



**HAL**  
open science

# L'élaboration d'un cadre contenant en psychomotricité : l'importance de la contenance et du cadre thérapeutique dans l'accompagnement de l'instabilité psychomotrice

Robin Nazou

## ► To cite this version:

Robin Nazou. L'élaboration d'un cadre contenant en psychomotricité : l'importance de la contenance et du cadre thérapeutique dans l'accompagnement de l'instabilité psychomotrice. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01187936

**HAL Id: dumas-01187936**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187936v1>

Submitted on 28 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.

**L'élaboration d'un cadre contenant en  
psychomotricité**



Phare de Tévenec Plisson P.

L'importance de la contenance et du cadre thérapeutique dans  
l'accompagnement de l'instabilité psychomotrice.

Présenté par

**Robin Nazou**

Mémoire en vue de l'obtention  
du diplôme d'État de Psychomotricien

Sous la direction de  
Mireille Escudier  
Gwenaëlle Mentré

Session Juin 2015



## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Mireille Escudier ainsi que Madame Gwenaëlle Mentré pour la supervision de ce mémoire, leur écoute attentive et leurs précieux conseils qu'elles ont pu m'apporter tout au long de l'année.

Je remercie mes maîtres de stage, Madame Joëlle Villain, pour ses éclairages tant pratiques que théoriques, Monsieur Vincent Gazon pour sa disponibilité et son encouragement quant à ma pratique psychomotrice.

A mes amis et ma famille qui ont su me porter, étayer ma réflexion quant à mes stages, et soutenus dans l'écrit de ce mémoire. Merci à David pour son investissement dans la relecture et la compréhension de mon écrit. A Jason, pour son aide précieuse, son réconfort et sa réflexion clinique enrichissante.

Je remercie enfin tous les patients rencontrés au cours de mes stages, de m'avoir accepté, de m'avoir fait confiance, et sans qui ce mémoire et ma réflexion n'auraient pu advenir.

« Il nous semble possible de revisiter et de mieux cerner les différents éléments du dispositif thérapeutique propre à ces praxies psychomotrices. Le premier élément touche à ce qu'on appelle le cadre comme élément fondateur de toute pratique soignante, comme pratique ou comme fond à la rencontre, à la relation ou au processus thérapeutique qui vont s'y engager, s'y déplier, et se processualiser. Dans le meilleur des cas, jusqu'au terme aboutit de la séparation et de la juste mesure d'un processus de changement satisfaisant. Ce cadre en psychomotricité, renvoie comme ailleurs à quelques invariants : fonction contenance, fonction limitante, interdictrice et symboligène, mais aussi à quelques éléments facilitateurs (pare-excitant et pare-désinvestissement par exemple), de transformation et d'appropriation subjective ».

Fabien Joly

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	7
<b>CLINIQUE</b> .....	9
1 Le cadre institutionnel.....	9
1.1 Présentation de la structure .....	9
1.2 Description des lieux.....	10
1.3 Ma place de stagiaire .....	12
1.4 Déroulement général d'une séance .....	13
2 Maxime en psychomotricité.....	14
2.1 Anamnèse.....	14
2.2 Bilan.....	16
2.2.1 Motricité globale .....	17
2.2.2 Epreuves de motricité fine .....	18
2.2.3 Latéralité .....	19
2.2.4 Graphisme et écriture .....	19
2.2.5 Schéma corporel et image du corps .....	20
2.2.6 Orientation temporo-spatiale .....	20
2.2.7 Capacités relationnelles .....	21
2.2.8 Conclusion .....	21
2.3 Projet thérapeutique .....	21
2.4 Première rencontre avec Maxime .....	23
2.5 Evolution de la prise en charge .....	25
<b>THÉORIE</b> .....	36
1 L'hyperactivité.....	36
1.1 Perspectives actuelles et diagnostic .....	36
1.2 Sémiologie psychomotrice.....	37
1.2.1 Les troubles toniques .....	37
1.2.2 Les troubles praxiques .....	38
1.2.3 Les troubles de la représentation du corps.....	39
1.2.4 Les troubles spatio-temporels .....	40
1.3 Troubles associés et comorbidité .....	42
1.3.1 Troubles de la mémoire .....	42

1.3.2	Troubles des apprentissages.....	43
1.3.3	Troubles émotionnels.....	43
1.3.4	Troubles du comportement.....	43
1.4	Le regard de la société sur l'hyperactivité.....	43
2	Le cadre thérapeutique.....	46
2.1	Qu'est ce qu'un cadre ?.....	46
2.2	Le cadre thérapeutique.....	46
2.3	Les composantes du cadre en thérapie psychomotrice.....	47
2.3.1	Le cadre spatial.....	47
2.3.1	Le cadre matériel.....	49
2.3.2	Le cadre temporel.....	50
2.3.3	Les règles.....	51
2.3.4	La rémunération.....	52
2.4	Les fonctions du cadre thérapeutique.....	53
2.4.1	La fonction de contenance.....	53
2.4.2	La fonction limitante.....	54
2.4.3	La fonction de symbolisation.....	54
3	La contenance du psychomotricien.....	55
3.1	Bion conceptualise la contenance.....	55
3.2	Winnicott : Holding, Handling, Object-presenting.....	56
3.3	Ajuriaguerra et le dialogue tonique :.....	58
3.4	L'enveloppe psychique.....	59
3.5	Le Moi-Peau d'Anzieu.....	59
3.5.1	Fonction de maintenance.....	60
3.5.2	Fonction de contenance.....	61
3.5.3	Fonction de pare-excitation.....	61
3.5.4	Fonction d'individuation.....	61
	<b>DISCUSSION</b> .....	62
1	Pourquoi le jeu en psychomotricité.....	62
2	Le groupe comme partenaire actif dans la thérapie.....	68
	<b>Conclusion</b> .....	77
	<b>Bibliographie</b> .....	79
	<b>ANNEXE</b>	

## INTRODUCTION

L'été précédant mon entrée en école de psychomotricité, je me promenais près de la plage de mon enfance avec ma grand-mère. Nous apercevions des parents avec un enfant dans une poussette, quand elle me dit : « Tu vois cet enfant ? Plus jeune, tu te serais précipité pour jouer tout l'après-midi avec lui ! Les parents avaient facilement confiance en toi quand ils te voyaient avec leur enfant ». Ce jour là, j'ai réalisé que j'avais fait le bon choix en m'orientant vers un métier du médico-social et pas des moindres, celui de psychomotricien ! Mon intérêt pour cette profession et cette vision de l'homme n'a cessé de grandir au fil des années de formation.

A de nombreuses reprises, au cours de mes expériences de troisième année, mes différents maîtres de stage soulignaient la figure paternelle que certains patients pouvaient m'octroyer. Mais que tirer de ces remarques ? Je pensais tout de suite au père comme figure de protection.

Au fil de mes discussions avec ces psychomotriciens, j'ai constaté l'apport de mon engagement physique, protecteur et sécurisant, durant les prises en charge. Par mon aspect « trapu », la largeur de ma ceinture scapulaire, mais également ma physionomie plus molle et malléable et le timbre grave de ma voix, un sentiment de contenance semblait émerger naturellement chez certains patients. Mais dans une vision moniste de la psychomotricité, cette disponibilité corporelle engage la condition *sine qua non* de l'implication psychique.

L'aspect physique ne pouvait être l'unique facteur lié à la capacité de contenance. Quelles seraient alors les différentes notions associées à la fonction de contenance dans le cadre de la prise en charge psychomotrice ? Je me suis donc intéressé à cette fonction à l'occasion de ma rencontre avec Maxime.

Il se présentait comme un enfant éparpillé ayant du mal à entrer en relation. Cette agitation colorée d'impulsivité et d'inattention, m'a amené à l'associer aux différents symptômes de l'hyperactivité. Je sentais comme un besoin de rassemblement qui émanait de cet enfant. C'est par mes premières séances passées avec lui que j'ai commencé à comprendre l'importance du cadre posé et pensé par les psychomotriciennes, mais également de la capacité du thérapeute à contenir et rassembler le patient.

Le cadre thérapeutique serait donc le lieu d'accueil de tout processus de soin en psychomotricité.



## **Comment le cadre et sa fonction contenante peuvent accompagner l'agitation psychomotrice ?**

Quelles seraient les conditions nécessaires dans notre pratique pour offrir de nouvelles expériences potentielles aux enfants ?

Par le biais de ce mémoire, je tenterai d'éclairer et de mieux comprendre l'apport du cadre thérapeutique, et de l'importance du positionnement psychocorporel du thérapeute. Pour ce faire, je présenterai dans un premier temps mon expérience au cours de mon stage et ma rencontre avec Maxime, riche de questionnements et de réflexions.

Un éclairage théorique nous permettra de mieux cerner la problématique de ce dernier. Sa nécessité de sécurité afin qu'il puisse envisager la séparation, m'amènera à comprendre la spécificité du cadre thérapeutique psychomoteur et ses fonctions. Et par son besoin de rassemblement, j'essaierai de présenter les différents postulats associés à la contenance que peut véhiculer le psychomotricien.

Mais par quels moyens, ou en d'autres termes, par quels dispositifs thérapeutiques, ces notions peuvent-elles s'articuler ? J'établirai alors ma réflexion finale sur l'intérêt du couple cadre-dispositif dans un mouvement dynamique entre attachement et séparation, afin d'étayer l'identité singulière des patients, et par digression, celle du futur psychomotricien en devenir.

## **1 Le cadre institutionnel**

### **1.1 Présentation de la structure**

Le cabinet libéral dans lequel j'ai effectué mon stage, se trouve à une quarantaine de kilomètres de Paris, dans une banlieue relativement aisée. Il a été créé par deux psychomotriciennes, Mireille et Gwenaëlle, il y a maintenant douze ans. Elles reçoivent tous types de personnes, du bébé à la personne âgée mais également toutes pathologies, du retard de développement psychomoteur, en passant par les troubles des apprentissages, de l'autisme, et ce, jusqu'à la maladie d'Alzheimer.

Leurs prises en charges se font généralement en cothérapie à trois grâce à la présence de stagiaires tout au long de la semaine.

L'expression « Mercredi, jour des enfants » se vérifie également en psychomotricité. Mon stage étant ce jour là, je n'ai rencontré que des enfants et des adolescents. La plupart des prises en charge avec les enfants se font en groupe, de deux à quatre patients par séance, tandis que celles avec les adolescents se font principalement en individuelle.

Lorsque les psychomotriciennes ont une demande de suivi, elles commencent par une séance bilan de deux heures. La première demi-heure, consacrée à l'entretien, permet d'établir l'anamnèse du patient. Il n'y a toujours qu'une des deux psychomotriciennes avec un stagiaire lors du bilan. Dans un premier temps, nous interrogeons le patient afin de connaître ses points forts et ses points faibles, ce qu'il aime faire et ne pas faire, mais surtout, nous lui demandons s'il comprend la raison de sa venue en psychomotricité. Nous passons ensuite à un entretien avec le parent pour comprendre la grossesse, l'accouchement et tout le développement psychomoteur de l'enfant, de sa naissance à aujourd'hui. Pendant ce temps là, nous demandons à l'enfant de réaliser une construction avec les Kaplas®. En fonction des bilans, soit la psychomotricienne, soit le stagiaire observe l'enfant construire pendant que l'autre pose les questions.

L'observation de l'enfant dans sa motricité spontanée est très intéressante, d'autant plus quand il est en présence de sa mère. En effet, il se sent moins observé, moins jugé et plus sécurisé, ce qui nous permet d'avoir une vision encore plus proche de la réalité

que lorsque nous passons des tests standardisés. L'enfant est en situation d'examen entraînant un stress, voire une angoisse (également intéressante à repérer et à prendre en compte). Il essaie de faire au mieux et ne retranscrit pas en totalité les souffrances qu'il peut rencontrer dans sa vie réelle. L'enfant est tout de même en présence de deux adultes bienveillants, et un climat de confiance s'instaure rapidement.

Nous proposons ensuite un rendez-vous la semaine suivante pour nous laisser le temps de rédiger le bilan. Lors de ce dernier rendez-vous, nous le lisons avec les parents afin qu'il soit le plus clair possible. Nous essayons qu'ils soient tous deux présents pour ce temps de restitution. Ce temps leur est en effet réservé afin qu'ils puissent nous livrer d'autres éléments qu'ils n'ont pu dire en présence de leur enfant, durant la rencontre précédente. En outre, cette nouvelle session nous permet également de leur poser le cadre de la prise en charge, à savoir, la fréquence ainsi que le prix des séances, sa durée, les horaires... Nous leur expliquons également que les séances futures se feront en dehors de leur présence, qu'ils ne pourront pas voir ce qui se passe avec l'enfant. En effet, la séance est un espace-temps privilégié pour ce dernier. Les parents restent toutefois informés tout au long de la prise en charge avec des temps de restitution entre deux patients. Le cadre est également posé à l'enfant lors de sa première séance

Les patients ont leur horaire prévu qui, idéalement, se veut invariable. Il peut arriver que cet horaire change en cas d'imprévu mais nous essayons de le maintenir au maximum afin d'assurer le cadre et les repères temporels chez les patients. Une séance par semaine se veut le schéma le plus commun mais, en fonction des difficultés observées, il peut arriver d'en proposer une seconde.

Lorsqu'une fin de prise en charge est décidée, les psychomotriciennes réduisent progressivement la fréquence tout en introduisant progressivement la séparation.

## **1.2 Description des lieux**

L'infrastructure du cabinet<sup>1</sup> est pensée pour la prise en charge en psychomotricité. Chaque patient entrant dans le cabinet doit signaler sa présence en sonnant. Nous pouvons considérer cela comme un premier rituel pour signaler le passage de l'extérieur à l'intérieur. Nous entrons alors dans une salle d'attente composée de six chaises et quelques magazines pour adultes et enfants. Cette pièce est relativement exiguë ce qui

---

<sup>1</sup> Cf annexe I

<sup>2</sup> Diminution de la concentration d'oxygène dans le sang

offre au patient un premier espace contenant. Les psychomotriciennes et moi-même, venons y chercher les patients afin de les conduire dans le bureau. Ce dernier représente l'espace administratif du cabinet, lieu réservé aux échanges entre les psychomotriciennes et les parents. En effet, c'est ici même que les parents prennent rendez-vous, que les honoraires sont réglés. Ils ne rentrent jamais dans la salle de psychomotricité, cette dernière étant réservée au patient. C'est un endroit où il peut décharger, voire projeter ses angoisses, ses peurs. Le lieu, comme nous-mêmes, sommes contenant, suffisamment malléables et solides pour digérer ses sensations, ses sentiments trop difficiles pour lui, afin de les transformer en éléments plus assimilables.

A l'extrémité du bureau se trouve un couloir menant vers une petite salle de psychomotricité ainsi qu'une « grande salle » au fond. Les patients se dévêtissent sur un porte-manteau prévu à cet effet, ritualisant le début de la séance. Le couloir symbolise l'espace transitionnel menant de la réalité extérieure à la salle de psychomotricité.

En début de prise en charge les patients passent souvent à toute vitesse dans cet espace, sans regarder les différents éléments du bureau, se précipitant vers la salle de psychomotricité. Ils agissent sous un mode autocentré. On peut déjà remarquer une évolution dans leurs soins lorsqu'ils commencent à prêter attention aux détails en entrant dans le bureau.

La petite salle est principalement utilisée pour les jeux sur table car elle est trop petite pour des exercices corporels. Elle est néanmoins très contenant par son infrastructure et propice aux séances de relaxation. Il y a également tout un mur dédié au rangement des jeux de société, lesquels sont dissimulés derrière un grand rideau afin de ne pas perturber l'attention des patients.

La grande salle demeure la plus utilisée. C'est ici même que nous prenons en charge le plus d'enfants, souvent en groupe. A l'entrée, nous avons des jeux de société rangés derrière un rideau. La salle est relativement spacieuse pour les propositions corporelles comme des parcours, des jeux de raquettes, de ballon, ou des jeux dramatiques. Nous disposons d'un grand tableau sur lequel nous travaillons le graphisme. Sur ce dernier il y a également un emplacement pour une cible de fléchettes où nous pouvons y placer un miroir. Une grande table est placée dans le fond de la salle pour les jeux de société, le dessin, où nous pouvons y travailler à six aisément. Une grande baie vitrée assure une luminosité importante toute l'année. Cette dernière est parée de rideaux plus ou moins opaques de façon à séparer le dedans du dehors et donc offrir un espace contenant au patient. En effet, la salle de psychomotricité est un lieu neutre, un espace dédié à l'enfant, différent de l'extérieur qui est néanmoins constamment présent ; les enfants

peuvent pousser les rideaux pour le voir et entendent également les bruits des voitures, les passants devant le cabinet. La salle représente un espace privilégié, mais pas entièrement coupé de l'extérieur puisqu'elle y est circonscrite. On accède ensuite, par la grande salle, à la cuisine et aux toilettes.

### **1.3 Ma place de stagiaire**

Dès mon entretien avec mon maître de stage, je suis directement plongé dans les séances. Lorsque j'arrive devant le cabinet, le stress commence à monter. C'est tellement compliqué de trouver des stages qu'une appréhension monte à chaque entretien. Je prends alors mon courage à deux mains et sonne pour signaler ma présence et patiente dans la salle d'attente. La psychomotricienne m'ouvre la porte et m'invite à l'accompagner en séance. Je suis surpris de cette invitation soudaine car je ne m'y étais pas préparé.

Arrivé en cours de séance, ce qui n'est guère évident, je joue pendant une petite demi-heure avec le patient et la psychomotricienne. Les cinq premières minutes sont relativement déroutantes mais je me sens vite en confiance aux côtés de la thérapeute. La séance finie, nous discutons pendant un long moment sur sa manière de travailler, son objectif à mon égard en tant que futur psychomotricien et ses attentes. En quittant l'entretien, je me sens en confiance et j'ai hâte de commencer à apprendre dans ce cabinet.

Je participe activement aux séances avec les psychomotriciennes. La plupart du temps je suis avec elles et les enfants. Néanmoins, il arrive à plusieurs reprises que je prenne seul en charge des patients. Pendant un temps je me réfugie derrière le savoir et la pratique des psychomotriciennes en me laissant guider. Les premières fois où je suis seul avec l'enfant, je sens l'appréhension monter en moi, laquelle s'estompe au fur et à mesure du déroulé de la séance. Les psychomotriciennes offrent un cadre contenant et rassurant tant pour leurs patients que pour moi même. En effet, je me sens suffisamment en sécurité pour pouvoir prendre en charge seul des patients. Lorsque je veux proposer des exercices, nous pouvons en parler calmement pendant les pauses. Elles m'aident alors à développer mes idées pour ne pas rester en superficie et être en harmonie avec le projet thérapeutique. Ainsi, lorsque je suis avec le patient, je suis totalement prêt à l'accueillir et à m'adapter à chacune de ses problématiques.

#### **1.4 Déroulement général d'une séance**

Nous commençons par rencontrer le patient dans la salle d'attente. Nous le saluons par une poignée de main accompagnée d'un échange de regard. Nous essayons systématiquement de captiver le regard du patient, prémices de la relation. Nous le conduisons soit dans la grande ou la petite salle en fonction des disponibilités des lieux. Lors de séances en groupe, nous patientons tant que tout le monde n'est pas présent. Une fois les enfants réunis, nous choisissons tous une place et échangeons quelques mots ensemble. Nous insistons sur le fait que chaque enfant doit trouver sa place, renforçant ainsi son individualité. Certains viennent se coller à leurs pairs ou même aux psychomotriciennes. J'observe alors une difficulté à s'ajuster dans la distance relationnelle mais également un possible besoin de contenance. Les enfants ont tous leurs places favorites. Certains vont préférer se mettre en hauteur pour être plus à l'aise, d'autres vont avoir besoin de ressentir le sol sous leurs pieds, ou encore viennent se contenir dans les bacs à jouets pour s'entourer d'une solide carapace.

Parfois les enfants ressentent le besoin de parler et nous sommes là pour les accueillir et les écouter ; d'autres fois, ils veulent commencer à jouer rapidement. Nous insistons lors de ces échanges sur l'écoute mutuelle des patients les uns envers les autres et essayons de contenir au maximum l'agitation. Ce temps d'écoute et d'échange nous semble très important dans la mesure où l'évolution de l'enfant peut se manifester durant ce laps de temps. En effet, au début les patients ont des difficultés à échanger sur leurs ressentis, sur ce qu'ils ont fait pendant la semaine, ils ne parviennent pas à rester assis tranquillement pour échanger avec les autres. Après un temps de prise en charge, nous pouvons remarquer qu'ils ont beaucoup plus de facilités à se livrer. Ainsi, à certaines séances, il peut arriver de parler avec les enfants pendant une quinzaine de minutes.

Après cet échange, nous les questionnons sur leurs envies pour la séance. La plupart du temps, ils nous proposent préférentiellement des exercices corporels que des jeux sur table, comme par exemple des parcours psychomoteurs et des jeux de ballons. Néanmoins nous pouvons également faire des jeux de société ou du graphisme. Effectivement, nous pouvons nous attarder toute une séance sur un jeu de société, mais nous terminons presque toujours par du dessin, nous permettant ainsi d'échanger sur la séance et les ressentis.

Nos séances sont donc pensées pour durer quarante-cinq minutes avec un temps de parole, un temps de jeu et très souvent, un temps de dessin à la fin. Cette structure permet de rythmer la séance, assurant un cadre temporel précis et rassurant.

## **2 Maxime en psychomotricité**

### **2.1 Anamnèse**

Maxime est un jeune garçon âgé de onze ans, né en décembre et vivant avec ses deux parents ainsi que sa sœur âgée de cinq ans. Son père est fonctionnaire de police et sa mère adjointe administrative. La période de grossesse s'est déroulée sans problème particulier mais l'accouchement a été relativement long et pénible. En effet, après dix heures de travail, les médecins ont décidé de faire une césarienne, car Maxime se trouvait en hypoxie<sup>2</sup>. A la naissance, il présentait une infection au Streptocoque B ainsi qu'un poids de naissance relativement faible et demeure toujours frêle aujourd'hui.

