroupés dans le DSM-V sous l'appellation Trouble du Spectre Autistique (TSA).

[17] C. Ballouard, 2011, p. 69.

mouvement oscille entre retenue et explosion soudaine : la motricité permet de rétablir la détente après la mise en tension de la posture. Sous l'effet de déclencheurs externes ou internes, l'état d'hypercontrôle cesse et l'instabilité témoigne d'une perte de contrôle des gestes.

- *Les instables avec état déhiscent*. Cet état se caractérise par une hypotonie qui empêche les activités coordonnées dans un cadre donné. Les instables ne paraissent ainsi pas pouvoir réagir autrement que par des réactions de sursaut suivies d'une sidération végétative. L'état déhiscent traduit la labilité, l'impossibilité de concentration motrice ou de maintien postural. Le corps exprime le manque de cohérence interne et le défaut d'intégration d'une unité corporelle stable dans l'espace et le temps : ces instables semblent perpétuellement en recherche de limites psycho-corporelles.

Dans d'autres situations, l'examen du tonus paraît normal[18]. Cependant, l'enfant présente des signes d'une émotivité envahissante (regard inquiet, sursauts, manifestations neuro-végétatives…). Il semble être dans un état d'hypervigilance anxieuse.

D'autres difficultés psychomotrices se retrouvent dans l'instabilité[19]. La fonction motrice est souvent moins performante chez les enfants instables. D'un côté, l'instabilité posturale perturbe le tonus de fond, l'équilibre et la régulation tonique en lien avec la vigilance et les intégrations sensorielles. De l'autre, l'instabilité motrice témoigne d'une désorganisation fonctionnelle au niveau de la fonction praxique : l'élaboration de projets moteurs sont pauvres ou absents car le geste est plus rapidement effectué que pensé.

Les troubles spatio-temporels incluent des troubles de la latéralité, des difficultés de représentation et de structuration spatiale et temporelle.

Les troubles de représentation du corps touchent autant le schéma corporel que l'image du corps. Le défaut d'intégration du corps propre ne permet pas à l'enfant de considérer son corps comme un référentiel sécurisant et stable. Les difficultés au quotidien et ses relations avec ses pairs lui renvoient une image du corps dépréciée et négative.

---

[18] D. Cohen, D. Marcelli, 2012, p. 124.

[19] F. Boscaini et A. Saint-Cast in J-M Forget, M. Berges-Bounes, 2010.

L'expressivité corporelle, et plus précisément l'expression des mimiques, est difficile à décrypter car elle est soit trop appuyée et donc intrusive, soit figée ou décalée. Ceci perturbe les communications verbales et non-verbales.

L'instabilité perturbe et s'exprime au travers des fonctions psychomotrices du sujet. Elle freine l'enfant dans le déploiement de ses compétences et le développement de ces potentialités motrices, cognitives et sociales.

2. L'inhibition psychomotrice

L'inhibition est, selon A. Féline et J-P Lépine, « l'impossibilité active et temporaire de la réalisation prévisible, attendue et instrumentalement possible des actions physiologiques, mentales, verbales et motrices par lesquelles un sujet, pour s'adapter à une situation relationnelle et environnementale donnée, va chercher à résoudre ses tensions internes et à réaliser ses potentialités[20] ». C'est donc la mise en réserve des potentialités aboutissant à la diminution des moyens dont on dispose pour faire face à une situation. Elle n'est pas forcément pathologique car c'est avant tout un mécanisme adaptatif essentiel et indispensable pour un bon ajustement de la motricité et des processus cognitifs.

Elle appartient autant au domaine de la psychiatrie que de la neurologie. Dans le CIM-10, elle est classée comme « un trouble spécifique du développement moteur ».

En revanche, l'inhibition « est pathologique […] lorsqu'elle ampute à l'enfant de ses capacités relationnelles, physiques ou mentales »[21]. Sa valeur pathologique dépend des répercussions sur l'autonomisation, l'acquisition et l'élaboration du langage (risque de mutisme extra-familial).

Trois types d'inhibitions sont souvent associés et intriqués : l'inhibition relationnelle, l'inhibition intellectuelle ou psychique et l'inhibition physique. Leur niveau d'intensité, leur fréquence et leur durée signent la gravité du trouble. Je regrouperai ici l'inhibition en deux sous-groupes : l'inhibition des conduites externes

---

[20] C. Ballouard, 2011, p.76.

[21] A. Birraux, 2011, p. 148.

et socialisées (inhibition relationnelle et physique) et l'inhibition des conduites mentalisées (inhibition psychique).

a. Différents types d'inhibition

L'inhibition des conduites externes et socialisées

- L'inhibition relationnelle

Différents degrés d'inhibition se retrouvent dans le comportement[22] : de l'enfant sage toujours calme et facilement soumis mais qui peut entrer en contact avec les autres enfants, jouer et travailler avec plaisir ; à l'enfant qui s'isole malgré son désir d'entrer en interaction avec les autres. Auprès de leur famille, l'attitude de ces enfants inhibés peut être, à l'inverse, autoritaire ou directive.

« Ces enfants « trop sages » ne sont pas toujours perçus comme des enfants en souffrance, bien que ce malaise handicape leurs capacités de développement et de socialisation et qu'ils le ressentent émotionnellement de manière très forte. »[23] Souvent, l'inhibition de l'enfant est perçue de manière positive par l'environnement car ce comportement, dit « timide », ne dérange pas au quotidien, comme pourrait l'être celui d'un enfant agité ou agressif.

- L'inhibition physique

Le corps témoigne d'un manque d'aisance gestuelle. L'enfant est peu mobile, peu actif et peu expressif. « L'enfant, toujours émotif, est maladroit et semble éprouver une grande difficulté à habiter son corps et à l'utiliser. »[24] L'enfant reste en retrait lors de sollicitations nécessitant une implication corporelle.

---

[22] D. Cohen, D. Marcelli, 2012, p. 378.

[23] A. Birraux, 2011, p. 148.

[24] *Ibib*.

L'inhibition des conduites mentalisées

« L'inhibition porte ici soit sur l'organisation fantasmatique elle-même, soit sur le fonctionnement intellectuel.[25] »

Dans la première situation, l'inhibition s'accompagne généralement de petits traits obsessionnels. L'enfant est peu créatif, joue peu ou à des activités répétitives et conformistes. L'enfant peut apparaitre comme perfectionniste, notamment pour le dessin où il rature et gomme beaucoup. Paradoxalement, l'attitude conformiste peut faciliter l'intégration sociale mais parfois aux dépends de l'enfant aisément exploité par les autres.

C'est souvent la deuxième situation qui est à l'origine des consultations car elle vient gêner les apprentissages scolaires. L'inhibition intellectuelle n'est pas toujours synonyme d'échec scolaire mais l'enfant est entravé dans sa capacité à penser. Il intervient peu dans les activités scolaires, craint l'interrogation orale par peur de se tromper. L'enfant peut avoir le sentiment de « ne plus savoir rien du tout », de « n'avoir aucune idée », de « ne pas comprendre la question, d'éprouver « comme un blanc, un vide, un trou »[26]. Lors des épreuves écrites nécessitant une réflexion propre, il peut être là aussi en difficulté.

b. Etiologie

On retrouve des causes génétiques ou neurologiques. L'inhibition peut faire partie d'un tableau clinique de déficience mentale ou évoquer des pathologies plus lourdes de type psychotique.

Des facteurs psychosociaux peuvent également être à l'origine de l'inhibition : carence affective, abandon, séparation, milieu surprotecteur ou sévère.

L'inhibition s'exprime aussi lors de situations vécues comme angoissantes et est souvent associée à des manifestations phobiques ou obsessionnelles. De ce fait dans le DSM III R, le terme d'inhibition est baptisé « évitement ». Dans le DSM IV, il apparait avec les sous-types « inhibé » et « désinhibé » du trouble attachement défectueux de l'enfant et lié au trouble anxieux (DSM-IV)[27].

---

[25] D. Cohen et D. Marcelli, 2012, p. 379.

[26] A. Birraux, 2011, p. 149.

[27] D. Cohen et D. Marcelli, 2012.

c. Comorbidités

L'inhibition s'associe parfois à des troubles tonico-émotionnels comme les tics ou les bégaiements. Plus haut, nous avons vu qu'elle pouvait être également en lien avec un syndrome dépressif.

d. Concept psychanalytique

S. Freud confirme que l'inhibition n'est pas toujours pathologique car elle est l'expression d'une limitation fonctionnelle du Moi, pouvant avoir des origines diverses. Il distingue inhibition « pure » et « inhibition-symptomatique[28] ». Dans le cas de l'inhibition « pure », le but de la limitation est d'éviter le conflit avec le Ça, plus précisément d'éviter la confrontation aux pulsions libidinales et agressives. En revanche, l'inhibition-symptôme représente un compromis qui permet une satisfaction pulsionnelle partielle. Cette inhibition sert de couvert à des conduites symptomatiques phobiques, obsessionnelles ou agressives.

D'une manière générale, le refoulement massif des pulsions libidinales et agressives semblent être la seule manière de lutter contre l'angoisse et la culpabilité qu'elles engendrent. La fragilité du Moi, les contraintes éducatives et parentales trop rigoureuses majorent alors cette situation.

e. Sémiologie psychomotrice

Deux grands auteurs proposent une lecture psychomotrice de l'inhibition[29].

J. de Ajuriaguerra distingue les grands inhibés avec peu ou pas de troubles moteurs et les inhibés débiles moteurs. Dans le premier cas, on observe une paratonie transitoire avec des réactions de prestance au repos qui disparaissent à l'action. Dans le deuxième cas, on observe des raideurs, des blocages, des réactions de prestance et une paratonie permanente.

J. Bergès, de la même manière que pour l'instabilité motrice, décrit deux profils toniques différents :

- *L'inhibition par hypercontrôle*. Cet état se caractérise par des paratonies de fond et d'action. Ces troubles sont majorés par le contexte relationnel et

---

[28] T. Garcia-fons, 2008.

[29] C. Ballouard, 2011, p. 77.

peuvent masquer un sentiment de dépersonnalisation voire des angoisses de morcellement.

- *L'inhibition par suspension de l'initiative motrice*. L'inhibition s'exprime non pas dans l'exécution du mouvement mais dans son déclenchement. On n'observe pas d'état tensionnel mais une hypotonie de fond : une fois enclenché, le mouvement s'effectue correctement.

De manière générale, on observe des troubles toniques se manifestant au travers de raideur dans la posture ou dans le mouvement. Ils sont à l'origine de maladresse. On retrouve des symptômes moteurs comme lenteur, retenue et freinage.

Les réactions de prestance et les paratonies révèlent des troubles tonico-émotionnels, signes d'une hyperémotivité. L'enfant inhibé est maladroit, prend peu d'initiatives et est pris entre son désir d'agir et sa retenue. La restriction de mouvement et l'attitude empruntée sont présentées comme une fuite de la relation.

A ces difficultés s'associent des troubles de la représentation du corps, des difficultés d'investissement spatial et des difficultés de communication verbale et non verbale. L'enfant investit peu son corps et ses jeux et dessins sont pauvres et répétitifs.

Ces difficultés conduisent l'enfant à des défauts d'intégration et à un appauvrissement de la vie relationnelle. L'inhibition psychomotrice ne permet alors pas à l'enfant d'utiliser ses potentialités, au risque de se retrouver en décalage au niveau scolaire et relationnel.

Pour l'enfant présentant un trouble psychomoteur, la prise en charge psychomotrice en groupe à médiation théâtrale me parait alors tout à fait pertinente car elle mobilise le potentiel expressif et relationnel ainsi que les capacités cognitives de celui-ci.

C-LE JEU THEATRAL

Avant de présenter plus en détails les bases théoriques de l'utilisation thérapeutique du jeu théâtral, il me semble important de revenir sur l'importance du jeu chez l'enfant. Je présenterai ensuite le jeu dramatique ainsi que le psychodrame, deux champs pratiques et théoriques qui ont inspiré le travail dans le groupe d'expression théâtrale.

1. Le Jeu de l'enfant

a. Le jeu chez S. Freud : la catharsis

S. Freud décrit le jeu dès une phase précoce du développement psychoaffectif de l'enfant et le met en lien avec les capacités de symbolisation. Il présente le jeu de la bobine ou du for-da, jeu par lequel l'enfant transpose sur un mode symbolique l'absence de la mère. En alternant disparition et apparition de la bobine, l'enfant se sent alors acteur de cette séparation. Ainsi, la relation avec la mère évolue de la dépendance totale à la possibilité de gérer l'angoisse liée à l'absence de la figure maternelle par la symbolisation. Cette symbolisation se retrouve dans le jeu à travers le « faire semblant ».

Dans le jeu, sa réflexion sur la manière dont les faits sont modifiés afin de s'accorder au désir de l'enfant, ne rend pas compte de la fréquence des répétitions d'expériences désagréables. Il suppose alors que cette répétition permet d'évacuer les tensions internes générées par les faits perturbants.

En développant une méthode d'association libre à travers les jeux spontanés, S. Freud se sert de l'effet cathartique du jeu, c'est-à-dire « agir en libérant des émotions refoulées». Selon lui, le jeu est « la projection et la reconstitution de conflits et d'évènements désagréables en vue de les maitriser » [30].Il révèle « quelque chose de la vie intérieure et de la motivation de l'individu »[31]. Ainsi, bien que différent de la réalité, le jeu se nourrit d'éléments du réel associés à des éléments imaginaires. Ceci permet à l'enfant de se créer un monde propre où il peut rejouer et modifier des évènements selon ses désirs.

---

[30] S. Miller, 2002, p. 34.

[31] S. Miller, 2002, p. 34.

A travers le jeu, l'enfant renforce son moi, rejoue et tente de résoudre certains conflits inconscients.

b. Le développement du jeu selon J. Piaget

A partir des deux processus capitaux complémentaires et indissociables que sont l'assimilation et l'accommodation, J. Piaget présente le jeu de l'enfant suivant les stades de développement.

Durant le stade de l'intelligence sensori-motrice, il décrit « l'assimilation reproductive »[32], précurseur du jeu : le bébé répète des actions et cette répétition lui permet d'harmoniser et consolider les acquis. Peu à peu, l'enfant dirige son activité vers le monde extérieur, combine différents schèmes et introduit des variantes. Vers la fin de ce stade, l'enfant est capable de coordonner ses actions aux objets. L'action en l'absence de l'objet, donc la symbolisation, amorce les capacités de faire-semblant.

Le jeu symbolique caractérise le stade pré-opératoire et agit pour assimiler et consolider les expériences émotionnelles de l'enfant. Pour J. Piaget, il s'agit encore d'assimilation pure car cela « répète et organise la pensée en termes d'images et de symboles déjà maitrisés »[33]. Cependant, cette capacité d'évocation mentale de l'objet reste encore égocentrée. Le symbolisme conduit aux capacités d'imitations des pairs et des adultes et engage ainsi la socialisation. De plus, l'enfant se représente la réalité de manière plus précise grâce aux diverses expériences vécues. Le jeu symbolique devient alors plus élaboré et plus organisé. Le jeu devient constructif et permet à l'enfant d'être mieux adapté socialement.

Durant le stade des opérations concrètes, les jeux de règles font leur apparition. Les capacités intellectuelles, que l'enfant développe durant ce stade, donnent accès aux jeux éducatifs ou de construction qui nécessitent des notions de sériations, classification ou réversibilité. Ces mêmes capacités permettent à l'enfant de se décentrer et d'élargir ses intérêts au monde extérieur : la confrontation avec les pairs et l'observation des adultes favorisent l'émergence de règles qui se complexifient au fur et à mesure.

---

[32] S. Miller, 2002, p. 64.

[33] S. Miller, 2002, p. 65.

Au stade des opérations formelles, le raisonnement hypothético-déductif permet à l'enfant de se soustraire des expériences concrètes.

c. Le jeu selon H. Wallon[34]

H. Wallon présente le jeu comme une activité spontanée et indépendante des règles éducatives. Il décrit des jeux fonctionnels, de fiction, d'acquisition et de fabrication.

Au cours du développement, l'évolution des types d'activité ludique reflète l'acquisition progressive de diverses fonctions sensori-motrices, d'articulation, de mémoire verbale, dénombrement ou encore de sociabilité. Le jeu est une expérimentation de ces capacités et de leurs limites et « peut momentanément libérer l'exercice des fonctions que leur usage habituel rend serves. »[35]

A travers les conduites ludiques de répétition et d'imitation, on retrouve l'importance de l'environnement. En effet, l'enfant imite l'entourage pour lequel il a le plus d'intérêts, avec une certaine ambivalence qui mène parfois à l'agressivité ou la culpabilité. L'imitation, en assimilant autrui à soi et soi à autrui, est un moyen de compréhension.

d. Le jeu selon D. W. Winnicott

Pour D. W. Winnicott, « c'est sur la base du Jeu que s'édifie toute l'existence expérientielle de l'homme. »[36] Il présente différents types de jeux que la langue anglaise différencie : le *play*, jeu spontané, imaginaire et symbolique ; le *game*, jeu soumis à des règles ; le *gamble*, jeu de hasard, prise de risque ; et le *playing,* processus de création et de transformation ludique, l'activité même du jeu.

