

Être(s) ensemble(s) : la construction psychocorporelle grâce au groupe psychomoteur

Clémence Auberval

► **To cite this version:**

Clémence Auberval. Être(s) ensemble(s) : la construction psychocorporelle grâce au groupe psychomoteur. Médecine humaine et pathologie. 2015. <dumas-01187611>

HAL Id: dumas-01187611

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187611>

Submitted on 27 Aug 2015

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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital - 75634 Paris Cedex 14



Etre(s) ensemble(s)

La construction psychocorporelle grâce au groupe psychomoteur

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

Référent de Mémoire :
Ingrid Zammouri

Session Juin 2015

Remerciements

Je remercie d'abord les enfants de mon stage, Florian et David, pour avoir participé à l'élaboration de ma clinique.

Je remercie Madame Zammouri Ingrid, maître de mémoire, pour ses relectures et annotations.

Je remercie Adrien et Pascale, maîtres de stages de ma troisième année, qui m'ont orienté, guidé et conseillé dans la clinique et dans l'écriture de mon mémoire.

Je remercie tous les maîtres de stages et les professeurs qui font ce que je suis devenue.

Je remercie Valentine, *because my english is poor*.

Je remercie Dominique, ma mère, pour sa relecture attentive et son encouragement dans les doutes comme dans les réussites.

Je remercie Matthieu, pour son soutien de tous les jours.

Je remercie Claire, Héloïse, Lucie, Mélissa, la bande des folles furieuses pour ce qu'on a vécu ensemble pendant trois ans.

Je remercie également tous mes proches, qui m'ont soutenue de près ou de loin, dans l'élaboration de ce mémoire.

Merci !

SOMMAIRE

Introduction	6
PARTIE CLINIQUE	7
I. L'institution	8
A) <u>Présentation de l'institution</u>	8
B) <u>La psychomotricité</u>	9
C) <u>Ma place de stagiaire</u>	10
II. Le groupe voyage en tissus	11
A) <u>Présentation du groupe</u>	11
1) <i>Le cadre</i>	11
2) <i>Le déroulement des séances</i>	11
B) <u>Ma place au sein du groupe</u>	12
C) <u>La présentation des enfants</u>	13
1) <i>Florian</i>	13
2) <i>David</i>	14
D) <u>L'histoire du voyage</u>	15
1) <i>Les premières rencontres</i>	15
2) <i>L'intégration du cadre</i>	17
3) <i>Les tensions, la maîtrise de David</i>	18
4) <i>Les stéréotypies et autostimulations de Florian</i>	20
5) <i>Les moments de jeu, le départ pour un voyage</i>	22
6) <i>Les moments de groupe</i>	25
7) <i>L'imitation des enfants</i>	26
8) <i>L'incidence des absences</i>	27
9) <i>Une séance particulière</i>	28
10) <i>Les évolutions et conclusions</i>	30
PARTIE THEORIQUE	33
I. Le groupe et les phénomènes de groupe	34
A) <u>Le groupe</u>	34
1) <i>Etymologie</i>	34
2) <i>Les différents groupes</i>	35
B) <u>Les groupes thérapeutiques</u>	37
1) <i>Historique des groupes thérapeutiques</i>	37
2) <i>Les approches sociologiques</i>	38
3) <i>Les psychothérapies</i>	39
C) <u>Les phénomènes de groupe</u>	43
1) <i>L'illusion groupale</i>	43
2) <i>Les fantasmes de casse</i>	44
3) <i>Les manifestations d'angoisses archaïques</i>	44
4) <i>Cinq organisateurs psychiques inconscients du groupe</i>	44
D) <u>Le cadre du groupe</u>	45
1) <i>Groupe ouvert - groupe fermé</i>	46
2) <i>Le nombre de thérapeutes</i>	46
3) <i>Les modalités de prise en charge</i>	46
4) <i>Le choix du médiateur</i>	47
II. La construction psychocorporelle	48
A) <u>D'un point de vue cognitif : les stades de Piaget</u>	48

B) <u>D'un point de vue affectif</u>	50
1) <i>L'attachement</i>	50
2) <i>La sexualité infantile selon Freud</i>	51
C) <u>D'un point de vue psychomoteur</u>	53
1) <i>Le tonus</i>	53
2) <i>La représentation corporelle : schéma corporel et image du corps</i> .	54
3) <i>L'organisation spatio-temporelle</i>	55
4) <i>L'axe corporel</i>	56
D) <u>L'intersubjectivité</u>	57
III. Enveloppe psychique, enveloppe groupale	58
A) <u>Enveloppe psychique</u>	58
1) <i>Le Moi-Peau</i>	58
2) <i>L'enveloppe psychique</i>	59
B) <u>Enveloppe groupale</u>	60
DISCUSSION	61
I. Le groupe : cadre - médiateur - médiation ?	62
A) <u>Le cadre thérapeutique</u>	62
1) <i>Le cadre du groupe</i>	62
2) <i>La contenance</i>	62
B) <u>Médiateur - Médiation</u>	63
1) <i>Le médiateur</i>	63
2) <i>La médiation</i>	64
C) <u>L'approche psychomotrice</u>	65
1) <i>De l'individuel de groupe</i>	65
2) <i>Les items psychomoteurs dans le groupe</i>	65
3) <i>La théorie de l'étayage de Suzanne Robert-Ouvray</i>	67
II. Le baluchon, le groupe : des enveloppes	69
A) <u>Les tissus, une seconde peau</u>	69
1) <i>Le portage</i>	69
2) <i>L'appui-dos</i>	70
3) <i>Le coucou-caché</i>	72
4) <i>L'enveloppe psychique</i>	72
B) <u>L'enveloppe groupale</u>	73
III. Ensembles mais différenciés	75
A) <u>Vivre ensemble</u>	75
1) <i>La socialisation</i>	75
2) <i>Le non, un organisateur psychique</i>	76
3) <i>La tolérance à la frustration</i>	77
4) <i>L'incidence de l'institution dans la frustration</i>	78
B) <u>Jouer ensemble</u>	78
1) <i>Le jeu spontané</i>	78
2) <i>Jouer c'est être séparé</i>	79
3) <i>De l'illusion au début du symbolisme</i>	80
C) <u>L'individuation</u>	81
1) <i>La question des places</i>	81
2) <i>La différenciation</i>	82
3) <i>L'accès à l'autonomie</i>	83
Conclusion	85
Bibliographie	

Introduction

Nous avons tous vécu une expérience de groupe. Dans le développement de la vie, chaque personne est concernée par la communauté. Actuellement, les prises en charge collectives suscitent un vif intérêt auprès des institutions. De l'éducation à la rééducation, je me demande si ces groupes sont créés dans un attrait du développement de cette prise en charge. Cet intérêt pour ces nouveaux modes de prise en charge répondrait à des besoins, demandes des patients, et des soignants, ou à des raisons d'ordre socio-économique.

Avec le recul, j'ai effectué beaucoup, presque que, des prises en charge en groupe, lors de mes stages. Je me suis alors interrogée sur mon propre intérêt pour cette prise en charge. J'ai moi-même vécu des expériences de groupe. Lors de celles-ci, j'ai eu l'impression d'y laisser une part de mon identité au profit du collectif. Il me paraît alors important de m'interroger sur les groupes de psychomotricité. L'observation clinique menée au cours de ma formation m'amène à la réflexion sur les conséquences d'un groupe thérapeutique sur l'identité des enfants.

J'ai alors formulé plusieurs hypothèses concernant la construction psychocorporelle des enfants dans le groupe psychomoteur. Le groupe en tant que cadre, ou médiation, aiderait à la construction psychocorporelle. Les enveloppes psychiques semblent renforcées, grâce à la contenance du groupe. Des processus de différenciation émergeraient de cette prise en charge.

Ce mémoire clinico-théorique commencera d'abord par la clinique. Je présenterai mon lieu de stage, la place de la psychomotricité et ma place de stagiaire. D'après mes observations, j'ai pu extraire l'essentiel de l'évolution des enfants, pris en charge dans un groupe de psychomotricité, en regard de mon questionnement. Pour éclairer la clinique présentée, je définirai ensuite, la notion du groupe ainsi que la construction psychocorporelle de l'enfant. Enfin, je discuterai des moyens mis en place pour parvenir à la construction des enfants, lors de cette prise en charge groupale.

PARTIE CLINIQUE

I. L'institution

A) Présentation de l'institution

Le centre thérapeutique de jour est un hôpital de jour géré par une association (loi 1901). Il est soumis aux réglementations propres au sanitaire. Les troubles pris en charge au centre thérapeutique de jour sont en majorité des troubles du développement psychologique, des troubles du comportement. La référence diagnostique est la Classification Internationale des Maladies 10 (CIM 10). Le projet thérapeutique de l'établissement est mis en œuvre sous la responsabilité technique d'un médecin psychiatre. La prise en charge est plutôt psychothérapique, avec une approche multidimensionnelle. Elle comporte une dimension éducative, pédagogique et permet aussi l'accompagnement des parents.

Cet hôpital de jour accueille jusqu'à quarante enfants, répartis en groupes en fonction de leur âge. Un groupe de petits, de 4 à 6 ans et deux groupes de grands de 7 à 14 ans, sont accueillis à temps partiel sur des demi-journées. Ils sont pour la plupart scolarisés à l'extérieur. Les enfants bénéficient de temps pédagogiques, éducatifs et de divers ateliers dans le groupe, ensemble ou en individuel, mais aussi des temps de prise en charge en thérapie. Chacun des groupes dispose de locaux spécifiques, aménagés sur le mode d'une habitation à caractère familial. Ces habitations sont réparties au sein de l'hôpital de jour qui contient les bureaux administratifs, les salles de prises en charge paramédicales, le réfectoire et la cour.

Les enfants sont encadrés par des équipes pluridisciplinaires composées de psychiatres, psychologues, chef de service, éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants, orthophoniste, psychomotricien, infirmière, assistant social, secrétaire médicale et de direction. L'équipe soignante des différents groupes se réunit une fois par semaine en réunion de synthèse. Ces réunions de synthèse permettent d'aborder l'évolution des enfants. Il s'agit d'un échange entre les différents professionnels où sont évoqués les progrès et les difficultés de l'enfant rencontrés au cours de sa prise en charge. Cette approche permet

d'avoir une vision globale de chaque enfant. La réunion permet aussi de discuter du fonctionnement du groupe, des entrants et des sortants.

Les demandes d'admissions dépendent de l'intersecteur. Un échange avec les familles est établi après l'orientation du CMP, de la PMI de secteur. L'équipe décide ensemble d'une possible admission en proposant à la famille un temps d'observation sur le groupe des enfants correspondant à l'âge. L'admission est ensuite officialisée ultérieurement avec le chef de service, le responsable du groupe, le médecin directeur, l'assistant social, l'infirmière et la famille. Sont alors discutés les modalités d'admission, le nombre de demi-journées, de repas, le transport de l'enfant.

B) La psychomotricité

La psychomotricité s'inscrit aussi dans une dimension thérapeutique au sein de cet hôpital de jour. Les professionnels paramédicaux fonctionnent un peu comme des satellites. Nous n'appartenons pas à un groupe en particulier, nous travaillons à l'extérieur du lieu de vie des enfants, tout en étant parfois invités à l'intérieur. Le psychomotricien bénéficie ainsi d'une salle dédiée, avec tout le matériel nécessaire.

Après chaque admission, un bilan psychomoteur de l'enfant est réalisé, afin d'observer son développement psychomoteur, ses capacités et ses difficultés. Les bilans des enfants déjà présents sur l'hôpital de jour sont réalisés en début d'année scolaire. Pour les enfants entrants en cours d'année, un créneau spécifique leur est réservé. Face aux troubles des enfants, et en fonction de leur âge, le bilan psychomoteur contient quelques tests standardisés mais surtout une grille d'observation que le psychomotricien s'est créée.

Les indications sont discutées en synthèse, après présentation des conclusions de bilan, en fonction de la problématique et des besoins de l'enfant. De même, lors des réunions de synthèse, le psychomotricien est invité à partager l'évolution des enfants en séance et les prochains objectifs à

travailler. Les prises en charge peuvent s'effectuer en individuel ou en groupe en accord avec le projet thérapeutique de l'enfant.

C) Ma place de stagiaire

Ma place de stagiaire peut se lire à différents niveaux, au sein de l'institution, dans le rapport avec le personnel et les enfants, lors de mon implication en séance. Ma place est donc différente suivant mon positionnement face aux situations.

J'ai été présentée lors de mon arrivée aux différents personnels administratifs ainsi qu'aux différents professionnels de chaque groupe. Cependant, du fait de notre position satellite, il est difficile de se faire connaître, d'échanger avec les éducateurs, les psychologues des groupes. Nous ne participons pas à la vie des groupes. C'est donc à moi de me faire connaître. Lorsque nous venons chercher un enfant en séance, je ne manque pas de me présenter aux enfants qui ne me connaissent pas, de m'intéresser aux enfants que je ne prends pas en charge. Ainsi, les enfants m'ont bien repérée comme la stagiaire et m'associent assez facilement à mon maître de stage. En séance, je suis à la fois observatrice et actrice. Je participe activement à la prise en charge des patients, dans un travail presque de co-thérapie avec mon maître de stage.

II. Le groupe voyage en tissus

A) Présentation du groupe

Le groupe est appelé « Voyage en tissus » en référence au médiateur utilisé, les tissus, mais aussi à l'appui sur le texte théorique¹ qui a pu inviter mon maître de stage à émettre le projet d'un tel groupe.

1) *Le cadre*

La salle utilisée est en dehors du lieu de vie des enfants et n'est pas la salle de psychomotricité. Elle est neutre, elle comporte des miroirs cachés par des rideaux. Seulement le matériel, les tissus et le parachute, sont apportés. Les séances sont hebdomadaires, le vendredi matin, elles durent une heure et se déroulent sur l'année scolaire. Le groupe est un groupe fermé, ce sont toujours les même enfants, avec les même encadrants. Le groupe est composé de deux enfants, Florian et David, et de trois adultes, le psychomotricien, l'éducatrice spécialisée, et moi.

2) *Le déroulement des séances*

Les séances se déroulent toujours de la même façon : le psychomotricien et moi venons chercher les enfants et l'éducatrice spécialisée pour le groupe. Ils prennent leur photo de l'activité sur leur emploi du temps. Nous nous dirigeons dans la salle, là, les enfants accrochent la photo du groupe, puis tout le monde enlève ses chaussures. Nous distinguons deux temps au cours de la séance.

D'abord un temps de jeu, d'exploration autour des tissus. Les tissus sont disposés dans un baluchon fermé, posé sur le sol. Les enfants sont invités à ouvrir le baluchon et à jouer avec les tissus. Le jeu avec les tissus y est

¹ Bruchon M. & Savary M. (2008).

spontané, nous nous servons des propositions de l'enfant. Nous pouvons alors les relancer, les modifier ou les soutenir. L'utilisation de tissus comme sert de support et de soutien des expériences sensori-motrices, relationnelles, de jeu. Puis nous travaillons dans un temps plus calme, autour d'un parachute. Ce dernier jeu permet de nous regrouper autour d'une activité commune.

Un temps post-groupe avec le psychomotricien, l'éducatrice spécialisée et moi est ensuite réservé. Du fait des professions et des personnalités de chacun, nous avons tous un point de vue différent sur ce qui se passe dans le groupe. En effet, l'éducatrice spécialisée n'a pas eu la même formation théorique. Ses objectifs sont différents et sont surtout à visée éducative. Ce temps post-groupe permet de discuter de ce qui s'est déroulé, de partager nos ressentis, de développer l'imaginaire de chacun. Cette discussion est conservée sous formes de notes prises par le psychomotricien.

B) Ma place au sein du groupe

Dans le groupe « voyage en tissus » nous sommes trois adultes pour encadrer deux enfants. Nous pouvons faire de l'individuel dans le groupe, un petit sous-groupe à trois, ou être en groupe. Il peut m'arriver de jouer, de travailler seule avec un enfant, nous formons alors une dyade. Ainsi, nous nous retrouvons dans un schéma de prise en charge en individuel classique mais à l'intérieur d'un groupe, de « l'individuel de groupe. » Dans ce cas, je trouve qu'il est assez difficile de se rattacher au groupe, de faire du groupe. Nous pouvons aussi travailler en trio avec deux enfants, ou deux adultes. Une autre personne fait alors tiers, ce qui peut modifier la dynamique des échanges, du groupe. Nous essayons de favoriser les jeux, les échanges en groupe en le proposant aux enfants. Nous retrouvons ce temps de groupe aussi lors du parachute.

C) Présentation des enfants

Florian et David ont chacun des difficultés dans leur développement psychomoteur, leur communication et leur jeu. J'ai d'abord rencontré ces enfants sans connaître leur pathologie, je n'ai consulté leurs dossiers médicaux qu'après un certain nombre de séances. Je choisis de présenter rapidement Florian et David maintenant dans un souci de clarté, mais d'autres éléments peuvent apparaître au cours du récit de notre voyage.

1) *Florian*

Florian a 5 ans. Admis à l'hôpital de jour en février 2013, il présente un autisme typique évalué par l'échelle CARS². Un manque de contact par le regard vers 17 mois, l'un des premiers signes, a alerté la famille sur les troubles de Florian. Il ne répond pas à l'appel de son prénom et ne croise pas le regard de l'autre. Ce dernier est souvent instrumentalisé pour répondre à ses besoins. Florian ne communique pas par le langage. Il peut prononcer des mots mais ne les adresse à personne.

De plus, Florian ne bénéficie pas d'un environnement familial soutenant et contenant envers sa pathologie. Conçu dans un contexte d'absence de désir d'enfant, la naissance de Florian a éloigné les parents. Sa mère d'origine israélienne semble dépressive. Elle effectue beaucoup de voyages dans son pays d'origine, laissant son fils à son père. Son père, sur-occupé, semble être dans un certain déni des difficultés et des souffrances de son fils.

Dans un premier temps, le projet pour Florian correspond à un soin institutionnel. Florian est suivi en psychomotricité à l'extérieur de l'établissement depuis février 2012, il semblerait qu'à ce jour cette prise en charge externe à l'hôpital de jour soit arrêtée. Il présente un retard global et hétérogène de développement en particulier au niveau du langage réceptif.

