

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



JOUONS ENSEMBLE CAMARADE !

Le groupe "capoeira" comme approche psychomotrice pour des jeunes
déficients intellectuels



Mémoire présenté par BUHAGIAR Stéphanie en vue de l'obtention du Diplôme
d'État de Psychomotricité

Référent de mémoire :

Mr Aroulanda

Session Juin 2016

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les personnes suivantes, qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de mon mémoire :

Mr Aroulanda, pour son accompagnement tout au long de cette année, sa confiance et ses encouragements,

Julien, pour m'avoir permis de monter cet atelier, et pour sa motivation,

Oriane, Denise et Isaac, pour leur participation à l'atelier. Sans eux, cette expérience et ce mémoire n'auraient pas pu voir le jour,

Morgane et Aurélie, pour leurs précieux conseils et toutes les discussions que nous avons pu avoir,

Kevin, Rudy, Ouessale et Goda pour leurs précieuses relectures et leurs conseils quant à l'écriture de ce mémoire,

Mes parents, qui m'ont beaucoup soutenue pendant ces années de formation,

Enfin, je remercie Mestre Pesao, Antonio Bento Moreira, pour me transmettre chaque fois plus d'énergie et de passion.

Merci à tous !

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 7 |
| I – LA CAPOEIRA, ENTRE LUTTE ET DANSE, UN JEU | 9 |
| <u>1 – La capoeira du Brésil</u> | 9 |
| <i>a) Historique</i> | 9 |
| <i>b) Définitions</i> | 10 |
| <i>c) Pratique</i> | 11 |
| <i>d) Codes</i> | 12 |
| <u>2- Arts martiaux et psychomotricité</u> | 13 |
| <i>a) Définition</i> | 13 |
| <i>b) Gestion de l'agressivité</i> | 14 |
| <i>c) Schéma corporel, latéralité, espace, temps</i> | 15 |
| <i>d) Régulation tonique et dialogue tonico-émotionnel</i> | 16 |
| <u>3 - La danse</u> | 18 |
| <i>a) La capoeira et la danse</i> | 18 |
| <i>b) La danse en thérapie</i> | 18 |
| <i>c) Le corps dans l'espace et le temps</i> | 19 |
| <i>d) Apport de la musique</i> | 20 |
| <u>4 – Le jeu en psychomotricité</u> | 22 |
| <i>a) Le jeu dans le développement</i> | 22 |
| <i>b) Le jeu en psychomotricité</i> | 23 |
| <i>c) Le jeu dans la capoeira</i> | 24 |

| | |
|--|-----------|
| II – PRESENTATION DU TERRAIN CLINIQUE | 25 |
| | |
| <u>1 – L'institution</u> | 25 |
| | |
| <i>a) Projet institutionnel</i> | 25 |
| <i>b) L'équipe</i> | 26 |
| | |
| <u>2 – Le projet capoeira</u> | 27 |
| | |
| <i>a) Objectifs</i> | 27 |
| <i>b) Présentation aux jeunes</i> | 27 |
| <i>c) Déroulement des séances</i> | 28 |
| | |
| <u>3 – Éclairage théorique sur la population accueillie : la déficience intellectuelle</u> ----- | 30 |
| | |
| <i>a) Définitions</i> | 30 |
| <i>b) Classification</i> | 31 |
| <i>c) Étiologies</i> | 32 |
| <i>d) Sémiologie</i> | 33 |
| | |
| III – VIGNETTES CLINIQUES | 36 |
| | |
| A – Oriane | 36 |
| | |
| <u>1 – Anamnèse</u> | 36 |
| <i>a) Contexte familial</i> | 36 |
| <i>b) Antécédents et diagnostic</i> | 36 |
| | |
| <u>2 – Bilans</u> | 37 |
| <i>a) Bilan psychologique et orthophonique</i> | 37 |
| <i>b) Bilan psychomoteur</i> | 37 |
| | |
| <u>3 – Participation au groupe</u> | 39 |

| | |
|---|-----------|
| B - Denise | 41 |
| <u>1 – Anamnèse</u> | 41 |
| a) <i>Contexte familial</i> | 41 |
| b) <i>Antécédents et diagnostic</i> | 41 |
| <u>2 – Bilans</u> | 42 |
| a) <i>Bilan psychologique et orthophonique</i> | 42 |
| b) <i>Bilan psychomoteur</i> | 42 |
| <u>3 – Participation au groupe</u> | 44 |
| C – Isaac | 45 |
| <u>1 – Anamnèse</u> | 45 |
| a) <i>Contexte familial</i> | 45 |
| b) <i>Antécédents et diagnostic</i> | 45 |
| <u>2 – Bilans</u> | 46 |
| a) <i>Bilan psychologique, orthophonique et éducatif</i> | 46 |
| b) <i>Bilan psychomoteur</i> | 46 |
| <u>3 – Participation au groupe</u> | 48 |
| IV DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE | 50 |
| <u>1- Le groupe</u> | 50 |
| a) <i>Un groupe à médiation thérapeutique</i> | 50 |
| b) <i>Dynamique du groupe</i> | 52 |
| c) <i>Le regard de l'autre : l'image du corps en question</i> | 54 |

| | |
|--|-----------|
| 2- La communication non verbale | 57 |
| <i>a) Un étayage de la communication verbale</i> | 57 |
| <i>b) La juste distance</i> | 59 |
| <i>c) Une énergie singulière</i> | 61 |
| 3 – Une approche psychomotrice | 62 |
| <i>a) L'importance du rythme</i> | 63 |
| <i>b) La mise en mouvement</i> | 64 |
| <i>c) La musique dans le groupe</i> | 66 |
| CONCLUSION | 68 |
| BIBLIOGRAPHIE | 70 |

INTRODUCTION

Depuis maintenant six ans, je pratique la capoeira, art martial qui nous vient du Brésil. Dans le cadre de mes entraînements, je suis parfois amenée à mener les cours pour les enfants. Il s'agit de jeunes qui ont entre quatre et 14 ans. C'est donc un groupe assez hétérogène quant aux capacités attentionnelles et motrices. Cette expérience riche m'a fait me questionner quant au potentiel d'éducation psychomotrice que peut avoir cette pratique. Gilles Gaudry nous dit à ce propos : « On peut concevoir [l'éducation psychomotrice] comme un ensemble de moyens qui stimulent les acquisitions au cours du développement "normal" de l'enfant »¹. En cela, un sport comme la capoeira est une mise en jeu du corps qui peut permettre de stimuler et d'harmoniser le développement psychomoteur. Cette expérience ainsi que ma pratique d'animatrice m'ont sensibilisée au développement de l'enfant ordinaire, mais je n'avais pas encore effectué de stage auprès d'enfants porteurs de handicap dans le cadre de ma formation.

En cette troisième année, j'ai eu l'opportunité de faire un stage en Institut Médico-Educatif. C'était pour moi une très bonne expérience, car il s'agit du type de structure qui m'attire pour ma future pratique professionnelle. J'ai suivi des séances individuelles ainsi que divers groupes. Ma plus grande chance a été d'avoir eu l'occasion de monter un groupe, autour de la capoeira. C'est une pratique très complète qui concerne *a priori* le corps comme je peux l'observer dans les cours pour enfants. J'ai donc pensé qu'il serait intéressant de mettre en pratique mes connaissances au sein de séances de psychomotricité. Monter cet atelier a été pour moi une façon de m'initier à l'élaboration d'un projet et à mener une activité au sein d'un groupe thérapeutique. La question principale que je me suis posée avant de commencer les séances était la suivante : quels peuvent être les apports d'un groupe capoeira pour de jeunes déficients intellectuels ? J'ai donc choisi d'en faire le cœur de ce mémoire.

J'ai ensuite émis certaines hypothèses. Cette médiation pourrait contribuer à consolider le schéma corporel des jeunes ayant une représentation fragile du corps. Par ailleurs, à travers l'improvisation, cette pratique permettrait de favoriser la créativité et ainsi, la revalorisation narcissique. Par la mise en jeu d'un travail des coordinations, la capoeira permettrait de tendre vers une motricité fluide et harmonieuse, et de travailler l'ajustement tonique. Par la situation de groupe qu'elle requière, elle favoriserait l'insertion dans un groupe et la socialisation. Enfin, ce serait un moyen de communication et d'expression pour des jeunes qui n'ont pas toujours une communication verbale développée.