Au cours du *playing* et du *play*, l'enfant met en jeu son imagination et projette une partie de sa réalité interne dans une rencontre avec l'environnement extérieur : appelée l'espace potentiel par D. W.Winnicott.

Pour lui, la préoccupation dont l'enfant fait preuve pendant le jeu est importante car de celle-ci dépendra les capacités de concentration de l'enfant et l'adulte. Le jeu de l'enfant se déroule dans une aire dans laquelle se croise réalité

---

[34] H. Wallon, 2006.

[35] H. Wallon, 2006, p. 79.

[36] D. W. Winnicott, 1975, p. 126.

psychique interne et réalité externe. Il se déploie dans une aire intermédiaire issue des phénomènes transitionnels. De ces phénomènes se développe le jeu, le jeu partagé et enfin les expériences culturelles. De plus, il insiste sur l'importance du jeu car « c'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi »[37].

D. W. Winnicott présente divers intérêts au jeu de l'enfant[38] : par plaisir, pour exprimer l'agressivité, pour maitriser l'angoisse, pour accroitre l'expérience, pour établir des contacts sociaux, pour intégrer sa personnalité, pour communiquer avec les autres.

Le regard que porte F. Joly[39] sur le jeu résume bien la pensée de ces différents auteurs. Selon lui, l'enfant qui joue met en jeu sa curiosité, ses apprentissages cognitifs, sa sensori-motricité, son corps-en-relation, sa vie pulsionnelle, affective et représentationnelle selon ses propres défenses psychiques et son environnement social et matériel. Ce carrefour ludique des différentes dimensions psychomotrices du sujet doit être pleinement agi afin de soutenir le processus de symbolisation.

e. Le faire semblant

Le jeu de faire semblant ou symbolique correspond au jeu de fiction, de rôle et se retrouve dans le jeu dramatique et a fortiori dans l'expression théâtrale. Nous avons vu qu'il se développe durant le stade pré-opératoire, puis diminue du fait de la nécessaire adaptation à la réalité. C'est ce qui permet à l'enfant de s'engager vers des jeux plus sociaux.

Les jeux de faire semblant ont plusieurs formes : incarnation d'un personnage, utilisation d'objets fictifs, transposition des caractéristiques d'un objet absent vers un autre objet. Le fondement essentiel du faire semblant est, selon Jean Château, la

---

[37] D. W. Winnicott, 1975, p. 110.

[38] D. W. Winnicott, 1957, p. 131.

[39] F. Joly, 2003.

distance par rapport à la réalité qui lui sert de point de départ et de cadre de référence.

Bien qu'étant une activité spontanée procurant du plaisir et pouvant se suffire à elle-même, selon Susanna Millar [40], le jeu et notamment celui de faire-semblant possède plusieurs fonctions :

- forme d'exploration des sentiments et des émotions dans des situations nouvelles.
- diminution de l'angoisse générée par des situations traumatisantes en aidant l'enfant « à digérer l'expérience ».
- stimulation dans un milieu ennuyeux qui peut mener l'enfant aux rires, à l'agressivité ou aux larmes.
- reproduction et modification d'évènements afin de les maîtriser selon le désir de l'enfant. Cela se rapproche des fonctions du jeu selon S. Freud.
- répétition d'évènements troublants afin de leur donner un sens.

Le jeu de faire-semblant n'a donc pas une fonction unique : grâce à celui-ci l'enfant peut « explorer ses sentiments, diminuer ses peurs, augmenter son excitation, essayer de comprendre un fait embarrassant […], chercher la confirmation d'un souvenir flou, ou modifier un évènement pour se le rendre plaisant en fantasme. ». Il permet également la libération de conflits psychiques.

[40] S. Millar, 2002, p. 191.

2. La médiation théâtrale

a. Le jeu dramatique

Son histoire

Dès le début du XIXème siècle, en Europe et aux Etats-Unis, les activités théâtrales se développent dans l'éducation à travers l'improvisation en groupe. Ces activités se réfèrent aux travaux issus de l'Education nouvelle[41] et des formations de comédiens. Ces deux courants postulent que le développement de la créativité du comédien est à la base du renouveau de l'art théâtral. Les liens entre théâtre et éducation s'enrichissent mutuellement dans leur recherche. Peu à peu, l'approche, la conception du théâtre et de la personne s'en trouvent modifiées. L'improvisation dramatique, source de créativité et d'expression, décloisonne les mondes du théâtre, de l'éducation et de l'enseignement. En 1920, Charles Dullin promeut le développement de la créativité en chacun et développe la notion d'improvisation. Parallèlement, Jacob Lewy Moreno développe en Autriche une expérience commune de théâtre et de thérapie.

C'est dans ce contexte que le jeu dramatique naît en France puis se développe avec Léon Chancerel en 1936. Pour cet auteur, acteur et metteur en scène, la référence est le jeu comme mise en acte. Le jeu dramatique désigne ce qui est joué par rapport à ce qui est parlé. Cette pratique d'abord utilisée auprès d'acteurs puis d'élèves dans les écoles nouvelles, comme méthode éducative, s'implante progressivement dans les lieux thérapeutiques.

Sa définition

Selon D. Oberlé « faire du jeu dramatique, quel que soit le lieu, c'est entrer dans un jeu d'improvisation à plusieurs, à partir d'une intention de départ, autour d'une situation faisant interagir les différents protagonistes. […] Il s'agit de créer un espace de jeu, différent de la réalité, où un évènement sera dramatisé[42] »

---

[41] L'éducation nouvelle est un courant pédagogique défendant le principe d'une participation active des individus à leur propre formation. http://pourtaclasse.e-monsite.com/pages/education-nouvelle-premieres-ecoles-actives-1889.html, consulté le 31 janvier 2014.

[42] D. Oberlé, 1989, p. 73

Le jeu dramatique se caractérise par une production collective où chacun est auteur des improvisations. La primauté est donnée au jeu et à l'action par rapport au texte. Le jeu implique le regard de l'autre et prend sa source dans le vécu corporel des participants.

Son cadre

La séance débute par un temps d'échauffement : exercices pour favoriser la cohésion du groupe, exercices corporels, expressifs ou vocaux. Puis la dramatisation se met en place : les acteurs transforment un acte en drame. Selon Jean Caune, il s'agit de développer de manière active l'expérience humaine, dans un cadre spatio-temporel précis. Après les saynètes, un temps de mise en mot permet de revenir sur le jeu et le vécu de chacun.

Un meneur encadre celui-ci afin de permettre au jeu d'exister et de se développer. Il laisse aux participants la liberté de création dramatique (thèmes, personnages, etc.) et respecte les possibles résistances. Le jeu dramatique est une activité libre durant laquelle le sujet accepte les règles, non comme contrainte mais comme règle implicite : pas de jugement de valeur, droit à l'essai/erreur. Le meneur de jeu est peu directif

Le jeu dramatique se déploie dans l'espace potentiel décrit par D. Winnicott. Les processus d'élaboration et de prise sur la réalité s'enracinent dans cette aire intermédiaire : espace où la symbolisation des problématiques humaines est au travail[43].

Ses particularités

Le cadre spatio-temporel

L'action dramatique se déploie dans un espace-temps spécifique, différent du réel. L'espace de la dramatisation (différent de la réalité) et la temporalité marquée par le début, le milieu, la fin de l'action contiennent et soutiennent le déroulement du jeu et la communication entre les acteurs.

La nécessité de jouer

---

[43] C. Page, 2001.

Quand le sujet accepte de participer au groupe, il s'engage à tenter d'utiliser son potentiel expressif au sein du groupe et à échanger avec les autres acteurs.

La règle de fiction ou le « faire semblant »

Le jeu de « faire semblant » permet de mettre une distance entre réalité extérieure et fiction du jeu. Les acteurs peuvent explorer différentes facettes d'eux-mêmes, inexploitées au quotidien. Ceci favorise le développement des capacités créatives et permet aux joueurs de se projeter, de s'exprimer masqués derrière les traits du personnage.

L'improvisation

L'improvisation, qui signifie littéralement « composer sur le champ et sans préparation », permet de retrouver la spontanéité que J. L. Moreno associe à « la source créatrice de l'individu »[44]. A travers la mise en acte dans l'ici et maintenant qu'elle suscite, elle permet de faire émerger des contenus psychiques latents. Le processus d'improvisation se conçoit comme une reconstruction progressive de soi : c'est là que le jeu dramatique trouve son origine. L'improvisation permet à chacun de découvrir et de développer ses capacités d'expression : elle développe la personnalité.

Le corps sensible, sensoriel et expressif

La base du jeu dramatique est l'expressivité. Celle-ci découle de la conscience du corps propre à travers trois sensibilités : la respiration, la sensibilité proprioceptive (postures, déplacements, mouvements) et la sensibilité extéroceptive (sourires, mimiques, gestes, attitudes). Cette expressivité fluctue en fonction de l'affectivité du sujet qui prend corps à travers les émotions. Ce corps, à la fois regardant et regardé, est pris dans une relation tonico-affective avec les autres acteurs. Le jeu dramatique prend ici toute sa valeur : son pouvoir d'expression et de communication conduit à une représentation en acte des émotions.

Le jeu dramatique permet le « travail de transposition »[45] : les sujets projettent dans un contexte fictif le contenu de leur psychisme (émotions, affects,

---

[44] D. Oberlé, 1989, p. 71.

[45] D. Oberlé, 1989, p. 73.

représentations). Son objectif est le « développement de la capacité à jouer »[46]. La performance artistique et le résultat sont ignorés : on s'intéresse au processus du jeu, à ce qui se déroule. De plus, le contenu de l'histoire est mis de côté afin de porter son attention sur ce qui facilite ou freine le jeu.

b. Le psychodrame ou improvisation dramatique

Son histoire, sa définition

J. L. Moreno[47] développe une pratique thérapeutique autour du théâtre. Il crée dans un premier temps le théâtre « impromptu », ébauche du psychodrame, en réaction au théâtre littéraire pauvre en spontanéité et en créativité. Sa manière de concevoir le théâtre redonne sens au concept de catharsis et favorise la créativité de l'acteur. Il crée par la suite la technique du psychodrame comme intervention thérapeutique et renoue avec les traditions présentant le théâtre comme accès à la connaissance et à la maitrise de soi.

Dans l'application thérapeutique, la notion d'acteur et les artifices du théâtre sont mis de côté. L'entretien entre thérapeute et patient permet de dégager la matière qui servira à construire le psychodrame. Celui-ci regroupe un ensemble de techniques qui utilise le jeu théâtral improvisé pour révéler et travailler les dispositions mentales dissimulées et refoulées par le sujet.

A la différence du jeu dramatique, l'attention se porte davantage sur le contenu de la parole que sur la manière dont il est exprimé.

Son cadre

Les séances se déroulent dans un cadre neutre avec peu de matériels (décors, costumes). Cette médiation nécessite la présence de plusieurs thérapeutes. Le nombre de participants est variable. Un patient peut se retrouver seul avec eux ; si plusieurs patients font partie du groupe, il est nécessaire qu'il y ait une homogénéité des âges, des problématiques et une certaine affinité entre eux.

---

[46] *Ibid.*

[47] P. André, T. Benavidès, F. Giromini, 2004, p. 201.

Un thérapeute principal infléchit le jeu des thérapeutes auxiliaires ou le déroulement de la séance et relève les spécificités du jeu des participants. Des thérapeutes auxiliaires, ou « egos auxiliaires » selon J. L. Moreno, font découvrir au sujet ses propres rôles en les induisant par un jeu complémentaire.

On retrouve, comme pour le jeu dramatique, la notion d'improvisation et le principe de non jugement qui permettent la libre expression des affects.

c. Création du groupe d'expression théâtrale

Au CMP, le groupe s'est inspiré du jeu dramatique dont il a repris le cadre et les bases. En revanche, une réflexion sur le contenu du jeu, issue du psychodrame, est mise en place. De plus, le meneur de jeu est parfois amené à être plus directif dans la création dramatique.

La psychomotricité et la psychologie se complètent. D'un côté, il s'agit de permettre aux enfants d'utiliser leur potentiel créatif et expressif avec une certaine liberté, comme dans le jeu dramatique. De l'autre, il s'agit d'essayer de comprendre le jeu des enfants en fonction du contexte socio-familial. Jeu dramatique et psychodrame se mêlent pour tenter de libérer les enfants de conflits psychiques et leur permettre d'utiliser leurs ressources créatives.

II. Deuxième partie :

Clinique d'une rencontre en psychomotricité : le groupe d'expression théâtrale

A-L'INSTITUTION

1. Le Centre Médico Psychologique

Le CMP dans lequel s'est effectué mon stage est rattaché à un inter-secteur infanto-juvénile de psychiatrie créé en 1976. Il se situe dans des locaux partagés avec un Hôpital de Jour (HDJ) et une unité de Soins à temps partiels spécialisés dans la prise en charge d'enfants autistes. Certaines salles sont communes aux différentes structures, notamment une salle de réunion et une salle polyvalente, dans lesquelles se déroule la prise en charge.

Le personnel du CMP est composé d'un médecin psychiatre, de neuf psychologues, de quatre psychiatres, de deux orthophonistes, de deux assistantes sociales, et de deux psychomotriciennes.

Le CMP accueille des enfants de 0 à 18 ans présentant des troubles du comportement, de la relation, de la personnalité, du langage, des difficultés scolaires ou un retard de développement psychomoteur. L'orientation vers le CMP peut être demandée par l'école (l'instituteur, le psychologue ou le médecin scolaire), le médecin généraliste, les parents, les tuteurs ou les services sociaux. L'enfant est alors pris en charge par un consultant (psychologue ou psychiatre) qui le suivra régulièrement afin d'assurer son soutien et l'accompagnement de sa famille. En fonction des difficultés de l'enfant, le consultant peut l'orienter vers des prises en charge avec d'autres professionnels (psychomotriciens, orthophoniste, psychothérapeute), en individuel ou en groupe. Il peut également proposer un temps d'observation en HDJ, avant une intégration au sein de cette structure. Les enfants de l'HDJ sont également suivis par les professionnels du CMP.

2. La place de la psychomotricité

Trois salles sont utilisées lors des séances de psychomotricité. Une petite salle qui sert lors des rencontres avec l'enfant et sa famille et dans laquelle peut se dérouler des séances de relaxation ou d'activité au bureau. Une salle moyenne, avec du matériel divers qui sert lors de séances individuelles ou en petit groupe. La salle polyvalente dans laquelle se déroule les séances de groupe, notamment les groupes d'expression théâtrale. Elle contient beaucoup de matériel, rangé-caché dans des meubles, ainsi que quelques chaises et des tapis. La salle de réunion y est adjacente.

L’orientation en psychomotricité se fait par le consultant. La psychomotricienne rencontre l’enfant et sa famille, avant de s’entretenir seul avec lui. Elle informe ensuite le consultant de la nécessité d’une prise en charge, en accord avec l’enfant et sa famille. Les prises en charge psychomotrice se déroulent en individuel ou en groupe. Leurs durées varient selon l’âge, les modalités de prise en charge et le projet thérapeutique.

B-LA PRISE EN CHARGE EN GROUPE D'EXPRESSION THEATRALE

1. L'indication

La psychomotricienne n'effectue pas de bilan psychomoteur standard. Cependant, sa rencontre avec l'enfant renseigne sur son niveau cognitif et affectif et détermine l'intérêt ou pas du groupe pour celui-ci. Les trois premières séances permettent un temps d'essai et d'observation pour l'enfant, le groupe et les soignants. Au terme, la psychomotricienne rencontre à nouveau l'enfant et sa famille afin de proposer la poursuite de la prise en charge en groupe ou bien conseiller l'orientation vers une prise en charge en individuel ou auprès d'autres soignants. La décision se prend en accord avec l'enfant, la famille et le consultant.

Pour constituer le groupe, les enfants doivent être d'âge proche et de niveau cognitif semblable. On cherche aussi à favoriser la mixité des sexes. Une certaine variété des problématiques infantiles est recherchée : difficultés scolaires, troubles du comportement (instabilité, inhibition), difficultés familiales, etc. Cette diversité des profils psychopathologiques permet la rencontre d'enfants n'ayant pas les mêmes difficultés. Selon l'activité, les possibilités de certains permettent le dépassement des difficultés des autres.

2. Les objectifs du groupe à médiation théâtrale

Le groupe d'expression théâtrale a pour objectifs de mettre en jeu et favoriser :

- l'investissement corporel
- la créativité et l'imaginaire
- les capacités de symbolisation
- l'expressivité du corps
- le contrôle des affects
- le langage
- les capacités d'adaptation sociale

Il permet également d'extérioriser dans le jeu les difficultés et souffrances de l'enfant liées à son histoire personnelle et familiale.