² Childhood Autism Rating Scale = Echelle d'évaluation de l'Autisme Infantile

Depuis son admission, Florian a progressé, il est plus présent à l'autre mais sans pouvoir initier la relation. Il peut s'adresser à l'adulte. Florian a déjà participé l'année dernière au groupe Voyage en tissus, il a pu construire, chercher des appuis, des contenants et être en relation.

2) *David*

David, 4 ans et demi, a été admis à l'hôpital de jour en août 2013 pour des troubles manifestes du développement, notamment une absence de langage et de relations avec les autres enfants. Un diagnostic entrant dans les Troubles Envahissants du Développement a été posé en mai 2014. David présente des traits autistiques avec des difficultés de comportements : un sentiment de maîtrise et de toute puissance.

David a été hospitalisé en décembre 2013 pour la pose d'aérateurs trans-tympaniques (yoyos) qui sont tombés peu après. Il garde un seuil auditif de 20 décibels pour chaque oreille. A ce jour, l'audition est normale.

David est l'aîné d'une fratrie de deux garçons. Il semble jaloux de son frère né un an après lui. Il est beaucoup question des rapports père-fils, la mère bien qu'elle soit présente n'est pas mentionnée dans le dossier.

David a été admis dans l'objectif de l'aider à construire de façon plus solide sa personnalité et sa relation au monde extérieur. Un bilan psychomoteur basé sur l'observation a été réalisé à son arrivée sur deux séances. David présente donc un léger retard de développement psychomoteur, retard qui est d'autant plus important au niveau du langage. La relation avec David est difficile, il est hyper vigilant, reste dans la maîtrise et la toute-puissance. Il montre aussi des angoisses de séparation. L'investissement de l'espace au cours du bilan est restreint.

Depuis son admission, David a beaucoup progressé au niveau du langage : il dit bonjour, connaît le prénom des adultes et de certains enfants. Nous assistons à une explosion du langage où il utilise de plus en plus de mots. David

est en relation avec les adultes mais n'a pas de relation avec les enfants, il peut néanmoins les observer. Sa confiance dans la relation s'est améliorée.

Ces deux enfants ont donc été indiqués pour le groupe du fait de leur pathologie proche. De plus, ils se situent dans un même registre développemental, ils viennent tous les deux d'acquérir la propreté diurne. Ce groupe a donc pour objectif de les aider dans la découverte, ou le souvenir des sentiments d'enveloppe, de portage, de lien à soi et aux autres. Au cours du groupe, nous soutiendrons leur créativité, leur envie de jouer, et surtout de jouer ensemble.

D) L'histoire du Voyage

1) *Les premières rencontres*

Ce groupe est une première pour David, une découverte. C'est aussi une découverte pour moi. Pour Florian, déjà présent l'année précédente, la composition du groupe a changé, ce ne sont pas les mêmes enfants et en plus je suis là en tant que stagiaire. Je me demande d'ailleurs comment va fonctionner ce groupe, faut-il proposer des activités ou les laisser venir ? Comment vais-je réussir à faire ma place au sein des autres adultes ? Ces séances sont aussi l'occasion d'observer les réactions et les comportements de chacun. Nous expliquons donc les règles de vie du groupe, le principe des tissus, le déroulement des séances et les objectifs aux enfants. Florian a quelques souvenirs puisqu'il nous montre, nous demande le parachute utilisé en fin de séance.

David prend beaucoup de place dès la première séance. Il est très agité, excité et se lance dans une bataille de tissus. Il m'investit de suite. Je me sens intrusée par David, qui semble très tendu et excité, j'ai l'impression qu'il teste ma solidité tant physique que psychique pour faire face à ses angoisses. Dans le même temps, il me transmet sa tension, je perçois une certaine agressivité, un certain agacement chez moi. David semble dans un collage, une adhésion

avec moi. Au moment du parachute, il veut faire comme les adultes. Le parachute augmente l'angoisse, l'excitation de David, pour qui il est impossible de s'allonger dessus ou dessous. Il est très angoissé par l'éventualité de disparaître s'il se met dessous. L'utilisation du parachute est peut être nouveau pour David. Nous lui faisons donc, avec le psychomotricien, des pressions sur les jambes en nommant les différentes parties. L'accès au bassin est pour le moment impossible car les pressions à ce niveau provoquent des angoisses pour David.

Florian reste fixé sur le parachute qu'il a vu dès le début de séance. Il ne s'intéressera pas aux tissus, se saisissant uniquement des percussions osseuses que lui propose l'éducatrice spécialisée. Florian se saisit du parachute comme d'un hamac. Des échanges de regards sont possibles, dans un début de relation.

Cette première séance est l'occasion de se rencontrer avec les enfants mais aussi entre les professionnels. C'est une séance où nous apprenons à nous connaître. Les personnalités des enfants ainsi que leur pathologie sont un peu plus claires pour moi. Florian n'entre pas en relation. Il est en demande de sensations corporelles tactiles, vibratoires et vestibulaires. Il reçoit les stimulations qu'on lui propose. Florian peut dans ce cas être présent dans la relation. Il m'apparaît comme un enfant qui « coule », il est très hypotonique. David, lui, sollicite beaucoup mon attention et celle de l'adulte. Il est dans une maîtrise totale de ce qui peut lui arriver, et de ce qu'il doit arriver aux autres. Pour l'instant j'ai l'impression qu'il ne peut se détacher de moi. Je le ressens comme une indifférenciation adulte-enfant, il est dans une maîtrise des autres.

La seconde séance est différente, j'ai l'impression qu'il ne se passe rien. Les enfants ne nous apportent pas de matière à rebondir sur un jeu, sur une proposition. Ils ne peuvent pas encore nous amener leur envie de jeux. Cette séance m'a ennuyée. Le groupe semble subir un moment de flottement sans savoir quoi faire avec les tissus. Le psychomotricien, l'éducatrice spécialisée et moi, nous remettons en question par rapport au dispositif lors de la prise de note. Nous devons rebondir très vite sur ce qu'ils nous proposent et leur proposer des jeux plus structurés avec une unité groupale. Je me demande

comment l'idée de jeux plus structurés va être amenée dans le groupe. Doit-on proposer des jeux tous prêts ou proposer un cadre plus structuré ? L'idée tend vers la création d'un cadre, d'une structure sur laquelle peut s'appuyer le jeu.

La rencontre avec les enfants, entre les professionnels aboutit au bout de plusieurs séances. Il nous a fallu un temps d'observation puis d'ajustements. Une relation de confiance, empathique s'est établie progressivement. Des jeux et différentes propositions ont pu se mettre en place.

2) L'intégration du cadre

La séance se déroule dans un cadre particulier, avec des encadrants, un lieu et un horaire définis, qui sont toujours les mêmes. En cas d'absence d'un des professionnels, le groupe pourra continuer sans lui. En effet, le groupe est une entité bien plus forte que les individus qui le constituent.

L'installation dans la salle fait aussi partie du cadre. Le psychomotricien et moi venons chercher les enfants sur leur groupe ainsi que l'éducatrice spécialisée. Les enfants doivent prendre une photo, qui représente le groupe voyage en tissus, sur leur emploi du temps respectif. Ils l'accrochent à l'entrée de la salle. Avant de commencer la séance, tout le monde doit retirer ses chaussures. David et Florian ont eu besoin d'un étayage dans les premières séances. Ils sont désormais capables de nous attendre, d'appeler l'encadrant manquant avant d'aller en séance. Florian a cependant quelques oublis lorsqu'il faut retirer les chaussures. Lors de notre prise de note, nous remarquons que Florian oublie fréquemment d'enlever ses chaussures dès qu'il aperçoit le baluchon.

La séance est elle-même composée de deux parties, dans un premier temps les enfants jouent avec les tissus, puis nous les rangeons dans le baluchon. La fin de séance est marquée par le parachute, comme un rituel de fin, avant de

remettre les chaussures. Ce cadre est respecté systématiquement. Il permet l'existence du groupe.

David et Florian ont intégré ce déroulement, ils peuvent nous aider à ranger et attendent, connaissent la suite. Il arrive parfois que Florian ou David ne veulent pas finir la séance.

3) *Les tensions, la maîtrise de David*

Les tensions et la maîtrise de David se manifestent tout au long des séances, celles-ci prennent des formes diverses. D'une manière générale, David est souvent agité lors des séances, n'arrivant pas à se poser calmement sur une activité, un jeu avec un tissu.

Dès le début de notre rencontre, David investit la relation. Les premiers échanges avec David se font avec les tissus. Il me recouvre d'un tissu, je verbalise « je suis cachée. » J'apprends que David est en train d'acquérir la permanence de l'objet. Voir la forme que je prends sous le tissu doit sûrement le rassurer, dans le sens où j'existe. Ce temps de cachette est très court, ensuite David me retire le tissu avec beaucoup d'énervement. J'ai l'impression que me recouvrir de tissu l'angoisse, l'excite. Il me communique d'ailleurs sa tension. J'essaie d'apporter du sens à son « jeu » en mettant des mots, « coucou-caché. » Durant les séances suivantes, David poursuivra ce jeu de me recouvrir dans une agitation grandissante. Il m'intruse de plus en plus en me grimant dessus, surtout dans le dos. J'accepte pour un temps cet échange car je ressens son besoin de maîtriser ma présence. Il a besoin de tester ma permanence, ma solidité. Je lui montre qu'il peut le faire plus doucement, sans tension. Les séances suivantes, je sens que David est capable de supporter que je reste cachée plus longtemps sous le tissu. En revanche, David ne peut se cacher, il ne peut échanger les rôles lors des jeux.

David montre aussi beaucoup d'excitation lors du parachute. Il ne peut se mettre en dessous, crie, court beaucoup. Peut-être que la matière et / ou le

bruit de cet objet l'angoisse, l'interroge. Je remarque dans ces instants, la maîtrise de David. Il veut à tout prix faire comme les adultes, secouer le parachute, attraper les poignées. David me semble dans une indifférenciation adulte-enfant. Lorsqu'il ne peut attraper les poignées ou que nous l'empêchons avec l'éducatrice spécialisée, je remarque que sa mâchoire se tend. Elle est serrée, figée.

David semble manifester sa tension par cette mimique. Cette dernière est présente à chaque fois que David est tendu, énervé, dans une agitation. Lors d'un jeu de tir à la corde, je constate que David ne tire pas sur la corde, il fait cette mimique, comme si la tension était contenue dans la mâchoire et ne pouvait s'exprimer autrement.

Cette tension, et l'apparition de cette mimique ont souvent lieu lorsque je m'installe à la hauteur de David pour jouer avec lui ou pour lui parler. De plus David a un comportement agressif envers mes cheveux. Il veut toujours les toucher, les tirer. Je me questionne alors sur les liens entretenus avec sa maman, sur cet intérêt pour mes cheveux. La maman de David est très peu mentionnée dans son dossier médical.

David a besoin d'être au centre des attentions, il crie et interpelle les adultes lorsqu'il fait quelque chose avec les tissus. Dans le groupe, il prend beaucoup de place, corporellement et verbalement. Lorsque nous partons en voyage, David peut crier « bon voyage » pendant longtemps, jusqu'à ce que tout le monde l'ait vu. David commande souvent le départ par le décompte. Un peu à la manière d'un chef d'orchestre, il nous impose de faire des activités avec lui. Il veut aussi décider lorsque le groupe est fini. David a du mal à accepter que je puisse m'occuper de Florian. Lorsque ceci arrive au cours d'un jeu, David cherche à attirer mon attention, essaie alors de me grimper dessus. Il est dans une maîtrise de ce qui peut se passer pour lui et pour les autres. Cette maîtrise se retrouve corporellement avec une rigidité corporelle, sa mimique, mais aussi psychologiquement.

La frustration et les désirs des autres ne sont pas envisageables. Lorsque nous ne faisons pas ce que David veut, il nous fait comprendre son désaccord en disant « non » sur un ton ferme ou alors « pas » il peut aussi nous dire « fâche » sous-entendu je me fâche avec les bras croisés.

De retour des vacances de la Toussaint, David crie beaucoup, il semble tendu corporellement. David ne cherche pas à jouer, il détourne ce que je propose, m'arrache les tissus des mains. Lorsqu'il jette un tissu, il peut dire « c'est cassé. » A crier et à détruire, David me transmet sa tension. Il détruira, refusera toutes les propositions de jeu que le psychomotricien, l'éducatrice spécialisée et moi lui ferons.

Depuis son absence lors d'un séjour organisé par l'hôpital de jour fin novembre, David manifeste ses états tensionnels et excités autrement. Lorsque l'excitation est trop forte, David demande à aller aux toilettes, comme pour sortir du groupe. Pourtant, accompagné par l'éducatrice spécialisée, rien ne se passe. Cette attitude m'interroge. David a-t-il trouvé une façon de faire redescendre la tension ? David a des difficultés d'encopésie³ et de rétention, est-ce une façon de garder une certaine maîtrise sur son corps, face à cette excitation qu'il ne maîtrise pas ?

4) Les stéréotypies et autostimulations de Florian

Florian a été diagnostiqué autiste. Certains autistes présentent des stéréotypies ainsi que des activités répétitives sans but. Florian secoue beaucoup ses mains devant ses yeux, ce que nous appelons un flapping et se tape beaucoup les cuisses. Florian nous montre aussi qu'il a besoin de ressentir son corps, son existence, au travers de ses stéréotypies, de ses autostimulations.

³ Encopésie : incontinence fécale d'origine psychologique chez l'enfant ayant dépassé l'âge normal de la propreté.

Dès le début des séances, Florian recherche des sensations. Il demande en prenant les mains de l'éducatrice spécialisée des percussions osseuses. Très vite, Florian va se laisser faire, face aux percussions osseuses, aux pressions contenantes sur son corps. Lorsque le psychomotricien et moi enveloppons les jambes de Florian, il peut regarder ses jambes. Nous nommons alors les différentes parties de sa jambe en simultané avec des pressions contenantes. Florian regarde attentivement, il est calme et n'a plus de stéréotypies de type flapping. Ces sensations tactiles vont être complétées par sa demande du hamac, qui vient l'envelopper comme une seconde peau.

Le hamac, dans des mouvements de balancements vient aussi stimuler l'appareil vestibulaire de Florian. Florian peut dans ces moments de portage nous regarder, nous sourire. Il profite aussi des genoux du psychomotricien pour faire le toboggan. Dans cette posture, Florian va pouvoir venir mettre en contact son dos avec le ventre du psychomotricien. Avec un appui-dos, Florian peut nous regarder, nous sourire. J'en profite alors pour lui lancer une balle, faite de tissus noués. La plupart du temps, Florian n'a pas de réactions parachute lorsque la balle lui arrive dessus. Là avec l'appui-dos, il peut la rattraper et me la renvoyer. Au fil des séances, les autostimulations vestibulaires de Florian vont évoluer. Il va d'abord courir en rond, longtemps et très vite dans la salle. Puis il va faire la toupie et tourner très vite sur lui-même. Avec l'éducatrice spécialisée, nous notons que Florian n'a pas de déséquilibre à l'arrêt de la toupie. Lorsqu'il tourne, il ouvre grand les yeux et n'a pas de nystagmus⁴. Florian tourne très vite jusqu'à arriver à son seuil. Là il s'assoit par terre mais ne présente toujours pas de déséquilibre.

Lors du parachute, Florian se place en dessous et regarde beaucoup les couleurs au-dessus de lui. Parfois il profite pour ressentir la sensation du vent sur son visage. D'autres fois il préfère tourner sur lui-même sous le parachute en regardant les couleurs. Ainsi il se crée une double stimulation.

⁴ Nystagmus : succession de petits mouvements involontaires et saccadés des yeux, souvent dans le sens horizontal. Ces mouvements se produisent lorsque nous sommes en mouvement et regardons une cible fixe ou mobile.

5) *Les moments de jeu, le départ pour un voyage*

L'utilisation des tissus est un support à la création et aux jeux pour les enfants. Dès qu'il faut ouvrir le baluchon, David se met dessus en disant « tire, » un jeu s'installe avec l'éducatrice spécialisée qui au contraire dit « pousse. » Petit à petit, un jeu de balancement sur le baluchon s'installe.

Les jeux sont d'abord axés sur le portage, initié par moi. Je propose à David de faire le train. Allongé sur un tissu, nous nous déplaçons en faisant le train. Pour se faire je les tire, lui et le tissu. Dans ce premier jeu de portage, David maintient un lien par le regard. Je ressens ce lien comme important, impossible à rompre pour le moment. Il ne peut pour l'instant ni s'asseoir, ni me tourner le dos, ni même appuyer son dos contre le tissu. Florian lui, demande le hamac. Le psychomotricien le porte, enveloppé comme dans un cocon.

Nous agrémentons les portages et jeux de notre imaginaire, afin de pouvoir prêter notre capacité à imaginer et à créer aux enfants. Le portage du psychomotricien me fait penser à une cigogne avec son petit baluchon.

Les trains sont ensuite repris par les enfants, quand nous nous croisons nous devons nous dire bonjour. Des regards sont ainsi échangés entre les enfants eux-mêmes mais aussi avec les adultes. L'éducatrice spécialisée qui ne fait pas de portage décide d'instaurer un péage, nous devons lui donner un ticket (petit morceau de tissu) pour pouvoir passer. David et Florian ramassent donc des petits bouts de tissus lors de leur voyage, pour pouvoir payer le ticket. Ainsi, nous qualifions les trains, de trains de marchandise. Comme David est couché dans son train, je lui explique qu'il est dans un train couchette, et quand les trains accélèrent nous devenons des TGV. Le train est le premier moyen de transport évoqué dans ce groupe voyage en tissus.

Des jeux d'attaques par jets de tissus, roulés en boules ou non, sont ensuite proposés lorsque David et Florian courent dans la salle. Ces jeux sont souvent de courte durée, où seul David peut reprendre un tissu pour nous le renvoyer. Florian s'en désintéresse complètement, il n'a aucune réaction de protection, si les tissus arrivent sur son corps ou son visage. Plus tard, avec des tissus roulés

en boule, nous pouvons faire des jeux de ballons avec David et l'éducatrice spécialisée. Avec cette dernière, nous sur-jouons en criant « à moi, à moi ! » Je remarque que David ne peut dire à moi, quand je lui demande à qui je l'envoie, il ne peut me répondre que par son prénom. David n'utilise pas le « je » pour parler de lui, il parle de lui à la troisième personne en citant son prénom. De même, il ne peut nous appeler avant de nous lancer la balle.