¹ G. Gaudry ; O. R. Grim ; M. Guiose ; J. P. Louvel (2007), p39

Pour tenter de répondre à cette problématique, je situerai la capoeira dans un premier temps, comme un jeu entre lutte et danse. Dans un second temps, je présenterai le terrain clinique qui m'a permis de monter cet atelier, ainsi que les caractéristiques de la population concernée. Puis, j'exposerai les vignettes cliniques des trois participants. Enfin, je discuterai de l'intérêt de la capoeira pour ces jeunes, je reviendrai sur mes observations au sein du groupe, en situant la capoeira comme une médiation alliant approche rééducative et thérapeutique.

I – LA CAPOEIRA, ENTRE LUTTE ET DANSE, UN JEU

1 – La capoeira du Brésil

a) *Historique*

La capoeira est un art martial afro-brésilien dont l'origine exacte reste floue. Elle serait née parmi les esclaves africains, emmenés au Brésil par les portugais à partir du début du XVI^{ème} siècle. Ces hommes africains auraient emporté avec eux des rites guerriers et des danses traditionnelles comme le Batouk chez les angolais, ou le N'golo chez les hommes venus de l'île de Luanda, péninsule au large de l'Angola. Ils avaient en commun des danses acrobatiques et des luttes imitant les animaux. La capoeira serait née de ces diverses influences. Les esclaves n'ayant pas le droit de se battre et de s'entraîner au combat, les participants commencèrent à utiliser la musique pour camoufler leur lutte et ainsi, faire croire aux maîtres qu'ils pratiquent une danse. Les mouvements d'attaque et de défense sont ainsi dissimulés.

A la fin du siècle, un certain nombre d'esclaves ont réussi à s'échapper des plantations et se sont retrouvés au milieu d'une palmeraie dans les régions reculées à l'intérieur des terres du Brésil. Ils forment ainsi les *Quilombos* qui, pendant des générations, abriteront ces rescapés de l'esclavage. Ceux-ci ont été des lieux privilégiés du développement de la capoeira. Dès lors et jusqu'à sa légalisation officielle deux siècles plus tard, la capoeira est associée aux délinquants et elle reste marginalisée, ses adeptes étant poursuivis et réprimés.

Selon Benoît Gaudin, « Le profil sociologique des pratiquants a changé. Au cours du XIX^{ème} siècle, il s'était déjà peu à peu élargi : aux côtés des esclaves on avait vu des Noirs libres, puis des métis et enfin des immigrants blancs se mêler dans la capoeira »². La capitale de la capoeira à cette époque est Salvador, dans l'État de Bahia, du fait de la présence massive d'anciens esclaves. La capoeira sortira progressivement de la rue et les premières académies verront le jour autour des premiers maîtres. Cela marque la fin de la prohibition de la capoeira. Notamment, Mestre Bimba (1900-1974), est célèbre pour avoir créé la première académie qui sera reconnue officiellement par le gouvernement, en 1934. Il baptise sa méthode « lutte régionale bahianaise » et y intègre des éléments d'autres arts martiaux pour la rendre plus efficace que la capoeira traditionnelle. En contre pied de cette émergence, Mestre Pastinha (1889-1981) développe le style « *Angola* » car, pour lui, la capoeira n'est ni nationale, ni régionale bahianaise, mais bien africaine et vient d'Angola. Il ouvre son académie en 1941, avec

2 B. Gaudin (2009), p54

une pratique plus proche de la tradition ; une capoeira se jouant encore aujourd'hui, près du sol, de façon groupée et sur des rythmes musicaux lents. Puis, avec la seconde génération de maîtres, une règle s'établit : pour être maître, il faut avoir été formé par un maître.

En 1962, le milieu du sport fonde un département de « lutte nationale brésilienne ». Cette tentative d'institutionnalisation n'est pas bien accueillie par des *capoeiristes*, qui commencent à se regrouper en réseaux, formant ainsi les premiers groupes. « Ce sont ces groupes qui vont structurer le monde de la capoeira à partir d'alors, au détriment de toute autre forme institutionnelle de type fédération nationale », nous dit B. Gaudin³. La capoeira est une discipline qui n'est pas fédérée de façon nationale ou internationale. Il existe quelques fédérations régionales comme dans l'état de Bahia, où il existe depuis peu la fédération FECABA.

A partir des années 1970, la capoeira commence à s'exporter, avec les premiers maîtres qui émigrent vers l'Europe et les États-Unis. Depuis, elle connaît un essor important dans de nombreuses villes partout dans le monde. En juillet 2009, la capoeira est inscrite au registre du patrimoine immatériel de la culture brésilienne par l'UNESCO. Cette reconnaissance en fait un symbole de l'identité afro-brésilienne. Pour Simone Pondé Vassalo, « Lorsque la capoeira intègre le domaine du folklore, elle cesse d'être perçue comme une lutte de délinquants et commence à être décrite comme une grande cérémonie et comme un "amusement innocent" [...] elle se pacifie »⁴.

b) Définitions

D'après Mestre Pastinha, cité par Emmanuel Charlot et Patrick Denaud, « La capoeira est un jeu, un jouet d'enfant, elle est le respect dû à la peur, elle est l'art de doser le courage, elle est lutte »⁵.

En réalité, la capoeira a une définition à géométrie variable selon le contexte et le public visé. En la considérant comme une danse, on est surpris de voir les coups portés et les chutes. A l'inverse, la lutte est atténuée par des moments de grande harmonie et de coopération entre les protagonistes. Ils peuvent se prendre à contre-temps et se surprendre, mais cela nécessite une synchronisation préalable. Néanmoins, il ne s'agit pas seulement de coopérer, comme dans la danse, car le capoeiriste peut cacher ses intentions et tromper l'adversaire au lieu de rendre ses coups lisibles.

3 *Ibid*, p59

4 S. Pondé Vassalo (2002), p72

5 E. Charlot ; P. Denaud (1999), p113

Monica Aceti propose l'idée que « La capoeira est une manifestation culturelle et rituelle qui s'actualise par des jeux corporels dans la "roda de capoeira" »⁶. Cette définition met en avant le jeu et souligne l'aspect ludique de cette pratique, comme point commun entre les différentes écoles. On ne se bat pas, on ne danse pas, on *joue* la capoeira. Sur le plan technique, on retrouve certaines caractéristiques comme la ruse, la malice, la feinte. Comme dans d'autres arts martiaux, l'aïkido par exemple, on ne défend pas les coups de façon frontale, on les esquive. Dans certaines écoles de capoeira parisiennes, les deux protagonistes restent à une certaine distance l'un de l'autre et font tout pour ne pas se toucher. Mon maître, lui, insiste sur le fait de porter les coups et de rester proche de l'adversaire-partenaire, pour l'obliger à travailler l'esquive. En général, les débutants sont fortement attirés par les aspects esthétiques et spectaculaires de la capoeira. Puis, avec l'expérience, la technique, la lutte et la maîtrise des instruments viennent prendre plus de place. Bruno Bachmann cite Manuel Querino pour qui la capoeira : « [...] est une espèce de jeu athlétique qui consiste à frapper l'autre avec les pieds, les poings et la tête en évitant ses coups par des sauts »⁷

Le jeu, ou *jogo*, a une place très importante. Il s'agit de reprendre de façon improvisée et créative, les mouvements travaillés pendant les entraînements. L'adaptation à chaque adversaire représente alors une difficulté supplémentaire pour anticiper et esquiver les coups. Martial Meziani reprend le concept de « jeu paradoxal » développé par Parlebas, pour caractériser la capoeira. Le jeu paradoxal est « [...] un jeu sportif dont les règles de pratique entraînent des interactions motrices affectées d'ambiguïté et d'ambivalence »⁸. Dans la capoeira on se retrouve bien dans cette situation, puisque l'observateur non averti peut ne pas saisir la logique interne du jeu. Une même personne pourra utiliser sa technique différemment selon son partenaire. Comme il n'y a pas de vainqueur déclaré, toutes les interprétations sont possibles.

c) Pratique

La capoeira est une discipline très complète. Elle requière force musculaire, agilité, souplesse, travail respiratoire, sens du rythme, équilibre,... Sur le plan technique, on utilise attaques, esquives et déplacements. Comme les autres arts martiaux, elle comporte des coups de pied fouettés, chassés et circulaires, ainsi que des balayages et des prises pour faire tomber l'autre. De façon marginale, le *capoeiriste* peut également utiliser les poings, la tête, les genoux ou encore les coudes pour frapper. Certains mouvements s'effectuent avec les mains au sol.