3. Le groupe

Le groupe se compose au maximum de six enfants. Il est encadré par quatre soignants : une psychomotricienne et son stagiaire, un psychologue et son stagiaire ou une psychomotricienne et son stagiaire et deux psychologues. Il s'agit d'un groupe ouvert, dans lequel un enfant peut rester de 1 à 3 ans. Il existe trois groupes d'expression théâtrale : un avec des collégiens, un avec des enfants de niveau CM (cours moyen) et enfin un groupe avec des enfants de niveau CE (cours élémentaire). Dans ce dernier, les enfants ont tous commencé cette année et c'est celui-ci qui est présenté dans ce mémoire.

Pendant l'année, la psychomotricienne rencontre à nouveau l'enfant et sa famille afin de faire le point sur son évolution. Cette rencontre permet de resituer l'enfant dans son environnement social, scolaire et familial.

4. L'organisation et le déroulement

Cette année, le groupe est mené par la psychomotricienne, accompagnée par un psychologue, une stagiaire psychologue et moi-même. Il a commencé en octobre.

La psychomotricienne est garante du cadre : elle propose les jeux théâtraux, signale le début ou la fin des scènes jouées. Elle participe à l'échauffement mais pas aux improvisations. Le psychologue, sa stagiaire et moi-même incarnons différents personnages auprès des enfants. Au cours de l'année, j'ai commencé à proposer les activités de début de séance.

- Echauffement

Il commence toujours de la même manière pour signaler le début de la séance : debout en cercle au milieu de la pièce, on se salue et présente les absents et présents. Chacun est invité à dire comment il se sent. Par la suite, tout l'espace peut être utilisé.

On débute par une préparation corporelle et verbale. Il s'agit d'activités ou de jeux variés : activités gestuelles, de rythme, de mime, de démarche, d'investissement spatial, jeux d'attention ou de spontanéité, détournement

d'objets. Ces activités permettent d'expérimenter différents états tonico-émotionnels. Elles sont importantes pour renforcer la cohésion du groupe. Les activités changent à chaque séance mais suivent une trame progressive avec des thèmes communs tout au long de l'année.

- Dramatisation

L'espace est aménagé afin de délimiter l'espace de la scène et l'espace spectateur, avec des chaises contre un des murs de la salle. Les enfants imaginent un lieu, des personnages, une situation banale ou particulière, à partir de laquelle ils improviseront. Les situations peuvent être inspirées par les activités précédentes ou complètement inventées par les enfants. Parfois, nous proposons des situations ou des personnages plus précis afin d'aider les jeunes à entrer dans le jeu. Les enfants distribuent ensuite les différents rôles. L'espace est ensuite aménagé avec du matériel pour soutenir le jeu, si nécessaire : délimitation de l'espace avec des objets, chaises, tapis, etc. La place des enfants oscille entre acteur et spectateur.

- Mise en mots

En fin de séance (ou ponctuellement au cours de celle-ci), le groupe se réunit en cercle, sur des chaises, afin de revenir sur le jeu : la manière dont il est joué et ce qui est joué. L'enfant peut parler de ce qu'il a aimé ou pas, de ce qui a été difficile, en tant qu'acteur et en tant que spectateur. A certains moments plus informels, les enfants sont également invités à commenter l'activité ou leur ressentis.

- Débriefing

La psychomotricienne, le psychologue et sa stagiaire et moi-même nous réunissons après le groupe afin de prendre des notes et partager nos réflexions. Nous discutons de la dynamique de groupe, des difficultés et des progrès des enfants.

C-LES ENFANTS DU GROUPE

Du fait du groupe ouvert et de l'arrêt de la prise en charge par certaines familles, le groupe CE a évolué en cours d'année.

Deux garçons, Noé et Liam, n'ont pas poursuivi la prise en charge au terme des séances d'essai en octobre. Cette décision a été voulue par les enfants. Sarah et Laura ont respectivement quitté le groupe en décembre et en janvier. Cette décision a été prise par leur famille. Matéo a intégré le groupe dès le début, Mélissa en novembre, Dylan en janvier et Mathieu en mars.

Dans ce mémoire, je détaillerai la prise en charge de Matéo, Dylan et Mélissa. Afin d'éclairer la dynamique du groupe, je présenterai très succinctement les autres enfants âgés de 7 à 8 ans : Noé est un garçon dyspraxique et agité ; Liam est un garçon agité ; Sarah est une fille inhibée, suivie au CMP depuis le décès de sa mère ; Laura est une fille suivie au CMP suite à une suspicion d'abus sexuel ; Mathieu est un garçon présentant un bégaiement.

Dans un souci d'organisation des parents et ne disposant que de 30 à 45 minutes, nous avons convenu avec la psychomotricienne de proposer des parties de tests les plus représentatifs. Il ne s'agit donc pas d'un bilan complet, mais il aura permis de créer plus de liens avec les enfants et de les rencontrer individuellement.

Afin d'avoir un profil psychomoteur plus précis, je m'appuierai sur le bilan et les observations lors des trois séances d'essai dans le groupe.

1. Matéo

a. Présentation

Matéo est âgé de 8 ans et est en CE1, classe qu'il a redoublée cette année. L'orientation vers le CMP s'est faite à la demande de l'institutrice et de la mère qui le décrivent comme difficile à gérer, ne respectant pas les règles et en difficultés scolaires. En classe, il agresse ses camarades et la maîtresse. Renvoyé de différentes activités, Matéo s'isole de plus en plus selon sa mère. Fils unique, il vit avec ses parents qui sont en conflit autour de son éducation. Son père est atteint d'une sclérose en plaque. Ses parents veulent se séparer mais aucun ne souhaite sa garde à temps plein.

Matéo présente une légère malformation au niveau des épaules et une légère cyphose pour lesquelles il portait un corset. Il ne porte plus celui-ci depuis le début de l'année scolaire. Il est pris en charge en kinésithérapie. De manière globale, Matéo est un enfant malicieux et peu avenant.

Matéo était suivi en individuel par la psychomotricienne l'année précédente. Cette relation duelle ne semblait pas lui convenir, la psychomotricienne a donc conseillé son intégration au groupe cette année.

b. Bilan psychomoteur

L'application des tests n'a pas pu se faire de manière réglementaire du fait de ses difficultés de concentration et son opposition.

Tonus

Sa raideur corporelle est remarquable au travers de sa motricité et du manque de fluidité des mouvements. Il ne se laisse pas toucher pour l'examen du tonus. On peut toutefois observer que les tensions sont constantes durant le groupe et rendent son contact désagréable.

Motricité globale et fine

La motricité et les coordinations sont entravées par son instabilité et sa raideur corporelle : il se cogne beaucoup, ses gestes sont brusques. L'équilibre unipodal peut être maintenu quand il y a un enjeu (chronomètre ou compétition), sinon il reste précaire. L'équilibre bipodal est maintenu avec un polygone de sustentation légèrement élargi et l'appui est souvent majoré du côté gauche. La raideur des doigts gêne la dextérité manuelle et la tenue du crayon est crispée.

Praxies

L'imitation de gestes s'effectue de manière impulsive, puis est corrigée en pièces à pièces. Il réalise les mouvements en miroir. Pour les gestes complexes, on observe parfois un échec dans la rotation de la main.

Représentation du corps

Les somatognosies sont réussies. Les quelques difficultés lors des imitations gestuelles tendent à montrer que le schéma corporel est en cours d'intégration. Le dessin du bonhomme, réalisé avec peu d'entrain, est structuré mais immature. Celui-ci, censé le représenter, semble témoigner de difficultés d'investissement affectif du corps.

Orientation temporo-spatiale

Les capacités de symbolisation spatiales sont correctes. La mémorisation et la reproduction d'une structure rythmique sont difficiles voire échouées. Les notions temporo-spatiales sont intégrées.

Expressivité corporelle et verbale

Matéo aborde constamment une attitude de provocation (regard, posture) à l'égard des adultes et des enfants. Durant les jeux, son attitude reste sensiblement la même et son expression corporelle varie peu d'un personnage à l'autre. Il imite parfois les postures et attitudes des autres (notamment du psychologue) lors des échauffements. Dans le jeu et hors du jeu, son discours est agressif et empreint de représentations violentes. Son instabilité ne semble pas lui permettre d'habiter son corps suffisamment pour que celui-ci soit un support expressif stable.

Capacité à jouer / Faire semblant

Il peut jouer et faire semblant lors de propositions simples pendant l'échauffement. Cependant, durant les saynètes, il se laisse rapidement envahir par le jeu et l'histoire, avec des débordements agressifs ou violents. Les émotions et affects, entrainés par le jeu, sont transposés hors du jeu contre les autres.

Imaginaire et spontanéité

Dans les jeux requérants spontanéité, il prend le temps de réfléchir ou reprend souvent des expressions/termes déjà dits. Son imaginaire est pour beaucoup emprunté aux dessins-animés ou aux jeux-vidéos (robot, ninja, nom des personnages).

Comportement et socialisation

Lors de la passation de tests psychomoteurs, Matéo est agité et inattentif. Dès le début, il cherche à provoquer : il s'assoit à la place de la psychomotricienne, prend ma gomme et refuse de la rendre. Au sein du groupe, il respecte peu le cadre. Il est agité et ne peut pas rester concentré sur une activité longtemps. Il s'allonge régulièrement au sol ou prend appui sur le mobilier ou l'adulte. Il cherche le conflit avec les autres garçons du groupe, insulte et finit par se battre avec eux. Il tape et donne des coups de pied. Il porte peu d'intérêts aux filles. Régulièrement dans l'opposition, il est agressif verbalement envers les adultes. Auprès du psychologue, il

recherche tantôt le support physique tantôt la confrontation (dans le jeu et hors-jeu).

Plaisir

Il semble davantage s'amuser du débordement ou de son opposition à l'adulte, que par les jeux durant l'échauffement ou par les scènes jouées. Cependant, il semble prendre plaisir à libérer sa motricité et sa curiosité en explorant le matériel et chaque recoin de la salle. Durant la dernière séance d'essai, il exprime son désir de rester dans le groupe alors que les autres garçons expriment leur désir de quitter le groupe. En dehors des activités, son visage est fermé avec des mimiques apathiques.

c. Projet thérapeutique

Il semble important de fournir un cadre suffisamment solide pour qu'il intègre des limites psychiques et corporelles. Le groupe à médiation théâtrale a pour objectifs de mobiliser ses capacités attentionnelles, de diriger ses actions vers des jeux constructifs et socialisants, et favoriser les capacités relationnelles. Il s'agira de favoriser ses capacités d'expressions corporelles et verbales afin de diminuer l'impulsivité. Le cadre pourra accueillir l'extériorisation de difficultés affectives et familiales.

2. Mélissa

a. Présentation

Mélissa, d'origine mauricienne, est âgée de 8 ans et en CE2. Elle a été dirigée vers le CMP en raison d'une grande timidité et de difficultés scolaires. Elle a un frère jumeau et un autre plus jeune de 2 ans. Elle vit avec ses parents : sa mère travaille la journée et son père, la nuit. La famille vit dans des conditions modestes et partage la même chambre. Mélissa a intégré l'école à partir du CP. Elle n'est pas décrite par ses parents comme timide à la maison, mais ceux-ci disent qu'elle reste dans l'ombre de son frère jumeau.

Mélissa a une allure frêle. De petite taille, elle ne parait pas ses huit ans et sa voix douce a du mal à se faire entendre. Elle est suivie régulièrement par une orthophoniste en libéral.

Elle a rejoint le groupe le 20 novembre. Elle est dans la même classe que Matéo (classe de deux niveaux CE1/CE2), qui est un des garçons qui la malmène.

b. Bilan psychomoteur

Tonus

Les mobilisations passives révèlent une raideur corporelle. Celle-ci semble en lien avec le contexte relationnel. Elle reste active et tendue pendant l'examen du tonus.

Motricité globale et fine

Les coordinations dynamiques sont malhabiles. Dans les épreuves de maitrise de balle, elle a des difficultés à adapter son geste pour envoyer et recevoir la balle. L'équilibre unipodal est précaire pour son âge. Des difficultés d'ordre tonico-émotionnel semblent gêner sa motricité, provoquant une aisance corporelle fluctuante. Lors du dessin du bonhomme, le crayon est tenu avec tension.

Praxies

Lors des imitations de gestes, Mélissa fait preuve de bonnes capacités praxiques.

Représentation du corps

L'immaturité des somatognosies est peut-être à mettre en lien avec la différence culturelle et le fait qu'elle ait intégré la scolarité à partir du primaire. L'imitation gestuelle en réel témoigne d'une bonne intégration du schéma corporel. Le dessin d'une personne, la représentant, est effectué de manière mécanique mais correspond à son âge de maturité, malgré l'absence de mains. La mécanicité de la réalisation semble rendre compte de difficultés d'investissement affectif au niveau corporel.

Orientation temporo-spatiale

Je n'ai pas pu évaluer l'orientation spatiale. Au niveau temporel, elle fait preuve d'une bonne intégration rythmique.

Expressivité corporelle et verbale

Mélissa est souriante, mais il est difficile de faire la différence entre un sourire de surface et l'expression d'un réel bien-être. Elle reste en retrait, investit peu l'espace. Lors des échauffements, elle libère un peu sa motricité avec le soutien

de l'adulte. Lors des scènes, elle est peu loquace et peu expressive et préfère rester dans l'observation. Durant les temps de discussion, elle participe peu et ne fait pas état de ses ressentis

Capacité à jouer / Faire semblant

Mélissa a du mal à jouer avec l'adulte car elle semble mettre peu de distance entre le personnage incarné et celui-ci, surtout par rapport à la taille. Elle reste beaucoup dans l'observation de la scène qui se déroule et ne prend pas vraiment part au jeu.

Spontanéité et imaginaire

Elle réfléchit beaucoup avant d'exprimer quelque chose et semble vigilante à ce qu'elle dit ou fait. Lors des créations d'histoire, elle propose exclusivement des situations scolaires.

Comportement et socialisation

Lors de l'entretien-bilan, Mélissa est très appliquée et consciencieuse : elle gomme souvent et prend le temps de colorier avec précision. Elle a le souci de bien faire et de dire ce que l'adulte veut entendre. Elle exprime peu ses ressentis, ne verbalise pas spontanément ce qu'elle aime ou n'aime pas. Mélissa reste souriante pendant toute la séance mais son regard est souvent fuyant. Au sein du groupe, elle est timorée et ne va pas spontanément vers les membres du groupe. Elle reste à distance de Matéo. Les échanges avec les filles du groupe restent rares. Elle reste à proximité de l'adulte, mais ne sollicite pas son aide.

Plaisir

Mélissa est toujours souriante mais elle ne semble pas pour autant toujours à l'aise lors des propositions ou par rapport aux autres jeunes. Elle dit qu'elle aime bien le groupe ou trouve intéressant ce qui se joue. Cependant, il nous est difficile de différencier ce qu'elle apprécie vraiment et ce qu'elle dit pour ne pas froisser. Elle apprécie la place de spectatrice.

c. Projet thérapeutique

Le groupe à médiation théâtrale a pour objectifs de lui permettre de développer ses capacités expressives, verbales et corporelles, et diminuer l'inhibition dans un cadre sécurisant et étayant. Il s'agira également de soutenir l'activité fantasmatique et favoriser les capacités relationnelles.

3. Dylan

a. Présentation

Dylan est âgé de 8 ans et est en CE2. Il a été orienté au CMP pour des difficultés scolaires, des problèmes d'écriture et d'agitation. Il a une sœur de 3 ans son aîné, ainsi qu'un demi-frère du côté paternel. Ses parents se sont séparés en raison de violences conjugales. Il vit actuellement avec sa mère et sa sœur. Le père de Dylan, alcoolique, ne participe pas de manière régulière à la vie de son fils. Dylan est proche de son grand-père maternel et de son arrière-grand-mère.

Au quotidien, Dylan est décrit comme agressif envers sa sœur et brutal. En classe, il perturbe ses camarades.

Il a rejoint le groupe en janvier.

Nous avons appris au mois de mars que le père de Dylan était en semi-liberté, raison pour laquelle il voit peu son fils et ne l'accompagne plus aux séances. Cependant, cette information est méconnue de Dylan et de sa mère.

b. Bilan psychomoteur

Tonus

Dylan présente des paratonies liées au contexte relationnel. Pendant l'examen du tonus, il m'observe beaucoup, me fixe du regard jusqu'à se mettre dans des positions inconfortables pour que je reste dans son champ de vision. Le contexte relationnel semble ainsi anxiogène pour lui.

Motricité globale et fine

Dylan ne présente pas de difficultés au niveau de sa motricité globale et des coordinations. Cependant, il présente des difficultés attentionnelles qui gênent sa concentration pendant la réalisation des épreuves. Il est crispé sur le crayon et n'a pas de maintien postural adapté à l'activité graphique. Lors des épreuves graphomotrices, on observe des tensions dans le membre supérieur droit.