Le jeu du train est souvent repris par David, il se transforme en bateau, pirogue, au gré de sa position dans le tissu et de la forme prise. David peut s'asseoir dos à moi, en appui-dos contre le tissu. Le regard n'est plus nécessaire et cela semble l'apaiser. Florian demande beaucoup le hamac, il peut se laisser aller et donner son poids. Enveloppé par le tissu, il est plus facile de capter le regard de Florian.

Le coucou-caché est souvent joué lors des séances. Les premiers coucou-caché sont apparus lorsque David me recouvrait de tissu, puis me les enlevait mais aussi lorsque Florian va se cacher derrière les rideaux, qui eux même cachent les miroirs de la salle. Florian, puis David reprendront ce jeu de coucou-caché dans le hamac, en ouvrant ou fermant le tissu. Florian se couvre aussi lui-même d'un tissu. Nous devons le retrouver, puis il se recache.

Pour aller dans la maîtrise de David, le psychomotricien, l'éducatrice spécialisée et moi l'imitons lorsqu'il marche en faisant du bruit. Un peu à la manière du jeu du chef d'orchestre nous nous arrêtons quand il s'arrête et nous reprenons lorsqu'il redémarre. David peut expérimenter le stop, le non, et le contrôle qu'il a sur nous. Je décide alors de tester sa frustration en continuant lorsqu'il s'arrête. David peut me reprendre sans excitation de sa part. Petit à petit, nous allons frustrer David dans les jeux, en ne répondant pas tout de suite à sa demande ou à ses jeux.

Avec David, nous faisons aussi semblant de dormir, où je mime toute la scène du coucher, je baille, je me couche et je rabats la couette. David sera au début observateur, puis, il pourra ensuite le faire sur l'éducatrice

spécialisée avant de l'essayer sur lui. Nous sommes plus dans une observation et une imitation.

L'imaginaire commence à émerger pour David avant les vacances de Noël, tous sous le parachute, David fait des allers-retours entre le dedans et le dehors du parachute. A chaque fois qu'il veut rentrer, David fait toc-toc et nous l'invitons à rentrer dans ce qui est devenu la maison. Petit à petit, David pourra rester plus longtemps sous le parachute. A la fin, nous lui proposons de rester manger avec nous une crêpe et du jus d'orange. David accepte et mime l'action. J'apprends que la maman de David fait beaucoup de crêpes à la maison. Serait-ce une proposition d'imitation différée ? Ce jeu de crêpe sera repris plus tard après les vacances de Noël.

Florian transforme le portage, du hamac nous passons au bobsleigh. Le tissu forme une sorte d'enveloppe arrière des pieds à la tête de Florian. Il n'est plus porté dans les airs mais tiré au sol. Florian va pouvoir laisser trainer ses mains au sol, s'intéresser au sol, à sa texture.

De retour des vacances de Noël, Florian va nous énumérer les différents moyens de transports, voiture, bobsleigh, avion, « gomolfière » que nous traduisons montgolfière, bicyclette, ballon dirigeable, bétonnière, bus, tracteur. Je me demande si ce ne sont pas des mots collés, appris que Florian nous récite. De plus, je m'interroge sur l'influence du nom du groupe dans les jeux des enfants. Nous sommes restés sur cette idée de voyage, et naturellement différents moyens de transports ont été évoqués. En effet, pour partir en voyage il faut des moyens de transports que nous explorons. Mais quelle est notre destination ? Pour donner du sens à tous ces moyens de transports, nous décidons avec le psychomotricien et l'éducatrice spécialisée qu'à un moyen de transport correspond un portage particulier. Florian, puis David explorent donc différents moyens de transports : la voiture, la montgolfière, l'avion, le train, le tracteur, la fusée... Nous remarquons aussi que Florian peut faire des sauts en se soulevant avec ses mains lors des portages au sol. David qui jusque-là était calme dans le train, bouge de plus en plus au cours des portages. Il expérimente assis, allongé, sur le ventre, sur le dos.

Avec David, je peux expérimenter d'autres portages comme la toupie, où en avançant avec un seul point d'appui au niveau des fesses, le tissu s'enroule créant une toupie ou un manège pour David. Cela l'amuse beaucoup. D'un point de vue vestibulaire, David me dit stop très rapidement, il semble beaucoup plus sensible que Florian.

Les jeux des enfants sont très répétitifs, ils ont souvent fait des jeux de portage autour des moyens de transport. Comme si le mot voyage est compris dans son sens premier. Très peu d'autres jeux se sont développés avec les tissus.

6) *Les moments de groupe*

Je vais m'intéresser aux moments où nous sommes tous les cinq réunis vers une action commune, je ne développerai pas les moments en sous-groupes étant donné le groupe restreint. A chaque fin de séance, nous essayons de réunir les enfants autour du parachute afin d'être en groupe. Le jeu en groupe n'est pas spontané chez ces enfants qui ont des difficultés à concevoir l'autre et à jouer avec l'autre. La réunion du groupe autour du parachute va contribuer à la constitution du groupe. Au début, les enfants ne vont pas s'intéresser l'un à l'autre. Petit à petit David va s'intéresser à Florian par notre biais.

Dans le jeu avec les tissus, les moments de groupe ont commencé lorsqu'un des enfants s'est intéressé à ce que faisait l'autre. Ces moments de groupe commencent lors de l'ouverture du baluchon, lorsque nous l'ouvrons tous ensemble. Il arrive parfois que les garçons l'ouvrent et prennent tour à tour un tissu.

C'est Florian qui initie en premier les moments de groupe, lorsque je fais le train avec David. Il nous rejoint dans ce jeu du train qui s'étoffe et se construit avec des arrêts pour se dire bonjour, le péage, on se double.

Les moments de groupe se créent aussi lorsque l'un des enfants veut aller voir ce qui se passe pour l'autre. Ce que peuvent faire Florian et David dans les

temps de portage. Des moments de coucou-caché tous ensemble sont ensuite joués.

Lors d'un moment où Florian fait le bobsleigh, David veut faire le train. J'ai l'idée de faire le petit-train derrière Florian en m'accrochant à ses épaules. David va me suivre et faire pareil, puis l'éducatrice spécialisée. Le psychomotricien tirant Florian, il forme la locomotive. Chacun de nous représente un wagon. Lorsque je lâche Florian, David peut rattraper le wagon, nous formons à nouveau un train. Je ne sais pas ce que peut en saisir Florian. David lui, peut changer de place, il peut se détacher et se rattacher au train.

Après les vacances de Noël, Florian nous montre son envie de monter dans le même tissu que David. Nous avons alors l'idée de les installer tous les deux, en face à face, dans un grand tissu et de les porter ensemble. Nous sommes donc tous les trois réunis autour des enfants. Ce portage me fait penser à un manège. Nous tournons et avançons chacun dans le sens que nous voulons. Cela crée des surprises pour les enfants mais aussi pour nous adultes qui devons suivre. Même si des jeux et des échanges verbaux entre les enfants ne sont pas possibles, je note la présence de regards, et de sourires. Florian et David s'appuient sur le bord du tissu, ils semblent contenus ensemble.

7) L'imitation des enfants

L'imitation des enfants est très présente dans les séances. Les enfants s'imitent surtout entre eux, plus que dans l'identification aux adultes. L'imitation n'est pas immédiate, comme dans un miroir. Les enfants observent, puis ils peuvent reprendre l'activité de l'autre plus tard dans la même séance ou dans une autre séance.

Dans les premiers jeux de trains, Florian imite le jeu de David. Il peut sortir de son hamac, accéder au jeu du train et le reprendre à son compte.

Mais c'est surtout David qui va s'appuyer sur l'imitation. Dans le train, il modifie sa posture par imitation de Florian, alors qu'au début, il est allongé et

me regarde, il va progressivement pouvoir me tourner le dos, s'asseoir et avoir un appui dans le dos avec le tissu. Il est question de la différenciation avec David. En effet, dans plusieurs séances, David a envie de faire pareil que Florian. Il a de grandes difficultés à réaliser une activité différente de celle de Florian. Si celle-ci est différente, il peut parfois s'arrêter dans son activité pour reprendre la même que Florian.

Lors des premiers instants de portage en hamac dans les airs pour David, il reprend et imite les stéréotypies de Florian. Ce sont exactement les mêmes avec les mouvements de flapping et les tapotements de mains sur les cuisses. Je me demande si David a associé ces mouvements avec le hamac, ou s'il pense être Florian à ce moment-là.

De même, David va reprendre le bobsleigh de Florian avec le montage des cordes. Lorsque David demandera ce portage, le montage et l'emplacement des cordes devront être exactement comme pour Florian.

8) L'incidence des absences

La question de l'absence se pose lorsque l'éducatrice est absente pour la première fois après seulement deux séances. Lors de la réunion avant de débiter le groupe pour l'année, nous n'avons pas évoqué les absences. Devons-nous continuer en l'absence d'un adulte ? D'un enfant ? Exceptionnellement, la séance a été annulée. Sans discussion au préalable, nous ne voulons pas poursuivre le groupe sans l'éducatrice spécialisée. Cela questionne sur la place de chacun dans le groupe, mais aussi la notion d'exclusion. Mais le groupe est une entité à part entière, qui continue d'exister. Nous verrons alors l'incidence des pauses au retour des vacances mais aussi l'incidence de l'absence d'un ou plusieurs membres du groupe.

Après cette absence de l'éducatrice spécialisée, Florian a du mal à retourner sur le groupe la séance suivante. Je m'interroge alors sur la temporalité et la continuité pour cet enfant.

Après les vacances de la Toussaint, le cadre est intégré pour les enfants. Florian reprend donc ses activités, et ses envies de portage sans trop de difficultés. Pour David, cette séance sera plus compliquée, il sera dans le refus de tout ce que je lui propose. Il détruit toutes mes propositions, mes débuts de jeu en disant « cassé. » Je me demande alors si l'arrêt du groupe n'a pas aussi provoqué une discontinuité pour David.

Lors d'un séjour organisé par le centre thérapeutique, David et l'éducatrice spécialisée sont absents. Nous décidons de poursuivre le groupe avec Florian, en lui expliquant la raison de l'absence de David et de l'éducatrice spécialisée. Florian emporte deux flûtes, une jaune et une rouge, de son groupe de vie dans la séance. Florian est agrippé à ces flûtes et ne peut les lâcher malgré les jeux proposés du bobsleigh et du coucou-caché. Il en tient une dans chaque main empêchant les prises, les jeux manuels. Cette séance est calme et très pauvre en jeu. Avec le recul, je me demande si la présence de ces flûtes et l'agrippement de Florian pour elles, est en lien avec l'absence de deux membres du groupe.

En janvier, après les vacances de Noël, je trouve que les enfants ont grandi physiquement. Ils ont plus le physique des enfants de leur âge. La période d'arrêt a été longue, trois semaines, je me demande donc comment va reprendre et continuer le groupe. David reprend ses marques en reprenant des jeux déjà faits, il a pu aussi surmonter certaines angoisses comme s'enrouler dans un drap ou se cacher dessous. David nous apporte aussi de la nouveauté, des nouveaux portages en l'air avec des déplacements. Florian ouvre les rideaux et nous considère à travers le miroir. Son regard est direct et quelques échanges sont possibles.

9) Une séance particulière

Lors de la dernière séance avant les vacances de février, l'éducatrice spécialisée est absente pour formation. Nous maintenons le groupe. L'absence

de l'éducatrice est expliquée aux enfants sur leur groupe de vie mais non repris avant le début du groupe voyage en tissus.

La séance commence et se déroule comme à notre habitude. David me demande le tissu pour faire la voiture, Florian le demande au psychomotricien. Mais je ne peux installer la voiture pour David, il est dessus, bouge beaucoup et surtout ne peut pas attendre. Un peu énervée, je lui demande donc de sortir du tissu et d'attendre que j'installe. David s'allonge, commence à crier et à pleurer. Je lui explique donc que je n'arrive pas à installer le tissu convenablement pour faire la voiture, qu'une fois installé nous commencerons. David ne peut se calmer, il crie en serrant la gorge. Le psychomotricien le prend alors dans ses bras pour le calmer, David se tend, se met en opisthotonos⁵. Dans les bras du psychomotricien, il ressemble à un tout petit que l'on porte, il a même les bras en chandelier. Il oscille entre des grands moments de tension et des moments d'apaisement lors des bercements. Le psychomotricien hésite à maintenir un portage ferme mais rassurant, cela peut être vécu comme intrusif, mais s'il relâche, David risque de se faire mal. Florian observe la scène. J'apprends que lui aussi a pu se mettre dans ces états l'année dernière. J'explique à David que je ne peux pas laisser Florian seul. Je décide donc de jouer avec Florian, tout en gardant un œil sur David. Nous réussissons à créer une relation avec Florian. J'ai l'impression de le redécouvrir. Il me demande et se fait comprendre avec des mots ou en prenant mes mains. Dans un moment de portage, je lui soulève seulement les jambes comme pour faire une bascule en arrière. Florian peut poser les mains pour prévenir la chute. Nous travaillons aussi dans un poids contrepoids en face à face les mains tenues, Florian peut se laisser aller en arrière en y mettant du poids. David met une demi-heure à se calmer. Lors du parachute, je suis en dessous avec Florian qui maintient le contact par le regard. David va venir couper cette relation en passant entre nous deux pour s'asseoir tout près de moi, collé à mon flanc. Dans le même temps, David cherche à s'éloigner du psychomotricien avec qui il a vécu

⁵ Opisthotonos : Contracture généralisée incurvant le corps en arrière.

quelque chose de difficile. Il dit non, peut-être pour éprouver la négation et ressentir les effets.

Cette séance me pose beaucoup de questions. Je me demande si l'absence de l'éducatrice spécialisée et le manque d'explication ont pu influencé la tension de David. Est-ce que David a subi une trop grande frustration ? Peut-être que David, par le biais du dialogue tonique a ressenti mon énervement, ce qui l'a immédiatement tendu ? Sa tension, contenue dans la mâchoire a-t-elle pu sortir et s'exprimer autrement ? La crise a peut être duré longtemps comme je me suis occupée de Florian. Comment l'a ressenti David ? A voir David, comme un tout petit, en opisthotonos, bras en chandelier, je me demande comment il a été porté par ses parents ?

10) Les évolutions et conclusions

David a beaucoup progressé dans sa maîtrise. Bien que toujours présente, elle ne s'exprime plus dans la tension de sa mâchoire. David a tendance à fuir les situations frustrantes ou conflictuelles en imitant le petit chien, qui court partout dans la salle ou en parlant comme un bébé. Certains comportements ont disparu comme sa tension dès que je suis à sa hauteur ou que je lui tourne le dos. David peut maintenant supporter que je m'occupe de Florian voir qu'on le laisse un peu seul. Dans ce cas, il peut exprimer son mécontentement aussi en disant calmement « non, » « je suis fâché » ou « arrête. » Face au parachute, David peut accepter de lâcher les poignées pour faire autre chose comme passer en dessous ou rester dessous.

David refuse les jeux que nous lui proposons, dans ce cas, David dit non à tout. Dès lors que nous suivons le jeu qu'il a envie de faire, David peut acquiescer. Sa maîtrise reste encore présente par cette opposition. Les jeux de David n'évolueront pas beaucoup, les échanges de balles sont maintenant plus longs et plus construits.

Grâce au parachute, l'imaginaire de David ainsi que les jeux symboliques se sont développés. Il a pu construire une maison, manger des gâteaux, faire le chien et dormir sous le parachute. David s'exprime maintenant à la première personne. Lors d'échanges de ballons, il peut dire « à moi » ou en faire la demande en utilisant « je veux. » Cependant son expression verbale reste dépendante de son bon vouloir. Lorsque nous ne répondons pas à ses attentes, David reprend une posture de bébé. J'ai aussi remarqué la gêne, voir la fuite de David si j'apporte des émotions dans le jeu. En effet, j'ai fait semblant d'être triste au cours d'un jeu. David gêné est venu vers moi et dans le même temps, m'a demandé d'arrêter.

David est toujours inquiet lorsque quelqu'un est entièrement sous le tissu. Il a bien conscience de la persistance de la personne, mais la masse informe le préoccupe. Pour se rassurer, il peut alors dire que cette personne est absente. David nous interroge beaucoup sur la fermeture de la porte de la salle. Il met beaucoup de tissu à la bouche, qu'il touche avec la langue ou qu'il serre avec les dents. Avec ses problèmes de rétention de selles, je pense que David explore le dedans-dehors, le soi/non-soi et la présence-absence. Il peut néanmoins s'enrouler ou demander à être recouvert dans les tissus.

Florian, a continué les activités de portage, notamment ce qu'il appelle la fusée. Les échanges de regard se sont maintenus et il a pu s'adapter à la façon de porter et tirer de l'adulte. Il a pu manifester sa colère lors de l'arrêt de l'activité.

Bien qu'il n'ait pas conscience des autres du fait de son autisme, Florian a pu interagir avec nous. Souvent à l'initiative des jeux, il a pu nous faire des demandes en fonction de ses envies. Florian peut réclamer des échanges de ballons. Il s'oriente vers nous. Florian peut ramasser la balle et la renvoyer. Son renvoi est dirigé vers la personne qui a lancé ou alors sans intention particulière.

Florian s'est finalement saisi des mimiques de David. Il a beaucoup repris ce que David faisait. Je me demande même s'il peut s'agir d'imitation différée.

En plus, Florian a été à l'initiative de plusieurs jeux de groupes. Il s'est souvenu de cette activité de portage que nous avons fait tous ensemble dans un drap. Florian est devenu plus acteur dans le groupe. Au lieu de se laisser porter par l'envie de David, il a pris des initiatives au gré de ses envies.

Les jeux en groupe se sont surtout concentrés sur le portage des enfants ensemble dans le même tissu et les échanges de balles. Avec le parachute, les enfants ont pu jouer et interagir seuls sans notre présence, nous laissant spectateurs.

Pour conclure, le groupe voyage en tissu a permis l'émergence d'autres conduites et comportements pour les enfants. La conscience de l'existence de l'autre s'est développée. Les enfants ont pu créer et nous proposer des portages différents. Néanmoins, les enfants ont besoin de l'étayage de l'adulte pour pouvoir jouer et surtout jouer ensemble.