6 M. Aceti (2010), p112

7 B. Bachmann (1990), p35

8 M. Meziani (2010), p49

D'après B. Bachmann (1990), la réelle spécificité de la capoeira est sa *ginga* : il s'agit à la fois d'un pas de base, de la garde du capoeiriste, et son jeu de jambe. Ainsi, même au repos, le joueur est sans cesse en déplacement et cette mobilité lui permet de prendre son adversaire-partenaire par surprise. Les différents groupes de capoeira ont chacun leur manière de faire. Au sein de mon école, les entraînements commencent par un échauffement assez poussé, pour travailler la forme générale, la souplesse et la musculature. Puis, sous différentes formes (deux par deux, face à une balise, en ligne...), nous apprenons les différents gestes techniques. Enfin, en fin d'entraînement, nous jouons soit deux par deux, soit sous forme de *roda*, si nous sommes assez nombreux. La *roda* est une autre spécificité notable de la capoeira. Il s'agit d'une ronde formée par tous les participants. Deux personnes sont au centre, une troisième personne vient en remplacer une qui sort et ainsi de suite. L'action d'entrer dans la *roda* pour se mesurer à quelqu'un est appelée « acheter le jeu ».

Les maîtres, professeurs ou élèves gradés jouent les instruments et chantent des chants que le reste des participants reprennent en cœur et en tapant des mains. Les instruments principaux sont le *berimbau* : formé d'un bois arqué et d'une corde de métal sur laquelle on tape avec une baguette, unealebasse sert de caisse de résonance ; le *pandeiro*, petit tambourin et l'*atabaque*, long tambour conique, sorte de conga. Les chants de capoeira sont en portugais et abordent les thèmes de la condition d'esclave ou de la vie quotidienne. On y retrouve aussi la référence à des saints chrétiens et à des déités du *condomblé*⁹. Comme le dit Laura Karsenty, « La musique, les rythmes et les refrains répétés en écho concourent à créer une énergie singulière au centre de la *roda*, par et pour les joueurs »¹⁰. L'auteur souligne que les chants et les tapements de mains créent une atmosphère de tension qui donne de la force aux deux joueurs au centre de la *roda*.

La pratique varie d'un groupe à l'autre, tant dans son style que dans ses codes.

d) Codes

La capoeira est une discipline très codifiée, comme d'autres arts martiaux. Par exemple, il faut saluer en entrant dans la salle d'entraînement en disant « *salve* ». Cela se réitère à la fin de l'entraînement et en sortant de la salle. Au début de chaque jeu, les partenaires se saluent en se serrant la main, comme pour signifier que l'on ne va pas se faire de mal et que le jeu sera bienveillant. Ici encore, les pratiques varient selon les contextes. Dans une *roda* de rue par exemple, deux personnes qui ont une certaine rancœur l'une envers l'autre ne vont pas se saluer

⁹ Le *condomblé* est une des religions afro-brésiliennes pratiquée au Brésil. Les pratiquants vénèrent des *orixas*.

¹⁰ L. Karsenty (2014), p380

ainsi, et on peut s'attendre à un jeu un peu plus musclé, voire un réel corps à corps. Les façons d'entrer dans la *roda* diffèrent aussi selon les groupes. De façon générale, il s'agit d'abord de se placer au pied du *berimbau* pour ensuite entrer dans la *roda*. Il est recommandé, lorsque l'on est amené à jouer avec de nouvelles personnes ou au sein d'un autre groupe, de prendre un temps d'observation, pour adapter son jeu à celui de la personne que l'on a en face de nous.

Les grades en capoeira sont représentés par les cordes portées, équivalent des ceintures dans d'autres arts martiaux comme le karaté ou le judo par exemple. Le nombre de cordes varie selon les groupes, de 7 à 20 environ. Il y a une hiérarchie précise, on se positionne dans la salle selon notre grade par exemple. Le *batizado*, ou baptême, est la cérémonie qui a lieu généralement en fin d'année et qui clos un week-end ou une semaine de stages avec des maîtres et professeurs venant des quatre coins du monde. C'est l'occasion pour chaque élève de voir d'autres styles de capoeira à travers les cours des intervenants invités. La cérémonie se termine par le passage des cordes, où l'élève joue avec un certain nombre de professeurs et de maîtres qui, la plupart du temps, essayent de le faire chuter !

Nous avons vu que la capoeira est un jeu à la frontière entre combat et danse. Voyons maintenant chacun de ces aspects, en lien avec la psychomotricité.

2- Arts martiaux et psychomotricité

a) Définition

Le terme « art martial » ne renvoie pas à un groupe uniforme de pratiques. En effet, d'après B. Gaudin, « Plongés dans des contextes historiques, sociaux et culturels spécifiques qui les façonnent et les transforment sans cesse, ils [les arts martiaux] sont modulables et changeants »¹¹. Néanmoins, nous le verrons, ils y a un certain nombre de points communs aux différentes pratiques qui entrent dans cette catégorie. En anglais, « *martial art* » fait référence à la notion de savoir-faire, de technique. A l'origine, les arts martiaux se consacraient à l'étude des techniques de combat pour un usage guerrier. Aujourd'hui, on est passé des combats réels à des combats codifiés, régis par des règles dont l'application est contrôlée par des arbitres ou des maîtres. Comme nous le dit B. Gaudin, « On ne cherche plus qu'à imposer sa supériorité physique ou technique sur l'autre, sans attenter radicalement à son intégrité physique »¹².

11 B. Gaudin (2009), p5

12 *Ibid*, p7

De façon générale, dans les arts martiaux, la pratique technique du combat est associée à une certaine philosophie de vie et une maîtrise de soi. Selon les traditions chinoise et japonaise, il s'agirait pour les arts martiaux de transmettre une pensée. Dans les disciplines martiales on retrouve aussi une recherche esthétique, la rigueur de l'entraînement, le respect du lieu de la pratique ainsi que de l'enseignant et des adversaires, à travers le salut. Enfin, d'après Tarik Mesli, « Dans les arts martiaux, tout l'enjeu subsiste dans l'harmonie du *yang* (l'esprit) et le *yin* (le corps) »¹³. Nous pouvons de ce point de vue considérer que les arts martiaux ont leur place comme médiation en psychomotricité.

b) Gestion de l'agressivité

Un certain nombre d'auteurs s'accordent pour dire que les arts martiaux sont intéressants pour la gestion de l'agressivité chez les pratiquants. Nous l'avons vu, les différentes pratiques sont devenues des combats codifiés, ce qui permet indéniablement de contenir la violence. Comme nous le dit Jean-Philippe Louvel (2007), il est demandé à chacun de contrôler ses coups, donc, de fait, de se contrôler soi. Ainsi, les pratiquants peuvent s'exprimer librement s'ils respectent l'intégrité physique et psychique de l'autre. Ce même auteur considère que « Le groupe de pratiquants forme une micro-société dans laquelle est mise en scène une certaine violence »¹⁴. On voit alors apparaître plusieurs types de personnalités : les personnes plutôt offensives et les personnes plutôt défensives. Pour Marc Guiose et Olivier R. Grim (2007) également, les arts martiaux contiennent l'agressivité par des actes ritualisés. D'autre part, elle serait canalisée et recyclée, dans un cadre sécurisé et sécurisant. Nous pouvons également citer E. Charlot et P. Denaud qui nous disent que : « Liée à la violence de l'homme, liée aux exigences de combat, cette culture de la "joute" - c'est à dire du combat rituel pour le plaisir de vaincre sans tuer [...] - est peut-être le moyen le plus sûr que nous ayons constitué pour sonder notre propre violence et la contrôler »¹⁵.

A ce titre, la capoeira est non seulement une façon de se libérer, mais aussi une façon d'apprendre à se maîtriser. Notons comme le propose L. Karsenty que la *roda* de capoeira est « [...] tel un réceptacle, elle accueille un jeu singulier, elle limite et régule l'agressivité de chacun »¹⁶. Rappelons qu'historiquement, la capoeira était un rituel qui servait à catalyser l'agressivité des esclaves.