Suite à sa naissance, il est placé pendant trois semaines dans le service de néonatalogie jusqu'à ce qu'il atteigne un poids convenable. Il régurgite beaucoup jusqu'à ses quatre mois, c'est pourquoi sa mère ne l'a pas allaité. En réponse à la problématique pondérale, elle devait en effet lui donner un lait spécial et des médicaments. Pendant longtemps, celle-ci a été une obsession pour la mère. Aujourd'hui Maxime a un bon appétit.

Au regard de son développement psychomoteur, il commence à manger seul à l'entrée de maternelle mais il lui a fallu quelques mois supplémentaires pour acquérir la propreté. N'oublions pas que Maxime est de fin d'année. Le langage s'installe difficilement dans le courant de la petite section et à l'heure actuelle, son niveau d'expression et de vocabulaire est toujours relativement faible.

A six mois, il acquiert la station assise et, aux dires de la mère, il se met à marcher à un an en allant « droit vers le but ». Il ne fait pas attention à son environnement et, dans sa précipitation il se cogne dans les murs. Sa mère me dit « qu'il n'a pas appris à marcher mais à courir ». Il ne prête pas attention à son environnement et revient souvent à la maison avec le corps couvert de bleus en raison de ses nombreuses chutes et de son

---

<sup>2</sup> Diminution de la concentration d'oxygène dans le sang

équilibre précaire. Elle devait se focaliser sur le corps de son enfant et une certaine angoisse en ressortait.

Les parents abandonnent l'idée de lui apprendre à faire du vélo car il ne fait pas attention à l'environnement, « il fonce vers les obstacles ». Sa mère me confie qu'il a besoin de beaucoup de douleur pour la ressentir. Au regard de sa nociception, même lorsqu'il se casse le doigt il ne le ressent pas, ou ne le montre pas.

A partir de ses un an et demi, les médecins suspectent une microcéphalie<sup>3</sup>. Il subit alors beaucoup d'exams, notamment des prises de sang à répétition. La piste de la microcéphalie est écartée. Maxime présente toujours un petit périmètre crânien. Depuis cette époque, les médecins cherchent toujours l'origine de ses difficultés. Ils consultent un neuropsychologue chez qui une batterie d'examen est effectuée. Maxime consulte trois fois un psychiatre mais ce dernier ne plaît pas à la mère. Il bénéficie d'une prise en charge orthophonique depuis ses trois ans à raison d'une séance par semaine, pour retard de langage puis d'apprentissage élémentaire. Il porte des lunettes depuis un an et demi pour une myopie<sup>4</sup>.

Au niveau de la socialisation, Maxime est gardé par une nourrice pendant deux ans et demi. Celle-ci ne donne pas de retour sur la journée à la mère qui n'en demande pas non plus. La séparation se fait sans émotions, Maxime quitte sa mère sans même un sourire ni un regard ; elle se demande d'ailleurs « s'il a des émotions ». En maternelle il n'entretient pas de relation amicale avec les autres enfants. Il est constamment collé, voire porté par l'ATSEM<sup>5</sup> qui le maternelle beaucoup. Il ne fait pas attention aux enfants ; sa mère me rapporte « qu'il marche sur les autres » dans sa précipitation pour se déplacer vers son but.

Avant la naissance de sa sœur, Maxime ne peut rester plus de cinq minutes à jouer ou écouter des histoires, il est trop agité et distrait. Seul, il joue aux petites voitures. Sa sœur naît quand il a six ans, ils jouent alors constamment ensemble, il y a comme un collage. A l'époque, Maxime parle peu de lui mais beaucoup de sa sœur.

Tout au long de cet entretien, je sens que la mère a beaucoup de difficultés à comprendre son enfant et que les liens d'attachements ont peut être été compliqués à se mettre en place. Je me demande encore aujourd'hui si de véritables liens d'attachements ont un jour émergés. La contenance de la mère m'interroge également. Et si elle ne s'est

---

<sup>3</sup> Anomalie de la croissance de la boîte crânienne avec un diamètre de la tête inférieur à la normale.

<sup>4</sup> Trouble de la vision où la personne voit flou au loin

<sup>5</sup> Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles



pas attaché à lui comment peut-il alors s'attacher aux autres ? Cela dénote-t-il donc un manque de contenance de la part de la mère ?

## **2.2 Bilan**

Maxime est reçu pour un premier bilan en 2010 au regard d'une grande agitation, d'une maladresse gestuelle et relationnelle, et des difficultés dans les activités motrices et graphomotrices. Il présente, en effet, une grande instabilité le pénalisant dans son entrée en relation avec autrui et dans ses acquisitions tant cognitives que motrices. Une immaturité affective se ressent tout au long de ce bilan, avec un besoin de réassurance de la part de l'adulte.

En vue de ce bilan passé par les psychomotriciennes, je repère comme points principaux : une motricité générale immature avec un important risque de chute dû à son inattention, la présence de nombreuses syncinésies tant gestuelles que buccales, des difficultés de régulation tonico-émotionnelle, un schéma corporel satisfaisant mais ayant du mal à distinguer soi et autrui ainsi que des difficultés temporo-spatiales. Au niveau du graphisme, Maxime est capable de laisser une trace avec une difficulté à suivre les lignes (poursuite oculomanuelle immature), une prise quatre doigts (prise en pinceau) avec un défaut d'ajustement tonique se traduisant en décharge motrice. Quant à ses capacités relationnelles, Maxime se montre jovial mais rapidement déstabilisé par la difficulté, avec une demande de réassurance et de contenance de la part de l'adulte. Son attention est très labile, il cherche à combler l'espace en s'agitant et en remplissant l'espace sonore par des vocalises.

Je lui fait ensuite repasser une batterie de tests avec l'aval des parents et la supervision des psychomotriciennes. Je fais passer le bilan avec Gwenaëlle réparti sur trois séances, en gardant constamment des temps de jeu en fin de passation. La présence de deux adultes n'est pas de trop pour contenir l'angoisse et l'agitation de Maxime qui ressortent dans les situations difficiles pour lui. Il a donc onze ans lorsque je lui fais repasser ce nouveau bilan. J'utilise la passation type que les psychomotriciennes et moi-même avons l'habitude de faire passer.

### 2.2.1 Motricité globale

#### Epreuves de marche

Dans l'épreuve de marche normale, sur un chemin bien délimité, Maxime a de grandes difficultés, il se sent jugé par l'observateur, et présente alors une marche saccadée, peu déliée, avec de nombreuses syncinésies au niveau des bras. Son déroulé du pas est également très lourd. Il penche beaucoup son torse en avant pour impulser la marche et maintenir son équilibre dynamique. Je remarque également chez lui des genoux en dedans.

La « marche dissociée des militaires »<sup>6</sup> est refusée catégoriquement malgré notre soutien et notre contenance. En effet, il vient chercher de la sécurité par un contact et un dialogue tonique avec Gwenaëlle.

#### Epreuves de sauts

Dans les épreuves de saut, le pied-joint est acquis mais avec de nombreux mouvements parasites, notamment en haut du corps où des syncinésies apparaissent. Son équilibre est toujours précaire. Il saute en force, il est très hypertonique.

Le saut unipodal est également compliqué pour Maxime, il a besoin de réassurance de l'adulte proche de lui pour se lancer dans l'exercice proposé. Il commence par le pied droit avec de nombreuses syncinésies et les yeux rivés vers le bas. Gwenaëlle est obligée de rester près de lui pour prévenir les chutes imminentes. Le saut unipodal gauche est encore très difficile pour Maxime.

Le saut écart-joint est accepté avec réassurance de notre part, ce sont des sauts qui ne sont pas dissociés avec une grande hypertonie axiale. Les nombreuses syncinésies buccales et manuelles témoignent de la concentration nécessaire à la réalisation de cette proposition.

L'équilibre statique est réussi grâce à la présence sécurisante de l'adulte à ses côtés. Lorsqu'il a les yeux ouverts, il fixe naturellement ses pieds, le mettant quelque peu en difficulté avec des mouvements d'équilibration des bras. Lorsque nous lui indiquons de fixer un point, il y parvient avec plus de facilité. Fermer les yeux reste anxiogène pour Maxime, il n'arrive pas à les maintenir fermés longtemps ou le fait avec beaucoup de tension.

---

<sup>6</sup> Cette marche nous sert à observer la dissociation et la coordination des membres inférieurs-supérieurs par une démonstration préalablement réalisée devant le patient.

### Epreuves de ballon :

Lors des échanges de ballon, Maxime se trouve plus rassuré car il est familier avec ces propositions. Il présente encore des difficultés à regarder son partenaire de jeu et à fixer la direction de son lancer, témoignant d'une difficulté de poursuite oculo-manuelle. Les dissociations sont difficiles et les réactions tonico-émotionnelles bien présentes. Il parvient à ajuster son tonus pour faciliter l'échange, mais avant de relancer, il se sent obligé de décharger son surplus de tension en pressant la balle en mousse. Lorsque je lui demande de lancer le ballon vers le sol, il le fait avec beaucoup de force. La réception alterne entre un appui du torse et une prise manuelle. Il a besoin d'un contact visuel et une réassurance permanente pour persévérer dans l'exercice. Je place des cerceaux au sol pour bien limiter son espace dans lequel il se sent plus contenu.

Le dribble est difficile, il utilise instinctivement sa main droite mais ne parvient pas à bien réguler son tonus. Son agitation reprend le dessus et se disperse dans la salle sans pouvoir contrôler la balle. Je marque alors un petit temps de pause pour l'apaiser et le contenir avant de reprendre le bilan.

Je choisis ensuite les épreuves de visée où il doit lancer des sacs lestés dans des cerceaux. La présence de l'adulte à ses côtés lui permet de se poser et de prendre le temps de se concentrer avant le lancer. Il commence par sa main droite et réussit très bien cette proposition. Il présente tout de même des syncinésies controlatérales.

Il réussit également avec sa main gauche, et son visage s'égaye devant sa réussite, verbalisée par l'adulte.

Cependant, le shoot manque de précision, il privilégie la force au détriment de la précision quand il doit tirer entre deux plots. Face à un adulte, il se montre plus attentif quant à sa précision mais des décharges tonico-émotionnelles apparaissent avant chaque shoot. Je le rassure alors, et Maxime réussit ses tirs. Il choisit instinctivement le pied droit.

#### 2.2.2 Epreuves de motricité fine

Dans les épreuves de coordination manuelle, Maxime dissocie bien ses mains. Il parvient à tenir la boîte et à utiliser sa main libre pour y placer les piécettes tout au long de l'épreuve. Il prend les pièces avec une pince pouce-index ou, quand il n'y arrive pas, il les fait glisser sur le bord de la table. Il réussit mieux de sa main droite qu'il choisit instinctivement, mais attrape quelques fois deux pièces en même temps malgré la consigne. Il se focalise beaucoup sur le chronomètre et demande à chaque fois à améliorer son temps. Je remarque de nombreuses tensions dans les épaules durant les

épreuves qu'il décharge en agitant ses bras à la fin. Des réactions tonico-émotionnelles apparaissent lorsqu'il met plus de temps à attraper les piécettes. La position assise au bureau le calme beaucoup et le rassure, ainsi que la présence de deux adultes à ses côtés.

Malgré ses onze ans, je fais passer à Maxime l'EMG<sup>7</sup>, ce qui me fournit une grille d'observation quant à ses capacités visuo-spatiales et praxiques. Je ne l'ai donc pas coté. Malgré ses verbalisations continues à propos de la facilité des propositions, Maxime reproduit la majorité des figures avec les mains, en pièce par pièce. Les épreuves demandant des capacités de perception de la profondeur sont échouées. Les figures des doigts sont trop compliquées pour lui, révélant des difficultés praxiques. Tout au long de ce test, Maxime agite beaucoup les jambes, témoignant de son anxiété, avec une posture de repli manifestée par une flexion dorsale, une fermeture de la ceinture scapulaire et une extension cervicale.

### 2.2.3 Latéralité

De manière innée : latéralisé à droite (100%).

De manière acquise : latéralisé à droite.

Son œil directeur : le droit.

Son pied de shoot : le droit.

Sa main scripteuse : la droite.

### 2.2.4 Graphisme et écriture

Maxime utilise la main droite et une prise tridigitale pour tenir l'outil scripteur avec de nombreuses tensions, de l'épaule au poignet, lors du graphisme. Il fait attention à bien faire, recrutant toutes ses capacités attentionnelles, ce qui a pour conséquence d'augmenter son hypertonicité. Les lettres restent tout de même bien formées aujourd'hui au détriment d'une lenteur et d'une fatigabilité importante.

Lors de ces dessins, il demande l'encouragement verbal de l'adulte ainsi qu'un modèle. Il fonctionne encore par imitation et reproduction.

---

<sup>7</sup> Evaluation de la Motricité Gnosopraxique distale

### 2.2.5 Schéma corporel et image du corps

Aujourd'hui, Maxime désigne bien les différentes parties du corps ainsi que celles d'autrui. Il fait bien la distinction entre lui et l'autre. Il ne réfléchit presque pas, la réponse est immédiate. Il se trompe quelques fois par précipitation mais se reprend et me répond correctement. Il s'agite beaucoup pendant cette épreuve ; il se presse de me donner la bonne réponse. Il se situe très bien par rapport à son axe corporel et la réversibilité est acquise.

Dans le dessin du bonhomme, il se dessine de petite taille avec des petites épaules, un petit tronc mais des bras longs et imposants. Il fait attention aux vêtements qu'il porte pour les représenter sur le dessin et n'oublie pas de figurer ses lunettes à la fin. Le sol n'est cependant pas représenté, cela témoignerait-il de son manque d'appuis et de sécurité interne ?

### 2.2.6 Orientation temporo-spatiale

Les épreuves de rythmes s'avèrent difficiles pour Maxime. Son rythme interne est très rapide et irrégulier. Dans le test de Mira Stamback<sup>8</sup>, la reproduction est irrégulière. Son impulsivité reprend souvent le dessus et nécessite le réconfort de l'adulte pour qu'il y parvienne. La compréhension du symbolisme reste encore difficile.

Maxime a des difficultés dans le repérage dans le temps. En effet, il ne parvient pas à distinguer « la semaine précédente » de « hier ».

La figure de Rey B<sup>9</sup> est complexe pour lui. En la voyant, il commence par avoir peur. Je prends le temps de le rassurer puis, il accepte de se lancer dans la reproduction. Je n'ai ni chronométré, ni changé de feutres pour ne pas le perturber pendant ce test. Il le fait assez rapidement, entre deux et trois minutes. Il veut souvent tourner le modèle pour le placer en portrait. Il place d'ailleurs automatiquement sa feuille dans ce sens et réalise le dessin de haut en bas. Il obtient un percentile 50 pour un enfant de cinq ans.

En reproduction de mémoire, Maxime a très peur. Il ne veut pas le faire au début en me disant qu'il n'y arrivera pas. Encore une fois, j'essaie de le contenir et de le rassurer au maximum. Après un petit temps de parole, il accepte de le faire. Sa mémoire abstraite est impactée, il obtient un percentile 40 toujours pour un enfant de cinq ans.

Je lui fais passer une petite partie du Marthe Vyl. L'épreuve des pas comptés est réussie. Il s'empresse dans l'exercice mais le réalise bien. Il ne réussit pas à diviser l'espace en cinq pas, il doit les réadapter au fur et à mesure.

---

<sup>8</sup> Epreuve de reproduction de figures rythmiques frappées

<sup>9</sup>

Les voyages « 1-2-3 » sont réussis dans une grande agitation, il marche très rapidement et tape très fort dans la main de Gwenaëlle qui est un repère de l'épreuve. Il présente néanmoins des syncinésies manuelles et buccales. Le symbolisme n'est pas encore bien intégré, en effet, il ne comprend pas le voyage « 231 ».

#### 2.2.7 Capacités relationnelles

Maxime se montre participatif tout au long de ce bilan. Il est dans le souci de bien faire mais se décourage vite dès que la proposition se complexifie. Cela se traduit par des réactions tonico-émotionnelles et une agitation psychomotrice. L'attention est encore labile. En effet, il a besoin de la présence physique de l'adulte près de lui pour l'encourager, le rassurer et lui poser des limites sécurisantes et contenantantes pour qu'il puisse exploiter ses capacités.

#### 2.2.8 Conclusion

Maxime présente aujourd'hui les difficultés suivantes :

- une instabilité psychomotrice diminuée mais toujours présente entraînant un défaut de coordination/dissociation et un équilibre précaire.
- Des difficultés de régulation tonico-émotionnelle en corrélation avec une immaturité affective et un manque de sécurité interne.
- Des difficultés praxiques, de repères temporels et de structuration spatiale.
- Une attention améliorée mais toujours quelque peu labile.
- Un imaginaire à travailler.

### **2.3 Projet thérapeutique**

Maxime a fait beaucoup de progrès depuis le début de sa prise en charge. Il parvient à canaliser son agitation mais sous couvert de la présence contenantante d'un adulte à ses côtés. Il parvient également à entrer en relation plus facilement qu'à son début de prise en charge, mais cet aspect reste toutefois fragile. Au vue de ce bilan, je pense qu'il serait intéressant de travailler avec Maxime sa maturité affective qui le gêne encore dans sa prise de confiance et dans l'acquisition de son autonomie. Sa régulation tonico-émotionnelle est également un élément à travailler de concert avec la maturité affective. Il a aussi des difficultés dans la séparation dues à son manque de sécurité interne. L'attention demeure toujours fragile mais s'améliore de séance en séance ; il ne faut donc pas abandonner cet axe de travail, il reste à perfectionner.

Avec Maxime, je poursuivrais l'utilisation du jeu comme médiation. Le travail en groupe me semble également plus pertinent qu'un travail en individuel. Maxime a en effet des difficultés à s'intégrer dans un groupe de pairs, d'autant plus qu'il va bientôt rentrer en sixième où l'appartenance à un groupe est un élément essentiel à cet âge. Nous l'aiderons par le biais de ce travail en groupe à se trouver une place au sein de celui-ci pour qu'il y parvienne dans sa vie quotidienne.

« C'est le jeu qui est universel et qui correspond à la santé : l'activité de jeu facilite la croissance et par là même, la santé. Jouer conduit à établir des relations de groupes ; le jeu peut être une forme de communication en psychothérapie et, en dernier lieu, je dirai que la psychanalyse s'est développée comme une forme très spécialisée du jeu mise au service de la communication avec soi-même et avec les autres »<sup>10</sup>

La présence de règles dans les jeux est indispensable pour pouvoir jouer et communiquer en groupe. Ces règles définissent un cadre important à respecter, fait de contraintes et d'attentes. Le jeu est une médiation qui permet de faire des expériences psychocorporelles. Il met le corps en action dans l'espace et dans le temps, se révélant être un puissant moyen « d'intégration, et de transformation d'expériences concrètes en "matières symboliques", qui vont nourrir l'intelligence du sujet et le rendre à même d'établir des concordances entre ce qui se vit, se touche, se sent, s'éprouve, et ce qui se pense. Le jeu permet la compréhension, l'intériorisation »<sup>11</sup>.

Les jeux que nous utilisons en psychomotricité diffèrent en fonction de l'item à travailler. En effet, en séance, nous allons utiliser des jeux mettant plus en action le corps comme des jeux d'échanges de ballon, de fléchettes, de parcours, qui permettent de travailler la régulation tonique mais également l'équilibre, la concentration, les coordinations et dissociations. Cela permettra d'étayer les compétences motrices mais aussi l'entrée en relation avec autrui, et la séparation au travers de la modulation des distances entre le thérapeute et l'enfant.

Nous utilisons des jeux plus symboliques comme les Playmobil®, les Lego®, les déguisements pour travailler l'imaginaire du patient, la construction d'une histoire de concert avec ses partenaires de jeu. Les Playmobil® permettent également de bien

---

<sup>10</sup> Donald Wood Winnicott, 1971, p. 90

<sup>11</sup> Catherine Potel, 2010, p. 348

structurer et d'organiser son espace, développent la motricité au sol et l'attention pour ne pas détruire les objets au sol.

Les jeux de société entraînent une cohésion de groupe avec un certain nombre de règles à respecter pour le bon déroulement de l'activité. En effet, ces jeux induisent un ordre chronologique intéressant à intégrer pour Maxime. L'inhibition est également demandée pour bien attendre son tour et l'organisation spatiale est travaillée dans certains jeux de plateau. La plupart des jeux de société se déroulent autour d'une table pour contenir le patient, le poser, améliorer sa concentration.

Le graphisme est régulièrement proposé aux enfants pour développer leurs capacités de poursuite oculo-manuelle, leur qualité graphique, leur imaginaire et leur capacité à laisser une trace témoignant d'une bonne sécurité intérieure.

Tout au long de cette prise en charge, je porterai principalement mon attention sur la mise en place d'un cadre thérapeutique contenant et rassurant pour Maxime de façon à ce qu'il puisse expérimenter en toute sécurité. Je verbaliserai ses réussites pour qu'il prenne confiance en lui et en ses capacités.

#### **2.4 Première rencontre avec Maxime**

Je rencontre Maxime en septembre, le premier jour de mon stage. J'ai déjà fait quelques séances le matin avec les psychomotriciennes, essayant de comprendre leur façon de travailler, pour m'inscrire le plus rapidement en cohérence avec leurs objectifs thérapeutiques et leur manière d'aborder leur prise en charge. J'observe en premier lieu leur façon de dire bonjour au patient, de débiter la séance par la rencontre dans la salle d'attente. Je remarque qu'elles serrent toujours la main du patient tout en allant chercher son regard ; tant que cet échange visuel ne se fait pas, elles le verbalisent au patient ce qui l'incite à les regarder dans les yeux afin de pouvoir se diriger vers la salle de psychomotricité. Le porte-manteau à l'entrée des salles semble important dans la mesure où les enfants se dévêtissent avant d'entrer. Pendant ce temps, j'observe certains enfants qui ont du mal à accrocher leurs vêtements ; mes premiers réflexes auraient été de les aider sans même qu'ils me le demandent. Mais les psychomotriciennes se placent derrière eux et ne les aident pas tant qu'ils ne verbalisent pas leur difficulté. Ce n'est qu'après leurs demandes qu'elles leur viennent en aide. Je trouve cet élément très intéressant, l'enfant acceptant ses difficultés en abandonnant une sorte de toute puissance, afin qu'il puisse demander le soutien de l'adulte.