PARTIE THEORIQUE

I. Le groupe et les phénomènes de groupe

A) Le groupe

1) *Etymologie*

Le mot groupe est un terme français récent. Il vient de l'italien «grosso ou gruppo, terme technique des beaux-arts, désignant plusieurs individus, peints ou sculptés, formant un sujet.»⁶ Le sens premier de l'italien *gruppo* était nœud avant de devenir réunion et assemblage. En ancien provençal, *grup* signifiait nœud aussi. Les linguistes supposent que *grup* dérive du germanique occidental *kruppa* qui signifie masse arrondie, soit une première idée du rond. Le rond désigne dans le français moderne une réunion, comme les tables rondes. Le nœud connote lui, le degré de cohésion entre les membres.

Selon le dictionnaire, le mot groupe possède jusqu'à sept définitions. Utilisé dans son sens premier « ensemble distinct de choses ou d'êtres de même nature, réunis dans un même endroit »⁷, le mot groupe est aussi un terme d'atelier, un terme technique des beaux-arts, et un terme d'algèbre. Les langues anciennes n'ont pas de termes pour une réunion de personnes qui vont vers un but commun. Nous pensons plus en termes d'opposition individu et société. Les relations individuelles priment, ce qui rend le sens du mot confus et victime de préjugés.

Le groupe est un miroir à deux faces avec les projections sociales et individuelles. Ce sont des artistes comme Mansart qui l'ont importé au XVII^{ème} siècle. Dans le langage courant, il désigne un assemblage d'éléments, d'êtres ou d'objets. C'est à partir du milieu du XVIII^{ème} siècle que le mot groupe désigne une réunion de personnes.

⁶ Anzieu. D et Martin J.Y. (2013) p.17

⁷ Le petit Larousse illustré, (2003) p.493.

2) *Les différents groupes*

L'homme est un être social ou plus exactement un être groupal selon Didier Anzieu (2013). Il faut deux individus pour faire un couple et au moins trois pour faire un groupe. Le groupe commence avec l'installation d'un tiers dans une paire. « Les phénomènes de groupe ne se manifestent pleinement qu'à partir de quatre membres, chiffre à partir duquel le nombre de relations possibles deux à deux, dépasse le nombre des membres. »⁸

Au cours de sa vie, chacun va rencontrer et former des groupes, ces groupes représentent les groupes naturels. En tant que psychomotriciens, nous constituons des groupes artificiellement réunis dans un objectif thérapeutique.

Lorsque le groupe est inférieur à cinq personnes, nous parlons plutôt de petits groupes non structurés où les activités sont spontanées et informelles. Pour les groupes de six à treize personnes, nous parlons de groupe restreint pourvu d'un objectif. Jusqu'à 25 personnes, les groupes sont dits étendus mais ils sont difficiles à conduire car les personnes ont tendance à reformer des petits groupes. D. Anzieu et J. Y. Martin (2013) distinguent cinq catégories de groupe fondamentales.

La foule, nombre illimité d'individus au même endroit, sans intention de se réunir, où la motivation est individuelle et les contacts entre membres sont très faibles. Les émotions sont alors contagieuses et l'agitation se propage rapidement. Une différence est à noter avec le phénomène de masse où les personnes ne sont pas réunies.

La bande réunit une dizaine de membres avec des similitudes en commun. La réunion est volontaire, pour le plaisir d'être ensemble. Les membres recherchent le même mode de pensée chez leurs congénères. Ce groupe est de plus grande durée mais assez éphémère. L'apparition de signes extérieurs

⁸ Anzieu D. & Martin J. Y., *op. cit.*, p. 29

démontre l'appartenance à une même bande, comme la posture, l'habillement, le langage.

Le groupement correspond à des personnes qui se réunissent fréquemment avec des objectifs permanents. Les membres partagent un intérêt commun, mais il existe peu de liens et de contacts entre eux.

Le groupe primaire, nombre restreint des membres, poursuit un but commun. Les relations sont affectives entre les membres, pouvant constituer des sous-groupes. Les personnes sont interdépendantes et en même temps différenciées. Le groupe possède un langage et un code propre. Le groupe primaire selon D. Anzieu (2013) peut apporter une expérience primitive et complète de l'unité sociale. Il constitue une expérience de base dans la vie sociale d'un individu, nécessaire à l'organisation sociale. L'exemple du groupe primaire est la famille. Le groupe primaire, en général restreint, favorise les relations affectives.

Le groupe secondaire est un ensemble de personnes, réunies en système qui gère la vie sociale. L'organisation suppose un ensemble de fonctionnement qui règle les rapports et détermine les rôles de chacun. Les rapports sont formels et impersonnels. Le personnel des institutions est un exemple de groupe restreint.

Le groupe large, cas particulier, est à l'intermédiaire entre le groupement et le groupe primaire. C'est une réunion de 25 à 50 personnes, dans l'objectif de transmettre des connaissances.

Des phénomènes groupaux sont communs aux différentes catégories de groupe, comme l'émergence des leaders, l'identification des membres et l'adhésion à des représentations sociales imaginaires, des stéréotypes.

B) Les groupes thérapeutiques

« Un groupe thérapeutique est celui qui permet une élaboration de ce qui s'y dit et s'y passe, ouvrant ainsi aux participants la possibilité de transformations psychiques par la mise en jeu de leurs relations intersubjectives et de celles avec la situation groupale. »⁹ En d'autres termes, un groupe thérapeutique n'est pas un agrégat de personnes réunies au hasard. Le groupe thérapeutique doit être pensé avec une intention. Nous devons mettre du sens, des mots sur les phénomènes qui s'y produisent et les transformations que peuvent subir les patients. Le groupe thérapeutique doit permettre de construire l'identité du groupe et du sujet. Il est un facteur déterminant de la personnalisation, c'est-à-dire les processus permettant à l'individu de devenir une personne. Il est aussi déterminant pour l'individuation, où le sujet se singularise d'autrui. Le groupe est le lieu de la réunification interne, lieu du sens, lieu du lien. C'est en ce sens qu'il est thérapeutique.

1) *Historique des groupes thérapeutiques*

J. B. Chapelier (2000) décrit les groupes thérapeutiques issus des rituels culturels notamment ceux de possession. Les thérapies de groupes découlent de ces rites collectifs. Durkheim¹⁰, fondateur de l'école sociologique française, fait l'hypothèse, en 1912, d'une conscience collective de groupe. T. Burrow¹¹, précurseur de la théorie sur les groupes crée des groupes expérimentaux de laboratoire, et défend une technique thérapeutique de groupe. En France, à la fin de la Seconde Guerre Mondiale, les groupes thérapeutiques se multiplient dans un souci de reconstitution économique et sociale. Cet essor s'appuie sur la valeur thérapeutique du groupe et sa fonction socialisatrice. Julian de

⁹ Kaës R. & Laurent P (2009) p.9

¹⁰ Chapelier J. B. (2000).

¹¹ *Ibid.*

Ajuriaguerra, à l'hôpital Henri Roussel décrit sa technique de groupe pour traiter les troubles psychomoteurs.¹²

2) *Les approches sociologiques*

Moreno¹³, préoccupé par le rejet social, invente à Vienne en 1923, puis aux Etats Unis, le psychodrame. Il s'agit d'une psychothérapie des conflits personnels au sein d'un couple ou d'une famille grâce à l'improvisation dramatique. Les sujets, réunis en groupe, sont encouragés à exprimer dans le jeu d'un rôle, leur expérience passée ou vécue. La primauté est donnée aux expériences émotionnelles plutôt qu'à la verbalisation.

Kurt Lewin¹⁴, psycho-sociologue, influencé par la psychologie sociale expérimentale, se consacre au petit groupe dès 1938. Il explique le fonctionnement d'un groupe par le statut d'interdépendance entre les membres du groupe et entre les éléments du champ. « Le groupe est considéré comme une totalité qui détermine le comportement des individus qui en sont membres. »¹⁵ Il utilise le terme de dynamique de groupe, repris ensuite par D. Anzieu en 1944.

En France, Max Pages¹⁶ fait découvrir et développe l'orientation non directive de Carl Rogers. Cette approche permet aux membres du groupe d'éprouver, d'établir des relations avec autrui et de verbaliser ses ressentis. La technique repose sur des incitations, des reformulations et des compréhensions. La psychologie sociale cognitive s'est peu intéressée au groupe mais plutôt aux interactions entre deux, trois personnes.

¹² Joly F. & Labes G. (2008) p.81

¹³ Anzieu D. & Martin J. Y. *op. cit.*

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ Anzieu D. & Martin J. Y., *op. cit.*, p.139

¹⁶ Anzieu D. & Martin J. Y. *op. cit.*

3) Les psychothérapies

Les analystes se sont beaucoup intéressés aux psychanalyses de groupe. Le groupe devient un contenant des pulsions et des affects. L'idée est de transposer la cure analytique individuelle à la situation groupale. L'association libre devient la libre parole dans le groupe, la règle d'abstinence reste présente et étendue, les règles de discrétion qui sont implicites à l'individuel deviennent énoncées et sont une limite entre le groupe et l'extérieur. L'observation repose sur les phénomènes de groupe, les différentes formes de transferts, le désir commun de faire groupe. Les interprétations se font dans l'ici et maintenant, centrées sur le groupe et selon une quadruple approche, dynamique (désirs et défenses), économique (identifications et projections), topique (instances psychiques : le Moi, le SurMoi et l'Idéal du Moi) et génétique (stades du développement de l'appareil psychique et des pulsions).

Les psychothérapies dans et par le groupe

Cette approche utilise les effets du groupe, et non les effets de groupe. Les verbalisations et les interprétations proposées le sont essentiellement de façon individuelle. Le thérapeute s'adresse à l'individu et non au groupe. Le groupe a alors pour fonction de réguler le vécu individuel. Ce groupe doit permettre la régulation des relations intersubjectives.

A partir des conceptions lewiniennes sont créés les T-groupe, ou groupe de diagnostic. Ce sont une initiation à la dynamique de groupe. Dans ces groupes nous retrouvons une liberté des échanges et une obligation d'échanges verbaux. Ces groupes d'analyses sont repris par Foulkes¹⁷ qui y combine la théorie psychanalytique.

¹⁷ Anzieu D. & Martin J. Y. *op. cit.*

Les psychothérapies du et par le groupe

W.R. Bion¹⁸ de l'école kleinienne considère le groupe comme une entité, qui fait régresser les individus à des niveaux très archaïques. Pour lui, il existe deux modalités de fonctionnement dans les groupes. Le groupe de travail où prédomine le processus rationnel qui aide à l'accomplissement des projets du groupe. Le groupe de base où prédominent les processus inconscients et des mécanismes propres au groupe.

Il développe deux énoncés fondamentaux. Le comportement d'un groupe s'effectue à deux niveaux. Le premier, la tâche commune qui est rationnelle et consciente. Les processus psychiques sont secondaires et impliquent la perception, la mémoire, le jugement. Le second, les émotions communes qui sont à un niveau affectif et fantasmatique.

Les individus en groupe se combinent de façon instantanée et involontaire pour agir selon des états affectifs qu'il nomme les « présumés de base ». Ce sont des présumés archaïques, de la première enfance. Il décrit trois présumés de base auxquels se soumet un groupe :

* La dépendance correspond à la demande de protection du groupe par un leader. La dépendance semble correspondre à l'attachement de l'enfant pour sa mère. Dans ce présumé le groupe progresse peu.

* Le combat-fuite, où les participants se réunissent en l'absence de leader pour fuir ou combattre face à la représentation d'un danger. Le combat fuite est signe de la solidarité des participants. Il semble correspondre à une pulsion agressive.

* Le couplage où des sous-groupes et des couples se forment. Le couple peut représenter un danger pour le groupe, il s'agit d'un sous-groupe qui est indépendant. Ce couplage semble s'apparenter à la pulsion sexuelle.

¹⁸ *Ibid.*

Ces trois présupposés de base n'apparaissent pas en même temps. L'un prédomine sur l'autre.

D. Anzieu¹⁹ tente de mettre en place une théorie générale de la vie affective des groupes. Il propose l'analogie du groupe au rêve en s'inspirant de Freud. Le groupe crée un espace imaginaire comparable à celui des rêves. Anzieu détaille des phénomènes et des organisateurs que je détaillerai dans les phénomènes de groupe. Il distingue trois principes.

- * La tendance à l'indifférenciation entre les membres du groupe mais aussi entre les individus et le groupe. Le groupe s'individualise alors.
- * L'autosuffisance : le groupe cherche une organisation interne.
- * La délimitation entre le dedans et le dehors (*in-group et out-group*) où le groupe recherche une membrane psychique commune.

Trois grandes périodes dans l'évolution interne des groupes sont décrites. Lors de la période initiale, des angoisses archaïques et une menace de perte d'identité font régresser les membres du groupe à des phases archaïques. L'illusion groupale qui est « un état psychique collectif où les membres du groupe sont euphoriques car ils se sentent bien ensemble, et ils ont le sentiment d'appartenir à un bon groupe (chef ou thérapeute compris). Les mauvais objets sont projetés à l'extérieur du groupe. »²⁰ La période de redifférenciation : les identifications mises à mal lors de la construction de l'identité groupale vont se réorganiser à partir des identifications aux autres membres du groupe. Ce processus permet de reconnaître les différences entre les membres du groupe et dans le même temps l'identité collective est conservée.

René Kaës²¹ propose le concept d'appareil psychique groupal. Le groupe se constitue à partir de cette « fiction » d'un appareil psychique groupal issu du

¹⁹ Blossier P. (2002)

²⁰ Chapelier J. B. (2000) p.61

²¹ Kaës R. (2010).

modèle psychique individuel. Cette concordance peut se faire dans le refus de la différence entre appareil psychique groupal et individuel, ou dans la reconnaissance des différences et des ressemblances. L'appareil psychique groupal recherche un fonctionnement en lien avec l'appareil psychique individuel. Cet appareil psychique groupal sera développé plus amplement dans les enveloppes groupales et psychiques.

Les groupes d'enfants de même âge fournissent un substitut sécurisant face au lien de dépendance protectrice à la mère. «Les groupes de semblables ou de pairs sont, après la mère, le second miroir où chacun peut s'assurer de son identité dans une reconnaissance réciproque.»²² Avec les enfants en âge préscolaire les psychothérapies de groupe s'orientent sur la psychanalyse des jeux. Pour les enfants en période de latence, les psychothérapies de groupes s'effectuent par des activités matérielles qui développent des interrelations et représentent les substituts du groupe familial. Pour les adolescents, les psychothérapies de groupe se réalisent sous forme d'entretiens, de verbalisations.

S.R. Slavson²³ institue la technique du groupe chez l'enfant, notamment par l'approche psychanalytique du jeu. Il encourage les relations entre enfants dans un cadre permissif, intervenant le moins possible. La technique de groupe doit répondre au besoin de l'enfant pour s'exprimer et communiquer par le mouvement. L'objectif est de faire vivre aux enfants une bonne expérience de groupe dans un environnement permissif. Cette technique est surtout utilisée pour les enfants en période de latence dès 7 ans. La thérapie est basée sur des activités. Pour les plus jeunes, Slavson met en place la *playtherapie*, thérapie de groupe par le jeu pour les enfants de moins de 6 ans.

²² Anzieu. D & Martin J. Y., *op. cit.* p.308

²³ Chapelier J. B. *op. cit.*

J.B. Chapelier et P. Privat²⁴ proposent des groupes thérapeutiques axés sur l'association libre des enfants. Ils prennent en compte l'analyse de la dynamique de groupe. Leurs travaux sont issus de groupes fermés d'enfants à l'âge de latence et d'adolescents sur le long terme, deux ou trois ans. Ils montrent que chez l'enfant la structuration du groupe s'organise autour d'une régression face à la relation avec l'adulte dans une organisation familiale. La préoccupation des enfants est constante envers la scène primitive comme origine du groupe.

C) Les phénomènes de groupes

Didier Anzieu décrit plusieurs phénomènes de groupes dans *Le groupe et l'Inconscient, l'imaginaire groupal*²⁵.

1) *L'illusion groupale*

L'illusion groupale désigne « certains moments d'euphorie fusionnelle où tous les membres du groupe se sentent bien ensemble et se réjouissent de faire un bon groupe. »²⁶ L'illusion groupale correspond donc à un état psychique de bien-être dans le groupe et pour tous les membres du groupe. A travers l'illusion groupale le groupe se constitue comme objet transitionnel. L'illusion groupale est un fantasme originaire puisqu'elle naît du groupe. Le groupe fabrique de l'illusion, c'est une fonction d'accomplissement imaginaire des désirs. L'illusion groupale répond à un besoin de sécurité du groupe. Elle remplace ainsi l'identité individuelle des membres par une identité de groupe.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Anzieu D. (1993)

²⁶ Anzieu D. (1993) p.14

2) *Les fantasmes de casse*

Les fantasmes de casse sont une manifestation de l'angoisse de castration ou de destruction. Ces fantasmes sont l'intrication d'angoisses individuelles, notamment l'angoisse de séparation. Les fantasmes de casse et la pulsion de mort existent dès l'existence d'une illusion groupale.

3) *Les manifestations d'angoisses archaïques*

La menace de l'intégrité de l'individu lorsque nous sommes en groupe mobilise quatre types d'angoisses archaïques, l'angoisse de vide, l'angoisse de morcellement, l'angoisse dépressive et l'angoisse persécutive. Ces angoisses sont toutes en rapport avec l'image maternelle. Des processus contre ces angoisses se mettent en place, le clivage en bon ou mauvais, l'identification dans la projection à l'autre, la fragmentation et la restauration réparatrice du lien.

Dans le groupe, il existe deux types d'identifications, celle au moniteur, au chef, et celle des participants les uns aux autres.

4) *Cinq organisateurs psychiques inconscients du groupe*

* Le fantasme individuel

Un fantasme individuel inconscient peut devenir un organisateur du fonctionnement du groupe. Ce fantasme individuel peut être repris par plusieurs membres du groupe, ce qui engendre un phénomène de résonance fantasmatique. Le fantasme individuel peut aussi être un désorganisateur du groupe en provoquant des angoisses de perte pour les autres membres.