13 T. Mesli (2010), p21

14 G. Gaudry ; O. R. Grim ; M. Guiose ; J. P. Louvel (2007), p62

15 E. Charlot ; P. Denaud (1999), p13

16 L. Karsenty (2014), p381

c) Schéma corporel, latéralité, espace, temps

Les psychomotriciens s'intéressent aux arts martiaux, notamment pour leur aspect pratique et perceptivo-moteur. En effet, selon Gilles Gaudry, avec de telles pratiques « Les bénéfiques sont essentiels dans le domaine moteur (équilibre, coordinations, régulation tonique) et ils sont notables d'un point de vue mental du fait de l'effort nécessaire de concentration et d'attention »¹⁷. Il souligne également le fait que ces disciplines permettent un apprentissage gestuel, au bénéfice de la conscience corporelle. Au-delà de ce constat, nous pouvons dégager quelques items spécifiques et intimement liés, à savoir le schéma corporel, la latéralité, l'espace et le temps.

Jean-Claude Carric et Béatrice Soufir reprennent la définition donnée par Piéron et nous disent que le schéma corporel est la « Représentation que chacun se fait de son corps et qui lui sert de repère dans l'espace »¹⁸. C'est une représentation fondée sur des afférences sensorielles et sensitives. Ainsi, d'après G. Gaudry (2004), il continue d'évoluer en fonction de nos expériences sensori-motrices. Cet auteur ajoute que les arts martiaux, comme le Tai Chi Chuan par exemple, permettent une prise de conscience des informations visuelles, proprioceptives et kinesthésiques. Ces sensations viennent nourrir le schéma corporel. Dans certains entraînements, comme en capoeira, il s'agit de commencer par un échauffement complet qui permet une mise en mouvement et une préparation des muscles mais aussi d'enrichir la conscience corporelle. Par ailleurs, J-P. Louvel (2007) souligne le fait que, dans certains arts martiaux, comme le Karaté-do, l'enseignement se fonde sur l'imitation. Cette capacité chez l'élève demande une certaine connaissance du corps. Les disciplines martiales favorisent également la prise de conscience de la verticalité de l'axe. La pratique pieds nus, permet un ancrage et ainsi une meilleure intégration de l'axe corporel.

Lorsque l'on reprend la définition du schéma corporel de Piéron, on comprend que cette notion est liée à celle d'espace. J-P. Louvel semble aller dans ce sens quand il propose l'idée que : « Avoir une bonne connaissance de notre schéma corporel nous invite donc à pouvoir orienter notre corps [...] et c'est cette connaissance qui nous permet par projection, d'orienter l'espace qui nous entoure »¹⁹. L'espace est une notion complexe qui peut être définie comme « Une étendue indéfinie qui contient et entoure les objets »²⁰. L'orientation et la structuration spatiale se font progressivement dans le développement de l'enfant. Pour acquérir cette notion, il a d'abord une

17 G. Gaudry ; O. R. Grim ; M. Guiose ; J. P. Louvel (2007), p23

18 J-C. Carric ; B. Soufir (2014), p225

19 J-P. Louvel (2004), p67

20 Le petit Larousse (1999), p397

représentation égocentrée : son corps propre est le principal référent spatial. Il se décentrera progressivement. Néanmoins, l'espace du corps et l'espace environnant resteront deux notions indissociables. J-P. Louvel (2004) ajoute que lors de la pratique du karaté, les participants doivent peu à peu prendre conscience de l'espace qu'occupe leur corps. En capoeira également, il est important de prendre cela en considération, comme nous cherchons à porter un coup qui ne touchera pas l'autre : il faut avoir conscience de l'espace que l'on prend mais aussi la place de notre partenaire.

Ce même auteur nous dit que : « Tout exercice de combat repose sur ce rapport entre l'espace et le temps. Dans le combat, il y a les capacités physiques de chacun, des gabarits différents, une qualité de déplacement plus ou moins rapide, tout ceci influençant directement le *timing* dans l'échange »²¹. Cette question du *timing* est primordiale dans la capoeira, comme nous essayons de ne pas nous toucher. Il s'agit de lancer un mouvement au bon moment, pour ne pas percuter le coup de l'autre. Tout ceci nécessite de bons repères temporels. Enfin, comme nous le verrons plus loin, la notion de rythme est omniprésente.

La latéralité est un autre concept lié aux précédents. Elle se met en place dans le développement après une intégration de l'axe corporel. La latéralité entre en jeu dans les disciplines martiales. J-C. Carric et B. Soufir la définissent comme « Une asymétrie fonctionnelle apparaissant dans les segments corporels, de manière prévalente, pour les conduites motrices impliquant un certain niveau d'éveil cortical »²². Dans la pratique des arts martiaux, cette latéralité se retrouve dans l'aisance relative d'un membre sur son homologue dans la réalisation des différents mouvements. Néanmoins, selon J-P. Louvel, « Toute technique est travaillée des deux côtés du corps assurant au pratiquant une connaissance de son côté le moins habile »²³. En capoeira, la garde se fait dans la *ginga*. Dans la position de base, une jambe se trouve fléchie à l'arrière du corps et la main controlatérale sert de défense, puis on alterne en faisant passer l'autre jambe derrière. Ceci a pour effet de travailler la coordination entre les membres supérieurs et inférieurs et met à jour la notion de latéralité de façon originale.

d) Régulation tonique et dialogue tonico-émotionnel

Le tonus est « Une contraction partielle et permanente des muscles »²⁴. C'est un phénomène neuromusculaire qui correspond à un état de légère tension des muscles au repos. Il

21 G. Gaudry ; O. R. Grim ; M. Guiose ; J. P. Louvel (2007), p97

22 J-C. Carric ; B. Soufir (2014), p130

23 G. Gaudry ; O. R. Grim ; M. Guiose ; J. P. Louvel (2007), p94

24 Le petit Larousse (1999), p1016

s'agit d'une contraction isométrique, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de modification de la longueur des muscles. Il est permanent et involontaire. On distingue trois niveaux toniques : le tonus de fond ou basal qui ne disparaît pas pendant le sommeil, le tonus postural qui est la contraction minimale nécessaire au maintien de postures et le tonus d'action qui prépare et soutient le mouvement. La répartition du tonus musculaire dans le corps est singulière. Elle varie d'un individu à l'autre et d'une situation à l'autre. Le niveau tonique peut se situer entre deux pôles extrêmes : l'hypotonie qui correspond à un tonus musculaire faible et l'hypertonie qui est au contraire une exagération du tonus.

Dans les arts martiaux, il s'agit de trouver un niveau tonique ajusté entre ces deux pôles. En effet, le tonus est lié à l'état de vigilance et celui-ci est nécessaire lors d'un combat, mais d'un autre côté, il ne faut pas être trop tendu afin de pouvoir exécuter les différents mouvements. G. Gaudry (2007) explique à ce propos que si le pratiquant est trop tendu, il devient vulnérable car il est tel un bloc. J-P. Louvel le rejoint sur ce point en affirmant que : « L'habileté et l'efficacité au combat imposent une recherche de fluidité et de détente dans le mouvement »²⁵. Je pense ici à l'un des participants du groupe capoeira qui éprouve des difficultés à exercer les mouvements car il est très rigide.

D'après Pierre André, Thierry Benavidès et Françoise Giromini, « Si le tonus est un phénomène nerveux complexe, l'important est qu'il soit associé dès le début de l'existence à un vécu émotionnel. Le tonus non seulement prépare et guide le geste, mais il exprime en même temps les fluctuations affectives »²⁶. Ainsi, le tonus est support et vecteur des émotions. On comprend donc qu'il peut avoir valeur de communication. J. de Ajuriaguerra théorisa la notion de dialogue tonico-émotionnel pour parler d'une forme de communication corporelle, prélude au dialogue verbal, qui s'installe entre la mère et son bébé dans les échanges. Caroline Florentin le cite : « Le dialogue tonique, qui jette le sujet tout entier dans la communication affective, ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps »²⁷. Dans ce dialogue, les émotions de l'un sont transmises à l'autre à travers l'échange corporel. Dans les arts martiaux, il peut parfois y avoir un réel corps à corps entre les protagonistes. De ce fait, un dialogue corporel se met en place. G. Gaudry nous dit ainsi que : « Être en contact, c'est offrir à l'autre un accès à notre état affectif sur un mode tonique, donc non verbal »²⁸. En capoeira, il n'y a pas, en théorie, de contact entre les deux partenaires. Néanmoins, les états toniques de l'un et de l'autre peuvent rester visibles et avoir valeur de communication.