Je rencontre alors Maxime dans la salle d'attente après avoir dit bonjour à Tarik et Emir, les autres enfants du groupe, deux jumeaux âgés de six ans et demi atteints de déficience mentale. L'accroche visuelle est difficile avec ces enfants mais nous y parvenons. Maxime ouvre la porte du cabinet et se précipite vers nous sans dire au revoir à sa mère, sans aucun échange avec elle. Gwenaëlle est donc la première à lui dire bonjour puis moi, un peu plus en retrait. Je lui serre la main en cherchant son regard. Ce dernier est très évitant mais, à l'instar de Tarik et Emir, nous y parvenons. Maxime se dirige très vite vers la grande salle de psychomotricité, ne faisant pas attention à son environnement, aux différents éléments du bureau mais n'oublie toutefois pas d'enlever son vêtement et de l'accrocher, sans difficulté, au portemanteau.

Il entre dans la salle, puis se précipite sur un support en hauteur. Une fois assis, je remarque tout de suite ses jambes qui commencent à s'agiter. Un léger mouvement de balancement du buste est également présent. Une fois tout le groupe assis, nous commençons à parler tous ensemble. Etant donné que c'est ma première séance avec ces enfants, les psychomotriciennes me présentent, expliquent la raison de ma venue et leur indiquent ma participation aux séances tout au long de l'année. Ces enfants étant habitués à la présence de stagiaires – lesquels sont accueillis tous les ans dans le cabinet -, ils n'ont aucun mal à m'accepter.

La présence des deux psychomotriciennes et de moi même - en tant que stagiaire - est indispensable avec ce groupe pour parvenir à contenir leur agitation. En effet, chacun d'entre nous est placé à côté d'un enfant pour réussir à le canaliser. Je m'assois près d'Emir, et Maxime se trouve alors face à moi au côté de Mireille. Je le trouve très frêle pour un enfant de onze ans. Ce qui m'interpelle le plus réside dans son regard particulier, et qui l'est encore aujourd'hui. Je peux ressentir toute sa tension interne rien que dans ses yeux ; son regard est relativement labile avec une oculomotricité faible, préférant bouger sa tête et sa ceinture scapulaire pour observer son environnement. Même assis, il s'agite sans cesse, soit en amorçant des légers balancements, soit en remuant sa jambe. Je remarque également ses mains et plus particulièrement ses ongles. Maxime présente une importante onychophagie<sup>12</sup>. Cependant, je ne le vois jamais ronger ses ongles en séance, ce lieu qui lui est privilégié l'apaise, permettant ainsi de contenir suffisamment ses angoisses.

---

<sup>12</sup> Acte de se ronger les ongles des mains ou parfois des pieds. L'onychophagie est classée comme « autres troubles précisés du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence » dans la CIM-10. Il était classé comme trouble du contrôle des impulsions dans le DSM-IV.

Maxime a du mal à verbaliser ce qu'il a fait pendant sa semaine ou même pendant sa matinée. Il touche constamment tous les objets et nous sommes obligés de rester avec lui pour le contenir.

Je suis tout de suite à l'aise avec lui, la relation se met en place aisément. Le temps de parole terminé, nous passons alors aux jeux. Les psychomotriciennes invitent Tarik et Emir à la table pour un jeu de société, tandis que Maxime et moi construisons un parcours de bille. Ma position de psychomotricien stagiaire m'est inconfortable à ce moment, je ne me sens peut être pas encore prêt à ce moment là, mais j'essaie de faire le mieux possible avec lui. Je m'enferme plus dans la réflexion, je me pose beaucoup de questions et suis donc moins présent dans la relation.

Le parcours est construit dans l'horizontalité, à plat sur le sol. Il semble prendre beaucoup de plaisir à remplir le parcours de billes, il faut qu'elles aillent à toute vitesse. Beaucoup d'excitation en ressort, avec une décharge tonique lorsqu'il introduit la bille sur le parcours. En effet, il contracte ses bras qui reviennent vers son buste. A un moment, j'essaie de lui faire travailler l'anticipation en lui demandant de me montrer avec son doigt le trajet de la bille. Cela était, à ce jour, impossible pour Maxime mais cette capacité se développera au fur et à mesure de l'année.

## **2.5 Evolution de la prise en charge**

### De septembre à novembre :

Pendant quelques mois, les séances avec Maxime se déroulent toujours selon le même schéma. En effet, nous commençons systématiquement par des temps d'échanges verbaux, puis les psychomotriciennes me demandent de suivre Maxime en individuel, pendant qu'elles travaillent avec Tarik et Emir. Soit nous restons dans la grande salle de psychomotricité avec tout le groupe en explorant d'autres jeux, soit nous allons dans la petite salle.

Nous commençons toujours la séance par le temps de parole, véritable rituel pour donner aux enfants des repères temporels immuables. Ils savent que nous commençons constamment par trouver chacun une place pour échanger quelques mots ensemble. Après ce temps de parole et d'écoute, nous débutons par un jeu tous ensemble en tant qu'unité groupale. Ainsi, nous pouvons commencer des échanges de ballons, des lancers de fléchettes, des jeux de sociétés ou des parcours psychomoteurs. Dans chacun de ces exercices, un cadre structurant par son matériel et contenant par les

psychomotriciennes et moi même, leur permet d'explorer en toute sécurité et de canaliser leurs angoisses.

Lors des jeux de ballons, chacun a sa place, délimitée par un cerceau ou une grande pastille au sol, avec un ordre précis pour les passes de ballons. Les parcours psychomoteurs tracent un chemin constitué de marchepieds, de bancs en hauteur, permettant ainsi de leur poser des limites tout en explorant d'autres propositions, comme par exemple des jeux de lancer. Le parcours leur permet de travailler leurs coordinations, leurs dissociations, leur équilibre, leur inhibition pour ne pas se précipiter et risquer de tomber.

Les jeux de société nous permettent de travailler l'attente, de gérer et différer la satisfaction immédiate, la pulsion. Ils ne peuvent pas jouer quand ils le désirent, il faut savoir attendre son tour, lequel vient toujours au même moment, permettant de travailler l'ordre, la succession et le sens. Les jeux de plateau ont souvent un chemin tracé qui contient leurs débordements, affinent leurs capacités visuo-perceptives grâce aux différents jeux qu'on peut leur proposer. Le contrôle tonico-émotionnel est également mis en jeu dans ces médiations. Souvent, lorsque les enfants font des scores importants, il s'en suit immédiatement une réaction tonico-émotionnelle. Nous utilisons parfois le faire-semblant pour travailler leur aire transitionnelle et de ce fait leur imaginaire. Par le faire-semblant nous pouvons également travailler l'attente et l'entrée en relation avec les autres enfants.

Après ces jeux en groupe, Mireille et Gwenaëlle accompagnent Tarik et Emir tandis que je suis Maxime dans son travail de construction et d'élaboration. Le début de l'année est consacré aux constructions et plus particulièrement à des parcours de billes. Au début nous les édifions à plat au sol puis nous arrivons progressivement à la verticalité où les billes tombent de haut en bas.

#### Séance du 24 septembre 2014 :

Je reconduis les patients de la séance précédente avec les psychomotriciennes, lorsque j'aperçois Maxime, Tarik et Emir dans la salle d'attente. Nous leur indiquons de rentrer et leur serrons la main en accrochant leur regard à tour de rôle. Je suis Maxime jusque dans le couloir menant aux salles, il pose son manteau, et court vers la petite salle. Il sait pertinemment que la plupart des jeux de société se trouvent ici. Je lui rappelle alors le cadre des séances en lui disant que nous n'allons pas travailler dans cette salle et que nous allons décider tous ensemble à quoi jouer. Je pose mes mains en même temps sur ses épaules pour le contenir, le rassurer et l'ancrer au sol. Ainsi il peut

sentir son poids, se confronter au sol, à l'instar de Benoit Lesage qui avait alors affirmé qu' « Exister c'est peser ! Et accepter de peser, accepter son poids, c'est aussi assumer son existence »<sup>13</sup>. A ce moment là, il semble comprendre et nous retournons ensemble dans la grande salle.

Chaque enfant trouve alors une place pour s'asseoir avec un adulte à leur côté. Maxime se place toujours en hauteur. Ils arrivent très agités, nous essayons donc de les contenir et les apaiser. Après quelques échanges, nous décidons que Tarik et Emir vont jouer au mini-golf dans la grande salle avec les psychomotriciennes, tandis que j'accompagne Maxime dans la petite salle.

Nous sortons alors le parcours de billes et nous nous asseyons au sol. Pendant la construction, je l'aide beaucoup car il ne parvient pas encore à anticiper le trajet de la bille et agence alors les différents éléments sans aucune logique. Tout en les réarrangeant, je lui explique que la bille ne peut pas passer. Cela ne semble pas le déranger, il passe tout de suite à un autre élément. Une fois le parcours fini, je lui donne quelques billes qu'il s'empresse d'introduire. Il remplit jusqu'à ce qu'il n'y en ait plus. Dès qu'il en introduit une, une grande excitation monte qu'il décharge en contractant et en agitant ses bras signant une réaction tonico-émotionnelle.

Nous choisissons ensuite un autre jeu, toujours en rapport avec les billes et la chute. Nous plaçons des bâtonnets dans les trous de façon à bloquer les billes. L'agencement lui permet de travailler la motricité fine ainsi que la régulation tonique. Une fois en place, nous versons les billes qui se trouvent bloquées par les bâtonnets. Nous en retirons un chacun notre tour. Maxime ne parvient pas à rester assis, il doit se lever et observer comment la bille tombe. Le même scénario s'opère de nouveau, il décharge son excitation avec ses bras.

Pour finir la séance, je lui propose de reproduire la structure du jeu. Maxime ne parvient pas à dessiner sans recopier ce que je fais. Une fois la reproduction du jeu terminée, je l'invite à se dessiner à côté. Les proportions ne sont pas encore acquises, il est de la même taille que la structure. Nous sommes placés sur une table à côté d'un miroir, et pour se dessiner, il se regarde sans cesse pour ajouter les éléments qu'il oublie en les verbalisant : « oh j'ai oublié de dessiner mes lunettes », puis il les figure.

---

<sup>13</sup> Benoit Lesage, 2006, p. 75

#### Séance du 5 novembre 2014

J'accompagne les psychomotriciennes jusqu'à la salle d'attente. Je remarque que lorsqu'elles saluent Maxime, elles cherchent son regard tout en lui serrant la main. Je reprends alors le même processus lorsque je le salue. La séance se déroulant en groupe, nous accompagnons également les deux autres enfants, Tarik et Emir dans la grande salle de psychomotricité. Trois thérapeutes sont nécessaires pour pouvoir maintenir le cadre. Maxime bouge beaucoup. En effet, lorsque nous sommes assis, son regard balaie constamment l'environnement, il ne se pose que très rarement et a besoin de toucher tous les objets autour de lui. J'essaie alors d'adopter une position plus contenante, je me place dans un premier temps à ses côtés, mon torse dirigé vers lui, mes jambes l'encadrant. Cette posture ne suffit pas à le contenir en raison de son agitation toujours présente. Je me rapproche alors, nos épaules se frôlant. Emir prend une canne dans le bac à côté et Maxime s'empresse de la lui arracher des mains avec une certaine agressivité dans le mouvement. Nous le reprenons quant à son geste et reposons l'objet. Maxime est constamment dans le besoin de stimulation ; son corps, ou du moins une partie, est sans cesse obligé de bouger ; les limites de son être ne sont pas clairement intégrées.

Mireille et Gwenaëlle, les deux psychomotriciennes, ont mis en place un « jeu du marchand ». Nous avons donc sorti le bac où se trouvent tous les aliments et les enfants trient chacun leur tour. Quand vient celui de Maxime, il se jette au sol et remue tout le bac pour trouver les aliments demandés. A chaque élément trouvé, il le jette dans l'autre bac, avec une motricité très saccadée, imprécise. Même quand ce n'est pas son tour, il s'approche le plus possible du bac en reprenant sans cesse les autres enfants avec un empressement dans sa voix.

Une fois tous les aliments regroupés, nous pouvons alors commencer le jeu. Au début, Maxime prend le rôle du marchand suite à sa demande pressante. Il passe les articles comme nous lui avons montré mais le fait très machinalement. Il donne l'impression de vouloir passer vite à autre chose, d'être dans l'après et non dans l'ici et maintenant. Lorsqu'il demande l'argent à Emir ou Tarik, il ne les regarde pas, comme s'il refusait une partie de la relation. Lorsque nous rencontrons ce genre de situation, nous tachons d'inciter les interactions visuelles et verbales.

Maxime change ensuite de rôle, c'est maintenant lui le client. Un moment d'attente s'instaure alors lorsqu'il fait la file devant le commerce, ce qui le met en difficulté. Tout le long de la séance, j'accompagne Maxime. Si je ne reste pas avec lui, il ne prend pas en compte les autres enfants et cherche constamment à passer le premier. Nous avons

donc travaillé la patience. Je suis souvent obligé de la lui rappeler afin qu'il ne déborde pas d'agitation. Il s'occupe alors en balayant la pièce du regard avec quelques gestes parasites. Je place mes mains sur ses épaules de façon à ce qu'il ressente tout de même une présence pendant ce moment de vide. Je décide d'amorcer un petit mouvement de balancement de son corps pour le mettre doucement en action. Maxime s'angoisse lorsqu'il est immobile, ce mouvement lui permet alors de se rassurer par ma présence corporelle et ma fonction de support, mon *back-ground object*. En effet Agnès Lauras-Petit nous éclaire sur cet objet d'arrière-plan: « Geneviève. HAAG, en reprenant les travaux de GROTSTEIN évoque l'importance de l'objet d'arrière fond "*back ground object*" en 1981, c'est-à-dire l'expérience d'être tenu dans le dos, soulignons *understand* en Anglais : soutenu derrière et compris, et d'être entouré par le regard de la mère »<sup>14</sup>. Cela nous permet également de renforcer l'alliance thérapeutique. Maxime adhère tout de suite à cette proposition et je suis relativement surpris de sa capacité à se laisser retomber sur mon corps alors que je suis hors de son champ de vision. Ce mouvement archaïque de balancement apaise beaucoup son angoisse. Il ne se laisse pas beaucoup tomber ; dès qu'il perd trop l'équilibre il se reprend automatiquement. Néanmoins, je peux ressentir son relâchement lorsque nous sommes corps contre corps.

Lorsque vient son tour de « faire les courses », Maxime prend de tout sans réelle réflexion. Je ne sais même pas s'il analyse les aliments qu'il accumule. Il remplit au maximum son panier avant de s'arrêter. J'ai l'impression qu'il se cantonne simplement à exécuter ce qu'on lui demande, il ne met en place aucun processus créatif. Maxime semble avoir du mal à être dans le « jouer avec ». Quand il doit payer, il ne fait pas attention à ce que lui communique son interlocuteur ; il prend une poignée de billets et les lui donne, toujours sans le regarder. Nous encourageons l'interaction visuelle et verbale entre ces deux protagonistes. Puis, il s'en va directement s'asseoir à la table pour manger ses aliments. Il prend alors tous les objets de son panier très vite, sans regarder réellement ce que c'est. En effet, il peut faire semblant de manger une tomate comme un citron entier ou même un emballage carton. Il passe le moins de temps possible sur les aliments, il les jette aussitôt pour repartir faire des courses. Le jeu symbolique est encore précaire chez Maxime, il reste dans le « vider/remplir » au travers de son panier. Il utilise alors le « faire semblant » presque machinalement et le détourne pour expérimenter plus sur un mode sensori-moteur qu'imaginaire.

---

<sup>14</sup> Agnès Lauras-Petit, 2014-2015

Lorsque vient la fin de la séance et que nous raccompagnons les enfants, Maxime est sans cesse obligé de toucher les jeux sur le chemin du retour. Quand il voit sa mère, il part avec elle sans nous dire en revoir ou même nous regarder. Lors des séparations, Maxime peut présenter deux types de schémas réactionnels : soit il nous quitte à toute vitesse pour que la séparation soit moins pénible pour lui, pour l'oublier plus vite, soit il part toucher tous les objets comme pour laisser sa trace dans la séance, pour avoir encore quelques instants d'attention des thérapeutes.

#### Séance du 3 décembre 2014 :

Aujourd'hui est une séance particulière. Les enfants arrivent nettement agités, ce qui me permet de mettre en pratique les méthodes précédemment développées, d'apaiser et de contenir les enfants durant le rituel d'échanges et d'écoute.

Une fois les enfants apaisés, nous décidons collégialement de commencer par des jeux à la table. J'accompagne Maxime sur un jeu de plateau, Serpents et Echelles®, comportant des règles bien précises, afin qu'il puisse se les approprier aisément, tandis que les psychomotriciennes créent un jeu plus facile pour Tarik et Emir. Deux groupes se différencient alors tout en restant dans la même pièce. Ce jeu de société avec Maxime est très intéressant car cela nous permet d'une part d'entrer en relation dans le cadre de la médiation du jeu mais également de travailler l'attente – attendre son tour de jeu –, le fait de donner le dé au prochain joueur – la succession et l'entrée en relation – mais aussi par des retours en arrière effectués sur le terrain de jeu permettant à Maxime de gérer ses décharges tonico-émotionnelles à chaque fois qu'il recule. Il demeure quelque peu distrait par Tarik et Emir qui jouent à côté de nous.

Le fait de se séparer du groupe, mais de rester dans la même pièce, et qui plus est, sur la même table, est pertinent. D'une part, cela permet à Maxime de se différencier des autres, et d'autre part, cela lui permet de travailler son attention. En effet, il doit supprimer les distracteurs pour se focaliser sur notre lien ainsi que sur le jeu. Au final, cela fonctionne, il parvient à se concentrer car je suis en relation avec lui en stimulant constamment son attention. Il a tout de même beaucoup de réactions tonico-émotionnelles lors du jeu. Dès lors qu'il fait des gros scores - cinq ou six aux dés -, il reprend le schéma de contraction des bras vers le haut en criant le score. Cependant, dès qu'il doit revenir en arrière sur le jeu, il se recroqueville, s'enroule sur lui-même en verbalisant sa peur de perdre. Je décide donc de prendre une voix plus grave et plus posée. Cela a pour effet de le contenir, aussi bien par ma posture physique - car je me tiens bien droit et ouvert à lui -, que sonore par ma voix qui l'entoure. Il se concentre

mieux et est moins perturbé par les stimuli extérieurs. Nous avons pu créer un espace privilégié contenant où le jeu et la communication deviennent sécurisants. Durant cette proposition, je remarque que, même si Maxime a perdu, il parvient à rester intègre sans se désorganiser, ce qui représente une grande progression. Il parvient aujourd'hui à mieux accepter l'échec, témoignant alors d'un début de sécurité interne.

Nous revenons ensuite travailler la motricité fine en groupe. Les punaises en plastique se trouvent dans de petites boîtes que nous nous partageons. Ainsi, chaque enfant reste concentré sur sa création, tout en écoutant nos conseils avisés. Maxime scrute les planches des adultes pour étayer son imaginaire et réaliser une production qui lui plaise. Nous regardons souvent les créations des enfants en les encourageants, notamment par des exclamations telles que : « c'est beau ! », ou encore « c'est magnifique ! ». Dès que Maxime entend cela, il s'empresse de demander si, lui aussi, c'est joli, dénotant ainsi un besoin de réconfort et de narcissisation.

#### Séance du 28 janvier 2015 :

Comme à chaque début de séance, nous nous asseyons pour parler, la répétition de ce rituel amenant une certaine rythmicité, offrant ainsi aux patients des repères contenant et rassurants. Ce jour-là, je travaille avec Mireille qui essaie d'imposer des règles à Emir en lui disant de ne pas se balancer sur la chaise. Il semble comprendre, mais se balance tout de même pour tester les limites imposées. Mireille lui répète la règle de ne pas se balancer sinon il s'assiéra au sol. Même processus, Emir essaie surement de prédire et de vérifier ses dires en passant à l'acte. A chaque fois qu'il se fait sermonner, Maxime rigole. Il ne parvient pas à identifier la réaction émotionnelle adéquate à la situation.

Jeu du train : Nous construisons d'abord les rails avec les enfants. Lorsque Mireille demande à Maxime de placer un pont en pointant l'endroit sur le circuit, il n'y prête pas attention. Nous lui suggérons alors de regarder Mireille quand elle parle. Il prend le pont, ne dirige pas son regard vers le lieu indiqué mais le place tout de même au bon endroit. Maxime a en effet des difficultés de poursuite oculo-manuelle et d'attention conjointe.

Nous construisons, à l'aide de structures en bois, un chemin de fer circulaire avec une gare en guise de départ et d'arrivée. Chacun choisit son propre train avec des wagons aimantés. Tarik et Emir construisent des petits trains tandis que Maxime en réalise un très grand, voulant toujours obtenir le jouet le plus imposant. Lorsque je l'observe jouer avec son train, j'ai l'impression que ce dernier est comme une projection



de lui-même. Il le déplace très vite sur les rails, se morcelle, à l'instar, d'une certaine manière, de Maxime. Lorsqu'il y a un train devant lui, il le pousse ou bien le sort des rails pour le dépasser. L'attente est difficile pour lui. Patienter derrière un train est, en effet, compliqué pour Maxime, ou même demander à l'autre s'il peut le doubler, dénotant une certaine complexité à entrer en relation avec autrui. Pour essayer de travailler l'attente avec lui, et réguler le trafic ferroviaire, je place une barrière sur les rails. Il ne comprend pas quand je lui demande de s'arrêter. Je prends ensuite un train en guise de police pour fixer certaines règles. Je rentre alors dans un jeu de « faire semblant » : « Attention Monsieur, vous allez trop vite, vous devez ralentir ! », lui dis-je. Il semble quelque peu dérouté quant à mon intonation et mes choix lexicaux. La police, surtout chez les enfants, est le représentant de l'autorité, de la sécurité, des règles et donc, en psychomotricité, du cadre. Maxime, lui, ne semble pas comprendre la symbolique de ce train. La symbolisation et l'imaginaire restent encore aujourd'hui difficiles pour lui.