* L'imago

Elle est de l'ordre de la réalité inconsciente. Il s'agit d'une représentation de personne. Nous pouvons la mettre en lien avec le présupposé de base de la

dépendance de W. R. Bion. Elle permet de faire la différenciation entre la réalité extérieure et la réalité intérieure au groupe. Elle délimite les frontières de l'appareil psychique groupal qui sont différentes de celles de l'appareil psychique individuel.

- * Les fantasmes originaires

Dans les groupes informels petits ou larges, les fantasmes originaires sont surtout en lien avec les origines de l'individu, les origines de la différence des sexes, les origines de la sexualité. Ces trois fantasmes assurent l'organisation fantasmatique de la vie groupale.

- * Le complexe d'Œdipe

Il opère la différenciation entre le groupe famille et les groupes artificiels. Il permet ainsi au groupe de sortir de l'auto-suffisance.

- * L'image du corps propre et de l'enveloppe psychique de l'appareil groupal

Le groupe n'a pas de corps réel. L'appareil psychique doit donc se créer une enveloppe contenant. Cette dernière instaure le dedans et le dehors du groupe. L'enveloppe contient les processus psychiques du groupe. La représentation de cette enveloppe est en rapport étroit avec l'image du corps.

Si le groupe fonctionne avec un minimum de structure, ces organisateurs peuvent organiser ou désorganiser l'appareil psychique. Ces cinq organisateurs sont interdépendants et présents dans tous les groupes.

D) Le cadre du groupe

Le cadre du groupe dépend de la théorie et des thérapeutes. Certains thérapeutes s'intéressent à l'entité groupe quand d'autres prennent en compte l'individu dans le groupe.

1) Groupe ouvert - groupe fermé

Le choix d'un groupe ouvert ou fermé s'impose au thérapeute dès la constitution d'un groupe. Le groupe ouvert permet d'avoir une certaine souplesse, mais il faut pouvoir gérer les départs et les arrivées des membres, les membres différents d'une séance sur l'autre. Le groupe fermé cherche une cohésion. Les phénomènes de groupes sont plus marqués. Les étapes d'évolution du groupe sont plus facilement identifiables. La séparation doit être également travaillée, d'autant plus que les relations entre les membres se sont construites sur du long terme.

2) Le nombre de thérapeutes

Le thérapeute doit réfléchir à la mono-thérapie ou co-thérapie. La co-thérapie permet souvent de mieux contenir le groupe. En travaillant à plusieurs, les thérapeutes peuvent être plus attentifs à l'expression des problématiques individuelles et échanger sur leur ressentis et expériences. La co-thérapie permet un enrichissement des points de vue de chacun. Ce dispositif reproduit aussi le cadre familial, un couple qui représente l'autorité.

3) Les modalités de prises en charge

Comme pour les prises en charge individuelles, les modalités de groupe sont à prendre en compte, la fréquence et le temps. Les groupes limités dans le temps ont des fonctions différentes des groupes ouverts sur plusieurs années. Il est important que le thérapeute respecte la règle des unités. L'unité de temps, où les séances sont de durée et de fréquence constantes ; l'unité de lieu, l'espace doit être clos, et rester le même ; l'unité d'action, les règles de fonctionnement doivent être toujours les mêmes. Il est important que le cadre ne soit pas changé en cours de traitement.

4) *Le choix du médiateur*

Le choix du médiateur a aussi son importance dans la mise en place du cadre. Le médiateur doit pouvoir être utilisé autant par le patient que le thérapeute. Il permet l'expression du monde interne. Le médiateur peut être un équivalent du langage et favoriser les relations entre personnes. Le médiateur sert de support à la communication verbale, non-verbale et aide à organiser la pensée à partir de l'affect. Le médiateur occupe une place dans l'espace transitionnel. Il permet aux enfants d'expérimenter la malléabilité de l'environnement. Le médiateur permet aussi d'ajuster le temps individuel au temps groupal, la création individuelle prend sa place dans le groupe.

R. Kaës²⁷ définit quatre fonctions du cadre :

- contenante : il contient les membres du groupe et des processus psychiques qui se déroulent pendant la séance.

- limitante : il assure la distinction entre le dedans et le dehors du groupe permettant ainsi la constitution d'un intérieur et d'un extérieur corporel puis psychique. Il est le garant de l'espace psychique individuel et groupal.

- symboligène : le cadre contient la théorie de la symbolisation.

- transitionnelle : le cadre participe à cet espace d'échange entre réalité externe et réalité interne.

²⁷ Blossier P. (2002) *op.cit.*

II. La construction psychocorporelle

A) D'un point de vue cognitif : les stades de Piaget

Jean Piaget (1966), s'intéresse au développement cognitif de l'enfant. L'originalité de son œuvre repose sur l'interaction du sujet avec son environnement. Pour lui, la pensée naît de l'action. Il divise le développement intellectuel en trois stades : l'intelligence sensori-motrice du nourrisson, la pensée opératoire de l'enfant et la pensée hypothético-déductive de l'adolescent. Ces derniers sont eux même divisés en-sous stades. Les stades suivent une constance dans l'ordre de succession des acquisitions et sont intégratifs.

* Le stade de l'intelligence sensori-motrice (de la naissance jusqu'à deux ans) comprend deux points de vue, celui de l'observateur et celui de l'enfant. D'un point de vue de l'observateur, le bébé évolue beaucoup en quelques mois. Grâce à la perception de son environnement, le bébé progresse d'une motricité réflexe vers des schèmes²⁸ de plus en plus complexes. Une coordination intentionnelle des schèmes se développe. Les inventions se complexifient et deviennent mentales. Toutes ces combinaisons aboutissent à l'insight qui marque la transition entre l'intelligence sensori-motrice et l'intelligence représentative. L'enfant au départ est dans un égocentrisme. Le sujet et l'objet sont absents, il y a confusion entre le moi et le non-moi. Peu à peu, il se découvre lui-même et se situe dans l'univers grâce à la constitution de l'espace et du temps. Il peut imaginer une cause à partir des conséquences sans voir la cause, elle devient représentative. Tout au long de ce stade se constitue la permanence de l'objet. L'objet devient individuel, substantiel et permanent. A la fin de ce stade, l'univers pratique est construit. L'enfant se décentre progressivement et se structure comme sujet.

²⁸ Les schèmes sont des structures ou organisation des actions. Ils sont un moyen de compréhension mais sans pensée ni représentation. Les schèmes se généralisent lorsque l'action se répète.

* La période de préparation et d'organisation des opérations concrètes (de deux à douze ans) se divise elle-même en deux sous-stades. Avant les opérations concrètes (de sept à douze ans), il existe la période pré-opératoire. Cette dernière est marquée par la représentation symbolique. Chaque objet à une image mentale, évocable en son absence. Les moyens pour évoquer cette image sont la pensée symbolique et notamment le langage, l'imitation différée, l'image mentale, le dessin et le jeu symbolique. Toutes ces conduites apparaissent dans la deuxième année. L'accession à l'intelligence symbolique s'effectue par l'imitation différée. La fonction symbolique dénommée fonction sémiotique par J. Piaget détache la pensée de l'action et crée la représentation. La pensée de l'enfant reste intuitive et est caractérisée par quatre traits de raisonnement. L'animisme où l'enfant a tendance à concevoir les choses comme vivantes et douées d'intention. Le finalisme où la raison d'être des choses est recherchée. Il correspond aux « pourquoi » des enfants. L'artificialisme est une croyance que les choses ont été construites par l'Homme. Le réalisme où les contenus de conscience sont considérés par l'enfant comme des objets. Ces pensées consistent en une assimilation de la réalité à l'activité propre. Une confusion entre le monde intérieur et l'univers physique persiste.

A partir de sept ans, les structures nécessaires aux opérations concrètes se mettent en place. L'enfant acquiert la réversibilité de la pensée et la constitution des invariants (le nombre, la longueur ou le volume constituent un tout permanent, identiques à eux-mêmes.) Les activités de classification et de sériation sont donc possibles. L'intelligence n'opère que sur du concret, l'enfant ne peut encore raisonner dans l'abstrait et faire des hypothèses. Des conservations numériques, physiques et spatiales sont aussi élaborées dans la période des opérations concrètes. Dès sept ans, la conservation de la substance, du poids et du volume s'acquiert toujours dans cet ordre avec un décalage de deux ans. Ce processus est naturel et sans retour aux niveaux précédents. Ainsi l'enfant peut se représenter mentalement ce qu'il évoque. Le monde n'est pas encore organisé en catégories logiques et générales mais en éléments en

rapport avec l'expérience. L'enfant acquiert la connaissance de l'univers concret.

* La période des opérations formelles (de douze à seize ans) permet la transformation de la pensée. L'enfant se libère du concret, il raisonne de façon abstraite. La pensée formelle opère sur un matériel symbolique, des signes conventionnels. Le raisonnement devient hypothético-déductif. Les conclusions sont tirées à partir d'hypothèses et non plus d'observations réelles et concrètes. La conscience devient réflexive, elle est médiatisée par la pensée. L'adolescence est alors l'âge des grands idéaux et des projets d'avenir.

L'enfant édifie ses fonctions cognitives par les successions d'expériences et la mentalisation progressive de l'action. L'aspect est dynamique et constructiviste. J. Piaget retient « quatre facteurs généraux du développement cognitif de l'enfant : la maturation nerveuse ; l'exercice et l'expérience acquise dans l'action effectuée sur les objets ; les interactions et les transmissions sociales ; et enfin l'équilibration [...]. »²⁹

B) D'un point de vue affectif

1) *L'attachement*

L'attachement correspond à des comportements utilisés pour obtenir une proximité et une sécurité de base vers un individu donné, pour lequel il existe une préférence. L'attachement est auto-adaptatif et semble inné. La mère est souvent la figure d'attachement principale, que John Bowlby³⁰ définit par *caregiver*. Ce dernier doit prendre soin physiquement et émotionnellement de l'enfant, être présent régulièrement et s'investir émotionnellement dans la vie de l'enfant. La sécurité, la proximité et la protestation en cas de séparation

²⁹ Golse B. (2008) p.170.

³⁰ Guedeney A. & N. (2010).

subie attestent d'une relation d'attachement. Trois phases évolutives, la protestation, le désespoir et le détachement, ont été relevées comme conséquences de la séparation.

L'attachement de l'enfant évolue au cours de son développement. D'abord, le nourrisson s'oriente vers des signaux sans discrimination de figures d'attachements. Il va ensuite se diriger vers ces figures. Le bébé pourra ensuite maintenir la proximité grâce à l'émission de signaux (sourires, pleurs) et à la locomotion. Le besoin de proximité évolue en besoin de disponibilité car l'enfant a une bonne sécurité de base. L'enfant accepte de mieux en mieux la séparation, le système d'attachement devient représentationnel. L'enfant peut alors se détacher, devenir autonome pour explorer l'environnement extérieur.

2) La sexualité infantile selon Freud

Freud décrit le développement psycho-affectif de l'enfant en stades. D'abord les stades pré-génitaux qui précèdent le complexe d'Œdipe. La sexualité infantile dépend du principe des couples plaisir-déplaisir et de la dynamique pulsion-objet qui organisent le fonctionnement psychique. L'enchaînement des stades est progressif.

* Le stade oral, dans la première enfance, est consacré à la préhension. La zone érogène se trouve être la zone bucco-labiale avec une importance particulière pour la vision et le toucher ainsi que la peau. L'objet de la pulsion est représenté par le sein ou son substitut. Le plaisir oral du bébé provient d'abord de l'alimentation mais s'en détache pour devenir une excitation bucco-linguale (suçotement du pouce.) Le but pulsionnel est alors double : un plaisir auto-érotique et un désir d'incorporation. Le nourrisson n'a pas conscience de la limite soi et non-soi, du dedans et du dehors. Il est dans un état de dépendance absolue.

* Dès la deuxième année de la vie se développe le stade anal. Il est constitué par la maîtrise ou l'emprise. La zone de plaisir est la muqueuse ano-rectale,

voire tout le tube digestif, ce qui coïncide avec le contrôle sphinctérien. Il s'agit de conserver les objets à l'intérieur de soi ou de les expulser après destruction. L'objet pulsionnel n'est pas seulement le boudin fécal mais regroupe aussi la mère et l'entourage dans un désir de les maîtriser et de les manipuler. Là aussi, le but pulsionnel est double, dans un plaisir auto-érotique de stimulation de la zone anale dans la rétention ou l'expulsion des selles ; et dans une pression relationnelle sur les personnes qui commencent à se différencier. L'enfant considère alors ses selles comme une monnaie d'échange. L'ambivalence est maximale entre la conservation ou l'expulsion de la matière fécale. Cette dernière peut avoir la valeur d'un bon ou d'un mauvais objet selon la réaction du parent. L'enfant différencie alors la frontière entre l'intérieur et l'extérieur, entre le soi et le non-soi, et prend du plaisir dans la manipulation relationnelle.

* Le stade phallique, précède la problématique œdipienne, il recouvre la troisième année de la vie. Centré sur la présence ou l'absence d'un phallus, ce stade est une affirmation de soi. La zone érogène, est ici l'urètre avec le double plaisir de la miction et de la rétention. A ce stade se manifeste la curiosité sexuelle. L'enfant prend conscience de la différence des sexes. Des fantasmes liés à la scène primitive se manifestent, où l'enfant élabore des théories sexuelles infantiles, en fonction de son vécu.

Le Complexe d'Œdipe structure le groupe familial par l'interdit de l'inceste. Il se situe entre 4 et 7 ans, et « correspond à une attirance pour le parent de l'autre sexe et à des sentiments de haine ou de rivalité pour le parent de même sexe. »³¹ Différent pour les filles et les garçons, il permet néanmoins de mettre en place le tiers. Les interdits parentaux sont intériorisés. La différence des sexes est acceptée et va permettre à l'enfant d'accéder à l'activité symbolique et à l'aptitude au deuil.

³¹ Golse B. (2008) p.24

La période de latence est une période classiquement sans conflit, se situant entre 7 et 12 ans. Cette période est un entre-deux crises, celle de l'Œdipe et celle de l'adolescence. L'enfant se décentre de l'univers familial. Il poursuit son autonomisation et peut accéder aux apprentissages scolaires en se soumettant à la règle.

C) D'un point de vue psychomoteur

«L'homme est un être psychomoteur. Chacun de ses actes témoigne de la manifestation conjointe de ses fonctions intellectuelles, affectives et motrices.»³² Nous nous construisons aussi suivant les items psychomoteurs. Le développement psychomoteur s'effectue donc selon trois étapes, le corps vécu (jusqu'à 3 ans), le corps perçu, (jusqu'à 6 ans) et le corps représenté (jusqu'à 14 ans.)

1) *Le tonus*

« Le tonus vient du grec tonos qui signifie tension. Le tonus d'un muscle est la réaction du muscle à son propre étirement. »³³ Le tonus est l'état de légère tension des muscles, permanente et involontaire des muscles au repos. Il est variable dans son intensité en fonction de l'état de vigilance, des émotions et des actions qui l'activent ou l'inhibent. Le tonus participe à la conscience de soi.

La fonction tonique constitue la trame de l'existence, les aspects fonctionnels et relationnels y sont indissociables. La tonicité est notre baromètre interne et notre carte d'identité. Nous allons pouvoir aussi

³² De Lièvre B. & Staes L. (2012) p.10.

³³ Robert-Ouvray S. & Servant-Laval A. (2011) Dir. Scialom P., Giromini F., Albaret J. M., Chapitre 5 p.145.

rencontrer l'autre. L'état tonique est un mode de relation, il nous renseigne aussi sur l'autre. L'expressivité corporelle va être modifiée en fonction de la force exercée par les muscles posturaux. Julian de Ajuriaguerra reprend la définition d'Henri Wallon pour définir le dialogue tonique « l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude au dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé dialogue tonique. »³⁴ Le tonus assure donc une fonction de communication non-verbale à travers le dialogue tonique. Ce dernier se ressent par la vision, le tact, les postures et expressions corporelles. Il convoque le fonctionnement psychique et corporel. Cette communication infra-verbale est consciente et inconsciente. Il va permettre l'intégration des sensations corporelles de l'enfant, l'attachement à la figure maternelle. Le dialogue tonique est un outil thérapeutique essentiel en psychomotricité.

2) *La représentation corporelle : schéma corporel et image du corps*

Par l'intégration des différentes informations sensorielles, le schéma corporel se constitue des informations sur la posture, sur la spatialité des différents segments corporels. Le schéma corporel est la connaissance que nous avons de notre corps, soit les perceptions des différentes parties du corps, la morphologie (l'espace que le corps occupe), la connaissance des différentes parties du corps, les possibilités motrices, les modalités d'expression à travers le corps et la représentation de ce corps.

L'image du corps regroupe les pensées, les convictions, les comportements qui s'expriment à l'égard du corps. Selon Jacques Corraze³⁵, l'image du corps regroupe plusieurs aspects : la perception directe du corps, l'image spéculaire renvoyée par le miroir, le corps propre construit dans ses représentations

³⁴ Joly F. & Labès G. *op. cit.* p.193.

³⁵ Corraze J. (2009)

comme le dessin et l'image du corps valorisée au niveau culturel et les sentiments d'insatisfactions qui y sont liés. L'image du corps est surtout inconsciente, elle correspond à la perception du corps, en relation avec autrui, mais aussi dans le regard que l'autre porte sur le corps.

Eric Pyreire, psychomotricien donne une définition de l'image du corps : « l'image du corps se développe par étapes chronologiques, elle se bâtit et s'étaye en lien avec des fonctionnements physiologiques variés (systèmes somesthésique et viscéral), elle concerne des fonctions ou des zones corporelles diverses, elle est investie par la libido qui laisse des traces, éventuellement des symptômes, partout où elle est passée et où elle peut se trouver encore. »³⁶ Pour lui l'image du corps peut être définie selon neuf composantes :

- la continuité d'existence, liée à la sensorialité est une base de l'image du corps ;
- l'identité,
- l'identité sexuée, assignée avec l'identité par les parents ;
- la peau, qui reprend le concept du Moi-Peau ;
- l'intérieur du corps, comme contenant ;
- le tonus ;
- la sensibilité somato-viscérale, préférée à la notion de schéma corporel ;
- les communications corporelles, construites dans la relation, elles sont le support de la subjectivité puis de l'identité ;
- les angoisses archaïques, morcellement, effondrement, liquéfaction, dévoration.