25 G. Gaudry ; O. R. Grim ; M. Guiose ; J. P. Louvel (2007), p85

26 P. André ; T. Benavidès ; F. Giromini (2004), p46

27 C. Florentin (2003), p4

28 G. Gaudry ; O. R. Grim ; M. Guiose ; J. P. Louvel (2007), p42

3 - La danse

a) La capoeira et la danse

Nous l'avons vu, la capoeira emprunte certaines caractéristiques à la danse. De nombreuses personnes qui ne connaissent pas bien la capoeira pensent que c'est une danse. Il s'agit notamment de se mouvoir au rythme d'une musique, et d'être dans un dialogue corporel avec son partenaire. Cela nécessite donc un certain degré de coopération. Dans le cadre de mon stage, ce sont ces éléments qui seront explorés avec les jeunes : l'aspect ludique et artistique de la capoeira. Revenons donc sur quelques aspects thérapeutiques de la danse.

b) La danse en thérapie

La danse-thérapie est apparue aux États-Unis dans les années 1930-1940 avec les travaux de Marian Chace, danseuse qui s'intéressa peu à peu au monde du handicap. En France, c'est Rose Gaetner qui introduisit la danse dans le milieu pédo-psychiatrique, dans les années 1950. Jocelyne Vaysse nous donne la définition suivante de la danse-thérapie : « [c'est] une utilisation psychothérapeutique du mouvement comme processus pour promouvoir l'intégration physique, psychique et sociale d'un individu »²⁹. L'auteur souligne le pouvoir soignant du processus de créativité dans la danse, comme dans d'autres « art-thérapies ». Du mouvement libre à la technique de la transe, en passant par la danse traditionnelle africaine ou la danse-contact-improvisation, les méthodes et les courants sont nombreux. Dans l'ensemble des techniques, le mouvement dansé serait, d'après J. Vaysse, un mode d'expression et de relation. Il sollicite par ailleurs des représentations mentales.

La danse est une médiation artistique et expressive qui peut être utilisée en psychomotricité. En effet, d'après Benoît Lesage, « Danser c'est bouger, se mouvoir [...]. cela concerne donc *a priori* le corps »³⁰. Marie Hemelsdael, Albane Moreau et Tiphany Vennat nous disent également que la danse peut se caractériser par « [...] le plaisir de se mouvoir, pour s'émouvoir et émouvoir, sans finalité instrumentale ou fonctionnelle »³¹. Nous comprenons que la danse met le corps au travail et qu'elle intéresse donc le psychomotricien. Avec cette médiation, nous pouvons travailler entre autre les notions de poids, d'appui, d'axialité, la conscience corporelle et l'image du corps, la temporalité et la spatialité, les coordinations. Par ailleurs,

29 J. Vaysse (2006), p36

30 B. Lesage (2006b), p12

31 J.-M. Albaret ; F. Giromini ; P. Scialom (2015), p430

d'après ces trois auteurs, la plupart des danseurs contemporains revisitent le développement psychomoteur de l'enfant et les différents schèmes de mouvements (homologue, homolatéral, controlatéral). B. Lesage considère quant à lui que « Si les séances de danse-thérapie peuvent emprunter à des techniques corporelles ou expressives, il n'en reste pas moins que la finalité est une intégration psychosomatique qui soutient un travail psychique »³². Sandra Cologne va dans ce sens en affirmant que : « Le but thérapeutique [de la danse] est de déclencher un processus de changement par la création, des remaniements intérieurs (connexions entre sensation, affects et représentations, accès à la symbolisation, travail sur une image du corps fragile ou fragmentée, revalorisation narcissique, restructuration psychomotrice) »³³.

Le mouvement dansé entre en résonance avec les émotions et les pensées mais il possède aussi une valeur de communication. En effet, d'après S. Cologne, « Danser c'est formuler un propos, mettre en forme un discours qui passe par le mouvement et les images que le corps donne à voir à autrui »³⁴. La danse constitue historiquement un fait social et un facteur d'intégration. Il est donc intéressant d'utiliser la danse au sein d'un groupe thérapeutique. Anaïs Quesne considère que « La danse est à la fois une médiation et un vecteur privilégié de la relation qui permet de s'ouvrir aux autres. Elle est également lieu de créativité, d'expression de soi et de plaisir corporel »³⁵. Un atelier de danse est en outre une occasion pour les sujets d'expérimenter différentes positions par rapport au groupe. Ainsi, selon B. Lesage, « Le danseur est tantôt au sein du groupe, enveloppé et protégé, tantôt mis en valeur [...] tantôt différencié, voire affronté au groupe ou même exclu »³⁶. Voyons maintenant deux éléments fondamentaux qui sont mis à l'œuvre dans la danse : l'espace et le temps.

c) Le corps dans l'espace et le temps

Comme nous l'avons vu, la construction de l'espace se fait en rapport avec le corps propre. Ainsi en danse, il s'agit d'explorer l'espace mais aussi et surtout d'explorer son corps dans l'espace. J. Vaysse nous dit ainsi : « La conscience de l'environnement spatial relève d'une conscience de soi dans cet espace »³⁷. Différents exercices peuvent être proposés pour affiner cette sensibilité. Par exemple, proposer diverses directions de mouvements ou des variations au niveau de l'organisation spatiale des membres du groupe (en ligne, en face à face, en cercle...). Nous pouvons aussi explorer les différents niveaux de l'espace. A ce propos, B. Lesage soutient

32 B. Lesage (2006b), p149

33 S. Cologne (2010), p89

34 *Ibid*, p92

35 A. Quesne (2010), p73

36 B. Lesage (2006b), p110

37 J. Vaysse (2006), p192

l'idée que : « Les niveaux de l'espace – bas, moyen, haut... – peuvent sembler une évidence sans grand intérêt. Or, une exploration de ces niveaux mène très rapidement à des issues émotionnelles, ce qui est compréhensible si l'on se souvient que dans la verticalisation – qui jalonne l'aventure de la subjectivation –, ces niveaux sont parcourus, associés à l'édification tonique et posturale »³⁸. Un autre concept qui paraît intéressant est celui de kinésphère, introduit par R. Laban. Il s'agit d'une zone qui regroupe tous les points de l'espace qui peuvent être atteints par les extrémités du corps, sans déplacement. La kinésphère symbolise donc l'espace personnel. Pour B. Lesage, « La représentation de la kinésphère a quelque chose à voir avec l'image du corps, en tant qu'elle formalise un processus d'investissement à partir d'un centre »³⁹. Explorer sa kinésphère c'est trouver sa place et explorer ses limites corporelles et l'interaction avec l'espace environnant.

Travailler avec la danse permet également d'expérimenter la temporalité. En effet, il a le temps et les rythmes internes, comme la respiration et les battements cardiaques, et les rythmes externes comme la musique et le rythme du groupe par exemple. Le rythme est défini par J-C Carric et B. Soufir comme un « Retour à intervalles réguliers des temps forts et des temps faibles, dans une phrase musicale »⁴⁰. Le rythme permet de structurer le temps. Cette notion est très importante dans la capoeira. En effet, il faut être en rythme avec la musique mais aussi trouver une synchronisation dans la *ginga* avec celle du partenaire. De plus, comme nous l'avons déjà mentionné, il faut trouver le bon temps pour faire ses mouvements pour ne pas s'entrechoquer.

L'adaptation au rythme peut se faire par rapport à la musique. En capoeira, il s'agit de jouer sur différents rythmes musicaux plus ou moins rapides. Voyons maintenant l'intérêt de la musique.

d) Apport de la musique

En danse-thérapie, il n'y a pas toujours de musique. Néanmoins, elle est souvent présente et elle l'est toujours en capoeira. On peut également utiliser un support musical dans bien d'autres situations en thérapie psychomotrice.