Maxime, néanmoins, entre quelque peu dans l'imaginaire en nous indiquant qu'il va « à la gare de Lyon » ou bien qu'il se rend « à un rendez vous ». Lorsque j'essaie d'entrer dans son jeu imaginaire, il n'arrive pas à le pousser plus loin et me rétorque : « je ne sais pas ». Il préfère alors couper court à la discussion pour privilégier l'aspect moteur par son agitation. J'ai l'impression qu'il a du mal à allier à la fois l'acte moteur dans le jeu et son monde interne imaginaire.

#### Séance du 25 mars 2015 :

Maxime est seul aujourd'hui, Tarik et Emir ne peuvent pas venir. Il me verbalise sa déception quant à leur absence. Il s'est beaucoup attaché à ces enfants, ils constituent des repères importants pour lui et doivent être présents aux séances ; ce sont ses « amis de psychomotricité » comme nous l'a-t-il affirmé. Les psychomotriciennes m'annoncent que je vais le prendre en charge seul. Je suis dans le même temps heureux de pouvoir m'affirmer en tant que futur psychomotricien mais également quelque peu anxieux. Je me recentre donc pour commencer cette séance en accentuant mes appuis au sol et en me concentrant sur ma respiration.

Aussitôt les salutations faites, il se précipite dans la petite salle pour choisir un jeu. Il jette son dévolu sur un jeu de sériation et d'espace où il faut classer les billes par couleur. Nous prenons chacun une planche de ce jeu et nous nous installons dans la grande salle. J'invite Maxime à s'asseoir pour qu'il me raconte sa semaine. Je lui demande alors ce qu'il a fait ce matin, et il me rétorque encore : « je ne sais pas ».

Malgré mes différentes questions, Maxime ne parvient pas à m'en dire davantage. Nous débutons alors le jeu, je lui explique les règles lorsqu'il m'arrête net en me répliquant tout haut : « je connais ». Durant ce jeu, je me cantonne au rôle d'observateur, tout en l'encourageant et en le rassurant quand il fait des erreurs. Il montre une folle envie de réussir à bien ranger toutes les billes. Durant ces vingt-cinq minutes de jeu, Maxime reste très concentré et, ce qui m'interpelle le plus réside dans sa capacité à mentaliser le trajet de « la bille », à anticiper. En effet, lors de ma première séance avec lui, j'ai essayé de lui faire mentaliser le chemin de la bille sur le parcours, et les psychomotriciennes m'avaient dit que c'était impossible pour lui à ce jour. Il a donc, de ce fait, beaucoup progressé. Tout au long du jeu, j'arrive à canaliser sa peur de l'échec en le rassurant, en lui disant que ce n'est pas grave s'il y a une bille mal rangée, qu'il a déjà fait un très grand effort et que je suis fier de sa réussite.

Nous passons ensuite à un jeu de fléchettes. Maxime demande la cible « des grands ». Nous ne l'utilisons généralement qu'avec des adolescents car elle n'est pas aimantée, augmentant ainsi la difficulté. Le but est de planter les fléchettes et dans un exercice de soustraction, le premier arrivé à zéro point gagne. J'accepte donc sa demande qui me paraît intéressante pour travailler sa régulation tonique et instaurer une relation duelle dans laquelle je vais le laisser gagner. Cependant, le temps nécessaire à ma réflexion quant à comment contenir et cadrer l'exercice suffit pour que Maxime s'éparpille. Une fois les règles et le cadre bien posés dans mon esprit, je l'installe, lui pose les limites, ce qui l'apaise. Nous avons chacun un tapis de couleur différente pour délimiter l'endroit du lancer. Ainsi nous avons chacun notre place. Maxime, enfant, est plus proche de la cible que moi, adulte. Nous devons attendre que l'autre soit assis avant de lancer nos fléchettes, trois lancers à chaque tour. Il éprouve cependant des difficultés à rester sur son tapis, cherchant ainsi à tester les limites fixées. Mon rôle ici est de lui rappeler constamment le cadre afin qu'il se sente en sécurité et la fin du jeu s'est déroulée sans encombre.

#### Séance du 01 avril 2015 :

Aujourd'hui, tout le groupe est réuni. Tarik et Emir arrivent en premier, Maxime est en retard, ce qui ne lui plaît pas. Il semble perdre une partie de ses repères quand il ne commence pas la séance avec nous. Nous sommes en train de dessiner avec Tarik et Emir lorsque Maxime arrive. Je viens donc le chercher et c'est là qu'il me témoigne son mécontentement quant à son retard. Je le rassure alors puis l'invite à la table avec nous pour dessiner des poissons.

Maxime commence à les dessiner et nous dit : « oh moi je sais super bien les faire ». Il nous expose alors cette confiance en lui pour masquer ses réelles difficultés. Il nous dessine quatre poissons puis s'exclame : « j'ai fini ! Ils sont beaux hein !? ». Je le rassure donc en lui disant que je les trouve très jolis mais qu'ils manquent un peu de couleurs. Il regarde tout de suite le mien pour reproduire les mêmes couleurs. Maxime présente des difficultés à puiser dans son imaginaire, à prendre ses propres décisions, il a encore besoin du soutien de l'adulte.

Nous avons ensuite joué aux Sardines® dont le but est de bien les observer sur la planche. Elles sont vêtues de différentes façons, puis nous les cachons et devons essayer de retrouver les sardines correspondantes. Notre jeu est alors composé de trois cartes. Pour Tarik et Emir c'est une règle trop compliquée, nous travaillons uniquement, via ce jeu, la discrimination visuelle. Leur jeu est posé face visible devant eux et ils doivent pointer du doigt les sardines correspondantes. Nous appliquons la même règle à Maxime, cela est plus simple pour lui et discrimine à toute vitesse. Observant sa facilité dans l'exercice, je lui demande plusieurs fois d'aider Tarik installé à côté de lui. Il semble content de pouvoir aider. Lorsque nous distribuons les cartes, Maxime en demande toujours plus, « encore, encore » nous dit-il, comme s'il veut se remplir ou se distinguer des autres par son nombre important de cartes.

Après ce temps à la table, nous décidons de passer à un jeu plus corporel. Nous installons deux camps séparés par des tapis posés sur leur tranche, horizontalement, ce qui délimite parfaitement deux espaces. Nous sommes deux dans chaque camp et nous induisons un échange de balle.

Maxime bondit à chaque fois qu'il attrape la balle. Tout en sautant, il s'enroule pour la récupérer. Il veut également la lancer fort au partenaire. Il s'essaie à différentes techniques, comme lancer d'une main, lancer en donnant un coup de poing dans la balle à l'instar du volley ou encore, envoyer la balle avec le pied. Nous lui rappelons alors les règles qui consistent à lancer convenablement la balle afin que le partenaire puisse la rattraper aisément. Il lance donc plus calmement la balle et un vrai échange peut s'installer.

Quand vient la fin de la séance, nous donnons à chaque patient une tâche pour ranger la salle afin d'attribuer aux enfants leur propre fonction. Une fois le rangement fini, Maxime se précipite vers son manteau, le met et part vers la salle d'attente. Je lui demande alors de m'attendre, il s'arrête, me tend la main pour me dire au revoir et me fait un bisou. Maxime a aujourd'hui moins de difficultés dans la relation, il parvient à s'attacher à une personne. Lorsqu'il ouvre la porte de la salle d'attente, il ne voit pas sa

mère, s'affale alors sur le fauteuil juste à l'entrée du bureau. Il s'enroule dans une position fœtale. Je m'accroupis à sa hauteur pour lui demander ses ressentis lorsque sa mère ne vient pas le chercher à l'heure. Mais il ne répond pas exactement à ma question. Il me dit alors qu'il n'est pas content d'arriver en retard, avec un visage morose et des traits de mécontentement. Un peu dérouté de sa réponse, je me demande pourquoi Maxime parle de son retard à la séance au lieu de celui de sa mère. Est-ce alors dû à sa dyschronie ou à sa difficulté d'exprimer l'absence de sa mère ? « La dyschronie est un trouble cognitif [...] qui empêche l'enfant de construire une représentation du temps et de la temporalité »<sup>15</sup>. J'essaie tout de même de le rassurer en lui répondant qu'elle ne l'a oublié et va bientôt arriver.

---

<sup>15</sup> Jérôme Boutinaud, Fabien Joly, Olivier Moyano, Marc Rodriguez, 2014, p. 195

## 1 L'hyperactivité

Ce trouble intéresse longuement les chercheurs, médecins, psychologues entraînant beaucoup de controverses quant à son origine et ses facteurs intriqués. Nous pouvons remarquer son importance dans la sphère scientifique par les maintes appellations que ce trouble a reçu durant les dernières années. « Lésion cérébrale minime », « dysfonctionnement cérébral minime », « hyperkinésie », « syndrome hyperkinétique ou impulsif », « réaction hyperkinétique de l'enfance (DSM II<sup>16</sup>), « déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité », etc. Reprenons alors les perspectives actuelles.

### 1.1 Perspectives actuelles et diagnostic

L'hyperactivité est bien connue de nos jours et demeure indiscutable. C'est en effet un des motifs de consultation le plus rencontré en pédopsychiatrie. L'hyperactivité peut être observée en tant que symptôme dans plusieurs types de troubles comme les troubles des conduites, les troubles psychotiques, les troubles limites de la personnalité, les troubles anxieux ou encore les troubles thymiques, expliquant la difficulté de poser un diagnostic différentiel. Lorsqu'il est syndrome, il est plus communément dénommé THADA<sup>17</sup>, héritage direct de nos confrères outre-Atlantique, défini par l'association de psychiatrie américaine (DSM-IV). Nos collègues américains parlent, eux, de AD/HD<sup>18</sup>. La controverse par rapport à cette pathologie réside également dans les différents noms qu'elle peut arborer. En effet, la *classification française des troubles mentaux de l'enfant* (1990) parle « d'instabilité psychomotrice » tandis que l'OMS (1993) et la CIM-10<sup>19</sup> parle de « trouble hyperkinétique ».

Plusieurs approches se différencient par rapport à l'hyperactivité. Aux Etats-Unis, les différentes recherches tableraient sur une origine biologique, tandis que plusieurs auteurs européens notent l'aspect développemental ou psychosocial dans les difficultés des enfants hyperactifs. Les cliniciens français, notamment Henri Wallon et Julian de Ajuriaguerra élaborent les dimensions psychologiques et psychosociales des problèmes

<sup>16</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

<sup>17</sup> Trouble Hyperactif Avec Déficit de l'Attention

<sup>18</sup> Attention Disorder/Hyperactivity Disorder

<sup>19</sup> Classification Internationale des Maladies, 10<sup>ème</sup> révision

d'hyperactivité. Ils insistent sur l'environnement relationnel qui joue très régulièrement un rôle dans l'apparition des symptômes.

Selon le DSM IV, le diagnostic se fait chez l'enfant d'âge scolaire par la triade symptomatique composée de :

- *L'hyperactivité* qui se manifeste par une incapacité à rester en place dans une situation contraignante où l'agitation est désorganisée et dénuée de but.
- *L'impulsivité* se traduit par l'intolérance à l'attente mais aussi par la difficulté à penser le temps, les successions d'actions, la difficulté à planifier.
- *L'inattention* entraîne le passage rapide d'une activité à l'autre et se caractérise par une grande distractibilité.

Le DSM-IV distingue trois sous-types d'instabilités psychomotrices, à savoir, un type inattention prédominante, un type hyperactivité-impulsivité prédominante et un dernier type mixte.

Il peut y avoir des complications avec ce type de troubles comme le développement de comportement antisocial à l'adolescence ou de troubles des conduites.

## **1.2 Sémiologie psychomotrice**

La sémiologie de l'enfant instable recouvre tous les items psychomoteurs.

### 1.2.1 Les troubles toniques

Selon Marianne Jover, « le tonus est l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales »<sup>20</sup>. Il est également la toile de fond des émotions.

Jean Bergès a décrit deux types d'instabilité en fonction de leur tonicité :

- *Les instables avec état tensionnel* qui se définissent par un état hypertonique avec des blocages respiratoires. L'hypertonie permanente peut entraîner des paratonies ainsi que des crampes dystoniques. Ils vivent dans un état d'alerte permanent, dans l'hypercontrôle. L'hyperkinésie est alors la manifestation corporelle de cette surtension accumulée.

---

<sup>20</sup> James Rivière, 2000, pp. 17-18

- *Les instables avec état de déhiscence* qui tentent d'éprouver leurs limites corporelles. L'hyperkinésie est alors leur solution pour élaborer petit à petit leurs limites. L'hypotonie est prédominante chez ces enfants dont « l'état de déhiscence [...] marquant l'absence de continuité de l'enveloppe corporelle »<sup>21</sup>.

Dans les deux types d'instabilité définis par J. Bergès, nous pouvons retrouver des dysharmonies toniques ainsi que des syncinésies entravant la fluidité du geste et la dissociation des mouvements.

Le tonus étant le support et le vecteur des émotions à travers le corps, nous pouvons également parler de troubles tonico-émotionnels perturbant ainsi les relations de l'enfant à son environnement familial et social.

Maxime est clairement sur un versant hypertonique. Rien qu'en le regardant dans les yeux, nous pouvons observer la tension envahissant tout son corps. Je trouve l'expression « les yeux sont le reflet de l'âme » intéressante à l'égard du patient pris en charge. En effet, par ses yeux, Maxime nous communique toute la tension et l'angoisse qui l'animent. Je ressens toujours une petite fatigue en fin de séance, le besoin de contenance qu'il requiert n'est pas négligeable et me demande de me recentrer pour accueillir les autres enfants.

Quant aux troubles tonico-émotionnels, Maxime ne parvient pas à répondre de manière adéquate à différentes situations. Il va, par exemple, utiliser le rire alors que ce dernier n'est pas adapté au contexte.

### 1.2.2 Les troubles praxiques

Une praxie est une expression neurologique désignant des systèmes de mouvements coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention.

L'enfant instable présente un défaut d'élaboration du projet moteur. Il ne parvient pas à organiser la série de praxies nécessaire à la réalisation du geste. Ce défaut d'élaboration va encourager l'enfant à rester dans un environnement connu et rassurant, lui donnant et nous donnant l'impression d'une apparente aisance motrice. Il essaiera sans cesse de contourner par des stratégies de compensation dès que son environnement l'obligera à intégrer de nouvelles praxies.

---

<sup>21</sup> Jean Bergès., Marika Bounes, 1974, p. 116

Dans de nouveaux environnements, ce sont des enfants qui vont se cogner régulièrement, chuter, bousculer les personnes qui se trouvent sur leur passage marquant la peau de l'enfant par des bleus, des rougeurs voire même des fractures.

Maxime présente clairement des difficultés à intégrer l'environnement et à s'adapter à ce dernier. Lorsqu'il est suffisamment bien contenu, il parvient à rester attentif aux stimuli extérieurs et à les prendre en compte, mais dès qu'un élément vient le perturber, il perd cette attention, se désorganise et ne régule plus sa motricité par rapport à son environnement. Quand nous aidons Emir à remettre son manteau dans le couloir, Maxime ne va pas nous prendre en compte et va passer, quitte à nous bousculer.

Une fois, Maxime s'est fait renverser par un véhicule car il s'était précipité vers la voiture de sa mère qui l'attendait en double file. Nous voyons là tout le besoin de contenance que demande Maxime, et dès que celui-ci lui fait défaut, il n'interagit plus avec l'environnement devenant alors hostile pour lui.

### 1.2.3 Les troubles de la représentation du corps

Le schéma corporel intègre des notions spatiales, la localisation de son propre corps dans l'espace mais également la localisation des différentes parties de celui-ci. Il est une entité changeante, adaptative qui dépasse les processus physiologiques à proprement parler. Julian De Ajuriaguerra nous en propose une définition connue de tous :

« Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. »

L'enfant instable surinvestit souvent son corps pour parvenir à déterminer ses limites. Ce surinvestissement corporel biaise leur représentation du corps. Au niveau du schéma corporel, ils parviennent à nommer sur soi et même sur autrui les différentes parties du corps mais leur difficulté réside dans l'utilisation de leur corps dans l'environnement. L'image du corps est également mise à mal et cela peut être observé dans leur constante dépréciation de leurs capacités, ils vont en effet souvent prédire leur échec avant même d'avoir essayé.



Maxime évite constamment la nouveauté. Dès que nous lui proposons un nouveau jeu, il se précipite vers quelque chose de connu, un jeu qu'il connaît et qu'il maîtrise parfaitement. Nous ne cédon naturellement pas, ce à quoi il rétorque : « je ne sais pas faire », alors même qu'il n'a pas essayé. Il a alors besoin que je sois près de lui pour le rassurer et lui rappeler toutes les capacités qu'il a pour réussir. La façon dont je me place par-rapport à lui joue également énormément. Lorsque je suis en face de lui, il présente beaucoup de difficultés à se lancer dans la proposition qui l'effraie. Mais lorsque je me place à côté de lui, je peux alors lui offrir une posture de contenance, tant par ma voix que par ma posture, par l'intention que j'y mets, alors Maxime se sent en sécurité et prend du plaisir à constater sa réussite.

#### 1.2.4 Les troubles spatio-temporels

L'environnement spatial regroupe l'ensemble des rapports de voisinage, de proximité, d'éloignement, de hauteur, de largeur, de profondeur, de gauche, de droite, etc. L'espace n'existe que par rapport à notre corps, il est relatif et personnel. Ainsi, une personne de petite taille n'aura pas exactement la même perception ni la même conception de l'espace qu'une personne de grande taille.

L'organisation spatiale nécessite plusieurs niveaux. D'une part, la perception de l'espace correspondant au Moi référentiel résulte de trois composantes :

- La situation de soi, d'une personne et d'un objet extérieur.
- L'orientation du schéma corporel, des objets et des individus environnants.
- L'appréciation des distances, des intervalles, des déplacements de soi ou d'un objet.

D'autre part, l'organisation spatiale ne peut être efficace sans l'orientation spatiale. Elle nous offre normalement la possibilité de reconnaître un lieu mais aussi de se situer dans l'espace et de se situer soi-même par rapport à un repère. La latéralité est la base de l'orientation spatiale puisque elle se définit comme la capacité de se repérer par rapport à son propre axe corporel. La structuration spatiale représente le niveau le plus élaboré de l'orientation spatiale. Elle nous permet de reconnaître et de réaliser des ensembles organisés, de partager l'espace, de le diviser en différentes parties. Elle nécessite une bonne intégration du schéma corporel.

Les enfants instables présentent, comme nous l'avons vu, des troubles de la représentation du corps et notamment du schéma corporel mal intégré (malgré une connaissance stéréotypée des parties du corps). Leur latéralité s'en trouve également impactée. Nous pouvons alors aisément comprendre leurs troubles spatiaux.

Comment parler de troubles spatiaux sans parler du traitement visuo-spatial ? Il est défini par « une fonction mentale impliquée dans la distinction, par la vue, de la position relative des objets dans l'environnement ou par rapport à soi »<sup>22</sup>.

« Il repose sur une capacité de contrôle oculomoteur complexe mais également des capacités visuo-attentionnelles et spatiales importantes. Le traitement visuo-spatial est une donnée importante du développement psychomoteur car il permet de faire la synthèse des éléments en un tout unifié et signifiant, de discriminer les objets et analyser leur position relative dans l'espace. Il permet également l'orientation des lignes, mais surtout d'orienter les actions comme saisir un objet par exemple »<sup>23</sup>.

Un dysfonctionnement du traitement visuo-spatial va entraîner un défaut de localisation des différents objets de l'environnement les uns par rapports aux autres. La perception de la position et l'orientation des éléments par rapport à l'axe corporel, à la verticale et à la gravité va également faire défaut. Cela entraîne également des perturbations au niveau de la comparaison des formes ou des configurations spatiales, la discrimination figure/rond et l'utilisation des notions droite/gauche.

Lors d'une séance avec Maxime, nous avons fait le jeu du clown. C'est un jeu particulièrement intéressant dans la mesure où il symbolise la construction de l'axe corporel et met en exergue les troubles visuo-spatiaux de Maxime. Le but est d'empiler le plus vite possible toute les parties du clown représentées par des cylindres de couleurs. Il a beaucoup de mal à prendre les cylindres pour les placer un à un. Adapter chaque partie pour ensuite les faire tenir en équilibre est un peu trop compliqué pour Maxime, cela s'effondre régulièrement. Je fais peut-être un rapprochement, voire une interprétation trop rapide, mais Maxime est assis sur un tabouret sans support dorsal, ce qui ne maintient pas son axe. A un moment donné, Maxime manque de tomber mais je le rattrape vite. Je n'ai pas pu m'empêcher de faire le rapprochement avec les cylindres du clown qui n'arrêtaient pas de tomber.

Le temps est un organisateur essentiel du développement de tout individu. En effet, il va permettre à l'enfant d'avoir des repères stables en l'absence de pathologie, d'organisation et de perception du monde, de son corps propre, de son environnement, d'agir et de penser.

---

<sup>22</sup> Céline Benois, Marianne Jover, 2006

<sup>23</sup> Ibid

La structuration temporelle commence dès la vie intra-utérine où le fœtus est déjà exposé à de nombreux rythmes : les battements du cœur de sa mère, l'alternance entre le mouvement et l'immobilité, les cycles veille/sommeil... Puis après la naissance, les alternances de séparations/retrouvailles et d'inactivité/action, les cycles faim/satiété et veille/sommeil vont contribuer à l'émergence de la perception du temps et du rythme.

Les troubles temporels chez l'enfant instable sont systématiquement présents et très importants. Ils vont entraîner le bon déroulement de leur activité mais également la localisation temporelle de l'enfant.

Ils affectent aussi bien la chronologie du temps social, dans lequel l'enfant peine à se repérer, que le rythme du groupe auquel il lui est très difficile de s'adapter. En effet la temporalité interne de l'enfant instable demeure excessivement élevée.

A chaque début de séance nous prenons un temps de parole avec tous les enfants pour savoir comment s'est déroulée leur semaine. Maxime semble avoir beaucoup de difficultés à se remémorer les événements et préfère nous rétorquer presque systématiquement : « je ne sais pas ». L'évocation de ses souvenirs est donc très compliquée, voire impossible, car elle implique une chronologie de ces derniers en fonction de références et de repères temporels qu'il ne parvient pas à prendre.