3) *L'organisation spatio-temporelle*

La définition d'espace est vaste, il est défini à la fois comme une étendue indéfinie, mais aussi comme l'intervalle entre deux temps, une durée. L'espace

³⁶ Pireyre E. (2011) p.47.

et le temps sont donc indissociables. L'espace est aussi une distance, ce qui nous renvoie en psychomotricité à la notion d'intérieur et d'extérieur, d'un dedans délimité d'un dehors. L'enfant construit son espace d'abord à partir de son corps propre, référentiel égocentré.

L'espace perçu comprend l'orientation spatiale. L'enfant peut se représenter un espace, localiser des objets dans l'espace et effectuer une trajectoire. L'espace est lié au vécu corporel. Les premières notions spatiales apparaissent. L'espace devient projectif. L'enfant peut ensuite se représenter l'espace. La perception de l'espace est décentrée, les repères sont extérieurs au corps. Des formes sont intériorisées et peuvent être projetées.

Le temps organise la perception du monde. Le temps est d'abord une donnée objective, non maîtrisable. Tout le monde subit l'inéluctabilité du temps qui passe. Des caractéristiques du temps comme l'ordre, la durée, la succession nous permettent de nous adapter.

Le temps est d'abord vécu par l'enfant au travers des cycles biologiques, comme le cycle veille - sommeil, la faim - la satiété. Ces rythmes sont les premiers éléments d'une temporalité chez l'enfant. Plus tard, l'enfant dans ses gestes intègre leur temporalité avec un début, un déroulement et une fin. L'enfant peut se situer dans le temps en référence à une action, c'est l'orientation temporelle. Progressivement, l'orientation temporelle se détache de l'action. La structuration temporelle se met en place permettant de situer les actions avec des repères communs. La structuration spatio-temporelle est une adaptation de l'individu à son environnement. Elle est indispensable pour le bon déroulement des gestes, pour la communication.

4) *L'axe corporel*

Sur le plan anatomique, l'axe corporel est constitué de la tête, du cou et du tronc. L'axe corporel est souvent associé à l'axe vertébral, bien qu'ils soient distincts.

Le nourrisson construit son axe, d'abord dans l'alternance de postures asymétriques. A cet âge, le nourrisson n'a pas la conscience d'un espace unifié. Il existe seulement l'espace droit et l'espace gauche, tous deux distincts. Le passage des objets par la bouche, puis d'une main à l'autre en passant par l'axe médian va permettre la réunification des espaces. L'axe intervient aussi dans la distinction haut / bas. L'achèvement de sa construction entraîne le développement de la préhension, de la coordination. La verticalisation va elle aussi se développer.

L'axe corporel est le lieu d'ancrage de la représentation corporelle. Il constitue la base des fonctions instrumentales et permet l'élaboration psychique.

D) L'intersubjectivité

Pour être dans l'intersubjectivité, l'enfant doit déjà se percevoir lui-même. Selon Bernard Golse, l'intersubjectivité est un ensemble de processus complexes qui vont permettre à l'enfant de « ressentir, d'éprouver, d'intégrer, de vivre très profondément que lui et l'autre, cela fait deux. »³⁷ L'enfant se sent ainsi exister, distinct de l'autre, séparé et indifférencié.

L'intersubjectivité dite primaire est la possibilité de liens avec les autres, ainsi que la présence d'une potentielle empathie. Cette intersubjectivité serait un état naturel inné chez les humains. L'intersubjectivité secondaire apparaît vers un an et demi. L'enfant imite dans l'immédiateté ses pairs, c'est à ce moment qu'apparaissent ses premiers mots. L'enfant peut ainsi partager et associer des expériences, des mots. Il expérimente le sens des mots dans la communication. Vers deux ans, l'enfant peut ainsi partager des histoires.

³⁷ Kaës R.& Laurent P. *op.cit.* p.29

III. Enveloppe psychique, enveloppe groupale

A) Enveloppe psychique

1) *Le Moi-Peau*

D. Anzieu décrit le Moi-Peau comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. »³⁸ Le Moi de l'enfant se construit donc grâce aux expériences vécues tactilement. Le Moi-Peau permet de créer une enveloppe narcissique, avec la certitude et la constance d'un bien être. Le Moi-Peau s'étaye donc sur les fonctions de la peau ; d'abord la fonction de sac qui remplit et contient à l'intérieur le bon ; ensuite la barrière qui délimite le dedans et le dehors et enfin, la fonction de communication, qui inscrit les traces laissées par celles-ci qui correspondent au sac, à l'écran et au tamis. La peau est le premier organe des échanges signifiants, base de la communication.

En parallèle avec les fonctions de la peau et du Moi, il décrit huit fonctions du Moi-Peau :

- maintenance par l'intériorisation du holding maternel. Elle permet l'identification à un objet support et le maintien du fonctionnement du psychisme.
- contenance, par l'intériorisation du handling maternel. L'enfant a le sentiment de la continuité de soi.
- pare-excitation, tant interne qu'externe.
- individuation de soi, qui permet l'affirmation de soi, et donne le sentiment d'être un être unique.
- intersensorialité, où la surface psychique relie les différentes sensations sur l'enveloppe tactile. Se constitue alors un sens commun.

³⁸ Anzieu D. (1995) p.61.

- soutien de l'excitation sexuelle, grâce à l'investissement libidinal de la peau du bébé par sa mère.
- recharge libidinale du fonctionnement psychique, en réponse aux stimulations du tonus sensori-moteur de la peau, la libido est réinvestie.
- inscription des traces sensorielles de la peau renforcée par l'environnement maternel et surtout la présentation des objets extérieurs au bébé.

D'autres fonctions sont aussi évoquées comme la fonction de stockage en lien avec la fonction mnésique, la fonction de production qui est à relier aux mécanismes de défense du Moi. Ainsi, le Moi peut établir des barrières et filtrer les échanges, à la fois protecteur et perméable comme la peau. Grâce au Moi-Peau, l'enfant acquiert la possibilité de penser.

2) *L'enveloppe psychique*

L'enveloppe entoure quelque chose. En anatomie, l'enveloppe est définie par une membrane qui entoure les organes.

Selon les auteurs elle est composée de plus ou moins deux à trois feuillets. Didier Houzel (2010) nous détaille la composition des trois feuillets : la pellicule, la membrane où les expériences de rencontres s'inscrivent sur la pellicule, et l'habitat qui crée un espace interne à cette enveloppe sans confusion avec l'espace extérieur. D. Anzieu (1995), lui, décrit une enveloppe psychique à deux feuillets, l'un tourné vers l'extérieur qui a une fonction de pare-excitation et l'autre tourné vers l'intérieur qui a une fonction d'inscription réversible.

L'enveloppe psychique est définie comme une fonction de délimitation entre la réalité psychique et la réalité extérieure. Quatre propriétés ont été développées par D. Houzel (2010) :

- l'orientabilité, permet la distinction entre la face externe et la face interne,

- la connexité, correspond à la continuité de la surface,
- la compacité, qui permet à l'enveloppe de se couvrir d'éléments constitutifs,
- l'élasticité, l'enveloppe est alors déformable pour pouvoir subir l'influence des rencontres subies tout en conservant une consistance et une cohésion. L'enveloppe est à la fois malléable et consistante.

L'enveloppe psychique a donc une fonction de délimitation qui doit être perméable pour pouvoir assurer une communication entre l'espace du monde interne et celui du monde extérieur. L'enveloppe permet d'être un individu et de se sentir unique.

B) L'enveloppe groupale

Le groupe possède un espace et une temporalité propre. René Kaës (2010) l'a défini comme un espace interne délimité par une enveloppe groupale, délimitant un soi de groupe. Le groupe fonctionne à la manière du fonctionnement psychique de l'individu. Les notions dedans-dehors délimitent et articulent le fonctionnement de la vie groupale. Ce fonctionnement répond au principe de plaisir et de déplaisir. Le groupe obéit au processus de répétition et de sublimation, qui ouvre à la voie symbolique par la répétition des expériences.

D. Houzel parle de l'enveloppe groupale comme une extension de l'enveloppe psychique. « L'enveloppe groupale enveloppe les enveloppes psychiques individuelles. »³⁹ L'enveloppe individuelle peut alors se mouler à l'enveloppe groupale. Cette dernière joue alors le rôle de seconde peau. L'enveloppe groupale peut aussi épouser chaque enveloppe psychique individuelle constituant une première peau.

³⁹ Houzel D. (2010) p.141.

DISCUSSION

I. Le groupe : cadre - médiateur - médiation ?

A) Le cadre thérapeutique

1) Le cadre du groupe

Le groupe doit être constitué d'un cadre. Le cadre comprend l'organisation technique et matérielle de la rencontre mais aussi les facteurs qui interviennent dans le traitement. Pour J.B. Chapelier (2009), le cadre regroupe les aspects conceptuels, le dispositif, et le contexte organisationnel.

De plus, le choix d'un groupe en co-thérapie permet l'observation de tout ce qui se passe en séance et de pouvoir rapporter plusieurs points de vue. En effet, l'éducatrice spécialisée a une visée éducative. Les objectifs du groupe sont donc partagés entre des axes psychomoteurs et éducatifs : le jeu ensemble dans la créativité et les règles de savoir-vivre ensemble. La médiation s'intègre elle aussi dans le dispositif.

Pour le groupe « voyage en tissus » nous pourrions parler de cadre-dispositif. Ce dernier est clairement posé et fixe, même jour, même salle, même heure... J'ai pu observer l'importance du maintien du cadre auprès des enfants. David et Florian l'ont intégré au fonctionnement du groupe. Naturellement, au fil des séances, ils ont pu nous attendre, interpeller ceux qui n'étaient pas prêts. Le cadre permet aux enfants un repérage spatio-temporel. Cet aspect répétitif, ainsi que le choix d'un groupe fermé contribue à la notion de continuité pour les enfants. Le groupe continue d'exister même en notre absence.

2) La contenance

Les thérapeutes, que ce soit le psychomotricien, l'éducatrice spécialisée ou moi, en tant que stagiaire, sommes garants du cadre. L'espace thérapeutique doit être respecté tel qu'il a été défini. Nous veillons au bon déroulement du groupe. Par notre présence, nous devons assurer un espace sécurisant,

accueillant, solide qui permet de contenir l'expression des affects des enfants et d'intérioriser leurs sensations, leurs émotions.

Cette contenance se retrouve dans le jeu avec les enfants, par exemple lorsque j'enveloppe David dans le tissu pour les voyages. Nous venons aussi mettre des mots sur ce que ressentent les enfants, comme lorsque nous faisons correspondre un portage à un moyen de transport. Nous tentons parfois d'expliquer ce qu'ils ressentent, d'en donner toutes les significations possibles, ce que j'ai tenté de faire avec David lors de la séance particulière.

B) Médiateur - Médiation

1) *Le médiateur*

Le mot médiateur provient du verbe latin *médiare*⁴⁰ qui signifie s'interposer et du nom commun *médius* : qui est au milieu. Le médiateur intervient donc comme un tiers entre le patient et le thérapeute. Le choix du médiateur doit être déterminant dans la prise en charge. Nous devons réfléchir à l'utilisation de cet objet comme but ou comme moyen dans le processus thérapeutique.

Nous utilisons ici, les objets médiateurs : les tissus et le parachute. Les tissus ont pour fonction de représenter des médiums malléables. Ils sont indestructibles, sensibles, transformables et disponibles. Ils ne représentent rien par eux-mêmes et peuvent être transformés à souhait par l'enfant au gré de ses impressions. Ces objets médiateurs sont donc un support de base pour qu'émerge la créativité puis les activités symboliques. Ainsi, avec les tissus, nous avons pu imaginer différents moyens de transports, nous cacher, faire des échanges de balles. David a aussi pu proposer des jeux symboliques où nous avons fait semblant de dormir ou de manger sous le parachute.

⁴⁰ Dictionnaire étymologique de la langue française, (1996) p.399.

Les médiateurs favorisent l'expression du monde interne des individus mais ils ont surtout permis aux enfants d'entrer en relation avec nous. J. B. Chapelier⁴¹ précise qu'ils sont un équivalent au langage. En ce qui concerne David, lors de sa maîtrise sur le parachute ou avec nous, les tissus ont pu l'aider à organiser sa pensée et à expérimenter sa maîtrise sur cet objet. Grâce à la présence des tissus et à leur envie de portage, les enfants ont pu nous faire une demande, nous tendre le tissu comme un appel. Au fil des séances, nous leur avons demandé de préciser leur demande avec des mots, afin de nous exprimer leur envie.

L'utilisation du médiateur va aussi mettre en avant un sentiment d'appartenance au groupe grâce à cette utilisation. Nous retrouvons ce sentiment d'appartenance, lorsque nous venons chercher les membres du groupe. Les enfants repèrent qui en fait partie et qui n'en fait pas partie.

2) La médiation

« La médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre. »⁴² La médiation amène à la symbolisation lorsqu'elle est investie pour elle-même. Les médiations ont plusieurs objectifs, elles sont le lieu de la découverte d'expériences corporelles, émotionnelles, elles favorisent le jeu du corps et transforment les éprouvés en représentations.

Il existe deux sortes de groupes avec des médiations. Dans les groupes à médiations, le dispositif est particulier, il n'a pas d'analyse du sens. La médiation reste au premier plan. La continuité des séances se fait autour de la médiation. Dans le groupe thérapeutique médiatisé, la médiation a une place originale. L'activité est plus ou moins libre, ce qui entraîne l'expression de mouvements groupaux. L'expérience du groupe médiatisé est partagée entre

⁴¹ Chapelier J. B. (2009), pp 9-27.

⁴² Potel. C (2012) p.365.

les membres du groupe. L'objectif du groupe étant de soutenir les fonctions moïques, les membres peuvent découvrir leur position dans la créativité et opérer un changement. Par l'utilisation de l'objet médiateur, les débordements d'affects s'expriment.

Dans le groupe « voyage en tissus » nous nous situons à la frontière de ces deux définitions. Le média tissu prend la place originale et en même temps reste au premier plan. La continuité des séances se fait bien autour du médiateur puisqu'il reste le même d'une séance à l'autre. Néanmoins, le médiateur garde une place originale puisque l'activité proposée autour du tissu reste libre. Les enfants peuvent donc éprouver, explorer et exprimer des sensations, des affects dans l'utilisation des tissus.

C) L'approche psychomotrice

1) De l'individuel de groupe

Notre approche du groupe, se rapproche beaucoup de la théorie d'analyse du groupe dans et par le groupe. En effet, nous nous intéressons beaucoup aux personnalités individuelles des enfants. Ce qui peut s'apparenter à de l'individuel de groupe. Cela peut sûrement s'expliquer par la présence de trois adultes pour seulement deux enfants. L'arrivée d'un troisième enfant aurait probablement bouleversé la dynamique de groupe. La prise en compte du groupe ou de l'individu se retrouve aussi dans le cadre, nous devons bien savoir si cette notion a été pensée avant ou non. En ce qui me concerne, je pensais m'adresser au groupe, mais vu l'évolution de la clinique, je me suis plutôt tournée individuellement vers les patients.

2) Les items psychomoteurs dans le groupe

Notre approche contient aussi une visée éducative, cependant, les items psychomoteurs se retrouvent dans le groupe.

L'espace et le temps sont toujours présents, que ce soit dans le cadre ou dans le déroulement des séances. Les séances se déroulent selon un cadre spatio-temporel précis qui donne une référence aux enfants. David et Florian ont intégré ce cadre au fil du groupe. Les séances sont elles-mêmes découpées en deux, d'abord le jeu avec les tissus, puis, le parachute. Là aussi, les enfants ont repéré le temps passé pour chaque jeu.

Le schéma corporel n'a pas été travaillé dans un apprentissage mais nous le retrouvons dans les jeux, dans les mouvements. Nous savons que le schéma corporel se construit à partir des perceptions tactiles, kinesthésiques, visuelles et labyrinthiques. Sans apprendre les différentes parties du corps, le schéma corporel a pu être évoqué lorsque nous avons exercé des pressions, des percussions à Florian mais aussi à David qui semblait vouloir l'apprendre, établir un lien entre la sensation et la dénomination. Dans un groupe l'image du corps est constamment présente, elle se modifie à chaque nouvelle séance à chaque rencontre.

Le tonus et surtout la régulation tonique sont des items centraux dans les différentes séances. La maîtrise de David a nécessité un dialogue tonique, surtout dans une relation avec moi, pour tenter de l'amener vers une détente corporelle. De même avec Florian, qui plutôt hypotonique, a pu devenir acteur et être plus dynamique.

La modification du tonus et l'accordage tonique ont sûrement contribué à la consolidation de leur axe corporel, David se tient plus « droit », plus ouvert. Soutenu par son axe, il semble pouvoir utiliser plus facilement ses fonctions instrumentales pour interagir avec nous. Je pense notamment au rangement des tissus dans le baluchon mais surtout à l'enfilage des chaussures. Il peut le faire seul sans un étayage de l'adulte présent dans son dos.

Cités précédemment, les items psychomoteurs contribuent à la construction psychocorporelle de l'enfant. Nous observons ici les répercussions de ces notions sur l'évolution des enfants.

3) *La théorie de l'étayage de Suzanne Robert-Ouvray*

S. Robert-Ouvray détaille la théorie de l'étayage psychomoteur. « L'étayage est le résultat d'un processus d'intégration qui permet une différenciation entre la sphère motrice et la sphère psychique, puis l'installation de rapports entre ces deux sphères qui sont dès le début de la vie dans une autonomie relative. »⁴³ Elle détaille quatre niveaux dans le système d'intégration : tonique, sensoriel, affectif et représentatif. Ces paliers sont opposés en deux pôles et s'étayent les uns sur les autres. Au début l'enfant opère un clivage entre les pôles, puis il accède à l'ambivalence. L'ambivalence dépend d'un rythme relationnel satisfaisant entre la mère et le bébé. Ainsi, l'enfant se constitue en tant que sujet.