Praxies

Les imitations de gestes simples sont effectuées correctement et en miroir. Certains gestes complexes sont réalisés en pièces à pièces : cette construction semble s'expliquer du fait de l'inattention.

Représentation du corps

Les somatognosies sont correctes. Les imitations gestuelles révèlent un schéma corporel intégré. Durant le test du dessin du bonhomme, Dylan n'est pas à l'aise. Je dois effectuer de mon côté un dessin pour qu'il accepte de dessiner. Son dessin se révèle immature (membres schématiques, dessin proche du bonhomme têtard). Son dessin semble révéler un faible investissement affectif au niveau corporel, d'autant que ce dessin le représente.

Orientation temporo-spatiale

Il fait preuve de bonnes capacités d'adaptation et de symbolisation spatiale, lorsque qu'il n'est pas distrait. Les reproductions rythmiques sont correctes mais lui demandent un effort pour rester concentré. La reproduction du symbolisme n'est pas comprise. Cet échec apparait en fin de bilan, révélant un désintérêt de Dylan et sa frustration de ne pas pouvoir jouer.

Expressivité corporelle et verbale

Il est peu expressif durant les jeux, préférant regarder la scène se dérouler devant lui. Il incarne des personnages en retrait, peu loquace à l'image de ce qu'il donne à voir dans le groupe. Il est évitant et parle peu durant les discussions.

Capacité à jouer / Faire semblant

Il ne semble pas toujours faire la différence entre les personnages de jeu de fiction et les acteurs. Il semble vouloir jouer pour être avec le psychologue et non pas pour incarner un personnage.

Spontanéité et imaginaire

Il est peu spontané et reprend parfois les propositions des autres. Les situations qu'il soumet se rapportent pour beaucoup au sport. Ses représentations sont négatives voire violentes.

Comportement et socialisation

Quand il ne veut pas discuter ou participer aux activités il dit avoir soif être fatigué. Il peut parfois être opposant aux propositions. Il cherche régulièrement l'attention du psychologue ou de Matéo, mais va peu vers le reste du groupe.

Plaisir

Il demande régulièrement à jouer, même si pendant les saynètes il incarne peu le personnage. Son sourire est plaqué ce qui empêche de savoir s'il s'amuse vraiment.

c. Projet thérapeutique

Le groupe à médiation théâtrale a pour objectifs de renforcer ces capacités attentionnelles et diminuer la distractibilité. Il s'agira de favoriser l'expression corporelle et verbale tout en lui permettant de trouver des moyens pour extérioriser les tensions générées par le contexte relationnel. Le cadre pourra accueillir les manifestations de difficultés psychoaffectives liées à la situation socio-familiale.

4. L'évolution du groupe

Après avoir présenté individuellement les enfants sur lesquels ma clinique se base, j'aborderai leur évolution en exposant celle du groupe. Cela permettra de rendre compte des problématiques individuelles et groupales, en prenant en compte la dynamique interactionnelle.

Au cours des premières séances d'octobre, Matéo est agité. Il cherche davantage à rentrer en conflit avec les autres garçons du groupe qu'à effectuer les propositions. Ils proposent des histoires inspirées de jeux-vidéos, de dessins animés ou des histoires fantastiques. Il se bagarre avec les garçons et ne respecte pas le cadre. Pendant une des séances, nous sommes même forcés à le maintenir physiquement (ainsi que les autres jeunes), pour ne pas qu'il agresse ou réponde à l'agression des autres. Lors de cette séance, le psychologue est absent.

A la fin, le temps de discussion permet de revenir sur ce qui n'a pas pu se dérouler dans le calme et le respect de chacun. Nous demandons aux jeunes s'ils désirent rester dans le groupe au terme de leur période d'essai. Matéo est le seul garçon à exprimer son désir de rester dans le groupe avec deux filles. Par la suite, il est toujours instable mais n'est plus distrait par les bagarres et les insultes. Il joue souvent des histoires qui dérivent vers un imaginaire fantastique et agressif. Quand il ne s'agite pas dans la salle, il recherche l'appui au sol ou contre les murs pour maintenir son axe.

En novembre, il demande à refaire des échauffements qui le mettent en difficulté, comme bouger, les pieds collés au sol. Matéo est tantôt un peu plus stable dans son axe, tantôt agité. Il apprécie de plus en plus les échauffements qu'il demande à refaire. Lors des exercices d'expression corporelle, il prend exemple sur les attitudes des autres et surtout le psychologue. Ses mimiques et attitudes varient peu d'une émotion à l'autre. Son imaginaire et son attitude dans le jeu restent toutefois empreints d'agressivité et de violence.

Dans une première histoire (imaginée par Laura), il joue un père qui punit, enferme son fils dans les toilettes et lui donne à manger « des crêpes au caca ». Le jeu déborde et Matéo devient agressif. Dans une autre histoire imaginée par Matéo, il joue à nouveau un père. Cette fois-ci, le père est d'abord absent lorsque que sa fille (jouée par Laura) met le feu au domicile, en présence de la mère (joué par la stagiaire psychologue) et un bébé (poupon). Le père arrivant au domicile, Matéo entre dans le jeu de manière agressive et n'écoute pas les autres. La suite de cette histoire se déroule à l'hôpital. Quand nous jouons le décès du bébé, Matéo fait semblant de tomber dans les pommes et revient chercher le nourrisson en jouant le somnambule : il donne l'impression de jouer seul sans tenir compte de l'imaginaire des autres.

Nous tentons de discuter de cette scène avec les enfants. Matéo est sur la défensive et dit seulement que le père ne faisait pas confiance aux médecins. Il insiste pour mettre une chaise pour le « fantôme » mais ne veut pas préciser sa pensée.

Il joue à nouveau des pères brutaux (coups de ceinture) au cours d'autres improvisations. Dans ces moments, nous nous demandons s'il prend plaisir à malmener le psychologue dans le jeu (celui-ci joue souvent le fils), s'il rejoue dans le jeu des situations connues ou s'il projette dans le jeu une agressivité latente.

Quand Matéo est trop agité ou agressif, nous lui proposons de sortir du cadre et d'aller dans la salle adjacente pour qu'il s'apaise loin des stimulations et de l'excitation du groupe. Parfois il demande lui-même à s'isoler. Laura ricane et reprend régulièrement Matéo, ce qui ne l'aide pas à rester concentré.

Bien que se connaissant en dehors de la prise en charge, Matéo et Mélissa n'interagissent pas spontanément. Les premières séances, Mélissa est discrète et passe inaperçue. Elle reste à proximité des autres filles davantage par défaut, que par recherche de complicité. Elle se positionne souvent en retrait. Elle s'engage

corporellement lors des propositions guidées mais lors des propositions plus libres elle bouge peu spontanément. Durant les saynètes, elle est mutique et peu expressive. Lors d'improvisations autour de la colère, elle a du mal à exprimer l'émotion et continue de sourire. Elle a beaucoup de réaction de prestance (triture ses doigts, ses mains, et bouge ses pieds). Nous profitons d'un temps de discussion pour réfléchir avec les enfants aux difficultés qui peuvent nécessiter la prise en charge en CMP. Tous les enfants évoquent les difficultés scolaires et Laura évoque en sus les difficultés familiales.

En décembre, nous proposons aux enfants un échauffement avec différents portages (bouteille soule, portage et déplacement dans l'espace) mais Matéo refuse les propositions. Il s'agite, s'approche et s'éloigne du groupe. En tant que porteur, il n'est pas assez attentif, au risque de faire tomber le porté. Il reste instable tout le long de la séance, s'allonge sur le sol, s'enroule. Mélissa, bien que légèrement tendue au début, se laisse porter et imagine être à dos d'éléphant. Lors des « ballon-question », jeu qui requiert réactivité, Matéo est peu spontané, réfléchit à ses questions ou répond par des réponses courtes. Cependant, il investit beaucoup la proposition, demande à la refaire et tente d'attraper les balles qui ne lui sont pas destinées. Mélissa reprend souvent les propositions des autres et reste à proximité des filles.

Dans les histoires jouées, il joue des personnages agressifs. Il déborde des rôles à plusieurs reprises. Lors d'une scène, il pousse violemment la stagiaire psychologue, jouant une camarade de classe, contre le mur : après cet incident, il reste à l'écart, dans le jeu, et n'est pas agressif envers les autres joueurs. Il ne semble pas avoir contrôlé son geste à cet instant-ci. Dans les saynètes, Mélissa reste à l'écart de l'agitation de Matéo et joue des personnages dociles et peu réactifs. Elle propose beaucoup de situations scolaires. Malléable, Mélissa modifie sa manière de jouer et son discours sous les commentaires des spectateurs.

Comme à son habitude, Matéo va prendre appui ou se met spontanément sur les genoux du psychologue dans les temps de discussion ou d'observation du jeu des autres. Quand il ne prend appui sur personne, il se tortille sur la chaise et prend des positions acrobatiques. Mélissa participe un peu plus au temps de discussion, mais seulement en décrivant les scènes.

Au retour des vacances de Noël, nous accueillons Dylan et informons les enfants que Sarah a quitté le groupe. Dès le début de la séance, Dylan dit être fatigué, ce qui semble être un moyen d'évitement et de fuite. Il s'allonge au sol régulièrement ou prend appui contre le mur : cette attitude semble se produire en miroir de celle de Matéo. Les deux garçons se scrutent, se cherchent et s'imitent. Durant les présentations, tous les enfants ont des difficultés à nommer leurs qualités et défauts, Matéo et Mélissa confondent qualité et défaut avec ce qu'ils aiment ou pas. Mélissa donne davantage de voix. Matéo est agité et dans l'opposition, surtout vis-à-vis du psychologue, mais participe activement aux différentes propositions. Mélissa s'amuse pleinement durant l'activité des chaises musicales et s'impose davantage quand il s'agit de prendre la place de quelqu'un.

Durant les saynètes, elle incarne encore peu les personnages. Elle est peu expressive, corporellement et verbalement, bien qu'elle semble y trouver un certain intérêt. Elle n'ose pas faire de choix lors des distributions de rôles. Lors d'une scène, Matéo joue un grand-père à l'hôpital qui reçoit la visite de sa petite-fille. Il oscille tantôt entre comportement affectueux (lui donne à manger) et agressif (l'insulte de conne et de pédé). Il s'énerve et refuse le dialogue dans le jeu. La psychomotricienne arrête le jeu lorsque le grand-père s'effondre au sol en douleur. Durant cette scène, son expressivité corporelle et verbale ne varie pas de son attitude habituelle. Une autre saynète se déroule entre Laura et le psychologue dans laquelle une baby-sitter est intrusive et maltraitante envers un enfant. Spectateurs, tous les enfants portent un regard attentif à la scène qui se déroule. Bien qu'il ne semble pas à l'aise pendant certaines activités, Dylan exprime son désir de jouer. Durant les scènes, il a besoin de matériel pour étayer son jeu (se dirige vers le tableau pour jouer un maître, prend les clés, etc.). Il joue des personnages qui cèdent facilement face à l'insistance. Matéo et Dylan cherchent régulièrement l'attention du psychologue avec une certaine rivalité. Matéo cherche encore le soutien physique du psychologue.

Pendant une discussion, Dylan apprend à Matéo, surpris, que le psychologue est son consultant.

Courant janvier, Mélissa s'engage, corporellement et verbalement, un peu plus durant les activités de l'échauffement. Mais cela reste moindre durant les saynètes. Matéo est agité et impulsif. Il refuse de participer à certaines propositions,

attaque le cadre et est régulièrement envoyé dans la salle adjacente, parfois à sa demande. Dylan prend un peu moins appuis sur les murs mais s'allonge régulièrement au sol pendant l'échauffement. Cet effondrement se produit quand l'activité demande une attention et une réactivité importante. Il manque de spontanéité durant les jeux. Il ne contrôle pas son geste pour envoyer le ballon, au risque de l'envoyer dans la tête de quelqu'un.

Lors d'échauffement, il est proposé aux enfants de jouer certaines émotions en crescendo. Matéo doit alors jouer la peur, puis la colère mais reste sur un registre agressif dans les deux cas et ne module pas l'intensité expressive de l'émotion. Mélissa demande à exprimer plusieurs fois la colère crescendo, mais les mimiques et l'expression verbale sont peu en adéquation. Durant une autre proposition, il leur est demandé de se déplacer à l'aveugle dans la salle pendant que les autres libèrent le passage des obstacles. Matéo met en échec nos tentatives pour le protéger en fonçant délibérément (il voit sous le bandeau) vers les obstacles. Quand vient son tour de libérer le passage, il donne des coups de pieds dans les éléments sans prêter attention à l' « aveugle ». Dans cette décharge motrice, Matéo semble se complaire. Mélissa fait preuve d'inquiétude en marchant lentement et avec précaution. Dylan est à l'aise les yeux fermés, mais en tant que protecteur, il donne des coups de pieds dans les obstacles sans faire attention à l' « aveugle ». Une certaine complicité s'installe avec Matéo, qui demande régulièrement à Dylan de l'imiter.

Durant les scènes qu'il invente, Dylan joue un mort qu'on enterre ou un soldat qui a tué le grand-père de son ami. Dans ces saynètes, il observe les réactions de la personne qui joue avec lui, plus qu'il n'incarne son personnage. Dylan est peu expressif et passif : il a souvent un sourire plaqué durant les scènes. Durant une scène de groupe, Dylan incarne un enfant qui déborde d'agressivité aux limites de déborder du jeu, comme Matéo. Dans les scènes, Mélissa reste en retrait en faisant en sorte d'incarner des personnages secondaires et se tient à l'écart de l'agitation. Elle se laisse déconcentrer sous les interventions des spectateurs. En étant spectatrice, elle profite du jeu des autres : elle dit apprécier que « les parents se disputent sans crier ». Pour les saynètes, elle propose des situations issues du quotidien des enfants. Les différentes scènes jouées par Matéo sont empreintes de violence (policier agressif envers un automobiliste, enfant qui frappe un directeur d'école) et Matéo déborde du cadre du faire semblant en touchant physiquement les acteurs.

Matéo me donne un coup de poing sur la cuisse alors que je lui demande d'être plus discret en tant que spectateur. Il reste sidéré après son geste et moi-aussi, car je ne comprends pas immédiatement la portée de celui-ci. Après réflexion, son geste me semble davantage être un passage à l'acte qu'un geste agressif dirigé vers ma personne. J'essaie d'en discuter avec lui mais il s'agite et s'éloigne. Il aura également des gestes violents envers la stagiaire psychologue et le psychologue, mais il nous est difficile de faire la différence entre geste impulsif ou volontaire.

Durant les temps de discussion, Dylan nous confie que sa grand-mère est décédée d'un cancer et justifie cette mort en disant qu'elle fumait. Il s'excuse également auprès de moi pour avoir « tué mon papi » alors qu'il n'a pas joué la culpabilité dans le jeu. Mélissa s'inquiète de savoir si je suis vraiment triste, suite à cette scène. Nous en discutons avec eux afin de leur permettre de prendre de la distance avec le jeu. Régulièrement, Dylan dit avoir soif ou faim, comme pour éviter l'activité proposée ou la question qu'on lui pose. Il cherche encore régulièrement l'attention du psychologue. Revenant sur l'absence de Matéo durant une séance, Mélissa dit préférer quand celui-ci n'est pas là. Elle dit apprécier les scènes de groupe, scènes durant lesquelles elle reste en retrait et éloignée des garçons. Lors d'une fin de groupe et devant l'absence de son père dans la salle d'attente, Mélissa se met à pleurer. Nous la rassurons et restons avec elle jusqu'à l'arrivée du père.

Lors d'une séance seulement composée de Mélissa et Matéo, celui-ci est moins agité. Ses mouvements lors de l'échauffement sont plus fluides mais il cherche le déséquilibre jusqu'à la chute. Nous leur proposons un temps calme de détente et de portage des membres et de la tête, allongé sur un tapis (deux adultes pour un enfant). Mélissa se laisse mobiliser, les yeux ouverts. Matéo ferme les yeux brièvement puis garde son regard dirigé vers moi. Il se laisse plus ou moins aller à la passivité lors des mobilisations et reste allongé tout du long. A la fin, il se met debout rapidement et quitte l'espace du tapis. Il s'assoit sur la table en attendant que Mélissa termine. Il est respectueux et chuchote pour ne pas gêner. Malgré son sourire en coin, il semble triste. C'est la première fois que je remarque cet air triste et je m'interroge sur ce que pourrait cacher son instabilité.

Nous jouons ensuite une scène à la crèche puis à l'école, à différents âges. Les parents sont joués par le psychologue et la stagiaire psychologue. Je joue la nounou, puis la maitresse. Au cours de cette scène, Matéo n'incarne pas vraiment le

personnage du bébé ou du jeune enfant. Il ne semble vouloir que jouer avec le matériel utilisé pour poser le décor de la crèche. Au début, le psychologue joue un papa qui câline son bébé, Matéo reste allongé mais grimace et grogne. Au fur et à mesure de la scène, il s'agite de plus en plus. A un moment, il rigole lorsque le psychologue le taquine et le chatouille mais rapidement, il s'oppose à nouveau et le griffe au front. Matéo est donc sorti du jeu et on lui demande de rester spectateur. Il revient dans le jeu un peu plus tard mais ne cherche encore qu'à jouer avec le matériel. Dans un premier temps, Mélissa ose peu jouer avec ce matériel, puis se laisse prendre au jeu. L'agitation de Matéo pendant cette scène la gêne.