D'après J-C Carric et B. Soufir (2014), les trois composantes de la musique sont le rythme, la mélodie et l'harmonie. Il y a de nombreuses façons de travailler ces différents

38 B. Lesage (2006a), p120

39 B. Lesage (2006b), p83

40 J-C. Carric ; B. Soufir (2014), p222

éléments. En musicothérapie, il y a deux principales approches : l'une est active et il s'agit de produire des rythmes ou des mélodies, l'autre est réceptive : on utilise alors une écoute musicale. Ces deux aspects sont exploités dans l'atelier capoeira. La musique permet de réguler ou d'induire des émotions, ses apports sont nombreux : elle permet de créer un fond sonore qui emplit l'espace et elle permet de détendre l'atmosphère. Le cas d'un adulte pris en charge dans le cadre de mon stage de deuxième année illustre bien ce point. Pendant plusieurs semaines, lors des séances de relaxation avec toucher thérapeutique, je remarquais que le patient restait très tendu et hyper-vigilant. J'ai alors pensé à utiliser un fond sonore. Dès la première séance où j'ai utilisé de la musique, je l'ai senti plus serein, il a fermé les yeux pour la première fois. La musique semblait clairement l'avoir apaisé.

La musique a également un effet inducteur du mouvement. Je le remarque au sein de nos ateliers capoeira, dès que l'on met la musique, les jeunes commencent à bouger et avoir envie de danser. En danse-thérapie, les participants peuvent faire leur propre musique, en tapant des pieds et des mains. Les objectifs thérapeutiques de l'usage de la musique peuvent être le travail du rythme et l'inscription dans une temporalité, la mobilisation des sensations corporelles, émotionnelles et des affects, mais aussi un travail sur la concentration et la mémorisation. La musique permet en outre de développer la créativité et la sensibilité. D'après Armand Pijulet, « La musique permet sous toutes ses formes l'expression individuelle ou collective, favorise la relation, la communication et les échanges, affine la perception sensorielle et émotionnelle, développe les capacités de concentration et la motricité »⁴¹. Nous comprenons donc que les bénéfices de l'écoute ou de la production musicale sont nombreux.

En capoeira, la musique fait partie intégrante de l'apprentissage. Ainsi, pour passer des cordes et monter en grade, il faut savoir jouer des différents instruments. Les entraînements et le jeu se font au rythme de la musique. A chaque rythme instrumental différent correspond un style de jeu. La plus grosse distinction étant la capoeira *Régional* ou *Angola*. D'après Sophie Laporte-Garde (1997), les chants de capoeira ont un rôle de contention qui calment les tensions et rassurent. Nous verront également dans la dernière partie que la musique de capoeira peut également avoir un côté exaltant.⁴²

Nous avons situé la capoeira comme un jeu entre deux personnes qui sont tantôt partenaires, tantôt adversaires. Nous allons donc aborder le jeu, ses avatars et son intérêt psychomoteur.

41 J-M. Albaret ; F. Giromini ; P. Scialom (2015), p419-420

42 Cf. *Infra*, p61

4 – Le jeu en psychomotricité

a) Le jeu dans le développement

Le jeu est un des modes privilégiés de l'expression de l'enfant. Il lui permet d'exercer son plaisir, sa curiosité et sa sensori-motricité. Le jeu se met en place dès les premiers mois de vie et se retrouve tout au long du développement sous d'autres formes. D'après Bernard Golse, « Le jeu constitue, au fond, le principal travail psychique de l'enfant en ce qu'il lui permet notamment la régulation de ses pulsions et l'élaboration de ses fantasmes »⁴³. L'auteur ajoute que chez le bébé, le jeu participe au développement de la psyché et participe à l'avènement de l'intersubjectivité entre le jeune enfant et son entourage. Donald W. Winnicott, quant à lui, pense que : « C'est le jeu qui est universel et qui correspond à la santé : l'activité du jeu facilite la croissance »⁴⁴. D'après cet auteur, le jeu introduit une aire intermédiaire entre soi et l'autre, entre le dedans et le dehors. Il nomme cela l'espace transitionnel.

Le jeu est donc un facteur de développement chez l'enfant. Il y a différents types de jeux : les jeux moteurs tels que les jeux de ballons ou autres jeux corporels, les jeux cognitifs qui commencent avec les premiers jeux de construction et les jeux psycho-affectifs comme l'imitation ou le célèbre jeu de la bobine décrit par S. Freud. Ce dernier est en effet une séquence où l'enfant lance une bobine et l'éloigne de lui puis la rapproche en signifiant ce mouvement par des "ooh" et "da". Ceci est un jeu qui symbolise l'absence et la séparation.

Jean-Luc Henneçon (2000) distingue les activités pré-ludiques et les activités ludiques, le passage de l'une à l'autre se faisant par l'avènement de la fonction symbolique. Ainsi, le jeu évolue avec l'âge du sujet. Avant un an, on trouve surtout des jeux sensoriels chez le bébé : il explore son corps et les objets de façon répétitive, il joue avec ses mains, ses pieds, sa voix et tout ceci est source de plaisir. Avec l'apparition du sourire en réponse vers trois mois, les réactions de l'entourage vont dans le sens du jeu et du plaisir partagé. Il y a ainsi les premiers jeux interactifs avec les jeux tactiles comme les chatouilles par exemple, ou encore le jeu universel du coucou/caché. Autour d'un an, ce sont les premières activités ludiques : l'enfant se développe d'un point de vue moteur et des jeux plus élaborés comme le cache/cache ou la course/poursuite se mettent en place. C'est également le début de l'imitation. Aux alentours de

43 F. Joly (2003), p73

44 D. W. Winnicott (1971), p90

deux ans, on note l'émergence des jeux symboliques, le jeu de faire semblant. L'enfant affine sa compréhension et met en scène le monde. Ces jeux permettent de développer l'imagination. En parallèle, ce sont aussi les jeux de construction et les puzzles qui prennent le devant. Aux alentours de six ans, se mettent en place des jeux de règles et des jeux cognitifs de plus en plus élaborés. Vers 10-12 ans, on trouve des jeux de société, les premiers jeux vidéos et des jeux sportifs qui sont vecteurs de socialisation. On note également la disparition des activités symboliques et physiques comme les billes, les poupées, les legos ou encore la corde à sauter. Enfin, à adolescence, les activités ludiques sont diverses : jeux de coopération, jeux de stratégie comme les dames ou les échecs, des jeux solitaires comme la console de jeu. Il y a aussi les jeux de rôles, que l'on retrouve jusqu'à l'âge adulte.

b) Le jeu en psychomotricité

Pour Fabien Joly, le jeu est un « carrefour psychomoteur », puisqu'il propose l'idée que : « L'enfant qui joue met au travail sa curiosité et ses apprentissages cognitifs, sa sensori-motricité et le plaisir de son corps en relation, autant que sa vie pulsionnelle, affective et représentationnelle »⁴⁵. Bruno Busschaert adopte un point de vue similaire en affirmant que le jeu est un « [...] carrefour où se rencontrent, s'étayent et s'alimentent les fonctions motrices, psychiques et cognitives »⁴⁶. Nous comprenons donc pourquoi le jeu prend une place centrale.

En thérapie psychomotrice, nous pouvons utiliser tous types de jeux : des jeux moteurs comme le ballon, les cordes et les cerceaux, cognitifs avec les cubes ou les puzzles, et le jeu symbolique avec des poupées et la dînette par exemple. D. W. Winnicott (1971) établit quant à lui une distinction entre le *game* qui correspond au jeu qui comporte des règles et le *play* qui renvoie au jeu libre et spontané. Le jeu libre permet de développer l'imaginaire et la créativité et les jeux réglés permettent de travailler sur les tours de rôles et autres codes sociaux. Ce sont donc ces deux types d'activités qui peuvent être explorés en séance. Elle peut commencer en demandant à l'enfant à quoi il a envie de jouer, où en le laissant explorer un jeu de façon spontanée. Ainsi, l'enfant oriente la thérapie d'une certaine manière. Pour B. Busschaert (2000), ceci pose la psychomotricité par le jeu comme une expérience de liberté. L'enfant est donc acteur. J-L. Henneçon nous dit à ce propos que « Au travers de son activité ludique, l'enfant agit sur le monde et s'affirme en tant que sujet agissant »⁴⁷.