C'est ce que nous tentons de reproduire dans le groupe. Nous nous appuyons sur le niveau tonique. Nous proposons à David une ambivalence tonique entre hypertonicité et hypotonie afin qu'il puisse accéder aux niveaux supérieurs jusqu'à la représentation. Nous l'effectuons aussi avec Florian, mais S. Robert-Ouvray parle d'un arrêt dans l'étayage après le niveau sensoriel pour les enfants autistes. Il est vrai que Florian ne peut nous exprimer sa colère, son mécontentement ou son plaisir par la parole mais il peut le faire dans ses états corporels en pleurant, en étant hypertonique ou au contraire dans une hypotonie massive. J'ai le souvenir de rencontrer un enfant qui « coule » lors des premières séances. Florian est encore dans une dualité hypertonie-hypotonie. La bipolarité tonique vient étayer la différenciation du Moi dès que l'enfant accède à l'ambivalence. Ce sentiment de continuité de vie n'est possible que si la symétrie, la périodicité, l'organisation dans le temps des rythmes, dotés de qualité de plaisir sont assurés.

Pour conclure, après l'éclaircissement des notions de cadre, d'objet médiateur et de médiation, je peux maintenant mieux définir le groupe dans

⁴³ Robert-Ouvray S. (2007), p. 222.

le cas du « voyage en tissus ». Le groupe définit un cadre théorique et pratique, contenant dans lequel vont pouvoir se développer la médiation et le médiateur. La médiation est une technique alors que l'objet médiateur correspond à un objet qu'il soit réel ou fictif. La médiation renvoie aux jeux libres et spontanés construits à partir des tissus qui représentent l'objet médiateur. Ici, l'assemblage des trois contribue à former le groupe, l'appartenance au groupe dont David et Florian ont besoin pour construire le groupe comme entité stable et développer leur capacité à interagir ensemble.

II. Le baluchon, le groupe : des enveloppes.

A) Les tissus, une seconde peau

Les tissus sont contenus dans un baluchon. Les tissus comme développés précédemment sont des médiums malléables. Le baluchon, constitué d'un grand tissu, permet de retenir ensemble tous ces tissus, de les contenir, de les envelopper. Nous pouvons alors faire l'analogie entre le baluchon conteneur de tissu et la notion d'enveloppe.

1) *Le portage*

Lors du groupe, les enfants nous ont beaucoup demandé des activités de portage. Le portage, initié par moi lors des premières séances, est une approche pour rencontrer les enfants. Le portage permet de renouer avec le vécu archaïque du jeune enfant. En effet, il fait référence au *holding* (maintien) de Winnicott⁴⁴. Ce dernier correspond à la façon dont la mère porte son bébé tant physiquement que psychiquement dans la vie quotidienne.

Je me suis par ailleurs questionnée, quant au portage qu'avait reçu David tout petit avec sa maman. En effet, il bouge souvent pendant ce temps comme s'il ne trouvait pas sa place. De plus, lors de la séance particulière, nous avons remarqué, qu'il pouvait à la fois s'exciter et se calmer dans les bras du psychomotricien. La qualité du portage n'a peut-être pas été suffisante ou intégrée. Ce *holding* se rejoue pour Florian et David lorsque nous les tirons dans les tissus. Ce portage a été construit avec l'aide des enfants. D'abord très pauvre et surtout à l'initiative des adultes, il s'est enrichi dans la mise en place des tissus. Les enfants ont pu être demandeurs et en être à l'initiative. Le portage s'est ainsi développé dans une co-création. David a pu se poser dans ce moment, passant d'une position assise à une position allongée. Petit à petit, le

⁴⁴ Winnicott D. W. (1992)

regard s'est détaché et il m'a demandé de fermer entièrement le tissu comme un cocon.

Le *holding* contient mais pas seulement, nous retrouvons aussi un accordage tonique entre les deux partenaires. Il devient un support de la communication.

Au cours des portages, David mais surtout Florian se sont adaptés corporellement, épousent la forme du tissu. Ils semblent plus apaisés. Les portages ont permis d'explorer différentes façons de porter. Déjà dans la qualité de portage, les enfants ont pu expérimenter différents porteurs. En effet, chaque personne porte de façon différente en fonction de ce qu'elle a vécu antérieurement, de sa disponibilité du moment. Les enfants et le porteur doivent donc s'ajuster. Je le remarque beaucoup avec Florian qui peut parfois replacer le tissu si celui-ci est mal mis, ou sortir les bras du tissu pour se rééquilibrer. David lui a plus de mal à s'adapter, il se laisse tirer et bouge beaucoup. Mais le portage diffère aussi suivant la façon de les porter : tirés au sol ou dans les airs, déplacés ou en bercement. Cette notion peut se rapprocher du *handling* maternel (la façon dont la mère prodigue les soins.) Les enfants se sont alors déplacés en expérimentant, l'appui au sol par les fesses, l'appui-dos. Je remarque finalement une évolution et une préférence dans le portage. Les enfants ont dans un premier temps, relié ces portages à l'atelier hamac qu'ils effectuent dans leur prise en charge avec des éducateurs. Les portages sont d'abord surtout dans les airs, avec des montées et descentes, puis, les portages deviennent tirés au sol avec un contact important entre le sol et les fesses pour Florian, le dos et le sol pour David.

2) *L'appui-dos*

Florian demande beaucoup ces portages dans le tissu en forme de hamac, où son dos épouse parfaitement le tissu comme une seconde peau.

Geneviève Haag (1997) a évoqué l'objet d'arrière-plan avec la nécessité d'y adjoindre le regard. L'expérience d'être soutenu dans le dos et en même temps compris entouré par le regard permet le sentiment d'un espace arrière sécurisé. L'espace arrière est alors présent aux yeux de l'enfant. L'enfant va alors intérioriser la notion d'enveloppe comme toile de fond. L'enfant acquiert un axe vertébral qui le conduit au redressement et à la verticalité. André Bullinger (2004), développe l'arrière fond, construit des coordinations avant-arrière. Il constitue la musculature du dos et assure son soutien. Cet arrière-fond permet l'élaboration de la vision.

Nous retrouvons cette importance de l'appui-dos surtout chez Florian. Il se love, épouse le tissu. Ce portage est important pour lui, car s'il se défait, Florian le remet correctement. Dans ces moments, Florian semble plus présent dans la relation, il nous regarde droit dans les yeux, et peut nous sourire. Cet appui-dos se retrouve aussi dans les lancers, où grâce à cet arrière fond, Florian peut récupérer la balle et la renvoyer. Nous observons un redressement, il semble plus « ouvert », dans une verticalité. Florian peut s'ouvrir à la relation par le jeu des regards et des sourires. L'appui-dos semble être un support à la relation pour Florian. David en bénéficiera aussi, très agité au départ, il pourra se poser dans le tissu. Il demandera beaucoup de portage avec le dos collé au sol, comme pour ressentir cet arrière fond. Le portage sera ensuite plus refermé, comme une boule, un sac. Mais David s'appuie moins sur le regard, essentiel dans les premiers portages, il pourra s'en détacher, cherchant à se cacher dans le tissu, ouvrant et fermant lui-même.

L'appui-dos dans le portage a donc permis d'installer un arrière fond présent, support de la sécurité de base nécessaire au sentiment de continuité d'existence. Grâce à l'intégration du sentiment d'enveloppe, l'appui-dos contribue à l'ouverture psychique de l'enfant.

3) *Le coucou-caché*

Ce jeu a beaucoup été repris tout au long des séances. Je note une évolution dans le comportement de David pour qui ce jeu a été prégnant. Au début David ne supportait pas que je reste partiellement cachée sous le tissu. Il a pu ensuite l'accepter, même si son inquiétude est encore présente lorsque je suis entièrement cachée. Si je me réfère au stade de J. Piaget, David se situe à la fin de la période sensori-motrice. La permanence de l'objet est acquise mais encore fluctuante pour lui. David a encore du mal à initier ce jeu. Si parfois il se cache, j'ai plus l'impression qu'il s'agit d'une fuite. Je n'observe pas ce comportement de jubilation, que peuvent présenter les bébés lors de ce jeu. J'ai l'impression qu'il n'anticipe pas la suite du jeu. Pour Florian en revanche, la permanence de l'objet est totalement acquise. Il ne manifeste pas d'inquiétude face à ce jeu. Lorsque nous nous cachons, il peut lever le tissu si nous sommes face à lui. Florian peut aussi aller se cacher derrière les rideaux des miroirs. Ce jeu manque d'interaction, ce sont souvent les adultes qui vont à sa recherche.

A travers ce jeu, David explore les notions de dedans et dehors, lorsque je suis dans le tissu mais aussi les notions de présence et d'absence. Le tissu qui m'enveloppe délimite l'intérieur et l'extérieur. Le tissu agit comme une seconde peau, mais cette seconde peau n'adhère pas à mon contour corporel. J'ai l'impression que cette seconde peau assez vague, inquiète et intrigue David. Un début de distinction entre le soi et le non-soi se met en place.

4) *L'enveloppe psychique*

A travers les jeux de portage et de coucou-caché, les tissus opèrent donc comme une seconde peau. Si nous reprenons les fonctions du Moi-Peau, je retrouve certaines fonctions dans l'utilisation de ces tissus. Ainsi, la notion de maintenance est assurée par le portage. Avec les différentes façons de porter et de jouer nous nous retrouvons presque dans un *handling*. L'enveloppe réalisée par les tissus lors des portages et du coucou-caché, se rapporte en

même temps que la contenance du thérapeute, à la fonction contenant de Moi-Peau. L'enfant devient alors sujet et ses pensées sont ainsi contenues dans son appareil psychique.

Le tissu confère par son opacité, plus ou moins importante, une barrière. Cette barrière matérialise l'espace intérieur et extérieur dans les jeux de portage mais aussi dans le coucou-caché. David expérimente beaucoup cette notion de dedans et dehors, surtout dans le parachute. Il entre et sort beaucoup de ce dernier, ayant du mal à rester dessous. Cette limite entre le dedans et le dehors est à relier avec l'espace de la salle. Pour le groupe, nous sommes à l'intérieur de la salle. David nous questionne beaucoup sur les bruits qu'il entend à l'extérieur. Il nous demande souvent si la salle est bien fermée. Je peux faire un parallèle entre la fonction de pare-excitation et la limite que nous procurent la salle et les tissus. Cette limite est d'abord matérielle et sera intégrée dans la pensée des enfants.

B) L'enveloppe groupale

L'étymologie du groupe nous renvoie à une notion spatiale de rond, de nœud. Le groupe contient une notion d'espace, il est lui aussi contenant. L'espace de la salle, clos, représente déjà une première enveloppe, qui englobe tous les individus. Je retrouve les notions de limites qui délimitent l'espace du groupe.

Comme dans le fonctionnement du psychisme individuel, le groupe a besoin de la répétition d'expériences pour pouvoir arriver à la symbolisation. David et Florian ont beaucoup repris le jeu de portage. Ils ont pu au fur et à mesure des séances apporter des portages différents, avec parfois un imaginaire. David parle d'une voiture de peinture rouge et y ajoute des petits morceaux de tissus qui représentent des valises. Florian, lui, donne un nouveau moyen de transport si le portage diffère.

Le groupe a aussi agi comme une seconde peau. Nous nous sommes parfois réunis tous ensemble autour d'une activité commune, comme les portages à plusieurs ou le parachute. Constituant alors un cercle, autour de cette activité. Le groupe permet d'aménager un espace dans lequel peut se développer un lieu de pensée, une aire de symbolisation.

L'enveloppe groupale, ainsi que les tissus, vont former une seconde peau. Cette dernière, renforce l'enveloppe psychique. Les enfants se sentent contenus, portés, physiquement et psychiquement. L'enveloppe agit telle une barrière, elle délimite le dedans-dehors, le soi et le non-soi. Dans cet espace, les enfants déposent leurs pensées, leurs affects. Ils accèdent à la différenciation.

III. Ensembles mais différenciés

A) Vivre ensemble

1) *La socialisation*

La socialisation est le processus par lequel l'enfant apprend et intériorise les valeurs, les normes, les codes sociaux, valables tout au long de sa vie. Il s'intègre dans la vie sociale à laquelle il appartient et construit son identité sociale.

Dès le début du groupe, les règles de fonctionnement, respect des autres, du matériel, du cadre sont exposées. Elles en constituent le cadre afin que la vie en groupe soit possible. Le règlement a très vite été intériorisé. Il n'y a pas eu d'attaques entre les enfants. Ceci est sûrement dû à la présence de seulement deux enfants.

Le fonctionnement en groupe est un lieu privilégié pour travailler l'intersubjectivité. Les enfants doivent avoir conscience de l'autre, de son existence. Doués d'une sympathie innée, nous nous attendons à ce que les enfants interagissent entre eux en s'interpellant. Sans interaction avec l'autre, le groupe ne peut exister. Le groupe psychomoteur aide à la socialisation puisqu'il regroupe des enfants, et des adultes. Les enfants vont pouvoir échanger des émotions, des jeux. Le groupe amène au partage des différentes expériences.

Au cours des séances, les enfants se sont intéressés l'un à l'autre. David a pu regarder ce que faisait Florian, et Florian a beaucoup regardé David quand celui-ci pleurait dans les bras du psychomotricien. Depuis que nous avons incité les enfants à faire un portage commun, David ou Florian peut inviter l'autre dans son portage en lui tendant la main. Une conscience de la présence de l'autre s'est développée.

L'enfant s'adapte à la vie en société. La socialisation sous-tend aussi des instants de désaccord et de frustration.

2) Le non, un organisateur psychique

Le « non » comme organisateur psychique a été décrit par René A. Spitz (1968). Le « non » de l'enfant est repris dans une identification à la mère. En effet, maintenant que l'enfant explore son monde environnant, il doit apprendre et faire face aux interdits. Cet apprentissage s'inscrit dans la deuxième année de la vie. L'enfant exprime son refus par un signe de la tête. La maîtrise du « non » suppose que l'enfant a acquis le pouvoir de jugement et de négation. Il en constitue l'expression sémantique et est son premier concept abstrait. Le « non » est à relier aux premières représentations de J. Piaget dans la pensée pré-opératoire de l'enfant.

Dans cette deuxième année intervient aussi le stade anal. L'enfant est dans une maîtrise relationnelle. Il peut exercer son refus de livrer ses selles. Il manipule et contrôle son entourage. L'accès à la propreté est une étape importante dans la vie de l'enfant. Une permanence et une continuité des frontières commencent à advenir. Le bébé, être dépendant, devient indépendant.

David élabore la question du « non. » Incapable de le faire avant la séance particulière, David va ensuite pouvoir dire « non. » Le refus que j'ai exprimé lors de cette séance a pu être intériorisé par David. Un peu comme une identification maternelle, il s'est identifié à mon refus. David a acquis le pouvoir de la négation, qui s'exerce aussi dans la rétention de ses selles. Il retient ses selles, il peut nous dire qu'il a mal mais rejette notre proposition d'aller aux toilettes. Ce maintien dans cet état lui permet de garder un certain contrôle sur son corps. La rétention se rapporte aussi à la question des limites, du dedans-dehors, du soi et du non-soi. De plus, David doit ressentir que ses selles requièrent une importance pour sa famille et les soignants, il s'en sert comme un moyen de maîtrise sur nous, nous laissant dans l'attente. Dernièrement, David sort beaucoup sa langue, mord les tissus. Je pense que cette activité peut être à relier au contrôle des sphincters. Par l'ouverture, et la fermeture de la bouche, David contrôle les muscles de sa bouche. Je me demande alors s'il s'agit aussi de pouvoir maîtriser ses sphincters anaux. Un

début d'abstraction est aussi possible, David rentre de plus en plus dans des jeux symboliques. Florian n'exprime pas le non par la parole. La propreté et le stade anal sont acquis pour lui. Florian a accès au « non » de l'adulte.

L'interdiction, les mots, les gestes, sont chargés d'une dimension affective spécifique qui signifie le refus, la défaite pour l'enfant : la frustration.

3) La tolérance à la frustration

La frustration est une tension psychologique engendrée par un obstacle qui empêche la personne d'atteindre un but ou de réaliser son désir. La frustration peut aussi désigner un sentiment d'insatisfaction ressenti dans la comparaison avec quelqu'un, lorsqu'on s'estime lésé. Cette tolérance à la frustration se construit dès le plus jeune âge chez l'enfant. La mère suffisamment bonne évoquée par Winnicott va répondre instantanément au besoin de l'enfant dans les premiers mois de la vie. Elle est dans un état de préoccupation maternelle primaire. Petit à petit, la mère va se détacher et répondre plus tardivement au besoin de l'enfant. Ce dernier va attendre et devoir penser autour de ce temps d'attente. Dans ce décalage, l'enfant peut élaborer la frustration.

Dans le groupe, nous avons pu évaluer la tolérance à la frustration des enfants. David ne pouvait pas supporter cette frustration. Complètement dans la maîtrise de lui-même et des autres, les moments de frustration s'expriment dans la tension corporelle. Après la séance particulière, David a pu élaborer différemment la frustration. Il s'est peut être effondré face à mon « non », lors de cette séance. La frustration qui s'exprimait auparavant dans des cris, et une tension physique, ressentie comme une rage, peut maintenant s'exprimer par des mots. David peut nous demander d'arrêter ou refuser. Il est dans une maîtrise relationnelle. Celle-ci s'exprime à différents niveaux : dans ses actions, et dans la maîtrise de ses selles comme moyen de pression.

Florian a pu exprimer sa frustration par des cris et des pleurs. Ceci arrive lorsque nous le prévenons de l'arrêt du portage ou lui demandons de ranger les

tissus dans le baluchon. Cette frustration est élaborée, Florian râle et peut ensuite nous aider à ranger il peut passer à autre chose. Cette expression de mécontentement est à noter et à prendre en compte. En effet, dans l'autisme nous retrouvons des difficultés dans la communication. Par son langage corporel et affectif, Florian nous fait part de son mécontentement.

4) L'incidence de l'institution dans la frustration

L'institution dans laquelle j'effectue mon stage fait face à des conflits institutionnels, d'ordre organisationnel. Le médecin directeur n'est plus présent. La place des paramédicaux est remise en cause. L'implication des professionnels dans ce conflit s'en ressent. Je pense que les enfants le ressentent aussi. Je perçois une réticence sur l'existence de ce groupe de la part de l'institution. Le groupe subit beaucoup d'attaques avec des annulations, ou des horaires raccourcis.