Lors du temps de discussion, nous revenons sur sa difficulté à jouer et son opposition constante mais il n'écoute pas et continue de gigoter sur la chaise. Quant à Mélissa, elle ne verbalise pas sa gêne face à l'agitation de Matéo.

En février, nous informons les enfants que Laura a quitté le groupe. Mélissa semble fatiguée et j'observe beaucoup de réactions de prestance (triture ses doigts, tortille ses pieds). Elle effectue les propositions induites par l'adulte, mais pas celles induites par les autres garçons. Lors des échauffements, Matéo reste fidèle à lui-même et alterne entre intérêt pour les propositions et mise en retrait. Hors-jeux, il se comporte tantôt affectueusement (massage au psychologue), tantôt agressivement (pince la stagiaire psychologue) envers les adultes. Dylan est plus distractible et très agité : il s'allonge au sol, sort du cercle, refuse de participer aux activités. Il imite les bêtises de Matéo (allumer-éteindre la ventilation, taper dans la porte, secouer sa chaise). Dans les jeux en miroir, il est fuyant et demande qu'on arrête de le regarder. Il évite de répondre aux questions qu'on lui pose en disant avoir soif ou être fatigué. Au jeu du téléphone arabe, il propose un message morbide à propos d'œil crevé et Matéo, un message insultant. Ces messages sont déformés par Mélissa. Elle évoque alors une difficulté de compréhension.

Durant les saynètes, Dylan joue un enfant accusé à tort d'avoir cassé un carreau mais ne s'en défend pas et tente de maintenir la partie de foot avec son accusateur (joué par le psychologue). Lors d'une improvisation, Matéo et le psychologue jouent deux enfants jouant au basket (respectivement nommés Hugo et Fabrice). Hugo met en échec Fabrice qui finit par refuser de jouer et pleurer. Hugo appelle alors la mère (jouée par moi), ce qui met Fabrice hors de lui. La mère arrive

et voit son fils frapper Hugo. Elle prend la défense d'Hugo et dispute son fils en lui disant à quel point elle est excédée et qu'il est insupportable. Dans cette scène, Matéo incarne véritablement le personnage : il mime le fait de prendre les coups, de boiter et accepte, dans le jeu, d'être câliné et consolé. Face à la violence du personnage joué par le psychologue, il ne répond pas de manière agressive. C'est la première fois que nous n'observons aucun débordement dans le jeu et que Matéo incarne et accepte tant de proximité avec l'adulte. Mélissa incarne à nouveau des personnages dociles et obéissants, même face à l'injustice ou à la méchanceté. En tant que spectatrice, Mélissa est très observatrice et relève les incohérences dans les histoires inventées.

Elle participe davantage et avec envie au temps de parole. Elle explique sa malléabilité dans le jeu pour éviter que les personnages ne soient disputés. Matéo commente la scène des amis au basket en disant que la mère de Fabrice est comme la sienne et qu'il faudrait envoyer l'enfant en pension. Lors d'une fin de séance, Dylan tape Matéo sans raison et nous évitons une bagarre en reposant rapidement le cadre. Dylan ne participe pas aux discussions et n'écoute pas : il s'agite sur la chaise, rampe dessous.

Lors d'une séance sans Dylan, Matéo oscille à nouveau entre moments d'attention et d'intérêts pour les jeux, et moments d'instabilité durant lesquels il s'oppose à l'adulte, s'allonge au sol ou s'agite et refuse de participer au jeu. Cependant, il se calme plus rapidement quand on le reprend. Nous proposons une activité où chaque enfant doit imaginer une action à partir de la posture prise par un autre. Mélissa exprime un désir vif de parler et d'inventer une histoire autour de celle-ci. Quand vient son tour de prendre les postures, elle investit un peu plus l'espace sous nos encouragements mais ces mouvements et postures restent mécaniques et peu amples. Matéo s'amuse également beaucoup de cette proposition et prend plaisir à être sous le regard. Il a toutefois des difficultés à rester immobile et prendre des postures debout.

Durant les saynètes, il incarne davantage les personnages. Quant à Mélissa, elle incarne à nouveau des personnages-victimes, se laisse malmener puis se met à l'écart. Elle interagit un peu avec Matéo durant une scène où celui-ci joue un enfant calme.

A nouveau, elle cherche à participer activement durant le temps de discussion.

En mars, Dylan est régulièrement absent. Lorsqu'il est présent, il est remuant et peu attentif. Il est en difficulté durant les jeux de rythme : il manque de spontanéité et a du mal à mémoriser. Matéo reste agité mais est plus présent au groupe et aux propositions : il apprécie les jeux de rythme, même s'il a du mal à rester concentré. Il s'oppose régulièrement, mais se calme plus vite. Mélissa est plus spontanée dans les activités et hausse la voix quand Matéo fait du bruit. Il intègre aisément les structures rythmiques. Celui-ci incarne les personnages avec moins d'agressivité mais en conservant souvent une attitude taquine et de provocation. En tant que spectateur, il est un peu plus attentif. Bien que volontaires, Dylan, Matéo et Mélissa ont encore quelques difficultés dans les activités expressives. Dylan imite les intonations des autres enfants, et notamment celles Mathieu, qui intègre le groupe courant mars. Il cherche d'ailleurs la complicité de ce dernier, tout en continuant d'embêter Matéo.

Lors d'improvisations, Dylan incarne un petit frère qui veut jouer mais embête son grand-frère (joué par le psychologue). Au cours de cette scène Matéo demande à rentrer dans le jeu pour jouer la mère. Celle-ci pousse plusieurs fois le cadet de manière vive et lui demande de faire ses devoirs, sans véritablement le réprimander. A la fin, elle donne l'autorisation à l'aîné de frapper le cadet, puis finit par le frapper également : Matéo fait semblant de frapper, sans débordements agressifs. Cependant, Dylan ne joue pas le personnage et ne fait pas semblant de recevoir les coups.

De manière générale, les garçons proposent beaucoup de situations père-fils. Matéo, bien qu'annonçant sa volonté de jouer des personnages énervés, incarne plus de personnages aidants. Mélissa joue régulièrement des personnages dociles et invente des histoires pour justifier l'évitement du conflit. A notre étonnement, elle vient spontanément réclamer de jouer en premier une improvisation. En effet, elle n'avait pas pu l'effectuer une précédente fois par manque de temps.

Lors des temps de discussion, nous revenons sur une scène de suicide d'enfant proposé par Matéo. Pour expliquer ce décès, Matéo évoque la volonté de voir Dieu et Dylan, la maltraitance d'une mère. Mélissa n'a pas d'idées. Nous mettons également en avant la difficulté de Matéo à jouer autre chose que le conflit ou la provocation et sa difficulté à respecter le cadre. Malgré son air insolent, il semble entendre ce qu'on lui dit. Les autres enfants, avec notre soutien, parlent également de leur gêne.

En fin de groupe si son père n'est pas là, Mélissa nous demande de rester avec elle.

5. Bilan intermédiaire

a. Matéo

L'impulsivité de Matéo s'est quelque peu apaisée, ce qui lui permet d'incarner les personnages avec moins de débordements agressifs. Il a encore des difficultés à accepter et à respecter le cadre et nous le reprenons encore régulièrement. La composition actuelle du groupe (trois garçons et une fille) semble majorer la rivalité entre les garçons par rapport au psychologue. Mais même si Matéo taquine parfois les autres, il est moins agressif. Corporellement, il est plus expressif. Il prend plaisir à jouer et incarner des personnages, même proposés par l'adulte. Il participe davantage dans les temps de discussion afin de revenir sur le jeu des autres acteurs. Il exprime toutefois encore peu ses propres ressentis. Dans le rôle de spectateur, il est plus à l'écoute. Il recherche un peu moins l'appui du sol ou de l'adulte.

b. Mélissa

Elle participe activement et avec plaisir aux échauffements. Durant ceux-ci, elle est plus spontanée. Mélissa a encore du mal à incarner les personnages et reste peu active. Les situations qu'elle invente restent issues du monde de l'enfance ou de l'école. Elle rentre peu en interaction avec les garçons dans le jeu et hors du jeu. Cependant, elle n'hésite plus à interpeller l'adulte ou à proposer ses idées. Elle semble toutefois prendre beaucoup de plaisir en étant spectatrice et cherche à participer durant les temps de discussion, sans que nous ayons besoin de la solliciter comme au début. L'absence d'autres filles dans le groupe semble la gêner.

c. Dylan

Dylan prend plaisir à effectuer les activités de l'échauffement mais reste encore agité et fuyant. Son attention est fluctuante. Il a besoin d'appui et se rapproche régulièrement des garçons ou du psychologue. Dans les saynètes, il incarne peu les personnages mais prend plaisir à jouer. Régulièrement, il propose une idée et signale son désir de jouer en premier puis change d'avis. Il n'apprécie pas les temps

de discussion et ne partage pas ses ressentis. Avec notre soutien, il arrive à exprimer ce qui ne lui plait pas sans être automatiquement dans la fuite.

d. Groupe

Dernièrement, l'arrivée de Mathieu a redonné du dynamisme au groupe. Le premier temps de séance est bien investi par tous les enfants, qui s'amusent des différentes propositions. Dans les scènes improvisées, les enfants peuvent jouer entre eux sans débordement. Ceci est particulièrement vrai pour les garçons. Mélissa reste encore en retrait. La cohésion du groupe reste donc encore fragile. A la rentrée des vacances d'avril, nous attendons l'intégration d'une jeune fille.

L'évolution des enfants justifie donc la poursuite de leur projet thérapeutique, en insistant sur les capacités relationnelles, jusqu'au terme de la prise en charge en juin. A cette période, une réflexion autour des prises en soin aura lieu entre les différents professionnels du CMP pour l'année scolaire prochaine : il s'agira de décider de la poursuite, de l'arrêt ou de la proposition de nouvelles prises en charge.

« Le corps est l'expression de leur malaise et ce n'est que grâce à un processus relationnel utilisant leur corps qu'un processus évolutif peut s'esquisser. »[48]

René Diatkine

[48] R. Diatkine, 1971, p. 497.

III. Troisième partie :

Réflexions théorico-cliniques autours des intérêts du groupe à médiation théâtrale en psychomotricité dans les troubles psychomoteurs.

A-LE TROUBLE PSYCHOMOTEUR EN QUESTION…

1. Matéo, Dylan et Mélissa

a. L'instabilité

La prise en charge de Dylan et Matéo m'a beaucoup interrogée sur les raisons de leur instabilité et sur la manière la plus pertinente d'appréhender la prise en soin.

L'instabilité a plusieurs étiologies et est souvent multifactorielle. Il existe donc différentes manières d'appréhender la prise en charge en psychomotricité : vers un versant plus rééducatif, pour développer les capacités d'inhibition et favoriser l'attention ou vers un versant plus thérapeutique, pour permettre d'exprimer les difficultés psycho-affectives et favoriser la communication et la relation. C'est ce dernier versant qui a guidé la prise en charge de ces enfants.

Dans la prise en charge, le comportement de Dylan et Matéo a fait écho à certains concepts que je vais présenter ici.

- Une défaillance des enveloppes

Le non-respect du cadre, la nécessité de prendre appui et le fait de se cogner régulièrement interrogent la notion de limites psychocorporelles. J. Bergès[49] pensait l'agitation comme une défaillance au niveau des enveloppes corporelles : enveloppe carcan dont l'agitation permet de s'extraire ou, à l'inverse, manque d'enveloppe que le mouvement va permettre de créer. Pour Matéo, la problématique autour des enveloppes pourrait également être liée au fait qu'il ne porte plus de corset.

- Un holding défectueux

Cette ambivalence autour du portage, avec tantôt appuis spontanés contre l'adulte et tantôt incapacité à accepter d'être porté renvoie vers la notion de holding[50] de D. W. Winnicott. Ceci interroge la relation avec la mère et les soins dispensés à l'enfant, mais nous n'avons pas d'informations à ce propos.

---

[49] M. Berger, 1999.

[50] Décrit par D. W. Winnicott, le holding est le maintien et la manière dont le bébé est porté physiquement et psychiquement dans les premiers mois de sa vie. Il correspond à l'adaptation précoce de l'environnement face aux besoins physiques et psychiques du bébé, afin de

« Toute carence dans les expériences qui permettent de passer par les processus d'omnipotence et de continuité de l'existence peuvent être à l'origine d'agitation, d'hyperkinésie, et d'inattention appelée plus tard inaptitude à se concentrer. »[51] Il s'agit d'une défense paradoxale : l'agitation permet alors à l'enfant de ne pas dépendre de l'environnement qui fait défaut.

- Un état, une défense

Les représentations négatives voire morbides et les mimiques tristes ou tendues pendant les moments de moindre activité et agitation posent la question de l'instabilité comme défense maniaque ou lutte contre la dépression. Cette conception de l'agitation a été développée afin de ne pas seulement la considérer comme une défense mais aussi comme un état. En effet, l'agitation est le moyen le plus primitif utilisé par le bébé en détresse face à un vécu d'angoisse archaïque. Dans ce champ de compréhension, l'agitation est tout aussi état et défense. Sans faire de raccourcis et d'interprétations abusives, nous devons garder en tête la situation familiale particulière de ces enfants, qui évoluent au sein d'un climat conflictuel.

Les affects dépressifs peuvent également être induits par les difficultés psychoaffectives et l'isolement, consécutifs de l'instabilité. L'agitation, les difficultés d'apprentissage, la dévalorisation, le rejet et l'isolement constituent alors un cercle vicieux.

- Difficulté de représentation

R. Roussillon comprend l'excès de mouvement comme une incapacité à mettre certains affects en représentation. Lors de la diminution de l'instabilité, l'enfant n'est plus là psychiquement, le rendant insaisissable. C'est ce que Dylan renvoie parfois pendant les séances : insaisissable dans le mouvement et insaisissable dans le calme. Il nous donne l'impression de ne pas penser, ne pas ressentir lors des moments d'accalmie ou de discussion.

---

l'amener à la dépendance, la dépendance relative et la différenciation maternelle. Un bon holding permet l'unité entre pensées, mouvements pulsionnels du corps et corps.

[51] M. Berger, 1999, p. 86.

- Manque de cohérence éducative

Le climat familial et éducatif des enfants est empreint d'ambivalence. Ainsi l'ambivalence entre éducation rigide ou laxiste, absence ou discontinuité des figures parentales rendent compte de l'instabilité de la cellule familiale. C'est cette instabilité que pourrait révéler celle de l'enfant.

- Aisance corporelle

Le refus de Matéo d'effectuer certains mouvements impliquant particulièrement la ceinture scapulaire suscite des interrogations autour de son investissement et son bien-être corporel. Dans cette situation, l'instabilité pourrait être révélatrice d'une gêne corporelle.

b. L'inhibition

Tout comme l'instabilité, l'inhibition est multifactorielle. Différents axes de compréhension se sont révélés au cours de la prise en charge de Mélissa.

- Contexte socio-familial

Lors des échanges et entretiens avec la famille, nous avons pu observer un cadre familial protecteur et strict avec une plainte récurrente autour des difficultés scolaires de Mélissa. L'inhibition peut peut-être trouver en partie son origine dans ce milieu familial rigidement structuré.

- Anxiété de séparation

Plusieurs fois, Mélissa a montré beaucoup d'inquiétude et a même pleuré, à la fin du groupe devant l'absence de son père. Cette montée d'angoisse pendant les périodes de transition, de changement de cadre, m'a interrogée sur une possible angoisse de séparation. Cela montre sa difficulté à gérer ses émotions dans les moments moins sécurisants, hors du cadre thérapeutique ou familial. L'inhibition révèlerait alors le manque de sécurité interne, hors du cocon familial, et une immaturité affective.

- Gémellité

Mélissa est décrite par ses parents « dans l'ombre de son frère jumeau », et en retrait par rapport à ses frères. Or René Zazzo[52] a décrit la relation unissant des

[52] http://www.geneardeche.org/v1/n7/jumeaux.htm, consulté le 29 mars 2014.

jumeaux de dominant/dominé. Cela pourrait permettre de comprendre ses comportements de retrait et de malléabilité.

- Socialisation et culture

Mélissa n'a intégré le cursus scolaire qu'à partir du primaire. Or, si l'école est le lieu des apprentissages, elle est aussi le lieu de la socialisation, notamment l'école maternelle. Cette timidité pathologique pourrait donc être consécutive au manque d'expériences socialisantes.

De plus, la culture conditionne, en partie, notre manière d'être au monde. Dans le cas de Mélissa, ses origines mauriciennes expliquent peut-être la différence au niveau des interactions sociales.