### **1.3 Troubles associés et comorbidité**

Différents troubles liés à l'hyperactivité se retrouvent dans la littérature :

#### 1.3.1 Troubles de la mémoire

L'enfant hyperactif présente des troubles de l'attention. Or cette fonction exécutive est largement impliquée dans le processus de mémorisation. La mémoire à court terme est moins efficace, il ne parviendra pas à mémoriser l'information pour la ressortir dans un second temps. Le processus d'encodage demeure donc quelque peu défaillant. De ce fait, les apprentissages seront plus complexes pour un enfant diagnostiqué hyperactif que pour un enfant non pathologique.

### 1.3.2 Troubles des apprentissages

Les situations d'échec scolaire sont notamment dues à leurs difficultés de se concentrer et de mémoriser. Nous pouvons retrouver plusieurs pathologies « dys » en raison du défaut d'attention.

« Entre 10 et 25% d'enfants atteints d'ADHD ont un trouble des apprentissages, et plus nombreux encore sont ceux qui font l'objet de services éducatifs spécialisés, qui sont en situation d'échec scolaire plus ou moins chronique et qui ne terminent pas leur scolarité secondaire (Weiss et Hechtman, 1993) »<sup>24</sup>.

Cette situation récurrente d'échec scolaire peut entraîner des troubles émotionnels, des troubles du comportement dérivant sur un éventuel trouble des conduites.

### 1.3.3 Troubles émotionnels

La situation d'échec scolaire, la dévalorisation récurrente de ces enfants et le fait qu'ils soient conscients de leurs difficultés peuvent entraîner des troubles anxieux, des épisodes dépressifs se répercutant sur cet handicap invisible qui l'exacerbe. Ils apparaissent le plus souvent à la puberté ou pendant l'adolescence.

### 1.3.4 Troubles du comportement

Il semblerait que dans la majorité des cas, l'hyperactivité déclencherait les troubles associés du comportement comme le trouble oppositionnel avec provocation (50 à 67%) ou le trouble des conduites (20 à 50%). La source de ces entités nosographiques résulterait du lien entre l'agressivité et les symptômes de l'hyperactivité et de l'impulsivité mais pas de l'inattention.

## **1.4 Le regard de la société sur l'hyperactivité**

Pour conclure ma partie sur l'hyperactivité, il m'a paru intéressant d'associer notre vision sur l'enfant instable avec celle de notre société actuelle.

Pourquoi cette pathologie a-t-elle tant intéressé et continue d'attiser la curiosité des chercheurs ? Pourquoi suscite-t-elle autant d'intérêt, d'écrits à son égard ? Ma première hypothèse serait de dire que l'hyperactivité dérange. « Il touche à tout ! », « il ne marche pas, il fonce ! », « il ne sait pas rester concentré plus de cinq minutes ! » telles sont les expressions que nous pouvons entendre à propos de ces enfants. Il est vrai

---

<sup>24</sup> Hervé Bénony, Christelle Bénony-Viodé, Jean Dumas, Psychopathologie de la communication, des apprentissages et de l'hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent, édition de boeck, 2012, Bruxelles

qu'ils ne passent pas inaperçus. Beaucoup d'entre eux, privilégiant plus l'agir que l'activité intellectuelle, se trouvent vite suspectés hyperactifs. Mais cette marginalisation ne représenterait-elle pas la soif sociétale à vouloir systématiquement catégoriser la différence ? Effectivement, ce trouble semble déranger, l'enfant peine à s'inscrire dans la société, alors qu'il ressemble étrangement à cette dernière. Au fur et à mesure de l'année, par cette réflexion quant à ce mémoire, je remarquais petit à petit le reflet sociétal de l'hyperactivité. Je tenterai dans cette partie de corrélérer le fonctionnement de l'enfant hyperactif avec celui de la société contemporaine.

L'enfant turbulent est caractérisé par une agitation débordante. Il ne parvient pas à se poser sur une activité, à s'en satisfaire, et pense déjà à la suivante. Son défaut d'attention soutenue ne lui permet pas d'investir au maximum une tâche. Il y aurait un trop plein d'expériences mais un manque d'intégration. Qu'en est-il alors de notre société ? Frédéric Lenoire, philosophe et sociologue français, reprend le concept « d'immédiateté » de Paul Virilio : « Nous n'avons plus besoin d'aller à la poste pour acheminer une lettre [...] : un mail envoyé d'un simple clic, et l'affaire est réglée presque à la vitesse de la lumière »<sup>25</sup>. Nous sommes constamment en train de réduire le temps d'exécution. Dans notre société consumériste, nous ne semblons pas être satisfaits de nos biens. En effet, nous cherchons continuellement à acquérir la nouveauté devenant un besoin. La satisfaction de ce dernier ne semble pas être à la hauteur de l'activité fantasmagorique précédant l'achat, véhiculée par une publicité illusionniste. Lorsque le produit tant désiré est entre nos mains, un autre attise déjà notre envie. Cette première analogie n'installerait-elle pas ce miroir entre la société et l'hyperactivité ? Continuons alors à chercher les ressemblances.

Par son agitation psychomotrice et son rythme interne impétueux, l'enfant hyperactif cherche continuellement de nouvelles expériences et par digression, de nouveaux apports sensoriels. En somme, il est en quête de stimulations. Dès lors, son défaut d'attention, caractérisé par un manque de discrimination et de sélection de l'information, ne lui permet pas d'intégrer harmonieusement son environnement et ses invariants. Qu'en est-il alors de notre système médiatique ? A l'époque où nos parents lisaient le journal le matin, il y avait une pertinence de l'information au regard des moyens de communication restreints. Ainsi, la sélectivité justifiait sa validité. Nos pères l'appréhendaient donc plus efficacement. Aujourd'hui, les flux d'actualités apparaissent sans cesse sur nos téléphones. Nous ne prenons plus le temps de les penser.

---

<sup>25</sup> Frédéric Lenoire, 2012, p. 24

Lenoir F. nous illustre la conséquence de ce système diffus des médias : « Nous ne savons ni les trier, ni les hiérarchiser [les informations] [...] elles se retrouvent toutes mises sur un pied d'égalité »<sup>26</sup>. Par cette surinformation, nous perdons notre capacité de réflexion. En effet, « nous ne nous arrêtons plus sur un fait pour en cerner les enjeux : un événement balaie l'autre et, le soir venu, nous avons déjà relégué dans l'oubli les informations qui nous ont été communiquées le matin ». Cette deuxième ressemblance ne viendrait-elle pas dessiner les contours du reflet de la société au travers de l'hyperactivité ? Poursuivons donc l'enquête...

L'enfant hyperactif est constamment en mouvement, il ne s'arrête jamais, il parvient difficilement à accepter les moments de détente et de calme. Cette agitation pourrait combler l'inactivité qui n'est pas supportable. A l'heure où la productivité domine le monde, l'inactivité semble proscrite. A l'origine, l'avènement des machines devait soulager le travail pénible de l'homme, sans savoir que le rythme industriel effréné allait s'imposer au notre. Nous fonctionnons donc par une soif de rendement et de profit. Le répit semblerait anecdotique voir inacceptable, « "Prendre son temps" et *a fortiori* le perdre sont devenus des luxes dans une société qui ne tolère plus la lenteur »<sup>27</sup>. Nous pouvons clairement constater le lien entre l'enfant hyperactif, où l'ennui, l'immobilité, est synonyme de vide et d'angoisse ; et la société où la passivité et l'improductivité du citoyen inquiète.

Dans le cadre de ce mémoire, je ne pourrai malheureusement pas développer davantage cette réflexion sociétale de l'hyperactivité. Cet exposé succinct cherchait à mettre en exergue les similitudes entre l'expression de l'instabilité psychomotrice et celles de notre société. L'attrait suscité par cette pathologie résiderait peut-être plus dans la compréhension de notre société actuelle que dans sa différenciation par rapport à la normalité? Au regard de cette réflexion, ma première hypothèse semble réfutée et laisse place à une seconde : en lien avec la métaphore du miroir employée, l'hyperactivité serait alors l'image spéculaire de nos sociétés contemporaines.

---

<sup>26</sup> *Ibid.* p. 50

<sup>27</sup> *Ibid.* p. 46

## **2 Le cadre thérapeutique**

### **2.1 Qu'est ce qu'un cadre ?**

Le cadre définit les limites d'un espace et se borne à limiter l'action de quelqu'un ou de quelque chose. Par exemple, le cadre d'un tableau permet de soutenir ce dernier sans qu'il puisse se décrocher ; de même pour une activité, son cadre permettra de la limiter dans l'espace et le temps. Concernant le cadre de l'institution, celui-ci va veiller à ce que les thérapeutes soient en accord avec le projet thérapeutique des patients en évitant le débordement par la fixation de règles, de normes...

Chaque espace social est nécessairement régi par un cadre que nous résumons par un ensemble de règles, fixées préalablement, tout en incorporant au sein de celui-ci les notions d'espace et de temps.

### **2.2 Le cadre thérapeutique**

Le cadre thérapeutique désigne l'ensemble des conditions pratiques et psychiques qui, ajusté aux possibilités du patient, permet le processus soignant. Ce sont des éléments fixes non rigidifiés – un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des seuils –, mais également des personnes, un objectif, une ambiance et surtout une conception, celle de l'esprit du soin.

Le cadre thérapeutique, selon C. POTEL, est ce qui « contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée »<sup>28</sup>. Il est nécessaire de s'appuyer sur des réflexions théoriques afin de mettre en place un cadre adéquat pour nos patients.

Jean-Pierre Mendiburu définit le cadre « comme un noyau rigoureux, ajusté créativement selon les personnalités en présence et la nature du lien thérapeutique »<sup>29</sup>.

Le cadre thérapeutique est inhérent à chaque pratique de soins. Il est donc, de ce fait, nécessaire et indispensable d'en établir un, lors de la prise en charge du patient. Ainsi, il doit s'adapter aux différentes problématiques et n'est pas figé. Les caractéristiques de celui-ci devront être explicités clairement avec le patient lors du changement. Au cours de la thérapie, nous pouvons être amené à changer de cadre, passant, notamment, d'une

---

<sup>28</sup> POTEL C., 2010, p. 321

<sup>29</sup> Jean-Pierre Mendiburu, 2003, p. 12

prise en charge individuelle, à un suivi plus adéquat pour ce dernier, du fait de son évolution, telle qu'une prise en charge en groupe par exemple. Le thérapeute peut également changer de médiation ou même réorienter le patient vers un autre professionnel.

Le lieu de la prise en charge, le temps et les rituels de la séance, les thérapeutes, les différents patients d'une thérapie en groupe, le paiement des séances et le matériel proposé caractérisent une grande partie du cadre. En effet, les patients se créent alors des repères d'espace et de temps leur donnant une certaine rythmicité dans leur semaine. Ils savent qu'ils vont en psychomotricité tel jour, à telle heure, dans tel lieu. C'est le psychomotricien qui va poser son cadre, et dans le travail institutionnel, ce dernier doit être en accord avec l'institution, il n'est donc pas libre de le penser comme il l'entend. En revanche, le cadre est relativement personnel, en fonction des postulats sur lesquels le psychomotricien va s'appuyer, mais également en fonction de sa personnalité et de ses médiations privilégiées. Le cadre n'est donc pas prédéfini, sa transmission ne peut avoir lieu lors de l'apprentissage. En revanche notre formation nous transmet les éléments nécessaires à la réflexion de celui-ci.

Je vais maintenant détailler les éléments constituant le cadre thérapeutique en psychomotricité.

## **2.3 Les composantes du cadre en thérapie psychomotrice**

### 2.3.1 Le cadre spatial

« Des conditions d'espaces : pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps »<sup>30</sup>.

La thérapie psychomotrice se déroule toujours dans un espace donné qui ne changera jamais au cours de la thérapie. C'est un premier repère pour le patient. C'est un lieu qui se doit d'être suffisamment contenant pour accueillir les débordements, les excitations, les pulsions de nos patients.

Jean-Pierre Mendiburu affirme que « le cadre, c'est le pot dans lequel la pathologie du client va se produire et se reproduire jusqu'à ce que s'en révèle un sens, et par là même une issue ; puis, que ce sens sorte de ce pot et aille marcotter des processus de

---

<sup>30</sup> POTEL C., 2010, p. 322



santé vigoureux dans la vie socio-affective du client. La confiance dans la solidité de cette frontière est indispensable à la sécurité »<sup>31</sup>.

L'espace se doit alors d'être suffisamment sécurisant pour que les patients puissent explorer et découvrir de nouvelles expériences sensori-motrices, cognitives et même affectives. Il doit alors être pensé pour préserver la sécurité physique du patient en protégeant les zones sensibles de la salle comme les coins de table ou des meubles par exemple. La sécurité psychique du patient est également à prendre en compte. Par exemple, nous n'allons pas mettre de couleurs trop agressives potentiellement sur-stimulantes. Nous devons créer un espace propice à la découverte afin d'attiser leur appétence vers les jeux ou le matériel présentés dans la salle.

La partie sécurité du cadre est donc une partie essentielle, nécessaire à l'approche de notre patient. En effet, en thérapie psychomotrice, nous pouvons aborder une partie de l'intime de nos patients. La confidentialité doit être rappelée à nos patients mais également à leur famille pour qu'ils puissent s'investir pleinement dans la prise en charge. La sécurité est également présente dans les fins de prise en charge, pour ne pas les arrêter de façon brutale, pour donner le temps au patient de s'y préparer.

En fonction des patients nous allons changer l'environnement de notre salle. Nous n'allons pas accueillir un patient consultant pour de la relaxation comme un autre patient venant pour une instabilité psychomotrice. Nous allons faire attention à ce que les jeux soient rangés hors de leur vue et d'ordonner la salle de façon à limiter le plus possible les sur-stimulations. Certains thérapeutes utilisent la musique pour apaiser le patient dès son arrivée dans la salle, ou de l'encens pour leurs propriétés olfactives, ou encore filtrent la lumière pour offrir un espace plus propice au travail. C'est donc un lieu qui se doit d'être modulé en fonction de chaque patient. De ce fait, ils peuvent investir cet espace et se l'approprier, le rendant ainsi relativement personnel.

Chaque salle est également délimitée par différents espaces. En effet nous nous asseyons presque toujours à la même place lorsque nous commençons la séance. Certains enfants utilisent les petites chaises pour s'asseoir car ils aiment sentir le sol sous leurs pieds, d'autres vont préférer les grandes chaises imitant les adultes.

---

<sup>31</sup> MENDIBURU J-P., 2003, p. 16

Au cours de ce stage j'ai moi-même créé mes propres repères en utilisant constamment le même tabouret roulant. Le mercredi, c'était comme s'il m'était automatiquement réservé. Me voyant toujours sur ce même siège, les patients voulaient l'expérimenter et le choisissaient directement en arrivant dans la salle. Je les laissais un peu le découvrir : il peut rouler, tourner, se monter, mais il n'est pas adapté aux enfants. Je leur rappelais alors, à ce moment là, le cadre, en leur précisant que le tabouret n'était pas pour les enfants mais pour les adultes.

L'espace de motricité est délimité par une grande moquette. Les patients savent alors que, dans cet espace, ils peuvent découvrir de nouvelles expériences motrices ; ils peuvent également expérimenter plus au sol où ils retrouvent alors une sécurité, une base par le contact dur et chaud de la moquette.

Vient ensuite la table pour travailler toute la motricité fine, le graphisme, les jeux de plateau ; nous nous retrouvons plus en hauteur sur les grandes chaises.

Tous les objets pour construire des parcours psychomoteurs sont rangés dans le même espace, les ballons et les balles sont disposés dans le même bac, les tapis de sol s'empilent les uns sur les autres au même endroit et les jeux de sociétés sont posés sur des étagères masquées par des rideaux. Ainsi, les enfants, au fur et à mesure de la prise en charge, savent se repérer et aller chercher les jeux que nous leur indiquons. Lorsque nous voulons organiser un jeu, nous pouvons assigner une tâche à chaque enfant de façon à leur donner un but et de contenir leur débordement par l'action à réaliser.

### 2.3.1 Le cadre matériel

« Le psychomotricien implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets – jeux, tissus, coussins, matières, couleur – qui sont autant de supports aux intégrations et à l'imaginaire »<sup>32</sup>.

Le corps est l'outil principal du psychomotricien. Il va s'engager dans l'espace et dans le temps avec son patient, va jouer de son corps pour le faire travailler en imitation, va savoir l'écouter pour comprendre ce que peut vivre le patient mais il va également savoir lire le corps de son patient. Mais pour permettre ce travail, le psychomotricien peut également s'appuyer sur des médiations.

« La médiation, corporelle ou autre, propose un espace "entre" et un objet commun à partager et à créer, cet objet se faisant en quelque sorte témoin de la relation existante

---

<sup>32</sup> POTE C., 2010, p. 322

entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe »<sup>33</sup>. Il est donc essentiel de bien choisir sa médiation en fonction des patients.

Beaucoup de jeux, d'objets, de matériel sont présents dans les deux salles du cabinet pour pouvoir s'adapter le plus justement possible à tous les patients et à leur état psychocorporel du jour. Chaque psychomotricien aura une préférence du matériel à utiliser en fonction de sa personnalité mais également de sa formation.

Mireille et Gwenaëlle ont accumulé, au fur et à mesure de leurs années de pratique, un nombre important de matériels de variétés différentes. Des jeux de société adaptés à tout âge permettent de travailler différents aspects psychomoteurs, comme la discrimination visuo-spatiale, l'impulsivité, l'attention, des jeux en dualité ou en collaboration. Des balles de différentes sortes sont également à disposition pour travailler la motricité générale, des jeux de fléchettes, des tapis pour la relaxation, des jeux symboliques comme les Lego® et les Playmobil®, des jeux de construction, des déguisements et une dînette pour le faire semblant, des exercices plus grapho-moteurs comme les points à relier, les coloriages, etc.

### 2.3.2 Le cadre temporel

« Des conditions de temps : une séance où il va s'agir de jouer, d'organiser l'espace, de bouger son corps, demande une durée suffisante (entre 45 minutes et 1 heure, selon les indications et le cadre) et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères »<sup>34</sup>.

Lorsque nous décidons, d'un commun accord, avec les parents et l'enfant, de commencer une prise en charge, nous posons en premier lieu notre cadre. Le cadre spatial est d'emblée compris par les parents, mais nous précisons l'importance de la régularité des séances fixées toujours à la même heure et au même jour. Le bon fonctionnement de la thérapie repose en grande partie sur cette continuité qui peut s'instaurer lorsque les rendez-vous sont tous respectés. Nous expliquons, particulièrement au patient, que le temps de la séance et l'horaire lui sont strictement réservés, témoignant de notre engagement envers lui. Cette périodicité des séances va offrir au patient d'autres repères tout aussi importants : les repères temporels.

La durée de la séance va varier d'un psychomotricien à un autre en fonction de ses propres appuis théoriques mais également en fonction des directives institutionnelles. En effet, j'ai constaté que les séances de psychomotricité pouvaient varier entre une

---

<sup>33</sup> *Ibid.* p 365

<sup>34</sup> *Ibid.* p 322

deux heures. Au sein du cabinet libéral, les psychomotriciennes ont choisi de travailler dans des intervalles de quarante-cinq minutes.

Nous instaurons sans cesse des rituels pour fournir aux patients le plus de repères possibles pour qu'ils se sentent contenus et rassurés. Dès l'entrée, les repères s'installent. Les patients sonnent avant d'entrer et ils attendent toujours à peu près le même temps dans la salle d'attente. Puis nous venons les chercher et ils doivent enlever leur manteau, l'accrocher sur le porte-manteau, marquant ainsi le véritable début de la séance. Les patients venant au cabinet depuis plusieurs séances s'installent directement car ils savent que nous commençons par un temps d'échange. Après les avoir écoutés raconter le déroulement de leur semaine ou leurs envies du moment, nous décidons de concert ce que nous allons faire pendant la séance. Ainsi, cette dernière s'en trouve totalement rythmée par une succession d'activités imposants aux patients des limites temporelles contenantes et rassurantes. Ils intériorisent ainsi un début, un pendant et une fin.

Il arrive que des patients réclament leurs parents pendant la séance. Dans ce cas, nous montrons aux enfants l'horloge qui se trouve dans chacune des salles pour leur préciser le cadre temporel. Nous leur indiquons entre chaque exercice le temps qu'il nous reste avant la fin, leur permettant ainsi de se préparer à la séparation. L'horloge est donc un outil essentiel et indispensable à notre pratique pour nous permettre d'adapter l'exercice. En effet, nous faisons attention à ne pas brusquer l'enfant pour qu'il puisse finir l'activité en cours ; nous adaptons alors les règles pour qu'ils puissent aller au bout du travail sans se presser.

### 2.3.3 Les règles

Selon le dictionnaire le Petit Robert 2011, une règle est une « formule qui indique ce qui doit être fait dans un cas déterminé »<sup>35</sup>. Nous ne pouvons pas pratiquer la psychomotricité, tout comme une autre profession médicale ou paramédicale, sans l'instauration de règles. Ces dernières sont également différentes d'un professionnel à l'autre. Celles-ci permettent aux patients de déterminer les limites tant spatiales et temporelles que sociales. En effet, les règles vont indiquer que nous allons passer la séance dans la grande salle ou dans la petite salle et qu'elle va durer quarante-cinq minutes. Les règles sociales imposent de ne pas se moquer d'autres enfants lorsqu'ils échouent et surtout de ne pas faire de mal à soi-même ou aux autres. Les règles

---

<sup>35</sup> Le petit robert 2011, p 2166

précédemment énoncées s'appliquent pour toutes les séances, mais d'autres plus spécifiques peuvent être définies pour une médiation.

Les règles sont essentielles à un cadre contenant et rassurant pour les enfants. C'est une entité du cadre que les enfants vont aller tester pour vérifier sa solidité.

Je pense ici à un autre stage en hôpital de jour où je pratique le jeu dramatique. Nous jouons une scène où le parent - joué par l'éducatrice - se fait pousser de sa chaise et tombe. La règle essentielle dans cette médiation est le faire semblant. Les enfants savent qu'il ne faut pas pousser, ni taper dans le jeu, nous le mimions uniquement. Cependant, l'enfant n'a pas pu s'en tenir à cette règle, et a poussé l'animatrice. A la fin du jeu, nous lui avons rappelé, ainsi qu'aux autres enfants, la règle d'or : ne pas toucher les autres.