Dans ces moments, les enfants sont moins disponibles. J'observe qu'ils ont moins envie de venir, ne sont pas toujours prêts pour le groupe. David est plus tendu, il devient « monsieur non. » Dans ces moments compliqués en séance, il est très difficile de proposer un jeu à David, il n'adhère pas. Il reste dans son coin à râler. La seule possibilité d'approche est d'aller vers sa maîtrise, de faire ce qu'il veut. Florian est moins disponible, un peu comme ses éducateurs. Je le sens moins ouvert, il se réfugie dans son hypotonie et ne s'ouvre pas beaucoup dans la relation.

B) Jouer ensemble

1) Le jeu spontané

Le jeu n'est pas libre, les enfants ont un matériel prédéfini constitué des tissus. Cependant, ce jeu est spontané, les enfants nous apportent leur matériel à jouer et nous les accompagnons, les soutenons dans leur réalisations. Nous

nous retrouvons dans ce que D. W. Winnicott⁴⁵ a appelé le *play*, un jeu non organisé, sans règle, différent du *game*. Le jeu ne doit pas être complètement cadré sinon, nous perdons la spontanéité de la rencontre.

Le jeu avec les tissus a pu d'abord être initié par les adultes puis, par les enfants. Ces derniers se sont approprié certains jeux dans une répétition. Je pense notamment aux jeux de portage avec des noms de transports différents. Bien que spontané, le jeu a été de plus en plus structuré, permettant une prise de conscience de l'autre jusqu'à des échanges avec les enfants, et l'expression de leur envie. Le jeu spontané dans sa non-directivité ou ici, sa semi-directivité a permis aux enfants de pouvoir exprimer leur désir et leur envie.

2) *Jouer c'est être séparé*

Pour entrer dans le jeu, il faut pouvoir se séparer. L'angoisse de séparation peut se rapprocher de l'angoisse de l'étranger, du huitième mois. Face à un étranger, le bébé ne reconnaît pas sa mère et a peur. Ceci est une étape dans le développement de l'organisation psychique. La séparation peut s'opérer lorsque l'enfant a intériorisé l'attachement et la fonction de sécurité de base qui s'y rapporte. L'enfant peut alors découvrir et explorer le monde. Pour aider les patients à se séparer, il faut du tiers. Le tiers se définit dans le cadre, mais aussi dans le jeu. Il sépare le thérapeute et le patient. « Défaire, déconstruire, est un acte qui augure une certaine séparation ainsi qu'une expérience de perte qui doit également se symboliser. C'est ce qui va permettre aux frustrations de s'intégrer. »⁴⁶

Dans les premiers temps, David ne peut pas se séparer de moi. Il est très collé à moi, il ne peut jouer avec d'autres adultes. Son jeu s'en ressent, ce n'est pas du jeu d'ailleurs mais plutôt une excitation.

⁴⁵ Winnicott D. W. (1975)

⁴⁶ Potel C. (2012), p.360

Les refus de David et surtout sa verbalisation par « cassé » me rappelle le fantasme de casse évoqué par D. Anzieu. J'ai l'impression que David détruit tout pour éviter l'angoisse. David ne propose pas beaucoup de jeux construits. Il ne peut rester concentré sur un jeu que nous lui proposons, il papillonne d'une proposition à l'autre. Lorsque le jeu lui déplaît, il prend la fuite en faisant le petit chien ou va vers un autre tissu. La demande du portage reste la solution face à une trop grande frustration. Face à la frustration David peut parfois transformer, mais prend surtout la fuite. Les propositions de jeux qui ne répondent pas à sa maîtrise sont écartées. La destruction peut aussi être un passage vers la création. Le groupe nécessite parfois d'être dans l'informe pour exister par la suite.

3) De l'illusion au début du symbolisme

D. Anzieu définit l'illusion groupale comme la perception d'être un bon groupe où tout va bien. Nous avons vécu cette illusion au début du groupe. Nous ne nous connaissions pas. Les enfants nous ont proposé des jeux. Très vite, nous nous sommes rendu compte que ces jeux étaient de l'excitation, de la répétition, mais pas du jeu. Les enfants n'expriment pas ce qui vient d'eux entre réalité extérieure et intérieure.

L'aire transitionnelle est définie par D. W. Winnicott comme « l'aire intermédiaire d'expérience. »⁴⁷ Cette aire relie la réalité psychique interne et la réalité extérieure. Le jeu permet la transformation d'expériences concrètes en jeux symboliques. Ces derniers sont souvent le lieu d'imitations. La symbolisation est une représentation d'expériences. Deux formes de symbolisations existent, la symbolisation primaire et la symbolisation secondaire. La symbolisation primaire représente les choses par le corporel, elle est un prémice au langage. Le langage lui, correspond à la représentation de mots, à la symbolisation secondaire.

⁴⁷ *Ibid.* p.8

Cette aire sert alors de lieu de rencontre, de création, d'expressivité qui se crée autour des tissus. Les jeux ont permis des échanges entre thérapeutes et patients mais aussi entre les patients eux-mêmes. David a développé son imaginaire. Une fois avant les vacances, il nous a proposé de manger des crêpes sous le parachute. Cette proposition est fugace, et a surtout permis à David de rester avec nous dessous. Plus tard, il reprendra ce jeu de faire semblant sous le parachute, constituant une maison. Tout le jeu symbolique de l'invitation sera mis en place : il sonne à la porte, nous l'invitons à rentrer et partageons le repas : le jeu symbolique de la dinette. Dans une autre séance, David installera une nappe pour un pique-nique. David qui jusque-là ne pouvait échanger les rôles pourra faire semblant de dormir.

C) L'individuation

1) *la question des places*

L'individuation est une recherche de singularité et d'autonomie qui s'opèrent dans la socialisation, par le rapport au groupe. L'individu est conduit à se construire une identité, par l'expression de ses similitudes et de ses différences avec autrui. La question des places dans le groupe se pose aussi. En effet, les notions de *leader*, celui qui mène le groupe et de bouc-émissaire, mis en marge du groupe, sont à prendre en compte dans l'individuation. L'identité se construit aussi dans la position que la personne occupe dans une communauté, par rapport aux autres.

Dans le groupe « voyage en tissus », il n'est pas question de *leader* et de bouc émissaire. Cependant, j'observe que David a des difficultés à conserver sa place d'enfant. Très souvent, il veut diriger le groupe, en décidant de la fin du groupe, du départ pour le portage. David va préférer tenir les poignées du parachute avec nous, plutôt que de jouer. J'ai l'impression qu'il ne perçoit pas la différence adulte-enfant, et confond où se trouve sa place. Cette indifférence de place est aussi à relier avec sa maîtrise. Il voit bien que c'est

nous, adultes, qui décidons. Petit à petit en tolérant la frustration, David pourra retrouver sa place d'enfant.

2) La différenciation

L'identité est le résultat d'expériences propre à un sujet lui permettant de se sentir exister et reconnu par autrui comme un être singulier. L'identité peut se construire à l'aide d'identification. L'enfant se construit en s'appropriant des aspects, des traits de son entourage. Souvent, l'enfant s'identifie auprès de sa mère. Le groupe a une fonction miroir. L'autre est comme un miroir de soi. Dans ces identifications, l'autre renvoie ce qu'il perçoit de nous-même. Les membres du groupe s'identifient en partageant émotions, comportements. Nous retrouvons ici la notion d'image du corps. L'enfant se sent exister, unique, dans le regard de l'autre.

Selon Benoit Lesage (2012), lorsque nous imitons quelqu'un, nous reproduisons ce que nous voyons chez l'autre mais cette reproduction n'est pas fidèle. Dans cette reproduction se trouve un décalage, entre ce que l'autre a exécuté et ce que nous tentons de reproduire. Ce décalage est représenté par le tiers. Ce phénomène de distanciation permet de construire le sentiment d'identité.

Il existe plusieurs formes d'imitations. L'imitation immédiate reproduit exactement ce que fait l'autre en face, comme un miroir. Il n'y a pas de distanciation possible. L'imitation différée, elle se reproduit plus tard, parfois en l'absence de la personne imitée. Là se trouve un temps qui permet l'intégration et la distanciation.

Nous retrouvons l'imitation dans le jeu des enfants. David veut faire comme Florian. Il est capable de changer de jeu pour faire le même jeu que Florian. Cette imitation ne lui permet pas d'être différencié. David souhaite faire pareil que Florian, pour être comme lui. L'imitation va ensuite être différée. Florian va reprendre la mimique de David, ainsi que certaines de ses expressions. De

même, David va reprendre les stéréotypies de Florian. L'imitation différée se retrouve aussi lors du jeu de faire semblant avec les crêpes. David imite sa maman en son absence.

L'imitation leur permet de s'approprier ce que fait l'autre pour que cela devienne soi. Dans l'imitation, ils y ajoutent leur personnalité, leur façon de faire qui signe leur identité.

L'imitation a aussi une valeur de communication. Lorsque sont repris les gestes de l'autre, cela demande une attention, une présence. Des jeux de regard sont échangés avec une attention conjointe. Ces jeux de regards se retrouvent chez David et Florian.

3) L'accès à l'autonomie

L'individuation rend compte de l'autonomisation de l'enfant. Dans la théorie de l'attachement, grandir c'est devenir autonome. L'autonomie est définie par la capacité de faire soi-même, tout en restant connecté avec les autres. L'enfant devient capable de distinguer les limites entre le moi et le non-moi, le dedans et le dehors. L'accès à l'autonomie résulte de l'intégration des valeurs.

L'engagement corporel des enfants les amène à leur engagement personnel. Lorsque Florian et David jouent ce n'est pas seulement avec leur corps mais avec toute leur personnalité.

Le fait d'être séparé et d'avoir un attachement sécurisé permet à l'enfant d'explorer son environnement. Il devient capable de jouer seul. Lors d'une séance, les enfants ont ouvert eux-mêmes le parachute. Ils ont joué ensemble, nous laissant sur le côté. Nous retrouvons là, la capacité d'être seul en présence de l'autre développée par D. W. Winnicott (1958). Cette possibilité est l'un des signes de la maturité du développement affectif. Les enfants ont ainsi pu nous montrer qu'ils étaient suffisamment sécurisés pour pouvoir jouer sans nous. Des interactions se sont alors développées entre les enfants, mais aussi avec nous,

devenus spectateurs du jeu. Les enfants ont pu faire un aller-retour entre leur jeu et l'extérieur du jeu au sein du groupe.

Dans la mise en jeu du corps, l'enfant accède au symbolique. Il intègre les valeurs, les codes inclus dans le groupe. La séparation est importante pour permettre à l'enfant de jouer. Le jeu permet aussi de supporter la frustration. Le jeu en groupe, fait intervenir les enfants, contraints de communiquer. Par son jeu, l'enfant devient autonome. Il devient sujet, transformant le « jeu » en « je. » Je m'interroge néanmoins face à la construction identitaire pour des enfants autistes. Dans le cas de Florian, je me demande quelles sont les limites du groupe psychomoteur dans la construction de son identité.

Conclusion

Malgré la courte période dans laquelle s'inscrit la clinique, j'ai pu noter des évolutions dans le comportement des enfants. David peut maintenant dire « je » et Florian a une meilleure conscience de l'autre.

Le groupe doit être pensé. Nous devons nous référer à un cadre, ainsi qu'à une théorie. Le groupe psychomoteur a des effets bénéfiques sur la construction psychocorporelle. Cette dernière est étayée par l'espace que le groupe propose, le cadre ainsi que la contenance. Le groupe crée un espace, où sont exprimés et déposés les sensations, les affects. Cette enveloppe groupale contribue au renforcement des enveloppes psychiques individuelles. La construction psychocorporelle de l'enfant va pouvoir s'appuyer sur l'émergence des enveloppes. L'utilisation du jeu dans un cadre collectif, fait apparaître la symbolisation, la différenciation, conduisant les enfants vers l'autonomie.

Le groupe dans la construction de l'individualité des enfants a ses limites. J'aurai pu développer les limites de cette prise en charge en regard de la pathologie autistique. Les phénomènes de groupes observables sont aussi matière à se questionner quant à l'édification de l'individu.

L'écriture de ce mémoire, m'a engagée à continuer sur la voie de mes questionnements non résolus, autour de la psychomotricité, notamment des médiations et du jeu. Le jeu semble lui aussi, un support important de la construction identitaire. En tant que future professionnelle, je souhaite poursuivre les prises en charge en groupe. Je veillerai à toujours rester attentive à la question de l'identité dans ces prises en charge.

Bibliographie

Albaret J. M., Giromini F., Scialom P. Dir. (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Marseille, Solal.

Anzieu D. (1999) *Le Groupe et l'Inconscient*, Paris, Dunod, 3^{ème} ed.

Anzieu D. & Martin J.Y. (1968) *La dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF.

Anzieu D. (1995), *Le moi peau*, Paris, Dunod.

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

Blondin P., Guedeney N., Martins G., Rohr, M. (2008), « Prends racine et grandis : apport de la théorie d'attachement. » *Thérapie psychomotrice et recherches, s'attacher pour mieux se détacher : l'étayage corporel en thérapie psychomotrice*, n° 155, pp 6-16.

Brun A. & Chouvier B. (2013), *La sexualité infantile*, Paris, Dunod.

Bruchon M. & Savary M. (2008), « Un métier à tisser des liens au fil de soi, Témoignages et réflexions autour de l'utilisation des tissus en psychomotricité », *Thérapie psychomotrice et recherches : S'attacher pour mieux se détacher : l'étayage corporel en thérapie*, n° 155, pp. 76-91.

Bullinger A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville Saint Agne, Eres.

Chapelier J.B. (2000), *Les psychothérapies de groupe*, Paris, Dunod.

Chapelier J. B. (2009), « Spécificité des thérapies analytiques de groupe », *Revue de psychothérapies psychanalytiques de groupe : Des groupes pour les enfants, les adolescents et leur famille*, pp.9-27.

Conejero E., *Etre soi parmi les autres, quand le groupe thérapeutique soutient le sentiment d'existence chez l'enfant*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du DE de psychomotricien, Dir. Pontacq, Session juin 2014.

Corraze J. (2009), *La psychomotricité : un itinéraire*, Marseille, Solal.

De Lièvre B. & Staes L. (2012), *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte*, Louvain la Neuve, De Boeck.

Etchebarne B. *De l'individu au groupe... Ou quand le groupe fait grandir...*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du DE de psychomotricien, Dir. Gobertiere H. A., session juin 2014.

Guedeney A. & N. (2010), *L'attachement : approche théorique, Du bébé à la personne âgée*, Paris, Masson.

Golse B. (2008) *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Paris, Masson, 4^{ème} ed.

Golse B. (2010), « Du concept de dialogue tonique au concept d'interactions, Emotions et polysensorialité », *Thérapies psychomotrices et recherches : le tonus toile de fond des émotions*, n° 162, SNUP, Ivry-sur-seine, pp. 6-17.

Guimon J. (2001), *Introduction aux thérapies de groupe, théories, techniques et programmes*, Paris, Masson.

Haag G. (1997), « Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel », *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, n° 20, pp.85-102.

Herrera I. *Etre en lien, Evolution de la construction psychocorporelle d'un enfant autiste au sein d'un groupe thérapeutique à médiation corporelle*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du DE de psychomotricien, Dir. Meurin. B & DA COSTA M., session 2014.

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

Joly F. & Labes G. (2008), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Vol. 1 : Corps, tonus et psychomotricité*, Edition du papyrus, Montreuil.

Kaes R. (2010) *L'appareil psychique groupal*, Paris, Dunod.

Kaes R. (1999) *Les théories psychanalytiques du groupe*, Paris, PUF, (Que sais-je ?).

Kaes R. & Laurent P. (2009), *Les processus thérapeutiques dans les groupes*, Eres, Toulouse.

Lesage B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Toulouse, Eres.

Livoir-peterson MF. (2010) « L'approche sensori-tonique et la question du morcellement », *Thérapies psychomotrices et recherches : Le tonus toiles de fond des émotions*, n° 162, SNUP, Ivry-sur-seine, pp. 38-57.

- Maisonneuve J. (1990), *La dynamique des groupes*, PUF, Paris, 9^{ème} ed.
- Piaget J. (1966), *La psychologie de l'enfant*, Paris, PUF.
- Pireyre E. (2011), *Clinique de l'image du corps, Du vécu au concept*, Paris, Dunod.
- Potel C. (2012), *Etre psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse. Eres.
- Robert-Ouvray S. (2007), *Intégration motrice et développement psychomoteur, Une théorie de la psychomotricité*, Paris, Desclée de Brouwer.
- Savarieau E., *Je suis, tu es, nous sommes... Accueillir, contenir et transformer en groupe de psychomotricité*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de psychomotricité, Dir. Moga N., Session juin 2014.
- Spitz R. A. (1968), *De la naissance à la parole, La première année de la vie*, Paris, PUF.
- Winnicott D. W. (1958), *De la pédiatrie à la psychanalyse*,
- Winnicott D. W. (1975), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.
- Winnicott D. W. (1992), *Le bébé et sa mère*, Saint Germain, Payot

Résumé

Le groupe est la mise en commun de plusieurs personnes. Cette entité persiste au-delà de la formation du groupe. Chaque personne a connu une expérience de collectivité. La psychomotricité ne s'intéresse pas seulement aux prises en charges individuelles.

Ce mémoire nous questionne sur les conséquences de la mise en groupe pour les identités. A partir d'observations et d'expériences vécues, il met en avant l'évolution du comportement des enfants au sein d'un groupe psychomoteur. La possibilité de jouer ensemble est discutée, enrichie d'un apport théorique sur la notion de groupe, sa fonction thérapeutique et la construction-psychocorporelle. La réflexion personnelle insiste sur l'émergence de l'individuation dans un cadre spécifique, grâce aux médiations, et aux processus identificatoires.

Mots clés :

Groupe - Construction psycho-corporelle - Items psychomoteurs - Enveloppes - Enfants

Abstract

Group is a pool of several persons. This entity persists beyond the formation of the group. Each person already knew a community experience. Psychomotricity do not focus only on individual supervision.

This essay raises questions about the consequences of group development on personal identities. From observations and experiences, it highlights the evolution of children's behavior in a psychomotor group. The opportunity *to play* together is discussed, enriched with a theoretical contribution to the concept of group, its therapeutic function and mind body construction. The personal reflection emphasizes *the* emergence of individuation in a specific context, through mediations, and identifying process.

Key-words :

Group - Mind-body construction - Psychomotor Items - Envelopes - Children