J'ai gardé à l'esprit ces différents axes de compréhension pour tenter de cerner au mieux les enfants. Cela m'a permis de comprendre le trouble psychomoteur découlant de facteurs intriqués et non d'une cause unique. De manière transversale, une problématique centrale de ces enfants se situe autour du corps sensible, expressif et communiquant, pris dans la relation à l'autre et autour de l'identité.

2. Du trouble relationnel à la difficulté d'être

a. Une communication entravée

La communication, verbale et non-verbale, est entravée : ces enfants qui ont déjà des difficultés dans leur mode d'expression verbale, ne peuvent pas utiliser de manière fiable ce mode de communication corporelle primitif qu'est le dialogue tonico-émotionnel[53]. Pour les uns, cette communication passe en partie par l'agir ou à l'inverse est entravée par celle-ci. Pour les autres, la communication semble contenue, emprisonnée. Elle s'exprime rarement ou au travers de débordements d'angoisse.

[53] Le dialogue tonico-émotionnel, développement du concept de dialogue tonique de H. Wallon par J. de Ajuriaguerra, correspond aux modulations toniques du corps en fonction des émotions et qui est un des premiers modes de communication entre le bébé et son parent.

On observe un trouble tonico-émotionnel résultant de l'inadéquation entre l'expressivité du corps et l'état émotionnel. L'expressivité en excès ou en insuffisance ne permet pas une communication fiable avec autrui.

De ces perturbations des capacités de communication, découlent des difficultés interactionnelles et relationnelles.

b. Des interactions perturbées

Les interactions sociales s'organisent autour de ce qu'E. T. Hall a nommé la « dimension cachée » : de la variation des distances interpersonnelles dépend le type de rapport social. Nos « bulles personnelles» conditionnent ceux-ci. Or dans le groupe, les bulles des enfants ont été mises à rude épreuve au travers de la prise en charge qui expérimente ces différentes distances : publique, sociale, personnelle et intime[54].

Pour Mélissa ces difficultés s'expriment dans la variation proximité-éloignement. On observe chez elle une constante « distance de sécurité » qui la maintient à l'écart mais toujours assez proche de l'adulte. Chez Matéo et Dylan, les difficultés se situent autour du respect des distances interpersonnelles en fonction des situations, sans trop d'intrusion, mais c'est aussi leur incapacité à supporter la proximité quand elle est induite par l'autre. Les réactions sont alors l'agressivité, la fuite ou l'effondrement.

Des difficultés d'accordage se retrouvent aussi dans le rythme. On observe, surtout pour les garçons, une difficulté à intégrer le rythme du groupe ou d'autrui: apparaissent alors refus, blocage ou fuite.

Ainsi, les modalités interactionnelles troublées complexifient la relation avec et entre ces enfants. Dans l'activité ludique, ces difficultés transparaissent à travers l'absence d'adresse du jeu, la difficulté à jouer avec l'autre sans se laisser déborder par ses émotions ou la difficulté à supporter le regard d'autrui sur soi.

Ces difficultés à gérer les émotions, à comprendre et interagir avec autrui surviennent à un âge où l'enfant s'ouvre au milieu extérieur afin d'en intégrer les

---

[54] Distance intime : relations intimes, familiales ou de lutte / distance personnelle : relations affectives, amicales dans la vie publique / distance sociale : relations interpersonnelles sans affectivité / distance publique : orateur devant un public.

codes interactionnels. Cette ouverture, qui permet les apprentissages, est ici importunée par leurs troubles relationnels.

L'environnement social de ces enfants, déjà restreint, s'amenuise encore, du fait de ces difficultés relationnelles. Les relations intrafamiliales sont perturbées par l'incompréhension des difficultés et les répercussions sur la scolarité, très investie par les parents.

c. Une identité mise à mal

L'identité s'acquiert au cours du développement psychoaffectif et trouve ses racines dans le corps et dans la relation avec les parents. Au cours de ce processus, le parent laisse l'enfant se construire une subjectivité. Cette identité se construit à partir de l'intégration du schéma corporel[55], la construction de l'image du corps[56], du dialogue tonique et du regard : c'est l'intégration d'un corps contenant, d'une frontière avec l'extérieur qui permet de communiquer au travers des canaux sensoriels, d'un corps regardé et donc existant.

Certains comportements des enfants interrogent leur assise identitaire, sans pour autant définir un trouble de la personnalité. C'est notamment le comportement de Dylan qui m'a mené à cette réflexion : son besoin récurrent d'imiter et de se coller à autrui, adulte ou enfant. L'enfant se construit par le biais d'identification et de contre-identification, mais dans ces situations, rien ne semble s'intégrer et nécessite une imitation et un collage répétitif. E. Pireyre[57] présente l'imitation comme une réassurance identitaire, et Dylan semble être parfois dans cette situation. Chez tous les enfants, on retrouve des difficultés à parler de soi, à présenter ses qualités ou défauts sans copier le discours d'autrui. On sait également que le trouble psychomoteur a des conséquences négatives sur l'image du corps, et inversement, ce qui peut fragiliser la construction identitaire. De plus, le cercle

---

[55] Le schéma corporel est le modèle perceptif du corps, évolutif et permanent. Il se construit grâce aux expériences perceptives et motrices et en est le support. Il est la référence constante de nos relations avec l'espace, le temps et l'environnement. Cours de Mme Pavot, 1ème année de psychomotricité, module de psychomotricité.

[56] L'image du corps est la représentation imaginaire du corps, en perpétuel remaniement. Elle traduit ce que nous percevons à chaque moment et dans la relation à l'autre, des qualités de notre corps. Elle reflète le vécu passé et actuel. *Ibid.*

[57] E. Pireyre, 2011.

vicieux « trouble psychomoteur, difficultés affectives, difficultés scolaires, isolement social, dévalorisation » majorent la dépréciation de l'image du corps et la fragilité narcissique, difficultés qu'on retrouve chez les enfants.

B-LA MEDIATION THEATRALE : UN TERRAIN DE RENCONTRE EN THERAPIE PSYCHOMOTRICE

La thérapie psychomotrice vise à permettre à l'enfant d'extérioriser les sensations qu'il ne peut pas verbalement exprimer : il s'agit d'une rencontre avec un sujet en souffrance, dont la non-communication est un symptôme. Son objectif est de favoriser et développer l'expressivité motrice et la symbolisation, en redonnant sa place au corps-plaisir, corps-lieu de connaissance et corps-communicant. A travers la médiation théâtrale, la thérapie psychomotrice permet au sujet d'explorer son corps dans ses différentes dimensions. Auprès de ces enfants aux prises avec leur trouble psychomoteur, il s'agit de donner accès au sentiment d'être présent à soi, habité par soi, existant pour soi, en relation avec l'autre.

1. Se rencontrer et jouer ensemble

a. Le cadre thérapeutique

La prise en charge a nécessité un cadre thérapeutique définissant la place de chacun dans le groupe. Or les enfants, pour la plupart, ne comprenaient pas les raisons de leur participation au groupe ou notre travail. Au fil des séances, nous avons donc veillé à ce que le cadre soit le plus clair possible pour eux. Afin que l'espace de la prise en charge soit le « lieu des projections et de l'organisation de l'espace mental du sujet, dans son mouvement d'appropriation et d'intériorisation. »[58], la définition d'un cadre temporo-spatial accueillant, structurant et régulier était indispensable.

Dans l'espace délimité par le cadre thérapeutique, se chevauchent l'espace du jeu, de l'imaginaire, de la représentation et du déroulement de la pensée. Cet espace a la particularité d'être, en même temps, très cadré et très ouvert. Grâce aux règles et à la régularité des séances, l'espace de soin est un espace protégé et sécurisant. Les particularités de la médiation et la possibilité de tout jouer permettent à l'espace de soin d'être un espace d'éveil : « l'espace de jeu peut être

[58] F. Désobeau, 2008, p. 93.

cadré et pourtant ouvert à l'infini, dès lors qu'un langage et un corps y sont impliqués à fond. »[59]

La diversité des difficultés des enfants nécessite un cadre souple mais structurant. Pour Mélissa, il fallait que le cadre thérapeutique soit sécurisant pour qu'elle puisse se sentir assez en confiance pour explorer et profiter des propositions théâtrales. Pour Dylan et Matéo, le cadre devait être assez solide et contenant, afin d'accueillir leur agitation. A travers ce cadre, nous en appelons aux notions de limites, d'enveloppes psychiques et psychocorporelles pour des enfants « éclatés » et testant régulièrement le cadre. Le cadre ainsi posé, « tout l'inconscient diffus émerge du senti, de l'agir et du dire, appelé par cet espace attentif que crée l'autre [le soignant], qui est espace thérapeutique. »[60] Dans d'autres cadres, familiale ou scolaire, un travail d'élaboration peut continuer, complétant celui qui se déroule dans la prise en charge.

Le cadre a régulièrement été mis à l'épreuve, notamment avec Matéo et Dylan qui font régulièrement des bêtises. Se pose alors les questions d'un tel dépassement de limites : est-ce qu'il dépasse les limites par volonté, par impulsivité, par difficulté à gérer émotions et violence ? Dans tous les cas, « même si son acte n'est pas posé *a priori* pour tester l'adulte, le jeune va être très attentif à la réaction de ce dernier »[61]. Il a donc été nécessaire de repositionner régulièrement un cadre, accueillant et limitant, tout en essayant de faire la part entre transgression volontaire et impulsive. Cette distinction n'a pas toujours été aisée à établir, surtout face à l'instabilité et aux provocations de Matéo.

Les notions d'autorité ou de loi prennent sens dans le groupe au travers des échauffements corporels autour de l'axe, des règles du groupe et du cadre stable. Dans les saynètes, les personnages tels que le policier, le père, le chef, le patron, etc. aident les enfants à intégrer la notion de loi. Cette figure d'autorité, régulièrement proposée, est souvent provoquée. La notion d'autorité permet la constitution d'un surmoi stable et aide ainsi l'organisation de la personnalité.

---

[59] D. Sibony, 1997, p. 65

[60] S. Ambach, cité par F. Désobeau, 2008, p. 101.

[61] J. Lecomte, 1997, p. 73.

Selon Jean-Pierre Pourtois et Huguette Desmet « l'enfant, pour développer son autonomie, a non seulement besoin de communication et de considération, mais aussi de structures.»[62] C'est autour de ces différents pôles que la médiation s'est développée. Dans ce cadre, la cothérapie a été un élément précieux.

b. La cothérapie

En effet, chacun privilégie la modalité d'intervention spécifique à sa technique : d'un côté l'interprétation verbale, et de l'autre les interventions sur la dimension réelle du corps. Même si psychomotriciens et psychologues sont tous deux engagés corporellement dans la prise en charge en étant acteurs, les regards portés sur l'enfant ne sont pas les mêmes et se complètent. Ceci permet de ne pas cliver le soin entre deux prises en charges distinctes : intégration de la dimension du corps réel avec la dimension représentationnelle, articulée dans le psychisme.

De plus, la présence d'un psychologue masculin a permis de représenter une figure masculine, qui a aidé les projections et les identifications.

Durant les temps de discussion, la diversité des professionnels a soutenu les processus de mentalisation et de symbolisation : le passage de la symbolisation primaire à la symbolisation secondaire. Nous accompagnons et commentons le vécu du groupe et de chacun pour favoriser le développement de la pensée dans le partage de la créativité. Dans l'interprétation de ce vécu, psychologues et psychomotriciens sont complémentaires.

c. Le groupe

Une fois le cadre du groupe d'expression théâtrale posé, les dynamiques groupales relationnelles peuvent émerger. L'influence du groupe créatif a soutenu l'émergence du potentiel des enfants.

Le groupe a offert aux enfants une rencontre avec des personnalités diverses, des cultures différentes, et comme nous l'avons vu plus haut, des enfants qui ne présentent pas tous les mêmes difficultés. A l'âge de latence, l'enfant est curieux de ce qui se passe chez l'autre. Il va donc plus facilement s'intéresser au fonctionnement interne du groupe et aux différents membres. C'est un étayage sur les pairs que propose et favorise le groupe. Ceci renforce le sentiment d'existence et

---

[62] J. Lecomte, 1997, p. 80.

donc le sentiment d'identité. Cette réassurance narcissique a permis aux enfants d'être moins sur la défensive et disponibles aux propositions, notamment les plus atypiques. C'est pour cela que régulièrement nous proposons des activités en sous-groupe : par exemple, dans les jeux de mime en groupe, chacun s'investit dans cette démarche commune qui consiste à faire deviner à d'autres des lieux ou des actions. Dylan qui, seul, a du mal à être sous le regard de l'autre, participe alors pleinement. Matéo et Dylan se cherchent, se scrutent et s'imitent l'un l'autre. Matéo qui s'isole, trouve chez Dylan un complice de bêtises.

Par la présence de spectateurs, la médiation impose d'être sous le regard. Celui-ci a parfois été vécu comme une intrusion mais les enfants ont peu à peu accepté d'être observés et portés par le regard. Certains y prennent même plaisir et recherchent cette attention, comme Matéo ou comme Dylan. Le regard portant du spectateur se rapporte ici à la notion de holding de D. W. Winnicott.

En reconnaissant chez l'autre les mêmes difficultés, la culpabilité que l'enfant peut ressentir du fait de son trouble diminue. Par un effet de miroir, les enfants se renvoient différentes manières d'être et chacun voit certains aspects de lui-même reflétés dans le comportement et les problèmes des autres membres du groupe. Ces identifications imaginaires le conduisent à s'interroger sur son comportement et ses ressentis. A plusieurs reprises, Matéo et Dylan ont commenté leur comportement respectif, remarquant chez chacun une agitation ou une transgression.

Dans les imitations, ces processus identificatoires sont mis en jeu, car c'est en partie par ce biais que l'enfant se construit et s'individualise. Dylan est régulièrement dans cette recherche d'adhésivité à l'autre. Dans le groupe, on réfléchit et nomme cette recherche pour qu'elle soit constructive et non pas source de dispersion ou d'inconsistance. On favorise alors la construction d'un soi ayant sa place au sein du monde social car « pour devenir humain, nous devons inscrire dans notre corps et dans notre mémoire, l'empreinte des autres hommes et de leurs mots. »[63]

Le groupe engage un processus de socialisation car il nécessite un effort d'adaptation. Il nécessite l'intégration et le respect du rythme du groupe. Chacun

---

[63] B. Cyrulnik cité par F. Désobeau, 2008, p.65.

doit faire des efforts pour pouvoir être ensemble et évoluer au sein du groupe. Si l'agitation de Matéo perturbe souvent Mélissa, elle peut aujourd'hui exprimer sa gêne et sortir de son carcan corporel pour imposer sa voix et sa présence avec un peu plus d'aisance. Matéo et Dylan n'ont jamais eu de gestes brusques envers Mélissa. En effet, cette rencontre avec l'autre force à maîtriser son impulsivité. Même si envers l'adulte, cette retenue reste difficile, les garçons font attention quand ils sont proches d'elle.

La particularité du groupe « ouvert » a nécessité cet effort d'adaptation à de nombreuses reprises au cours de l'année, à l'arrivée de Mélissa, de Dylan puis de Mathieu. Il engage aussi à s'adapter à l'absence, après les départs soudains de Laura et Sarah.

Dans le groupe, les enfants passent du jeu de *game* (échauffement) au jeu de *play* (improvisation). Ils expérimentent la possibilité et les différentes manières de jouer ensemble : compétition, solidarité, entraide, protection, création collective et respect d'autrui. Les enfants ont appris à construire une histoire ensemble et respecter chacun dans le jeu, notamment Matéo qui donnait l'impression parfois de jouer seul au début. Les saynètes leur permettent d'interpréter différents rôles sociaux, retrouvés dans l'organisation sociétale ou familiale et d'en intégrer les composantes interactionnelles.

Dans ce dispositif groupal « suffisamment bon », contenant, fiable et souple, la médiation théâtrale est le support du processus de symbolisation primaire et le thérapeute fait advenir le processus de symbolisation secondaire (temps de mise en mots). Cela permet d'engager un travail de symbolisation qui ouvre la voie à de nouveaux investissements et aux sublimations : processus nécessaires à l'âge de latence.

Le groupe aide ici l'enfant à développer une activité créatrice relationnelle qui lui fait défaut dans d'autres situations, tout en lui permettant d'affirmer sa personnalité.

2. Du jeu au je

a. Les expériences tonico-émotionnelles

Le langage est à comprendre dans toutes formes d'expression de l'activité psychique, verbale ou corporelle. Ces différentes formes vont être mises en jeu dans la médiation théâtrale, afin de redonner au corps sa dimension relationnelle et communicante. Nous avons vu que chez ces enfants les interactions étaient défaillantes. Or la médiation met en jeu tous les canaux de communication corporelle : mimiques, attitudes, gestualités ou réactions de prestance, activité motrice, modifications toniques fines ou généralisées et le regard. L'importance du dialogue tonico-émotionnel s'est imposé dans le jeu expressif et sensible, avec le thérapeute mais aussi avec les autres membres du groupe.