#### 2.3.4 La rémunération

Ce paramètre intéresse plus la psychanalyse que la psychomotricité mais je me dois d'en parler. Dans une pratique libérale, le psychomotricien mérite rémunération directe de la part des parents. Il ne faut pas négliger cet aspect. Dans un travail en institution, celui-ci est moins remarquable.

« Le paiement a en effet pour avantage de moduler la relation de dépendance entre le patient et l'analyste, car, si la relation analytique représente une situation de dépendance très grande du patient à l'égard de l'analyste, l'argent donné par le patient permet d'inverser cette relation de dépendance ; sous cet aspect, c'est l'analyste qui dépend du patient »<sup>36</sup>.

Ce sont évidemment les parents qui paient les séances de psychomotricité de leur enfant mais cela leur permet de s'inscrire pleinement dans le processus de soin, motivant leur intérêt à poursuivre et à ne pas manquer de rendez-vous. Ils se retrouvent eux aussi dans une relation de dépendance par-rapport au psychomotricien. Le fait de payer module donc cette dépendance et inversement le thérapeute se voit dépendant de cette rémunération pour vivre de son métier.

---

<sup>36</sup> Alain Gibeault, 1989, p. 50

## **2.4 Les fonctions du cadre thérapeutique**

### 2.4.1 La fonction de contenance

« La peau, première fonction, c'est le sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain de parole y ont accumulés »<sup>37</sup>.

Le cadre peut se comprendre comme une seconde peau venant pallier les défauts de celle du patient. En effet, le cadre est présent pour que l'enfant puisse y déposer ses angoisses, sa problématique, mais c'est dans celui-ci qu'il va introjecter également les bons éléments. Si je reprenais Anzieu je comparerais « l'allaitement » aux bons éléments que le thérapeute peut apporter aux patients, en le laissant expérimenter, mais également en lui proposant des jeux par lesquels il pourra se développer. Les « soins » seraient tout le dialogue tonico-émotionnel d'Ajuriaguerra et le handling de Winnicott dans le sens où le psychomotricien va soutenir corporellement l'enfant dans ses expériences en l'accompagnant. Il ne reste pas immobile, il s'engage avec le patient. Le « bain de parole », quant à lui, pourrait être ramené à la fonction de rêverie maternelle de Bion dans laquelle le thérapeute va pouvoir transformer les éléments beta en éléments alpha et les rendre acceptables.

« La peau, seconde fonction, c'est l'interface qui marque la limite entre le dehors et maintient celui-ci à l'extérieur, c'est la barrière qui protège de la pénétration par les avidités et les agressions en provenance des autres, êtres ou objets ».<sup>38</sup>

Par sa stabilité le cadre va offrir au patient un véritable espace externe rassurant. L'enfant va venir le tester, le mettre à mal pour vérifier cette solidité. Va alors naître un sentiment de sécurité externe sur lequel il va pouvoir s'appuyer pour fonder petit à petit sa propre sécurité interne. Tout comme la peau, le cadre va séparer l'espace externe (hors de la séance) de l'espace interne. Il va également protéger des agressions extérieures. En effet, certains enfants peuvent être malmenés à l'extérieur par leurs difficultés. Les enfants trop agités sont souvent mal vus en classe ou punis malgré nos conseils aux instituteurs. En psychomotricité, ils peuvent être eux-mêmes et ne vont pas être punis à cause de leur façon d'être. Nous allons essayer de trouver ensemble comment diminuer cette agitation pour une meilleure intégration à l'environnement.

---

<sup>37</sup> Didier Anzieu, 1995, p. 61

<sup>38</sup> Ibid.

Mais le cadre permet également de protéger des agressions provenant de l'intérieur. Dès lors qu'un patient est susceptible de se faire mal ou de faire mal aux autres par sa conduite, nous rappelons les règles inhérentes au cadre : ne pas se mettre en danger ou ne pas porter atteinte à autrui.

« La peau enfin, troisième fonction, en même temps que la bouche et au moins autant qu'elle, est un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations significatives ; elle est, de plus, une surface d'inscription des traces laissées par ceux-ci ».<sup>39</sup>

Le cadre thérapeutique en psychomotricité encourage la communication entre le thérapeute et le patient, mais également entre les différents membres d'un groupe. Le respect d'autrui et les « règles sociales » mentionnées précédemment instaurent un climat de confiance entre les patients dans lequel ils vont pouvoir expérimenter dans un environnement suffisamment bon.

#### 2.4.2 La fonction limitante

Le cadre permet également l'instauration de limites pour le patient par les règles et les limites de temps et d'espace. Il existe alors en séance un avant, un après, un soi, un non soi et un dedans, un dehors.

Gérard Bleandonu, psychiatre français, parle dans son livre, *cadres thérapeutiques et enveloppes psychiques*, de fonction de séparation car le cadre permet une frontière entre le lieu thérapeutique et le lieu de vie. Il permet même de proposer un espace définissant des limites spatio-temporelles.

Cette fonction limitante serait plus du côté de la position paternelle du thérapeute qui représente la loi, l'ordre, l'interdiction et les limites. Il remplit également la fonction de tiers qui permettra à l'enfant de se séparer, de s'individualiser.

#### 2.4.3 La fonction de symbolisation

Le cadre permet l'engagement du processus de symbolisation et donc l'accès aux représentations. En effet, en séance de psychomotricité, le thérapeute va mettre du sens sur les actes des patients lui permettant alors d'accéder progressivement à la symbolisation.

---

<sup>39</sup> Ibid. pp. 61-62

### **3 La contenance du psychomotricien**

Je me souviens en première année de formation, lorsque nous travaillions en groupe sous le regard de l'autre, nous ne devions pas adopter une simple position d'observateur, nous devions *soutenir* par le regard et notre disponibilité corporelle, l'agir de l'autre. Je ne comprenais pas bien ce que le professeur voulait nous transmettre mais j'adoptais alors une position bien droite avec rien d'autre en tête que mon partenaire à observer et à soutenir. Je comprends aujourd'hui que nous vivions déjà l'expérience de contenir une personne.

Mais sur quels appuis théoriques pouvons-nous nous appuyer pour conscientiser cette approche ?

« C'est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques. Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique »<sup>40</sup>.

#### **3.1 Bion conceptualise la contenance**

Bion s'est appuyé entre autre sur le concept « d'identification projective » de Mélanie Klein pour développer la fonction de rêverie maternelle.

« Pour faire face à ces tensions extrêmes, le nourrisson va tenter de maintenir séparés (clivage) le bon et le mauvais, en lui comme dans "l'objet" (le "bon sein" et le "mauvais sein"), et d'expulser les parties mauvaises de soi dans l'objet lui-même clivé : Mélanie Klein introduit alors le terme de "position schizo-paranoïde" pour décrire la problématique auquel le nourrisson a à faire face, et celui d'"identification projective" pour décrire le processus ainsi décrit »<sup>41</sup>.

Selon Bion, l'identification projective est formatrice de l'appareil à penser les pensées.

Le nourrisson, incapable d'assimiler les stimulations venant de toute part, va projeter sur sa mère cette expérience angoissante (éléments beta). Elle va alors, si elle est « suffisamment bonne » recevoir cette expérience, la digérer et la lui rendre sous une forme plus assimilable psychiquement (éléments alpha). La mère réalise cette

---

<sup>40</sup> POTEL C., 2010, p 324

<sup>41</sup> Catherine Bolgert, 2003, pp. 141-159



transformation par son processus de symbolisation. Elle va donc lui prêter son psychisme pour que petit à petit, le bébé puisse intégrer ces éléments lui-même. Elle contribue alors à la formation de son psychisme.

Cette fonction de rêverie maternelle est largement utilisée par les psychomotriciens. En effet, quand nous allons être en présence d'un enfant très agité en séance, qui ne parvient pas à se poser, nous allons verbaliser son état corporel du moment pour qu'il puisse accéder à une représentation de lui-même : « ah tiens aujourd'hui c'est difficile pour toi de te poser, tu as beaucoup de choses en tête ».

### **3.2 Winnicott : Holding, Handling, Object-presenting**

Le bébé ne peut se développer seul. Il a besoin d'un entourage et d'un environnement adéquat. Le nourrisson fait partie d'une relation et c'est par cette dernière qu'il va se développer. Celle-ci est principalement constituée des interactions entre la figure maternelle et le bébé. A la naissance, il est dans une situation de dépendance absolue vis-à-vis de l'entourage. La mère réagit par la préoccupation maternelle primaire, que Winnicott définit comme une maladie positive de la mère pour l'enfant. C'est un état dans lequel la mère va comprendre parfaitement son bébé pour répondre le plus justement possible à ses besoins. A eux deux, ils forment la dyade de Spitz.

Une mère « suffisamment bonne » est une mère qui va permettre à l'enfant d'éprouver le sentiment de holding, de handling et d'object presenting.

Mais quelles sont ces fonctions de la mère « suffisamment bonne » ?

#### Le holding :

« To hold » en anglais signifie « porter », le préfixe « ing » amène la notion d'un portage en continu. Le holding correspond donc à la manière dont l'enfant est porté par la mère ou son substitut. Winnicott y incorpore le portage physique mais également le portage psychique. Il ne donne pas de conseils spécifiques aux parents, car, pour lui, la mère « sait ce qu'elle a à faire »<sup>42</sup>.

Le holding va protéger l'enfant contre les menaces extérieures tant psychiques que physiques. Il a donc une fonction de pare-excitation.

---

<sup>42</sup> Anne Lefèvre, 2012, p. 33

Ce concept et cette capacité de la mère à bien porter son enfant incluent également le dialogue tonico-émotionnel d'Ajuriaguerra dans le sens où, si l'enfant est tenu dans les bras de sa mère, il sera dans un état de détente qui lui permettra d'introjecter les éléments positifs du monde interne et externe.

Le holding psychique doit permettre à l'enfant de développer son Moi. La mère doit être capable de « le mettre en contact avec une réalité extérieure simplifiée, répétitive, et même monotone, qui permet au moi naissant de trouver les points de repères simples, stables, nécessaires pour intégrer les différentes données de l'environnement dans le temps et l'espace »<sup>43</sup>.

Nous pouvons voir ici à quel point le psychomotricien est emprunt du holding par la mise en place de tous les rituels de temps et d'espace afin de fournir à l'enfant des repères stables.

#### Le handling :

« Winnicott emploie le terme de *handling* pour nommer la façon dont la mère aborde le corps de son enfant, la manière dont elle s'y prend lorsqu'elle le change, lui donne son bain, l'habille [...] »<sup>44</sup>.

Par tous les soins que la mère va apporter à son enfant et de son toucher, il va alors pouvoir intégrer progressivement les limites de son corps et le relier à sa psyché.

Lorsqu'il pleure au moment du repas par exemple, il ressent une sensation désagréable mais ne comprend pas. La mère va alors mettre des mots sur ses ressentis internes. Ainsi l'enfant va faire le lien entre ses propres ressentis et « l'explication » que lui fournit sa mère.

#### L'object-presenting :

Au début lorsque l'enfant a faim, il va le signaler corporellement en avançant la bouche ou la main vers l'objet halluciné. La mère, en réponse à ce comportement va présenter le sein presque immédiatement donnant l'illusion au bébé de l'avoir créé.

Puis la mère va progressivement introduire un délai entre le moment où le bébé hallucine le sein et le temps où il arrive. Le nourrisson va alors être capable de supporter la frustration en se remémorant la satisfaction des expériences antérieures.

L'object-presenting représente donc la façon dont la mère parvient à présenter l'objet au bon moment.

---

<sup>43</sup> *Ibid.* p.34

<sup>44</sup> *Ibid* pp. 34-35

Le holding et le handling font appel au dialogue tonique conceptualisé par Julian de Ajuriaguerra qui engage la mère et l'enfant sur les plans physique et affectif.

### **3.3 Ajuriaguerra et le dialogue tonique :**

Reprenant les travaux de Wallon, Julian de Ajuriaguerra définit en 1962, le dialogue tonico-émotionnel : « La préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer 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. »<sup>45</sup>.

Le dialogue tonique est donc le premier moyen de communication entre la mère et son enfant. L'interaction s'envisage dans un continuum d'échanges où chacun agit et réagit. Le bébé n'est en aucun cas passif dans ce type d'interactions. La mère va être capable de ressentir la moindre variation tonique chez son enfant et inversement. Par ce portage, le bébé, en étant contenu dans les bras de sa mère va également pouvoir initier la construction de ses limites corporelles.

« La relation vibratoire qui s'établit entre les deux partenaires devient le support sur lequel le bébé va intégrer les informations qu'il reçoit, et sur lequel la mère va interpréter ce qu'elle ressent de son enfant. »<sup>46</sup>.

Au début de sa vie, l'enfant réagit par ses deux pôles : hypertonique et hypotonique. Il se trouve en hypotonie lorsqu'il est dans un état général de détente après le repas par exemple, et dans un état hypertonique lorsqu'une tension désagréable se fait ressentir comme la faim. Lorsque la mère perçoit son enfant dans un état hypertonique, elle va essayer de comprendre la demande de l'enfant, le porter et mettre des mots sur son état. Par la régulation tonique de la mère, l'enfant va alors s'apaiser. Les émotions du bébé passent donc par ses variations toniques mettant en évidence le lien entre motricité et psychisme comme nous l'a appris Wallon : « il n'y a pas d'émotion sans action ».

« C'est d'abord à l'objet externe que revient la fonction d'apaiser les turbulences et de stabiliser le système qu'il constitue avec le bébé affamé. De plus en plus, l'enfant

---

<sup>45</sup> JOLY F., Geneviève Labes, 2008, p. 193

<sup>46</sup> Suzanne Robert-Ouvray, 2007, p 93

pourra par ses propres moyens remplir cette fonction, grâce justement au développement de son appareil psychique »<sup>47</sup>.

### **3.4 L'enveloppe psychique**

La fonction contenante du psychomotricien s'établit grâce à toutes les notions théoriques énumérées précédemment, permettant à l'enfant de se créer ou de solidifier sa propre enveloppe psychique. Comme toute enveloppe, « on peut la décrire comme ce qui entoure complètement un espace et qui, de ce fait, contient tout ce qui se trouve dans cet espace, qui est ainsi fermé. Elle peut contenir plusieurs objets, laisser des vides entre elle et les objets qu'elle contient, être préformée pour recevoir ces objets, qui trouvent place après-coup dans l'espace qu'elle délimite ».<sup>48</sup>

Mais cette dernière ne peut se construire que par la répétition des expériences de l'enfant, puis, par la capacité du parent (et du thérapeute) de mettre fin à ce refrain. Lorsque l'enfant a acquis un premier « système dynamique stable », alors le parent l'incite à changer d'expériences pour passer à un niveau supérieur. Cela va permettre à l'enfant d'organiser dans son psychisme des formes stables, qui, en psychanalyse se nomme « formation du symbole ».

L'enveloppe psychique permet donc de contenir son appareil à penser dans un dedans, relativement perméable avec le dehors, pour pouvoir se construire et échanger avec l'environnement.

Anzieu a lui même beaucoup contribué à cette notion d'enveloppe contenante. Evelyne Séchaud, dans la préface du livre, indique qu'Anzieu « a ajouté en 1985 que le Moi-peau sert à l'enfant à se représenter lui-même comme Moi “contenant les contenus psychiques” à partir de l'expérience de la surface du corps »<sup>49</sup>.

### **3.5 Le Moi-Peau d'Anzieu**

La construction du Moi selon Anzieu, se déroule à partir des expériences de la peau. Freud nous disait également que « Le Moi est avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface mais lui même la projection d'une surface ».<sup>50</sup> « Le moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur

---

<sup>47</sup> Didier Houzel, 2005, p. 15

<sup>48</sup> *Ibid.* p. 9

<sup>49</sup> ANZIEU D., 1995, p. 2

<sup>50</sup> Sigmund Freud, 1981, p. 238

source dans la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps, et de plus, comme nous l'avons vu plus haut, il représente la surface de l'appareil mental »<sup>51</sup>.

Anzieu s'appuie sur l'embryogénèse pour nous dire que la peau et le cerveau dérivent de la même structure embryonnaire, à savoir l'ectoderme. A la naissance, l'enfant va être très régulièrement en contact avec sa mère, peau contre peau. C'est grâce à ce holding intégrant le dialogue tonico-émotionnel que l'enfant se sent exister et se constitue progressivement son Moi. « La communication originaire est, dans la réalité et plus encore dans le fantasme, une communication directe, non médiatisée, de peau à peau »<sup>52</sup>.

Grâce à toutes les expériences corporelles peau contre peau que l'enfant va vivre, il va pouvoir se représenter psychiquement.

Il se propose alors de décrire huit fonctions du Moi-peau en liant l'organique au psychique. Ces huit fonctions sont la maintenance, la contenance, la pare-excitation, l'individuation, l'intersensorialité, le soutien de l'excitation sexuelle, la recharge libidinale, et l'inscription des traces.

J'ai choisi ici de développer les quatre premières fonctions en vu du travail fait avec les patients au cabinet libéral.

### 3.5.1 Fonction de maintenance

La peau remplit une fonction de soutènement du squelette tandis que le Moi-peau remplit la fonction de maintenance pour le psychisme. Le bébé va intérioriser le holding maternel maintenant alors le psychisme en état de fonctionner. Par le portage de la mère, le nourrisson va se sentir unifié et solide.

Il va également avoir un appui pour sa colonne vertébrale lui permettant plus tard de se relever et surtout de prendre conscience que sa peau contient un intérieur solide. Le bébé commence alors à comprendre que son psychisme n'est pas mêlé à celui de sa mère.

---

<sup>51</sup> *Ibid*

<sup>52</sup> ANZIEU D., 1995, p 96

### 3.5.2 Fonction de contenance

« Le Moi-Peau n'est contenant que s'il a des pulsions à contenir, à localiser dans des sources corporelles, plus tard à différencier »<sup>53</sup>.

Cette fonction de contenance est principalement liée à la fonction de handling. En effet par tous les soins et les manipulations que la mère apporte à son enfant, elle va délimiter le contour de son corps mais également lui faire sentir un dedans et un dehors. « De même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique »<sup>54</sup>. Il se doit de contenir les pulsions, le ça, qui va être soumis à des limites au niveau du psychisme lui donnant alors le sentiment de continuité du Soi.

### 3.5.3 Fonction de pare-excitation

Freud avait déjà reconnu cette fonction de pare-excitation et nous indiquait que c'était la mère qui remplissait en premier lieu cette fonction « jusqu'à ce que le Moi en croissance de celui-ci trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction »<sup>55</sup>.

L'épiderme va protéger le corps contre les agressions de l'environnement. La mère va remplir son rôle de pare-excitation en défendant son enfant contre l'excès de stimulations, ingérables pour lui, tout en laissant une place à l'appétence d'excitation.

### 3.5.4 Fonction d'individuation

Chaque cellule organique va se protéger de l'entrée de corps étrangers tout en laissant la place aux cellules semblables ou complémentaires. La peau par son caractère semblable à tous, permet de se reconnaître comme appartenant à la race humaine. Mais par ses caractéristiques intrinsèques comme la couleur, la texture, l'odeur, elle permet surtout de se différencier comme individu unique. Le Moi-peau remplit également cette fonction d'individuation, qui apporte le sentiment « d'être un être unique »<sup>56</sup>.

Grâce aux capacités du psychomotricien, ces fonctions peuvent être repérées et travaillées pour que l'individu puisse se développer harmonieusement tout en lui permettant de s'individualiser.

---

<sup>53</sup> Anzieu D., 1995, p. 125

<sup>54</sup> *Ibid.* p. 124

<sup>55</sup> *Ibid.* p. 125

<sup>56</sup> *Ibid.* p. 126

## **1 Pourquoi le jeu en psychomotricité**

### **Le jeu chez l'enfant**

Le jeu est inhérent au développement de l'enfant. Grâce et par celui-ci, il va progressivement se représenter le monde extérieur, symboliser ses fantasmes et ses conflits internes comme l'absence de la mère par exemple. Freud, en nous décrivant le jeu de la bobine, nous témoigne que l'enfant rejoue avec celle-ci dans une action mêlant motricité et sublimation, l'absence de la mère et les retrouvailles dans les « fort » (pas là) et « da » (là).

Winnicott nous a beaucoup apporté avec ces concepts d'objet et d'aire transitionnel. L'enfant va en effet investir des objets dits « transitionnels » pour décharger l'excès de tension interne lorsque l'objet ne se présente pas immédiatement. Ainsi, l'enfant va commencer à faire la différence entre ce qui vient de lui (ce qui lui est interne) et ce qui ne vient pas de lui (ce qui lui est externe). L'espace transitionnel servira alors de médiateur entre la réalité externe et interne. C'est dans cette aire que va se mettre en place le jeu.

« C'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière ».<sup>57</sup>

Mais comment le jeu permet-il à nos patients de grandir, comment et pourquoi nous l'utilisons dans un processus de soin jusqu'à l'individuation du patient ?

### **L'en-jeu du cadre**

Le cadre est essentiel à toute pratique thérapeutique, d'autant plus en psychomotricité. Lorsque nous utilisons la médiation du jeu et du jouer, elle se trouve *in extenso* inscrite dans notre cadre thérapeutique. Mais nous pourrions presque dire que le jeu est en lui-même un cadre. En effet, le jeu se déroule dans un espace et dans un temps donné qui vont structurer l'enfant, lui poser des limites pour le développer. Donc, en

---

<sup>57</sup> WINNICOTT D. W., 1974, p. 110

plus des limites spatio-temporelles de notre cadre thérapeutique (la salle et le temps de la séance), un autre cadre s'installe via le jeu.