45 F. Joly (2003), p11

46 B. Busschaert (2000), p83

47 J-L. Henneçon (2000), p52

Pour D. W. Winnicott, jouer est une thérapie en soi. Il nous dit en effet que « C'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi »⁴⁸. Il ajoute que pour lui, « Le travail du thérapeute est d'amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire »⁴⁹. Ceci me renvoie à une prise en charge que j'effectue conjointement avec ma maître de stage en CAMSP. Nous accueillions une petite fille dont la mère s'est absentée pendant plusieurs semaines. A son retour, elle a recommencé à venir aux séances. La fille avait visiblement été perturbée par la séparation et semblait abattue. Elle n'arrivait plus à jouer et papillonnait d'une activité à une autre sans réussir à se poser. A ce moment là, un des objectifs a été de trouver des activités qui lui permettent de prendre plaisir, notre rôle était de l'accompagner sur le chemin du jeu.

c) Le jeu dans la capoeira

Nous l'avons vu, la capoeira est un mélange entre danse et combat. Dans la pratique, le terme que l'on utilise est le *jogo*, qui signifie le jeu. C'est à ce moment que l'on peut réutiliser les différents mouvements que l'on a appris, en partageant un jeu avec une autre personne. Il est d'ailleurs intéressant de constater que cette personne est à mi-chemin entre l'adversaire et le partenaire. Car il y a quelque chose d'ambigu dans la capoeira. Néanmoins, que ce soit une capoeira plus acrobatique ou un style très martial et combatif, c'est l'aspect ludique qui se dégage surtout de cette pratique. Il s'agit de prendre du plaisir partagé, d'interagir avec l'autre, de le chercher voire même de le provoquer pour tester ses réactions. La feinte prend une place importante et le jeu est aussi l'occasion de se montrer créatif. C'est également un moyen d'explorer les différents niveaux de l'espace : on joue tantôt près du sol, tantôt de façon plus aérienne. Entre les deux partenaires s'instaure une réelle communication non verbale, j'y reviendrais dans la dernière partie de cet écrit.

Nous venons de voir ce qu'était la capoeira, un jeu entre danse et combat. Nous avons également exploré les intérêts psychomoteurs de ces différents éléments. Toutes ces raisons nous permettent de penser que la capoeira est une médiation pertinente en psychomotricité. Je vais maintenant présenter le terrain de stage qui m'a permis de monter un atelier capoeira.

48 D. W. Winnicott (1971), p110

49 *Ibid*, p84

II – PRESENTATION DU TERRAIN CLINIQUE

1 – L'institution

a) Projet institutionnel

Le lieu où j'ai effectué mon stage sur lequel portent mes observations cliniques est un Institut Médico-Educatif (IME). C'est un établissement agréé au titre des annexes 24 du décret du 9 mars 1956 et il est géré par l'Association de Gestion de l'IME (AGIME). Il a pour mission la prise en charge et l'accompagnement éducatif, scolaire et thérapeutique des enfants et des adolescents accueillis. Ceux-ci présentent une déficience intellectuelle avec ou sans troubles de la personnalité, et sont compatibles avec la vie en collectivité. L'insertion scolaire et professionnelle des jeunes est prioritaire, lorsque cela est possible. Le projet d'établissement a pour objet de contribuer à l'épanouissement de chaque jeune, dans une relation respectueuse et continue avec les familles. L'intervention médico-éducative auprès des enfants et adolescents accueillis fait référence à divers courants théoriques (psychanalytique, comportementaliste...), avec pour objectif un accompagnement adapté à la problématique de chacun. L'objectif de l'établissement est l'intégration sociale du jeune et son accès à la citoyenneté.

L'admission se fait sous notification de la MDPH et la demande est étudiée par la commission d'admission de l'établissement. La première personne à recevoir le jeune et sa famille est le psychologue. S'en suit une période d'observation de quelques jours, qui a pour but d'évaluer les besoins de la personne et ses difficultés éventuelles. Lorsque la décision est prononcée, l'enfant et sa famille sont invités à rencontrer l'infirmière et l'assistante sociale, afin de compléter le dossier. Un projet personnalisé est établi afin que l'IME puisse répondre au mieux aux besoins spécifiques du jeune. Ce projet se réévalue lors d'une réunion pluridisciplinaire trois mois après l'admission.

Il y a deux sections au sein de l'IME : la section pédagogique qui accueille 21 enfants âgés de 6 à 14 ans, et une section professionnelle qui compte 35 jeunes de 14 à 20 ans. L'objectif de la section pédagogique est d'accompagner les enfants dans une prise en charge visant tous les aspects de la vie quotidienne en vue d'une autonomie et d'une socialisation la plus large possible. Ils bénéficient de temps scolaires adaptés et ont également dans leur emploi du temps des activités éducatives sous la responsabilité d'éducateurs spécialisés. L'objectif de la section professionnelle est de permettre à l'adolescent d'acquérir de nouvelles compétences et de se confronter à des situations réelles pour qu'il puisse appréhender le monde du travail. La

formation est dispensée par des éducateurs techniques spécialisés dans différents ateliers : horticulture et entretien des espaces verts, informatique, atelier multiservice, employé technique de collectivité. Le travail d'insertion professionnelle est assuré par le service de suite de l'établissement. Il est réalisé par le biais de stages en milieu de travail protégé ou ordinaire. Les jeunes bénéficient également de temps scolaires et de temps éducatifs.

b) L'équipe

Une équipe pluridisciplinaire œuvre pour la mise en place de ce projet d'établissement. Tout d'abord, le service administratif et les services généraux sont là pour accueillir, informer, assurer la gestion administrative et financière, l'entretien, la restauration et les transports. Une assistante sociale est présente pour assurer la communication avec les familles et les intervenants sociaux extérieurs. Elle a pour mission de créer un lien pour l'insertion sociale de l'enfant. L'équipe médicale et paramédicale se compose de deux médecins psychiatres, deux psychologues, une infirmière, une orthophoniste, un psychomotricien, et une chef de service. L'équipe éducative est composée d'éducateurs spécialisés, d'un éducateur pour le service de suite et d'éducateurs techniques pour la section professionnelle. Par ailleurs, des enseignants de l'Éducation Nationale sont détachés pour dispenser les enseignements.

Le rôle des médecins psychiatres est de participer à l'accueil des enfants, mais ils reçoivent aussi les familles à la demande de celles-ci ou de l'établissement. Ils aident également l'équipe dans leur réflexion sur la prise en charge. Les différents professionnels de l'IME se réunissent une fois par semaine pour évaluer la mise en œuvre du projet d'établissement et réfléchir sur les perspectives d'avenir du service rendu.

La place de la psychomotricité n'est pas négligeable. Bien qu'il s'agisse d'une petite équipe, l'infirmière, l'orthophoniste et le psychomotricien travaillent en étroite collaboration. Les prises en charge en psychomotricité se déroulent sous prescription médicale, selon les objectifs thérapeutiques dégagés lors du bilan d'admission. Le psychomotricien organise des séances individuelles pour les enfants et adolescents en ayant le plus besoin. Il participe également à différents groupes : deux groupes piscine, deux groupes de jeu dramatique et un groupe d'éveil psychomoteur pour les plus jeunes. Le psychomotricien dispose d'une salle pour les séances. Elle comporte un miroir caché par un rideau, des tapis, des *physioballs*, un bureau, une petite table pour les enfants et une grande armoire avec tous les différents jeux. Les ateliers de capoeira se déroulent dans une autre salle. Nous avons choisi d'y faire les séances car elle est plus spacieuse et il y a moins de sources de stimulations.

2 – Le projet capoeira

a) Objectifs

Pratiquant moi-même la capoeira depuis six ans, j'avais déjà pensé à sa mise en pratique comme médiation en psychomotricité. Lorsqu'un créneau s'est libéré dans l'emploi du temps de mon maître de stage, il m'a demandé quel public j'aimerais rencontrer. J'ai tout de suite pensé qu'il serait intéressant de monter un groupe autour de la capoeira. Je lui ai soumis l'idée et il a été motivé par cette proposition. Nous avons donc réfléchi ensemble à la mise en place du groupe en termes de participants, et nous avons décidé de commencer après les vacances de la Toussaint.