Au fil du temps, les enfants ont investi le premier temps de séance destiné à la préparation corporelle ludique. C'est notamment durant ce premier temps, qu'on explore différentes manières d'échanger et de communiquer, en éprouvant les divers canaux de communication. Cette exploration se déploie également dans l'espace, variant ainsi les distances interpersonnelles. En se saisissant des propositions, les enfants ont été plus disponibles au groupe, psychiquement et corporellement. Les saynètes ont permis à l'enfant d'« habiter d'autres corps que celui de son symptôme, de son fantasme, de son quotidien. Il doit disposer de tous ses corps, comme du clavier de tous les mots, sur tous les tons…pour entrer dans le jeu et le jouer. »[64] Les enfants peuvent alors explorer des états tonico-émotionnels différents des leurs, et développer leurs capacités expressives. Dans ces situations, le thérapeute fait office de Moi-auxiliaire car il guide le jeu expressif et créatif de l'enfant : il infléchit et potentialise ses modes d'expression.

Les difficultés de Matéo à communiquer autre chose que de l'agressivité ont été remplacées par plus d'aisance à faire semblant, et donc à communiquer d'autres états corporels et émotionnels. Ceci fut flagrant lors d'une séance de janvier, où il a joué un rôle de victime boitant et titubant. Mélissa s'est également saisi des diverses expériences sensori-motrices des échauffements. Mais même si son expressivité corporelle est encore fragile, elle redemande à jouer des émotions pour lesquelles elle a des difficultés, avec une réelle volonté de se saisir et d'incarner à ce moment-

---

[64] D. Sibony, 1997, p. 83.

là l'émotion. En passant par le corps sa parole s'est quelque peu déliée : mutique ou inaudible lors des échanges verbaux au début, elle cherche à présent à donner son avis avec un plaisir à participer et parler. Pour Matéo aussi, la parole s'est un peu déliée. Il commente le jeu des autres, donne son avis.

La médiation théâtrale favorise la libération émotionnelle et sollicite chez l'enfant l'expressivité corporelle et verbale et donc la communication à tous ses niveaux. C'est ce qui a permis le déliement de la parole chez ces enfants.

Dans cette expérimentation théâtrale, des notions concourant au processus d'individuation ont été remis en jeu. En effet, la médiation est source d'expériences sensori-toniques et sensori-motrices. Elle vient donc consolider l'intégration et l'actualisation du schéma corporel et l'intégration de l'axe corporel, indispensable au maintien d'une identité satisfaisante, et renforce le sentiment d'un corps unifié. Au fil des séances, la capacité de Matéo à se maintenir plus longtemps dans son axe a été visible. Ceci lui permet d'être plus présent au groupe. La prise de plaisir et le regard bienveillant du thérapeute et du spectateur favorisent également une image du corps positive.

La notion de holding s'est imposée au regard du comportement ambivalent de Matéo. La médiation théâtrale a tenté de soutenir la capacité de l'enfant à exister seul sur ses propres appuis physiques et psychiques, sans débordement d'angoisse ou désorganisation. Le concept de portage physique et psychique se retrouve dans la médiation au travers des différentes activités où nous sommes invités à porter physiquement l'enfant. L'enfant est également porté par le groupe. Le regard a son importance : regard portant et enveloppant du thérapeute et du spectateur. Il s'agit de porter, contenir les débordements pulsionnels des enfants et de leur redonner des limites sécures pour qu'ils puissent s'épanouir. Par ce portage, on offre également un axe de substitution pour soutenir et aider l'enfant à organiser et à s'approprier ressentis et affects. On aide l'enfant à intégrer ses ressentis, ses limites corporelles : des éprouvés qui lui sont propres et qui vont ainsi renforcer le processus d'individuation. Aujourd'hui encore, Matéo semble avoir besoin de cet appui, ce portage mais il est plus discret ou léger.

La diversité des activités, stimulantes et étayantes, ouvrent l'enfant vers l'extérieur. Elles sollicitent, à travers le développement d'un espace tiers et en assurant la séparation, la confiance en soi.

Ces différentes notions permettent à l'enfant de se sentir un être à part entière, communiquant et sensible. Elles vont étayer et soutenir les processus d'individuation et la construction identitaire.

b. Des rôles pour se construire

Dans les jeux et improvisations et en incarnant des personnages, les enfants mettent également en lumière différents pans de leur personnalité. Dans cet espace potentiel, ils sont libres d'expérimenter et donc de laisser s'épanouir différentes dimensions d'eux-mêmes. Il s'agit de passer au travers du symptôme, ici psychomoteur, là où le jeu est bloqué, pour libérer les capacités ludiques, et grâce à celles-ci, se développer.

Mélissa demande à rejouer la colère alors qu'elle a des difficultés à l'exprimer ou à parler fort. Même si cela reste difficile, elle apprécie de tenter d'exprimer cette émotion forte. En tant que spectatrice aussi, elle apprécie les jeux mouvementés ou bruyants. Peu à peu, elle prend plus de place, elle s'impose au sein du groupe en haussant la voix lors des échanges ou en répétant plus fort si personne ne l'écoute. Matéo prend beaucoup de plaisir à jouer le « premier de la classe », il sourit, et s'attache à incarner ce personnage malin, sérieux et calme. Dans ce rôle, Matéo puise dans ses connaissances et les partage avec le groupe.

Comme vu plus haut, les identifications et contre-identifications des enfants dans le groupe permettent également cette exploration et construction personnelle.

Nécessaire au développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant, le jeu, réglementé et libre, concourt à la structuration du soi. Comme le présente D. W. Winnicott, c'est notamment la dimension créative du jeu qui favorise le développement du soi. Dans le groupe, en créant et en incarnant divers personnages, les enfants mettent en jeu et en scène leur potentiel et leur personnalité. Dans la créativité, on expérimente sa toute-puissance mais on la limite dans le faire semblant et dans la prise en compte de l'autre. Ce dernier point n'a pas toujours été aisé dans la prise en charge mais peu à peu les enfants ont pu développer leur créativité, et ce avec plaisir.

On observait au début beaucoup de sourires ou de rire de défense et très peu, voire pas d'expression d'une prise réelle de plaisir. Au contraire, les enfants avaient parfois un air mélancolique. Peu à peu, ces enfants ont pris plaisir à prendre part au

jeu, à créer, seul ou en groupe. Ils ont montré leur intérêt à multiplier les expériences créatives ou à les observer. Ils ont pris plaisir à être eux-mêmes et à le partager avec le groupe. Un des objectifs de la prise en charge a été ici atteint car « ce n'est pas le jeu comme tel qui est thérapeutique, mais l'entrée du jeu, l'envie de jouer, de voir le jeu se moduler vers d'autres jeux et franchir certaines passes. Il y va des secousses du *je*, de ses conditions d'existence. »[65] En favorisant leur créativité dans la médiation théâtrale, on recherche à susciter le sentiment que « la vie vaut la peine d'être vécue »[66].

A travers la créativité et la prise de plaisir dans le jeu, on recherche également à diminuer les difficultés psycho-affectives qui perturbent le développement de la personnalité. Pour Mélissa, le déploiement de sa créativité lui a permis de diminuer sa docilité, son trop bon ajustement aux autres.

A certains moments de la prise en charge, les enfants ont donné l'impression de se retenir, de ne pas se permettre l'amusement. L'ambivalence de Matéo dans le revirement de comportement rire-geste agressif m'a questionné sur les raisons d'un tel comportement. Il m'a semblé qu'il s'agissait d'avantage d'une distance défensive. Le rire est une émotion forte car il « décompose et recompose l'identité »[67]. Les refus du jeu sont alors à comprendre comme une angoisse identitaire. Le cadre de la médiation leur a permis de prendre le risque de se découvrir à soi et aux autres. Lorsqu'enfin, un enfant rit de bon cœur, c'est d'un rire « pure affirmation de vie »[68], d'«un éclat du jeu de l'être »[69], dont il s'agit. On favorise alors chez l'enfant la confiance en soi, l'estime de soi et une image du corps positive.

c. L'aire de symbolisation

Par le jeu, l'enfant adresse un certain nombre de messages. La médiation, déployée dans l'aire intermédiaire permet aux enfants de jouer, rejouer des situations qui les préoccupent. Il s'agit de passer par le jeu pour se représenter : la

---

[65] D. Sibony, 1997, p. 49.

[66] D. W. Winnicott, 1975, p. 127.

[67] D. Sibony, 1997, p. 49.

[68] *Ibid.*

[69] *Ibid.*

médiation permet ici un passage par l'acte. Représenter « c'est rendre active une présence en la projetant sur un espace où elle est plus parlante. C'est déplacer les données vers un cadre plus jouable.»[70] La symbolisation se construit à partir de l'activité perceptivo-motrice.

Nous laissons Matéo déployer dans cet espace sa violence, son agressivité même s'il a encore du mal à en parler. Nous (thérapeutes et enfants) mettons des mots sur ce que nous avons perçu ou ressenti, en tant qu'acteur et personnage. La même liberté est laissée à Dylan et Mélissa. Même si l'imaginaire des enfants est assez pauvre, ils projettent dans cet espace leur préoccupation : pour Mélissa, il s'agit surtout de situations scolaires, elle qui est en difficulté dans les apprentissages et malmenée par d'autres enfants de l'école. Les garçons, dont les pères sont peu présents proposent beaucoup de situations familiales père-fils.

La représentation, par le biais du jeu, permet aux enfants de se libérer de leurs préoccupations et réfléchir à leur propre fonctionnement. Les enfants font parfois des liens avec leur réalité : Matéo dit que la mère d'un enfant insupportable est comme la sienne, Dylan parle de la mort de sa grand-mère quand est joué la mort d'un grand-père, Mélissa peut dire qu'elle préfère quand les parents se disputent sans crier. En revanche, il ne s'agit pas de confronter l'enfant à la réalité violente de situations, « de rejouer les scènes pénibles où « la parole n'a pas eu lieu » ; mais de révéler et de transmettre que c'était jouable : ça aurait pu se jouer autrement, ça s'est joué ainsi et il reste du jeu ; tout n'est pas joué. »[71]

Les situations sont reprises et discutées avec les enfants. Même si les enfants parlent peu, écouter leur permet d'intégrer certains éléments du discours. Souvent, dans des scènes tournant autour de situations difficiles, les spectateurs sont plus attentifs et les acteurs plus investis dans leur rôle, marquant ici l'importance de ce qui est joué.

Parce que « l'injouable signalerait l'irreprésentable »[72], tout est jouable avec les enfants, dans la mesure où le respect de chacun est préservé.

---

[70] D. Sibony, 1997, p. 148.

[71] D. Sibony, 1997, p. 40.

[72] *Ibid.*

Le sens est fondamental dans le processus de construction de la personne. Dans la médiation théâtrale, on va tenter d'aider l'enfant à trouver du sens. On l'aide à lier ses pensées entre elles. Dans le jeu théâtral, l'enfant est amené peu à peu à la symbolisation et au langage, pour éviter qu'il ne reste dans l'expressivité agie, qui dégénère souvent en excitation violente. C'est particulièrement le cas pour Matéo dont les débordements agressifs étaient récurrents au début. Peu à peu, chaque situation a été discutée au sein du groupe pour tenter de comprendre cette agressivité.

En créant du lien dans le jeu et en en discutant, on propose des représentations en rapport avec leurs affects, en évitant qu'ils soient seulement agis par projection ou en défense. On aide à canaliser l'excitation et à diriger celle-ci dans l'expression créative. En entrant dans le jeu, on crée une irrégularité dans leurs jeux répétitifs : on joue un personnage dont les réactions diffèrent de ce qu'ils avaient pu imaginer, ce qui influence à leur tour le jeu et permet d'éviter une répétition traumatique stérile. C'est de notre créativité que dépend, en partie, la relance de l'activité imaginaire. Cette créativité permet le maintien de l'aire de symbolisation et du cadre.

La posture réceptive du thérapeute permet de recevoir les identifications projectives : c'est la fonction conteneur décrit par René Kaës et Wilfred Ruprecht Bion[73]. En éprouvant ces projections et en les réfléchissant, on restitue à l'enfant un matériel symbolisé, intégrant ces angoisses. Ce matériel est réfléchi avec nos bases théoriques et notre rêverie et est partagé aux enfants lors des temps de discussion.

En réintroduisant la parole, le jeu dramatique est une véritable aire de symbolisation secondaire et en donnant du sens à leurs difficultés, on donne du sens à leur existence.

d. L'imaginaire

Dans cet espace, c'est à travers l'imaginaire que les enfants déploient une partie de leur monde interne. Or tous les enfants n'ont pas accès facilement à cet imaginaire. La médiation permet alors de faciliter cet accès à son monde interne et

[73] P. Privat, D. Quelin-Souligoux, 2005.

d'aider l'enfant à le développer par le biais de la créativité. Il faut du temps pour que les enfants se sentent assez en sécurité dans le groupe pour partager leur imaginaire. Cette confiance au groupe est favorisée par le non-jugement de la prise en charge. L'enfant se permet d'être plus spontané. Dans le cadre du groupe, les enfants peuvent insulter, dire des choses négatives et morbides. Ensemble, nous pouvons ensuite en parler. Parfois, les enfants ont imaginé des scènes très violentes, comme le suicide, la mort, l'enterrement. On voit de quelle manière ces situations les interrogent et les préoccupent. La médiation permet ici une mise en sens et une tentative de compréhension.

Dans d'autres situations, il s'agit de stimuler l'activité fantasmatique, lorsqu' elle nous semble pauvre ou limitée. Dans ces situations, les improvisations sont davantage guidées : pour Mélissa, nous essayons de proposer des situations autres que scolaires ou enfantines. Parfois, les enfants donnent l'impression de ne pas penser ou de s'empêcher de penser et de développer leur imaginaire. Quand nous essayons d'amener Dylan à la réflexion, son trouble psychomoteur est plus envahissant et Dylan est inattentif. Quant à Mélissa, de plus en plus volontaire pour participer, elle reste encore parfois dans une description des scènes, relevant les incohérences mais sans faire de lien avec une réflexion plus personnelle.

En passant par l'imaginaire, c'est aussi les capacités à penser qu'on cherche à encourager. On observe davantage de spontanéité, de fluidité et de flexibilité quant au discours des enfants, surtout durant les jeux de l'échauffement. Il semble alors qu'en favorisant les capacités fantasmatiques, on favorise certains processus cognitifs. Il faut trouver un juste équilibre entre le déploiement de l'imaginaire et le monde interne sans tomber dans une répétition stérile et la diversification de l'imaginaire sans empêcher l'enfant de partager son monde interne.

e. Le « spectacteur »

Au fil de la prise en charge, les enfants, et particulièrement Mélissa, ont investi la place de spectateur. Dans les improvisations, les acteurs offrent un spectacle original qui met le spectateur « en résonance avec l'être en jeu, avec le jeu de la présence qu'on a tenté de représenter. » [74]

---

[74] D. Sibony, 1997, p. 181.

Lors de la représentation, les espaces potentiels des acteurs et des spectateurs se chevauchent. Cette résonnance entre les imaginaires de chacun a été flagrante lors de certaines scènes : scènes de tension ou au contraire amusantes qui captaient toute l'attention des enfants. Ce chevauchement permet alors un travail de représentation et de mentalisation, repris ensuite avec tout le groupe.

Dans cette posture attentive et perceptive, la scène offre un miroir et des modèles identificatoires bien différents. On retrouve ici l'intérêt du groupe à travers les identifications projectives.

Etre spectateur c'est être « spectacteur » comme l'écrit D. Sibony. C'est une posture active d'attention et de perception qui met en jeu les processus de symbolisation et de mentalisation. Ces processus favorisent la construction identitaire car « l'identité du spectateur est *entre-deux* ; il cherche le jeu qui lui ouvre l'identité. »[75]

A travers ces différentes particularités du groupe à médiation théâtrale, on mobilise des éléments relationnels, expressifs, imaginaires, affectifs et intellectuels. Ces éléments favorisent le sentiment d'une identité propre et contribuent à former la personnalité. L'enfant, plus stable dans ses assises identitaires, peut ainsi s'ouvrir au monde social.

3. Le trouble psychomoteur

Dans ce mémoire, je me suis intéressée aux difficultés relationnelles et identitaires chez des enfants présentant un trouble psychomoteur. Mais d'autres aspects des troubles ont également été travaillés.

L'instabilité

Les capacités attentionnelles ont été développées, notamment dans la posture de spectateur, ce qui permet aux enfants d'être plus vigilants pendant les différentes activités. On peut à présent faire durer des jeux ou des saynètes un peu

[75] D. Sibony, 1997, p. 190.

plus longtemps sans risquer de perdre l'attention des enfants ou de les fatiguer. Le cadre et les jeux plus ou moins réglementés ont motivé une maîtrise de soi et une régulation tonico-gestuelle, atténuant quelque peu l'agitation et l'impulsivité. Cette nécessité de maîtrise et de contrôle s'est également répercutée sur la sphère psychoaffective, diminuant les débordements agressifs.