Je pense à une séance avec deux enfants. L'un d'eux voulait faire le parcours de train tandis que l'autre voulait faire de la musique. Chacun avait donc sa propre idée de ce qu'il voulait faire pendant la séance. J'ai donc proposé à Luc d'installer les rails et lui demande combien de wagon il désire pour son train. Il m'indique un nombre trop important que je limite alors en lui disant qu'il va avoir du mal à déplacer un si grand train. Pendant ce temps là, je demande à Jérôme d'installer trois petits villages au bord des rails. Les deux enfants ont donc chacun une tâche précise à accomplir. Cette construction signe le début du jeu mais délimite également un nouvel espace dans la salle pour contenir leur agitation. Les rails délimitent l'espace au sol, et les villages vont marquer des temps de pause pour la musique. Un enfant déplace donc la locomotive de village en village, en s'y arrêtant pour que l'autre joue la musique aux habitants imaginaires. Le cadre temporo-spatial au sein même du jeu est alors posé. Au début de la séance, ils ne parvenaient pas à se mettre d'accord sur un jeu commun. J'ai donc regroupé leurs deux propositions pour leur permettre de les exploiter ensemble dans une proposition groupale. Les espaces étaient clairement définis, dans un premier temps par la délimitation des rails et dans un second temps grâce à l'espace restreint réservé au « musicien ». La temporalité et la rythmicité rentraient également en jeu par l'arrêt successif dans les différents villages. Puis nous rangeons tous ensemble le dispositif en fixant à chaque enfant un ensemble d'éléments à ranger. Ainsi, Luc range les rails pendant que Maxime s'occupe des instruments de musique et moi des villages, marquant ainsi la fin de la séance.

« La psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. En psychothérapie, à qui a-t-on affaire ? À deux personnes en train de jouer ensemble. »<sup>58</sup>

Par cette vignette clinique, je voulais également parler de la participation conjointe du thérapeute et de l'enfant dans la co-construction du dispositif de jeu. Le psychomotricien participe activement à celui-ci avec l'enfant tout en étant garant du cadre et donc de la sécurité. Ainsi, ce dernier va pouvoir exprimer toute sa liberté dans un environnement contenant. C'est dans ce double positionnement presque schizoïde du thérapeute que se situe la spécificité du psychomotricien. En effet, il doit prendre assez de plaisir dans le jeu pour que l'enfant l'investisse au maximum : « les enfants jouent

---

<sup>58</sup> *Ibid.* p. 84



beaucoup plus facilement quand l'autre personne se sent capable et libre de prendre plaisir au jeu »<sup>59</sup>. Mais il doit également installer un cadre contenant pour l'enfant, suffisamment permissif pour lui laisser exprimer toute sa créativité et son imaginaire, tout en étant limitant et sécurisant pour que l'enfant y dépose ses angoisses et ses difficultés sans crainte. C'est cette disponibilité psychocorporelle propre au psychomotricien que nous utilisons sans cesse en séance, et qui peut nous épuiser en fin de journée.

Dans l'utilisation de la médiation du jeu, la spécificité du psychomotricien réside à la fois dans sa capacité à être un véritable partenaire dans le jeu partagé avec l'enfant, tout en garantissant le cadre et la dimension thérapeutique de ce travail.

### **Le jeu, activité créatrice de l'enfant**

Si nous utilisons tant le jeu dans nos thérapies psychomotrices avec les enfants mais également avec d'autres populations, c'est que, pour l'enfant, « c'est sa manière à lui de découvrir le monde, de l'exorciser, et d'y projeter ses désirs »<sup>60</sup>. Toutes les fonctions psychomotrices se trouvent engagées par cette médiation. L'attention, la concentration, la discrimination visuo-spatiale, la motricité fine, la temporalité, sont des items souvent travaillés dans beaucoup de jeux. Par ailleurs, nous cherchons l'émergence d'une créativité chez l'enfant, sa propre créativité, témoin de son intégrité. Celle-ci nécessite la présence du thérapeute à ses côtés, plus particulièrement dans ses fonctions de contenance et de maintenance. Effectivement, lorsque nous jouons aux jeux de plateau par exemple, nous sommes la plupart du temps à la table. Ce nouvel espace va déjà en lui-même amener une fonction contenant ; les enfants sont assis sur une chaise avec un dossier et la table devant eux leur offre un support limitant l'espace. Les psychomotriciennes et moi-même nous plaçons de telle sorte que chaque enfant ait un adulte à ses côtés. Ce dernier demeure bien familier avec la notion de contenance intériorisée durant nos études, celle-ci étant presque devenue inconsciente aujourd'hui dans notre façon de faire. Voilà pourquoi j'ai voulu en partie écrire un mémoire sur cette fonction : pour ramener à la conscience toute son importance. Lorsque nous jouons donc, nous nous plaçons près d'un enfant, de façon soutenante afin de maintenir son attention dans le jeu. La posture étayante du psychomotricien permet à l'enfant à la fois d'avoir un support assez sécurisant, mais également de rester totalement acteur dans sa réalisation.

---

<sup>59</sup> *Ibid.* p. 94

<sup>60</sup> Françoise Desobeau, 2000, p. 43

C'est au travers d'un équilibre dynamique, constamment remanié et délicat à trouver, entre la contenance du psychomotricien et l'autonomisation du patient, que le processus thérapeutique trouve son efficacité. Un élément fondamental de la thérapie réside dans l'accompagnement du patient vers de nouvelles découvertes. Dans la relation thérapeutique, le rôle du psychomotricien n'est pas de diriger l'enfant mais de le soutenir dans ses expériences afin qu'il prenne conscience de son propre investissement, de son engagement et de ses capacités. C'est pourquoi le patient est l'acteur principal de sa thérapie.

Notre voix est également utilisée de façon particulière. En effet, lorsque j'ai pris en charge seul Paul et Gabriel, j'ai beaucoup utilisé ma voix pour les apaiser et les contenir. Au début, ils s'éparpillaient dans la salle mais je suis parvenu à canaliser leur énergie dans une proposition. Nous installons un nombre défini de figurines au sol et je délimite l'espace de jeu. J'ai également placé un tapis en guise de zone de tir pour tirer avec une bille sur les figurines. Ces deux espaces limités ont permis de contenir l'excitation de Paul et Gabriel. Une première contenance par le cadre s'instaurait que j'ai alors renforcée par ma voix. J'ai pris un ton plus grave et posé pour les envelopper et les apaiser. Ils ont pu, à ce moment là, bien se concentrer sur l'exercice pour réussir aisément.

### **La narcissisation de l'enfant par le psychomotricien**

Nous valorisons sans cesse les enfants dans leurs activités et les encourageons dans leurs propres décisions. Lorsqu'ils nous proposent un jeu, nous n'allons pas seulement l'accepter, nous allons renarcissiser l'enfant en lui expliquant pourquoi cette idée est pertinente et intéressante. Il se sent soutenu et comprend au fur et à mesure qu'il peut apporter de bonnes choses dans un groupe. Par notre verbalisation, les autres enfants vont s'y appuyer dans une sorte d'identification à la bonne figure, à savoir les thérapeutes, et également accepter le jeu proposé. Cette fonction de narcissisation est très importante pour les enfants consultant en psychomotricité. En effet, de par leurs difficultés, ils se dévalorisent très souvent à l'école. Ils comparent leurs productions aux autres en se sentant alors inférieurs. Ils ne parviennent pas à répondre aux exigences de l'instituteur ou de leurs parents, les blessant profondément dans leur narcissisme. « A l'évidence, un nombre considérable d'enfants souffrent de ne pouvoir répondre de façon satisfaisante aux attentes des enseignants et de leurs parents, et cette souffrance souvent

masquée n'en est pas moins lourde »<sup>61</sup>. Thomas vient souvent chercher ce support narcissique chez l'adulte. Lorsque je dessine en même temps que les autres enfants, je porte également mon attention sur leurs créations. Pour les encourager tout au long de l'activité, je leur dis régulièrement à quel point leur dessin est intéressant et joli. Thomas vient tout de suite me solliciter sur son dessin en me demandant « moi aussi il est joli mon dessin ? ». Verbaliser sur les productions des patients est donc essentiel ; ce soutien narcissique leur permet de progresser dans leurs acquisitions et leur prise de confiance en eux.

L'échec est rare en psychomotricité. Néanmoins, il s'avère parfois nécessaire pour intégrer la notion de perte. Mais, le plus souvent, l'échec est détourné. Nous modulons les propositions pour s'assurer de la réussite de l'enfant lui permettant ainsi de combler ses failles narcissiques. Il peut ainsi s'affirmer ou se réaffirmer en tant qu'individu avec ses propres capacités. Ce qui m'a étonné chez les enfants familiers à la psychomotricité, c'est cette connaissance qu'ils ont de l'impossibilité de l'échec. Quand ils ne parviennent pas à réaliser une action ou une proposition, ils dirigent leurs regards vers les psychomotriciennes comme pour demander « Est-ce que je dois recommencer pour réussir cette fois ? » ou « Comment pourrai-je faire pour y parvenir ? ».

Il nous arrive cependant de laisser perdre les enfants quelques fois. L'expérience de la défaite est quelque chose à travailler en psychomotricité. On ne peut pas toujours gagner à un jeu. Parfois, il faut accepter de perdre sans se désorganiser en s'appuyant sur une base intérieure solide. Cette sécurité interne est donc travaillée longuement avant de leur faire traverser cette expérience. Mais si les enfants gagnaient tout le temps, cela serait contre thérapeutique. C'est également dans la frustration et dans la surprise que les enfants apprennent, un peu comme la mère suffisamment bonne qui ne répond plus immédiatement aux désirs de son enfant. Dans cette frustration et cet étonnement, les enfants comprennent qu'ils restent les mêmes, que notre relation ne change pas, qu'ils aient gagné ou non. Lorsque l'enfant accepte sans difficulté l'échec, c'est l'illustration d'une bonne avancée thérapeutique. Il a fallu beaucoup de temps à Maxime avant d'accepter cette notion dans les jeux sans qu'il se désorganise. Il commence d'ailleurs tout juste à l'accepter. De nombreuses séances seront sûrement nécessaires à cette solidité interne face à la frustration. Maxime verbalise toujours autant sa peur de perdre. Quand cela arrive, il ne quitte plus sa chaise pour décharger sa pulsion dans une agitation psychomotrice. Il demande dorénavant le réconfort de

---

<sup>61</sup> Danielle Flagey, 2007, p. 13

l'adulte dans un contact corps à corps. C'est par le dialogue tonico-émotionnel expliqué par J. de Ajuriaguerra que Maxime vient se coller à moi avec toute sa tension pour venir chercher une détente dans ma corporalité, chose que j'essaie bien évidemment de lui offrir. C'est d'ailleurs une des séances où la séparation s'est bien déroulée. Bien que Maxime ait perdu dans le jeu, il a réussi à comprendre, par ce dialogue corporel de réassurance, que ma considération envers lui n'avait en aucun cas changé. C'est par cette contenance emprunte de holding et handling winnicottien que Maxime a trouvé cette réassurance narcissique. Mais ceci n'aurait pu advenir sans l'alliance thérapeutique et la confiance qu'il avait investies en moi.

### **La confiance et l'alliance thérapeutique**

Sans alliance thérapeutique, le processus de soin ne peut se mettre en place. C'est pourquoi les premières séances sont en général axées principalement sur l'instauration d'une confiance mutuelle et d'une alliance thérapeutique. Maxime a utilisé le parcours de bille pendant quelques séances car il connaissait cette activité qui ne le mettait pas trop en difficulté. Il l'a utilisée pour m'appréhender, pour déterminer s'il pouvait avoir confiance en moi ou non. Au début, j'intervenais peu dans son jeu bien que je restais à côté de lui pour l'aider dans la construction du parcours. Lorsqu'il plaçait des éléments qui allaient entraver le parcours de la bille, je ne le changeais pas sans lui demander son accord. Je verbalisais au préalable pourquoi j'allais changer cet élément. Ainsi, il comprenait que je voulais l'aider et me laissait faire. Progressivement, Maxime me faisait plus confiance, il se sentait plus en sécurité avec moi et nous avons pu passer à d'autres jeux. Cette confiance fait place à un espace intersubjectif narcissisant, où le jeu partagé peut advenir et prendre pleinement sa valeur thérapeutique.

Le jeu trouve donc tout son intérêt et sa légitimité en thérapie en étant au carrefour de toutes les fonctions psychomotrices.

## **2 Le groupe comme partenaire actif dans la thérapie**

Au cours des mes deux années de stages pratiques, j'ai souvent été en contact avec des psychomotriciens travaillant en groupe. Pour certains, c'était un choix délibéré et pensé pour les patients, pour d'autres en revanche, c'étaient les directives institutionnelles qui les obligeaient plus ou moins à former des groupes. Dans mon stage au cabinet libéral en deuxième année, la psychomotricienne travaillait avec ses patients uniquement en prise en charge individuelle. Cette année, toujours en libéral, les psychomotriciennes travaillent principalement en groupe avec les patients.

Alors, pourquoi le travail en groupe est-il tant utilisé en thérapie ? Quelles fonctions le groupe peut-il remplir ?

Toute notre vie nous investissons différents groupes. Le monde nous accueille et le groupe famille nous chérit offrant alors un environnement adéquat au développement psychomoteur. Puis, nous expérimentons différents groupes dès l'entrée en maternelle pour nous socialiser. A l'adolescence, le groupe prend toute son importance, il devient primordial et demeure l'objectif principal de tout adolescent : appartenir à un groupe. Trouver sa place au sein de celui-ci n'est pas toujours de tout repos. Nos figures d'attachement vont se déplacer de la famille à notre nouveau groupe. Il nous protège, nous rassure, nous contient et nous forge une nouvelle identité.

Nous sommes une civilisation, et comme dans toutes civilisations, il faut apprendre à vivre en groupe. D'ailleurs, J. de Ajuriaguerra, père de la psychomotricité, pensait son approche avec les enfants en thérapie de groupe : « Notre propos est toujours d'amener l'enfant à supporter le groupage donc à réduire au maximum ses difficultés car tout n'est pas fait tant qu'on n'a pas amené l'enfant à se contrôler en groupe, puisque c'est en groupe qu'il sera sollicité notamment à l'école »<sup>62</sup>.

Le groupe se trouve de plus en plus étudié mais cette approche reste essentiellement psychanalytique. D. Anzieu et R. Kaës sont les pionniers des théories groupales en France mais c'est Samuel Richard Slavson aux Etats-Unis qui s'y est intéressé en premier dans les années 1930. Pourtant les psychomotriciens participent et sont demandés dans de nombreux groupes. Notre formation initiale nous renseigne peu sur

---

<sup>62</sup> JOLY F., Geneviève Labes, 2008, p. 87

ses différentes théories psychanalytiques mais le groupe engage en premier lieu la motricité en relation, le corps, médiateur premier du psychomotricien. D'où leur intérêt et leur demande légitime dans la participation des groupes au sein des institutions.

Nous nous intéresserons tout d'abord au groupe comme corps, compréhension essentielle pour le psychomotricien, puis à la contenance offerte par le groupe, et à l'accès à l'individualité par celui-ci.

### **Le groupe comme corps**

R. Kaës et D. Anzieu après de longues recherches quant au groupe l'ont doté d'un corps. « Le groupe est un corps dont les adhérents sont les membres »<sup>63</sup>. Nous pouvons l'observer de l'extérieur, les membres forment une masse presque impénétrable dans laquelle ils se sentent sécurisés et chaque membre remplit une fonction différente. Nous allons retrouver notamment le leader et le « bouc-émissaire ». Ce dernier est souvent déplacé sur le thérapeute, c'est d'ailleurs son rôle de parvenir à ce que les projections négatives soient transférées vers lui et non pas vers un enfant du groupe. Je ne suis pas parvenu à repérer ce phénomène dans les groupes auxquels j'ai pu participer car ils étaient déjà formés depuis un moment. Ces phénomènes semblent apparaître plutôt durant « l'enfance du groupe », dans ses premiers moments de constitution.

En revanche, j'ai vu régulièrement des enfants prendre la position de leader que nous encourageons. En effet, nous avons proposé un jeu d'échange de balle avec toujours une personne au milieu qui était le « chef ». Un aller-retour entre les membres en cercle et le leader au milieu se mettait en place. Cette proposition était très intéressante par tous les aspects qu'elle pouvait travailler. Le groupe était visible physiquement par le cercle formé autour de l'enfant (ou le thérapeute) au milieu, renforçant ainsi l'unité groupale. Chaque patient pouvait alors passer en tant que chef et prenait beaucoup de plaisir à distribuer la balle, à avoir l'attention de tout le monde dirigée vers lui. Maxime, durant ce jeu, demandait constamment à repasser en tant que chef. Il y avait également, par le mouvement de la balle, un schème centre-périphérie qui se mettait en place. De plus, les membres à la périphérie envoyaient le ballon avec beaucoup de bienveillance comme pour nourrir le noyau au centre de bonnes choses.

---

<sup>63</sup>ANZIEU D., 1984, p. 3

Chaque groupe est différent, comme chaque corps est différent. Ils ont tous leurs propres caractéristiques par rapport à la « tonicité » du groupe, à l'espace utilisé, à la temporalité et mettent en travail le schéma corporel, l'image du corps et la motricité.

Dans certains groupes, notamment avec les enfants hyperactifs, un dialogue et une régulation tonique se mettent en place entre les différents membres. Lorsqu'ils sont en présence d'enfants plus calmes, nous pouvons observer une diminution de leur instabilité. A l'instar d'une prise en charge, un enfant manifestant une légère instabilité motrice est en présence d'une enfant inhibée. Nous pouvons alors voir une diminution de son agitation par le calme intérieur qu'elle lui inspire. Cet enfant instable va quelque peu s'identifier à elle, se réguler toniquement par ce qu'elle lui renvoie. Un équilibre tonique se met donc en place dans ce groupe.

Selon F. Dolto « c'est grâce à notre image du corps portée par- et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. »<sup>64</sup>

Le schéma corporel se trouve mis en jeu dans le travail en groupe. « Edifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ». En groupe, toutes les sensations, induites par les mouvements, par les relations à soi et aux autres, vont participer à la construction du schéma corporel. Inversement, les qualités d'intégration du schéma corporel vont jouer sur les qualités des relations à soi, à l'autre et à l'environnement. Lorsque nous sommes en cercle et que nous passons le ballon au voisin en passant la balle de la main droite à la main gauche, une motricité en relation se crée. Un dialogue entre les différents membres apparaît et le schéma corporel s'en trouve à *fortiori* travaillé.

« L'image du corps est l'image qu'on se fait de soi, et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres. »<sup>65</sup>

Comment travailler plus efficacement l'image du corps qu'en étant en groupe ? Je l'ai montré dans la précédente partie, le groupe apporte une importante fonction de narcissisation en étayant les décisions des enfants, et leurs camarades de soin qui les encouragent dans les différentes propositions. Lorsque nous sommes en séance avec un enfant qui présente des difficultés dans un exercice, nous l'encourageons verbalement.

---

<sup>64</sup> Françoise Dolto, 1984, p. 23

<sup>65</sup> POTE C., 2010, p. 145

Les enfants en nous voyant faire vont reprendre les encouragements. Tout le groupe soutient alors l'enfant en difficulté lui permettant de prendre confiance et de réussir l'exercice. Le soutien de ses pairs et leurs encouragements sont d'autant plus importants que ceux des thérapeutes dans leur fonction de narcissisation, et donc dans l'étayage de l'image du corps ainsi valorisée.

### **La contenance dans le groupe et du groupe**

Jean-Bernard Chapelier nous introduit une image intéressante pour représenter la contenance d'un groupe. Il nous dit en effet que « Au delà, le groupe génère des fantasmes qui renvoie au corps maternel : le groupe est un ventre, un sexe féminin, une bouche. »<sup>66</sup>. Quoi de plus contenant comme image que le ventre de la mère dans lequel nous passons nos neuf premiers mois à nous développer. Le ventre est d'ailleurs une forme ronde que nous pouvons aisément retrouver lors de la mise en place de dispositifs en cercle.

Aux premiers temps du groupe, les enfants vont venir tester l'enveloppe physique de ce dernier. Les séances se déroulant dans un cadre d'abord physique, ils vont tester les limites de celui-ci en allant contacter les structures dures de la salle pour vérifier sa solidité. Ainsi, ils vont taper dans les murs, se rouler au sol. Phénomène que nous retrouvons lorsque les enfants viennent exprimer leurs angoisses pendant la séance, et ce même quand le groupe est formé depuis longtemps car, comme nous le précise J-B. Chapelier, « l'acquisition des contenances et des enveloppes n'est jamais définitive »<sup>67</sup>. La contenance du groupe vient donc d'abord s'étayer sur la solidité et la sécurité du cadre physique puis sur le cadre psychique avec la contenance du ou des thérapeutes.

Les enfants vont s'appuyer et se supporter mutuellement dans le groupe. Par leurs encouragements, ils vont également aider les autres enfants quand ils sont en difficulté. Nous impulsions nous-même ce mouvement au début, puis lorsqu'ils sont habitués, ils nous demandent s'ils peuvent aller aider le patient en difficulté. Nous n'acceptons pas toujours, car il faut garder en tête que même si ces enfants sont en groupe, il est tout de même important de les laisser expérimenter seuls et de les accompagner dans leur propre réussite. Dans le jeu des sardines, en vue de la facilité de l'exercice pour Maxime, je lui indiquais les difficultés de Tarik et sa possibilité de lui venir en aide. Il en retirait beaucoup de plaisir de cet altruisme. Les patients peuvent donc également

---

<sup>66</sup> Jérôme Boutinaud, 2010, p. 9

<sup>67</sup> *Ibid.* p. 10



remplir cette fonction d'aide. Dans les propositions de discrimination visuelle en groupe, les enfants aiment aider leurs pairs. Nous leurs indiquons alors de donner seulement des indices pour accompagner celui en difficulté vers sa réussite.

Le cadre thérapeutique du cabinet libéral, spécialement le mercredi, veut que les enfants travaillent et se développent en groupe. Ils sont donc habitués à voir les mêmes enfants tous les mercredis. Ils représentent de véritables repères pour eux, et nous questionnent sur leur absence dès que les autres patients sont en retard ou ne viennent pas. Benoit en est à sa première année de prise en charge et s'appuie déjà beaucoup sur Celia et Julia. Dès que l'une des deux est absente, il va tout de suite le remarquer et nous demander si elle va arriver. Nous pourrions croire que l'enfant se réjouirait de l'absence de ses camarades de psychomotricité pour obtenir l'attention totale des thérapeutes. Au contraire, il cherche l'appui et le soutien des autres membres. Nous pouvons donc remarquer que l'absence est tout de suite mentionnée par les membres du groupe. Dans ses capacités d'enveloppes groupales nous pouvons penser au Moi-Peau d'Anzieu. Le groupe forme dans ses débuts un Moi-Peau commun, une enveloppe psychique se développant par toutes les expériences corporelles proposées au commencement. Un espace interne et un espace externe se créent alors : l'espace transitionnel de Winnicott. L'absence peut alors se référer au Moi-Peau passoire, des failles apparaissent. La sécurité du groupe est perméable et s'en trouve menacée dans son intégrité. De mauvais éléments peuvent y pénétrer, d'où la résurgence de l'angoisse et des potentielles agitations. Le rappel du cadre et l'explicitation aux parents s'avèrent alors nécessaire en cas d'absence. L'importance de la continuité des séances est indispensable pour les repères de leurs enfants et pour la cohésion du groupe thérapeutique. Il est donc primordial, surtout pour les prises en charge en groupe, d'établir une solide alliance thérapeutique avec les parents.

### **L'identité et l'individuation dans le groupe**

En psychomotricité, nous cherchons l'harmonie psychocorporelle de nos patients. Alors, comment en groupe pouvons-nous parvenir à cela ?

Lorsque nous travaillons en groupe, nous cherchons l'intégration de tous les membres en son sein. Nous prenons déjà en considération l'individuation de l'enfant. Ce processus commence par l'accueil des patients dans le groupe mais également par l'accueil des nouveaux thérapeutes. Lorsqu'un enfant arrive pour la première fois, il s'avère nécessaire d'être très vigilant à l'intégration de ce dernier. Notre rituel de début, à savoir le temps d'échange et d'écoute, encourage ce processus d'accueil. En effet, lors

de l'instauration du groupe, nous nous présentons mutuellement définissant alors notre propre identité. L'identité, par sa polysémie, regroupe deux caractéristiques essentielles intéressant le travail tant groupal qu'individuel.

D'après le dictionnaire Larousse, l'identité a pour base latine *identitas*, du latin *idem* qui signifie le même. Elle correspond au rapport entre deux ou plusieurs êtres ou choses qui ont une similitude parfaite, ou encore, au caractère permanent et fondamental de quelqu'un dans un groupe. Nous voyons ici l'intérêt d'une approche groupale pour parvenir à l'individuation. Chaque identité des membres va forger la propre identité du groupe et sera donc unique. Le processus de création met donc déjà en jeu l'identité personnelle. Ce schéma s'applique également dans nos groupes ouverts où il peut arriver qu'un enfant arrive en cours d'année. Les patients ayant connu différents enfants et différents groupes engagent d'eux-mêmes ce processus en demandant au nouveau « comment tu t'appelles ? Quel âge as-tu ? De quelle école viens-tu ? ». Ils souhaitent connaître l'identité du nouvel arrivant pour mieux l'accueillir au sein du groupe.

Pour retrouver cette unité groupale à chaque séance, nous nous servons du rituel de placement, d'échange et d'écoute. C'est le premier temps où les patients se retrouvent vraiment. Ils vont pouvoir jouer ensemble, en tant que groupe en psychomotricité. Bien sûr, ils se retrouvent d'abord dans la salle d'attente mais j'ai pu observer qu'il y avait peu d'échanges entre eux à ce moment. Ils ne sont pas encore en psychomotricité, ni dans cette aire de jeu, ni dans cette aire transitionnelle. Une fois entrés dans la salle, une agitation se fait ressentir, témoignant de leur plaisir à se retrouver. Ce temps de parole sert justement à faire cette transition et à calmer l'agitation en leur proposant de s'asseoir et de choisir leur place qui leur appartient. Ici encore nous pouvons observer l'individualité s'exprimer. Nous pourrions croire qu'ils choisissent une place aléatoirement mais force est de constater qu'ils se dirigent quasiment tout le temps vers la même. Il arrive régulièrement que des enfants essaient de s'asseoir sur le tabouret à roulette pour prendre notre place. Ils viennent ici questionner le cadre et les places respectives de chacun. Théo, un petit garçon présentant également une instabilité, testait souvent sa place et ma place durant nos premières rencontres. J'entendais régulièrement des « ça va mec ? » ou des surnoms comme « Robine ». Je me devais alors de lui rappeler le cadre, ma place en tant que stagiaire adulte, la sienne en tant qu'enfant, en lui expliquant qu'il ne pouvait pas me parler comme cela. Il paraît également pertinent de pouvoir observer les réactions des autres enfants spectateurs lorsque nous intervenons pour rappeler les limites du cadre.

L'individuation s'engage également par et dans le jeu comme je l'ai déjà quelque peu développée dans la première partie. Notre médiation en groupe s'appuie donc sur le jeu. Comme le dit J-B. Chapelier « le médiateur se situe à la rencontre de la réalité extérieure et du monde interne du sujet »<sup>68</sup>. Pour que le jeu groupal advienne, il faut donc que chaque patient puisse y transcrire son monde interne. C'est à travers le partage de chaque imaginaire que le jeu groupal peut advenir. Ils vont alors s'appuyer sur notre imaginaire et notre créativité pour aller puiser en eux leurs propres processus de penser. En début de thérapie, il arrive souvent de voir les patients avec un imaginaire peu développé qui se manifeste surtout dans leurs dessins. Ils vont donc observer les autres enfants mais également les adultes pour pouvoir créer quelque chose. Je me souviens de l'évolution de Célia, une petite fille inhibée, qui avait du mal à produire ses propres dessins et fonctionnait beaucoup en imitation. Au fur et à mesure de l'avancée de la thérapie, par notre soutien verbal et notre renarcissisation constante, elle est parvenue de plus en plus à puiser dans son propre imaginaire et à se différencier des autres. Ici, Celia s'est donc appuyée dans un premier temps sur la créativité et la contenance du groupe pour développer *sa* créativité. Puis, elle est parvenue à se détacher de l'imitation pour proposer ses propres créations. Avant de pouvoir créer, il faut savoir imiter, d'où l'importance de l'imitation dans le processus de création individuelle.

La verbalisation, terme récurrent de cette discussion, intervient régulièrement dans l'individuation des enfants. Tout au long des prises en charge, je remarque les réussites des enfants en les nommant et en utilisant le pronom personnel « tu », ce qui les réinscrit en tant que sujet avec leurs propres identités et leurs capacités. Mais je voulais surtout parler de la capacité du psychomotricien, que j'ai essayé d'acquérir tout au long de l'année, à verbaliser les ressentis psychocorporels des patients. En effet, il est primordial de mettre des mots, ou une symbolisation par un dessin, lorsqu'un enfant s'agite. Ne parvenant pas à se poser, il nous témoigne d'un état affectif par son corps. La fonction de rêverie maternelle de Bion prend ici tout son sens. J-B. Chapelier souligne qu'en tant que thérapeute « on reçoit l'excitation, on y participe éventuellement puis ensuite on la digère pour enfin la restituer »<sup>69</sup>. Cela s'avère donc thérapeutique pour le patient concerné mais également pour les autres membres du groupe assistant à la scène. Effectivement, en utilisant notre capacité d'empathie et en verbalisant les ressentis de l'enfant, les patients spectateurs peuvent donc mettre une certaine distance dans ce qu'ils voient au lieu de se laisser emporter dans cette agitation.

---

<sup>68</sup> *Ibid.* p. 8

<sup>69</sup> *Ibid.* p. 11

Par ce biais, nous participons au développement de leur propre capacité d'empathie, essentielle à l'individuation. José Guimon Ugartechea nous explique et nous situe topographiquement l'empathie : « l'adoption du point de vue de l'autre, ce qui présuppose une distinction entre soi et l'autre, s'effectuerait dans le cortex frontal et pariétal par inhibition de notre propre point de vue »<sup>70</sup>. L'accès à l'empathie souligne donc la capacité à pouvoir se différencier de l'autre en ayant au préalable intégré sa propre individualité.

Lors des séances en groupe, nous travaillons pour que chaque enfant puisse trouver sa place et proposer ainsi sa propre créativité au service de l'unité groupale. Dans le jeu, principale médiation thérapeutique mise en place au cabinet libéral, il s'avère donc nécessaire qu'ils y déposent une idée et qu'ils y participent en tant que co-créateurs pour que nous puissions jouer ensemble, en tant que groupe. Mais nos séances se terminent très régulièrement par des temps plus calmes, de dessins notamment. Dans ces moments là, c'est plus un retour à l'intériorité, les patients ont leur place définie autour de la table et leur propre feuille de papier. Nous les encourageons à dessiner quelque chose qui leur ressemble en évitant de prendre modèle sur leur voisin. Il arrive, dans ces moments, à la table, de longs temps de silence, les enfants sont donc bien concentrés sur leurs productions en allant puiser dans leurs ressources internes de leur pensée. C'est par un retour à soi, à la « capacité d'être seul en présence de l'autre » de Winnicott, comme un vrai mouvement d'intégration de soi, que l'enfant peut se construire en tant que sujet à part entière. Les enfants s'appuient donc dans un premier temps sur le groupe auquel ils s'attachent, véritable tissu contenant pour ensuite, dans un second temps, apprendre à se séparer et à retourner vers son intériorité par ces moments de dessin.

Ce processus d'attachement au groupe puis de séparation est très intéressant dans les thérapies psychomotrices. C'est ce qui va forger l'individu. Au début de sa vie l'enfant va s'attacher à une figure primaire d'attachement, fonction la plus souvent remplie par la mère. Progressivement, l'enfant va pouvoir se détacher physiquement et psychiquement de sa mère par l'utilisation d'objets transitionnels, par l'accès à la marche lui permettant d'explorer son environnement, par l'utilisation du jeu symbolique, par la découverte de la différence des sexes, et par sa capacité bien sûr à pouvoir s'attacher à d'autres personnes que sa mère. Le même processus se met en place dans les séances de psychomotricité. Effectivement, l'enfant va d'abord apprendre

---

<sup>70</sup> JOLY. F, Alain Berthoz, 2013, p. 67

à faire confiance au thérapeute et s'y attacher. Par les fonctions maternelles de pare-excitation, de contenance et de rêverie maternelle du thérapeute, l'enfant se sent en sécurité auprès de lui. Il va également apprendre à s'attacher à ses pairs, aux membres composant le groupe. S'attacher n'est pas synonyme de collage ni de fusion. De nombreux enfants, dans les premiers temps de la thérapie, s'inscrivent plus dans ce schéma que dans celui de l'attachement. Leur sécurité interne n'est pas encore assez solide pour qu'ils puissent imaginer exister et se protéger sans l'autre.

Un attachement sain réside donc dans la capacité que peut avoir l'enfant à accepter et à reconnaître ses propres difficultés pour demander le soutien de l'autre. Cela nécessite une bonne distinction entre le Soi et le non-Soi, entre Moi et l'autre. Une fois l'enfant suffisamment sécurisé, il va alors pouvoir commencer à se séparer. A cet instant, nous pouvons envisager une fin de prise en charge. Nous y pensons lorsque l'enfant parvient à avoir suffisamment confiance en lui, en ses capacités pour affronter le monde extérieur, et à se sentir exister sans le support permanent de l'autre.

Par ailleurs, la permanence de l'objet rentre ici en compte dans le sens où l'enfant sait que l'autre ne va pas l'oublier même lorsqu'il n'est plus en sa présence.

## CONCLUSION

Ce mémoire m'a conduit à adopter un regard critique sur ma pratique psychomotrice. Grâce à cette articulation clinico-théorique établie autour de Maxime, j'ai alors compris l'importance du cadre thérapeutique et de la fonction contenante du psychomotricien. Accueillir, vivre et comprendre l'agitation psychomotrice de Maxime, m'ont permis de mettre en exergue la transmodalité du cadre et la fonction contenante qui lui est associée. Mais ma réflexion ne s'arrête pas à cet enfant et son besoin de limite, de contenance et de sécurité. Cet écrit est le reflet de ma propre réflexion sur mon positionnement thérapeutique. La capacité du thérapeute à accueillir le patient dans un cadre adapté est inhérente à la pratique psychomotrice.

Bien que l'apport théorique de ce mémoire m'ait permis de me représenter le cadre, c'est par le vécu relationnel qui lui est associé que j'en ai saisi toute sa complexité. En effet, le cadre ne peut advenir qu'au détour de la relation thérapeutique. Je parlerais même d'une co-construction avec le patient afin que le cadre puisse, dans une perpétuelle dynamique, s'ajuster tout au long de la prise en charge.

Comme le cadre d'une toile, le cadre thérapeutique, demeure selon moi, le contenant de la prise en charge et non le contenu. Bien qu'on puisse lui accorder tant de bienfaits et d'importance, voire même le fétichiser, le psychomotricien reste irréfutablement le garant de celui-ci par son implication psychocorporelle. Entre un cadre physique et psychique, le patient semble contenu et sécurisé, déployant ainsi toutes ses potentialités créatrices, véritables sources de développement.

La complexité de l'approche psychomotrice réside dans l'instauration d'un cadre suffisamment contenant et limitant, mais également dans la liberté grâce à laquelle peuvent advenir la surprise, l'étonnement, la peur et le plaisir. En d'autres termes, à l'image d'un jeu d'équilibration, le psychomotricien se doit donc de trouver l'ajustement nécessaire entre un cadre délimitant sa séance et la liberté thérapeutique qui doit advenir.

Tout au long de mes stages, mon vécu au sein du cadre thérapeutique a pris différentes tournures. Dans un premier temps, j'ai dû m'inscrire et vivre le cadre préétabli par mes maîtres de stage. Dans un deuxième temps, j'ai pu percevoir toute l'importance de celui-ci, m'en nourrir, pour enfin élaborer ma propre approche thérapeutique.

J'appréhende désormais le couple cadre-contenance dans une vision moniste où ces deux agents thérapeutiques s'avèrent indissociables.

L'évolution de nos patients en psychomotricité ne doit pas s'arrêter aux portes de la salle. A travers leurs expériences psychomotrices nous cherchons à ce qu'ils puissent les utiliser, les transposer, voire devenir des outils pour mieux appréhender leur environnement extérieur aussi bien sur le plan moteur, affectif et cognitif. Mais, j'ai pu constater que malgré nos rappels de l'importance du cadre aux figures parentales, de nombreux retards ou absences pouvaient entraver la pérennité du soin. Je me pose alors la question de l'importance d'une guidance parentale inscrite dans notre cadre thérapeutique. Il serait, je trouve, intéressant de pouvoir étudier l'impact de l'alliance parentale dans l'évolution de l'enfant.

## BIBLIOGRAPHIE

### Livres :

ANZIEU D. (1984), *Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal* , 3ème édition, Paris, Dunod, 1999.

ANZIEU D. (1985), *Le Moi-Peau*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Dunod, 1995.

BENONY H., BENONY-VIODE C., DUMAS J. (2012), *Psychopathologie de la communication, des apprentissages et de l'hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent*, Bruxelles, De Boeck.

BERGÈS J., BOUNES M. (1974), *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*, Paris, Masson.

BLEANDONU G. (1992), *Cadres thérapeutiques et enveloppes psychiques*, Lyon, Pul.

BOUTINAUD J., JOLY F., MOYANO O., RODRIGUEZ M. (2014), *Où en est la psychomotricité ? État des lieux et perspectives pour une approche psychodynamique*, Paris, Éd. In Press.

CARRIC J-C., SOUFFIR B. (2014), *Lexique pour le psychomotricien*, Paris, ERA.

CORRAZE J. (1999), *Les troubles psychomoteurs*, Marseille, Solal.

DOLTO F. (1984), *L'Image Inconsciente du Corps*, Paris, Éditions du Seuil.

DUGAS M. (1987), *L'hyperactivité chez l'enfant*, Paris ; Puf.

FLAGEY D. (2007), *Mal à penser, mal à être, troubles instrumentaux et pathologies narcissiques*, Toulouse, Erès.

FREUD S. (1981), *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot.

HOUZEL D. (2005), *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, In press.

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



- JOLY F. (2005), *L'hyperactivité en débat*, Ramonville Saint-Agne, Erès.
- JOLY F. (2008), *L'enfant hyperactif... De quoi s'agit-il ? Pourquoi s'agite-t-il ?*, Montreuil, Editions du Papyrus.
- JOLY F., BERTHOZ A. (2013), *Julian de Ajuriaguerra, Développement corporel et relation avec autrui*, Volume 4, Paris, Editions du Papyrus.
- JOLY F., LABES G. (2008), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Volume 1, Montreuil, Editions du Papyrus.
- LEFÈVRE A. (2012), *100% Winnicott*, Paris, Eyrolles.
- LENOIR F. (2012), *La guérison du monde*, Paris, Fayard.
- LESAGE B. (2006), *La danse dans le processus thérapeutique, fondements, outils et cliniques en danse-thérapie*, Toulouse, Erès.
- POTEL C. (2000), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris, Éd. In Press, 2010.
- POTEL C. (2010), *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Ères.
- RIVIÈRE J. (2000), *Le développement psychomoteur du jeune enfant*, Marseille, Solal.
- ROBERT-OUVRAY S. (2007), *Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité*, Paris, Desclée de brouwer.
- SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M. (2011), *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*, Marseille, Solal.
- WINNICOTT D. W. (1971), *Jeu et réalité*, Malesherbes, Folio Essais, 2012.

### **Articles :**

BENOIS C., JOVER M. (2006), Dysfonctionnement visuo-spatial chez l'enfant : cadre nosographique, dépistage et rééducation, *Entretiens de Bichat : les entretiens de psychomotricité*, pp. 69 – 81

BOLGERT C. (2003), L'identification projective, *Gestalt*, n°24, pp. 141-159.

BOUTINAUD J. (2010), Interview de Jean-Bernard Chapelier, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°163, pp. 4-18.

DESOBEAU F. (2000), Entrée de jeu, *thérapie psychomotrice et recherches*, n°124, pp. 43-49

GAZON V. (2006), De la psychomotricité et de la place du corps dans l'hyperactivité, *Annales médico-psychologique*, volume 164, n°7, pp. 547-641.

GIBEAULT A. (1989), Symbolique de l'argent et psychanalyse, *Communications*, pp. 51-79.

MENDIBURU J-P. (2003), La fonction du cadre, *Gestalt*, n°25, pp.11-25.

### **Cours**

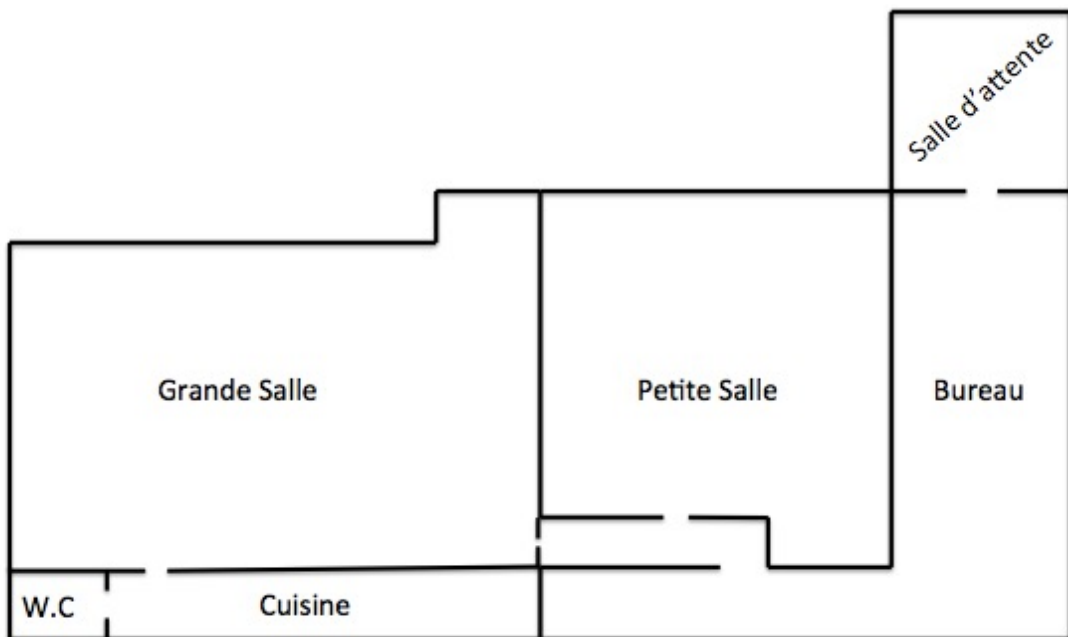
LAURAS-PETIT L. (2014-2015), enseignement de psychologie, troisième année.

### **Mémoires :**

AUDOUEINEIX M. (2011), *L'inhibition et l'instabilité psychomotrice : du jeu au Je.*

FORTAYON M. (2012), *Relation thérapeutique et instabilité psychomotrice : prise en charge psychomotrice de deux enfants instables en cabinet libéral.*

# ANNEXE 1



Plan du Cabinet libéral



## Résumé

A travers la présentation et l'évolution de Maxime, jeune enfant présentant des traits d'hyperactivité, ce mémoire tente de comprendre l'importance de certaines fonctions inhérentes à la pratique psychomotrice : le cadre thérapeutique et la fonction contenante du psychomotricien.

Après avoir retracé les séances passées avec Maxime tout au long de l'année. Nous l'articulerons ensuite avec des recherches théoriques à propos de la contenance et du cadre thérapeutique. Enfin, à travers l'analyse de la médiation jeu dans une prise en charge groupale nous tenterons de comprendre comment ces deux dispositifs permettent l'émergence de l'individualité.

**Mots-clés :** Psychomotricité – hyperactivité – contenance – cadre thérapeutique – jeu – groupe – individualisation

## Summary

Through the introduction and evolution of Maxime, a young child with hyperactivity symptoms, this essay intends to explain the importance of some psychomotor related abilities: the therapeutic setting and the caring attention.

First, we recount the sessions with Maxime throughout the year. Then, we link these with theoretical research on caring attention and therapeutic setting. Finally, using analysis of game mediation in a group care, we will try to understand how these two processes allow the emergence of individuality.

**Key words :** Psychomotricity – hyperactivity – caring attention – therapeutic setting – game – group care – individualization