L'inhibition

La médiation a soutenu le développement de l'expressivité corporelle et des capacités relationnelles, même si celles-ci restent fragiles. Elle a favorisé l'aisance corporelle. Dans le soutien de l'activité fantasmatique, elle a favorisé la capacité à penser. Et en favorisant la confiance en soi, l'expressivité verbale a été libérée.

De plus, dans le groupe à médiation théâtrale, en mettant en jeu des processus créatifs et fantasmatiques, on mobilise des processus cognitifs et intellectuels. On peut alors espérer qu'en favorisant les capacités relationnelles, créatives, cognitives et en diminuant le trouble psychomoteur, des répercussions positives pourront avoir lieu sur la sphère des apprentissages, problématique chez ces enfants.

« Bien entendu, nous préférerions que le parcours […] du jeune dont nous avons la charge soit linéaire, allant régulièrement de progrès en progrès, mais c'est rarement le cas. Il s'agit plutôt d'un parcours sinusoïdal, fait d'avancée et de reculs. […] ce qui constitue apparemment un échec n'est qu'une étape dans un parcours de vie […] »[76]

Jacques Lecomte

[76] J. Lecomte, 2004, p. 50.

C-COMPRENDRE LES DIFFICULTES

L'évolution des enfants qui n'a pas été linaire et qui reste encore fragile, m'a longtemps paru faible au regard de la durée de la prise en charge. J'ai donc tenté de comprendre d'où venaient les difficultés et les freins à cette évolution.

1. Les particularités de la prise en charge

Les singularités de la prise en charge ont parfois été compliquées à gérer. Dans une prise en charge, l'enfant et le thérapeute représentent chaque pôle de la relation thérapeutique. Or, dans cette prise en charge groupale, nous avons dû nous engager dans plusieurs relations thérapeutiques en même temps, de par la multiplicité des thérapeutes et des enfants. Nous avons donc dû faire preuve d'une adaptation constante afin d'être disponibles, physiquement et psychiquement. Le psychomotricien se doit d'un engagement corporel et émotionnel respectant un subtil équilibre distance thérapeutique, proximité physique et implication émotionnelle. Ce sont dans ces conditions que le psychomotricien investi, dans la médiation, peut répondre de manière adaptée au besoin du patient et l'accompagner dans sa problématique. Mais face à la problématique des enfants, ceci n'était pas toujours aisé.

Le groupe ouvert a nécessité de reposer explicitement, régulièrement, le cadre thérapeutique, de réorganiser les propositions pour intégrer les nouveaux enfants, sans pour autant oublier l'évolution des autres. A chaque fois, nous avons dû encourager la dynamique de groupe, favoriser l'inclusion des enfants et être sensibles aux conséquences chez les autres de la nouvelle rencontre.

Le comportement des enfants a été et est encore parfois dur à gérer. L'agressivité et la violence dirigée vers nous ou vers eux-mêmes, en se cognant, partout, renvoie notre impuissance. Trouver le juste milieu afin qu'ils puissent déposer leur violence dans les limites du cadre n'a pas été aisé. Il faut également gérer cette violence vis-à-vis des autres enfants.

La pauvreté imaginaire des enfants et leur difficulté à faire-semblant ont rendu difficile certaines séances. Dans ces situations, il fallait trouver le juste équilibre entre étayage des enfants en leur proposant des idées, tout en leur laissant

une liberté sans chercher à trop guider le jeu. Il y a une sorte de deuil à faire de la part du thérapeute, deuil de l'enfant imaginaire vers lequel on veut porter l'enfant.

2. L'investissement de la famille

La prise en charge d'enfants nécessite l'engagement et l'investissement actif des parents. Dans notre situation, il s'agissait pour les parents de se rendre disponibles pour d'éventuels rencontres avec la psychomotricienne, en plus des consultations, et surtout de l'accompagnement régulier des enfants. Par deux fois au cours de l'année, nous avons été confrontés à l'arrêt de la prise en charge au sein du groupe et du CMP. Dans les deux cas, cet arrêt a été soudain et n'a pas pu être préparé convenablement pour les enfants restants et pour les enfants partants. Pour les enfants qui restent, ces arrêts provoquent de l'incompréhension que nous essayons d'expliquer au mieux. Pour les enfants qui partent, il s'agit d'une rupture et on ne sait pas comment celle-ci leur est présentée. Nous avons dû accepter et nous adapter au départ de ces enfants. Il a fallu mettre de côté notre point de vue, et notre profonde conviction de la nécessité de la prise en charge pour ces enfants. Il faut donc accepter de ne pas être tout-puissant, de ne pas porter seul la prise en charge. La prise en soin est une triade entre l'enfant, sa famille et le psychomotricien : chaque pôle doit intégrer et participer, à sa manière, au projet thérapeutique.

La prise en charge est également mise à mal par la discontinuité. Depuis son arrivée au sein du groupe, jusqu'en mars, Dylan a régulièrement été absent à cause de difficultés organisationnelles. Même si à présent, une solution a été trouvée, l'absence à de nombreuses séances a freiné son investissement et son évolution au sein du groupe.

Il faut aussi pouvoir garder en tête le désir et la volonté des parents, tout en mettant une certaine distance. Beaucoup de familles viennent en consultation au CMP à cause des difficultés scolaires de leurs enfants. Il est difficile de leur faire prendre conscience de la présence d'autres difficultés et de la nécessité d'une prise en charge où on ne va pas tenter de résoudre en première intention les difficultés d'apprentissage. Il faut essayer d'expliquer que certains facteurs gênants les apprentissages sont autres et que c'est autour de ceux-ci que nous allons travailler en psychomotricité. Il nous faut garder en tête ce désir parental car il pèse sur

l'enfant. Sujet tabou pour Matéo ou sujet récurrent pour Mélissa, le monde de l'école plane au-dessus de la prise en charge.

Comme le présente H. Wallon, l'environnement influence le développement de l'enfant. Les difficultés socio-familiales pèsent donc sur celui-ci. Elles influencent ses difficultés et le trouble psychomoteur. Dans la prise en charge, avoir ce lien à l'esprit a permis de comprendre certains comportements des enfants et de nous adapter. Par exemple, à partir du moment où Dylan n'était plus accompagné par son père (en semi-liberté), il a été plus distrait et un peu moins présent au groupe. Cela nous a permis d'adapter nos propositions et d'agir de manière plus étayante et cadrante. De même, les garçons du groupe recherchent régulièrement l'attention, l'appui ou l'échange dans le jeu avec le psychologue. Cela peut être mis en lien avec le milieu familial où se retrouve une problématique au niveau paternel (maladie, absence, etc.).

3. Ma place

Il m'a fallu un peu de temps afin de trouver ma place dans cette médiation et cette cothérapie. J'ai peu à peu pris confiance et partager mes réflexions devant l'expérience de la psychomotricienne et du psychologue. Dans le cadre de la thérapie psychomotrice, réfléchie pour certains enfants comme un premier pas vers la psychothérapie, j'ai dû m'habituer à un langage plus psychanalytique sans oublier mon propre regard de stagiaire.

Au fil du temps, la psychomotricienne m'a laissé proposer les échauffements, ce qui a conforté ma place et mon rôle dans la prise en charge. Auprès des enfants, j'ai pu prendre une posture plus cadrante et j'ai senti que cela me permettait de prendre, aux yeux des enfants, une place de soignante. Cela a été très formateur car cela nécessite de trouver chaque semaine de nouvelles idées cohérentes avec les possibilités des enfants. J'ai ainsi pu développer ma créativité. J'en discutais ensuite avec la psychomotricienne avant les séances et celle-ci m'aidait à ajuster les propositions. Au fil du temps, j'ai ainsi pu davantage prendre une posture de future psychomotricienne que de stagiaire.

Le débriefing avec les cothérapeutes a permis de mettre à jour des éléments de contre-transfert. Et c'est aussi en discutant des prises en charge avec ma référente de mémoire que j'ai pu réfléchir continuellement à la juste distance avec

les enfants. Avec Matéo, reposer régulièrement le cadre me donnait l'impression d'être continuellement derrière lui. J'avais l'impression de lui refaire vivre dans le groupe ce qu'il vivait à l'extérieur : remontrance et rejet. Le fait de pouvoir en parler avec les enfants puis au débriefing m'a permis de comprendre l'utilité du cadre pour cet enfant, tout en étant assez souple pour ne pas le brimer ou à l'inverse, lui laisser trop de liberté en le laissant provoquer et perturber le groupe. De plus, en mobilisant mon attention sur Matéo, j'avais l'impression de mettre de côté les autres enfants.

J'ai également pensé à la notion de résilience auprès de Sarah et Laura, qui avaient chacune vécu un traumatisme durant leur enfance : décès de la mère pour la première et inceste pour le deuxième. Cela a été particulièrement frappant pour Sara qui a parlé du décès de sa mère pendant un temps de discussion. Elle s'est exprimée calmement et a fait du lien avec le jeu qui venait de se dérouler. Auprès des autres enfants, j'ai gardé cette notion à l'esprit : pouvoir être un repère solide et empathique tout en le laissant se développer à sa manière et renforcer l'estime de soi. Je n'ai volontairement pas développé plus amplement ici cette piste de réflexion, cependant il me semble primordial de prendre en considération la notion de résilience dans la prise en charge d'enfants en difficultés sociales ou familiales. C'est pourquoi je reste sensible à cette notion dans la continuité de mon travail avec les enfants du groupe.

CONCLUSION

Si l'évolution des enfants est encore fragile, leurs progrès ont montré que la prise en charge en groupe d'expression théâtrale a tout son sens. Les particularités de la médiation théâtrale ont permis de développer les capacités relationnelles et de soutenir le déploiement d'une identité propre, chez des enfants dont le trouble psychomoteur perturbait le développement. De plus, le groupe à médiation théâtrale a eu des effets positifs sur le trouble psychomoteur dans sa globalité, en diminuant d'autres de ces manifestations.

Les capacités relationnelles et cognitives mobilisées dans la prise en charge sont indispensables à la période de latence. Je continue donc de m'interroger sur les répercussions de la prise en charge sur les apprentissages. En effet, en favorisant la confiance en soi et en mobilisant ces diverses capacités, on peut espérer des conséquences positives au niveau des apprentissages et de l'investissement de la sphère scolaire.

En tentant de cerner et de dépasser les difficultés du groupe, la nécessité d'établir une alliance thérapeutique avec les familles s'est imposée. En effet, certains enfants évoluent dans un cadre familial ou social difficile, ce qui majore ses difficultés et entrave la prise en charge. Cette alliance thérapeutique est donc nécessaire pour comprendre la dynamique familiale qui pèse sur l'enfant, mais également pour des raisons plus pratiques pouvant mettre à mal la prise en charge.

Ce mémoire a accompagné l'évolution du groupe ainsi que la mienne. Les aller-retour entre écriture et prise en charge ont modifié et affiné mon travail auprès des enfants. Le réaliser m'a permis de trouver la juste distance thérapeutique, d'interroger régulièrement les intérêts de la prise en charge et d'en cerner les enjeux psychomoteurs. J'ai appris à accepter que l'évolution des enfants n'est pas linéaire et aussi fluide qu'on pourrait l'espérer. Il faut parfois accepter de revenir à des objectifs moins ambitieux mais éminemment essentiels pour l'enfant et son développement. Toutes les réflexions induites par ce travail d'écriture ont accompagné mon passage de la posture d'étudiante à celle de professionnelle. J'ai expérimenté le travail pluridisciplinaire et la diversité des postures du psychomotricien au travers du holding psychomoteur. J'en retiens la primordiale adaptabilité du psychomotricien, au travers de la médiation mais aussi dans ses propres manières d'être.

BIBLIOGRAPHIE

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

ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F. (2004), *Corps et psychiatrie* (2e édition), Heures de France.

BALLOUARD C. (2011), *L'aide-mémoire de psychomotricité* (2e édition), Paris, Dunod.

BERGER M. (1999), *L'enfant instable, approche clinique et thérapeutique*, Paris, Dunod.

BIRRAUX A. (2011), *Psychopathologie de l'enfant* (3e édition), Paris, In Press.

BOAL A. (2004), *Jeux pour acteurs et non-acteurs*, Paris, La Découverte, 1978.

CHATEAU J. (1979), *Le jeu de l'enfant* (7e édition), Paris, Librairie Philosophique.

COHEN D., MARCELLI D. (2012), *Enfance et psychopathologie* (9e édition), Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

COURBERAND D. (2010), Les groupes thérapeutiques en psychomotricité, *Thérapie psychomotrice*, n°163, p. 88-95.

DESOBEAU F. (2008), *Thérapie psychomotrice avec l'enfant*, Ramonville Saint-Agne, Erès.

DIATKINE R. (1971), Psychomotricité et psychiatrie d'enfants, *L'information psychiatrique*, vol. 47, p. 497.

DUMAS J. (2013), *Psychopathologie de l'enfant et l'adolescent* (4e édition), Bruxelles, De Boeck.

FORGET J-M., BERGES-BOUNES M. (2010), *L'enfant insupportable, instabilité motrice, hyperkinésie et trouble du comportement*, Paris, Erès.

GARCIA-FONS T. (2008), Psychanalyse et pédagogie, une tension fructueuse Exemple de l'apport de la psychanalyse à la compréhension de l'inhibition intellectuelle, *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n° 72, p. 19-24.

GATECEL A. (2004), *L'imaginaire*, Paris, Bayard.

GOLSE B. (2008), *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, 4e édition, Paris, Elsevier Masson.

HILION A. (2011), La psychomotricité en gériatrie, Axe corporel et identité du sujet âgé, *Evolutions psychomotrices*, Vol 23, n°93, p. 159-162.

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

JOLY F., LABES G. (2009), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité,* Vol 2, Neuilly-Plaisance, Papyrus.

LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (2011) (2007) (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF (Presses Universitaires de France), Paris.

LECOMTE J. (2004), *Guérir de son enfance*, Paris, Odile Jacob.

MILLAR S. (2002), *La psychologie du jeu, chez les enfants et les animaux*, Paris, Payot, (1979).

OBERLE D. (1989), *Créativité et jeu dramatique*, Paris, Méridiens Klincksieck.

PAGE C. (2001), Une activité de jeu dramatique dans la formation des futurs enseignants, *Connexions*, n°75 p. 173-184.

PIREYRE E. (2011), *Clinique de l'image du corps*, Paris, Dunod.

PONCE DE LEON E. (2008), Le corps en jeu, La psychanalyse et la psychomotricité réunies dans une technique conjointe pour le traitement des enfants, *Contraste*, N° 28-29, p. 105-128.

POTEL C. (2010), *Psychomotricité : entre théorie et pratique* (3e édition), Paris, In Press.

PRIVAT P., QUELIN-SOULIGOUX D. (2005), *Travailler avec les groupes d'enfants*, Paris, Dunod.

QUENTIN M. (2006), *Agressivité et jeu dramatique*, mémoire de psychomotricité, IFP Pitié-Salpêtrière.

SIBONY D. (1997), *Le jeu et la passe*, Paris, Seuil.

WALLON H. (2006), *L'évolution psychologique de l'enfant*, Paris, Armand Collin, (2002).

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

WINNICOTT, D. W. (1957), *L'enfant et le monde extérieur*, Paris, Payot.

Résumé

La psychomotricité offre une grande diversité de médiations, dont la médiation théâtrale est un exemple. Ce mémoire s'intéresse à un groupe d'expression théâtrale en psychomotricité, composé d'enfants entre 7 et 8 ans, dans un Centre Médico Psychologique. Ce groupe accueille des enfants aux problématiques diverses, en difficultés socio-familiales, en difficultés scolaires, etc. Ce mémoire s'intéresse particulièrement à la pertinence d'un tel groupe pour des enfants inhibés et instables. A travers des observations cliniques, il interroge le trouble psychomoteur et les difficultés communes aux enfants instables et inhibés. Il engage ensuite une réflexion sur les particularités de la médiation qui permettent leur résolution et revient sur les difficultés de la prise en charge.

Mots clés

inhibition psychomotrice – instabilité psychomotrice - médiation théâtrale– groupe – psychomotricité – identité - relation

---

Summary

Psychomotor therapy offers a variety of mediations, including theatrical mediation. This dissertation focuses on a group of theatrical psychomotor therapy at a Psychological Medical Centre for children between 7 and 8 years old. This group includes children with various issues, social and family difficulties, school problems, etc… This dissertation is particularly interested in the relevance of such a group for inhibited and unstable children. Through clinical observations, it queries the psychomotor disorder and the common difficulties between unstable and inhibited children. Finally, it reflects on the specific elements of the mediation that resolve the children's difficulties, before going over the difficulties of caring for these children.

Keywords

psychomotor inhibition - psychomotor instability – theatrical mediation – group - psychomotor therapy – identity - relation