Les objectifs de cet atelier sont multiples. En effet, la capoeira est une pratique très complète comme nous l'avons vu, elle demande fluidité, souplesse, attention, sens du rythme... Ainsi, ce groupe serait l'occasion de travailler un certain nombre d'éléments. Tout d'abord, à travers les échauffements, nous mettons en jeu la connaissance des parties du corps et une certaine conscience corporelle. Avec les mouvements de base, nous travaillons les coordinations et la motricité globale. Avec le jeu et la *roda*, nous introduisons la notion d'improvisation et d'expression corporelle, ainsi que le partage et l'appartenance au groupe. Elle met également en jeu le sens du rythme avec l'adaptation à la musique et les chants. J'avais donc pensé que la capoeira serait intéressante pour les jeunes de l'IME, en cela qu'elle met en jeu la communication non verbale, la gestion de l'agressivité, la motricité globale, l'équilibre... Mon maître de stage et moi avons donc choisi trois jeunes de la section pédagogique.

b) Présentation aux jeunes

La présentation aux jeunes s'est faite en deux temps, car la première semaine, un des enfants était absent. J'ai donc commencé la première séance avec les deux filles. Je leur ai tout d'abord demandé si elles savaient ce qu'était la capoeira. L'une d'elles m'a répondu oui, mais compte tenu de ses difficultés de langage, elle n'a pas pu élaborer. Je leur ai donc expliqué brièvement que la capoeira est un art martial, où l'on fait des combats qui peuvent ressembler à de la danse, en rythme sur de la musique. Je leur ai ensuite montré deux vidéos de capoeira, pour qu'elles en aient une représentation. J'avais choisi des vidéos où l'on voyait des enfants jouer, pour qu'elles puissent s'identifier. C'était surprenant, elles ont été happées par les images, ont même tapé des mains en rythme sur la musique et ont dit «encore !» lorsque la vidéo était terminée. Je leur ai expliqué que j'aimerais faire cet atelier avec elles et le troisième jeune, toutes les semaines et que nous apprendrions ensemble les différents coups de pied et les esquives, ainsi

que quelques chants. Elles ont eu l'air motivées. A cette première séance, j'avais amené mon *pandeiro*, le petit tambourin, pour que l'on puisse déjà aborder l'aspect musical. Je leur ai tapé le rythme et elles m'ont spontanément accompagnée en tapant des mains. Puis, je leur ai montré comment faire, et elles ont pu essayer de jouer elles aussi. C'était un peu difficile, mais j'ai remarqué qu'elles étaient curieuses à la découverte de ce nouvel objet. Nous avons terminé la séance avec une chanson. Enfin, nous avons fait un petit retour oral de la séance. Je leur ai demandé si ça leur avait plu et si elles acceptaient de venir chaque semaine pour faire cet atelier. Elles ont toutes les deux acquiescé et ont montré un enthousiasme certain.

Pour la deuxième séance, le troisième jeune était présent. C'était donc l'occasion de lui présenter également le projet et de faire une petite introduction. J'ai d'abord demandé aux filles si elles se souvenaient de ce que l'on avait fait à la séance précédente, et quand je leur ai rappelé qu'on avait chanté, l'une d'elles se souvenait de la chanson. Je leur ai de nouveau montré une vidéo. Cette même fille s'est montrée très enthousiaste à l'écoute de la musique et elle s'est mise à fredonner en même temps que les cœurs. Visiblement, l'aspect musical allait être intéressant à travailler avec elle. Dans un second temps, je leur ai proposé de leur montrer et qu'ils essayent le pas de base de la capoeira, la *ginga*. Nous nous sommes mis en cercle et après un rapide échauffement des membres inférieurs notamment, je leur ai montré la base. A première vue, j'ai trouvé qu'ils avaient beaucoup de difficulté à reproduire le mouvement. J'ai pensé qu'il serait très compliqué de leur transmettre la capoeira, et que le projet pourrait être remis en question. Finalement, après avoir pris le temps de leur montrer plusieurs fois et de différentes façons, ils ont chacun à leur rythme et leur manière, réussi à esquisser le mouvement. Après discussion avec mon maître de stage à la fin de la séance, nous avons convenu que c'était tout de même bien pour une première tentative, et qu'il y avait justement beaucoup de choses à approfondir et explorer.

c) Déroulement des séances

Les premiers ateliers, entre le début du groupe et les vacances de Noël, se sont déroulés selon le même modèle. Nous avons exploré deux aspects de la capoeira : les chants d'une part et la *ginga* d'autre part. Au début de chaque séance, nous faisons un temps de parole où je demandais aux jeunes ce dont ils se souvenaient de la séance précédente. Puis je leur présentais le déroulement de la séance du jour. En général, nous avons commencé par un moment musical. Nous jouions du *pandeiro* : je leur montrais d'abord le mouvement et le rythme puis je les laissais expérimenter et je les aidais si besoin. A certaines séances, nous avions chacun une percussion et nous jouions tous ensemble. Puis, je leur apprenais des chants simples. A chaque séance, ils réclamaient l'un des chants (*paranaué*). Ce sont des chants où il s'agit de répéter en

cœur une phrase ou un mot. Nous travaillons ainsi les capacités d'inhibition, car il s'agit de chanter chacun son tour.

Le deuxième temps de la séance était l'introduction à la *ginga*. Nous commençons d'abord par un échauffement segmentaire pour mettre le corps en mouvement. Chacun proposait un mouvement à effectuer et le reste du groupe le reprenait. L'apprentissage de la *ginga* est un long processus. Nous avons passé trois ou quatre séances uniquement sur ce mouvement. L'objectif n'est pas qu'ils apprennent à faire une *ginga* parfaite, mais qu'ils explorent et fassent l'expérience des sensations que ce mouvement balancé procure. Nous nous positionnions en général en cercle, ou en deux lignes face à face. A la dernière séance avant la coupure des vacances de Noël, j'ai introduit la dimension du face à face deux par deux, en me positionnant devant chacun d'eux pour faire la *ginga* ensemble.

Au retour des vacances, nous avons décidé avec mon maître de stage d'inverser les deux temps de la séance, de commencer par les aspects moteurs et de finir par un temps musical. Au départ c'était simplement pour essayer et changer, mais nous avons décidé de garder cette formule car cela permettait d'avoir un bon rythme au niveau de l'intensité de la séance : commencer doucement la séance avec l'échauffement, d'avoir un temps plus dynamique avec les mouvements de capoeira et de finir de façon plus calme avec la musique. A la première séance après les vacances, j'ai introduit un premier coup de pied, la *bença*. Il s'agit d'un coup de pied frontal, où le genou se lève puis le pied pousse. Je leur ai montré et ils ont chacun expérimenté, chacun leur tour. A partir de cette séance, nous avons également choisi de travailler la *ginga* un par un, face à moi, afin de ne pas le faire tous ensemble, et limiter ainsi l'agitation. Les prochaines séances ont montré que cela fonctionnait bien. Les autres peuvent ainsi observer également.

A la septième séance, nous avons introduit deux éléments : une esquive, le *cocorinha*, où il faut s'accroupir en mettant une main devant la tête et une main au sol ; et le travail deux par deux, un début de jeu, où deux personnes font la *ginga* ensemble et une troisième vient couper le jeu et faire sortir un des deux joueurs, et ainsi de suite.

La suite des ateliers s'est déroulée selon le même schéma, en reprenant les différents coups de pied et esquives, le jeu deux par deux, puis un temps musical.

3 – Éclairage théorique sur la population accueillie : la déficience intellectuelle

a) Définitions

A travers les époques, on trouve de nombreux termes qui ponctuent la littérature pour caractériser le handicap mental. Ainsi, les auteurs parlent de débilité, d'idiotie, de démence, de déficience mentale, de retard mental ou encore d'arriération mentale. Face à cette polysémie, il paraît important de définir certaines notions. D'après l'OMS, Organisation Mondiale de la Santé, la déficience caractérise toute perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Cela renvoie à un aspect lésionnel. L'incapacité est la réduction totale ou partielle de la capacité à accomplir une activité de façon considérée comme normale pour un être humain. C'est la conséquence fonctionnelle de la déficience. Enfin, le handicap renvoie au désavantage social : il s'agit de la limitation dans l'accomplissement d'un rôle social normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels.

En 1818, J-E. Esquirol fait une distinction historique entre la démence et l'idiotie. Roger Misès, Roger Perron et Roger Salbreux le citent : «L'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois : c'est un riche devenu pauvre. L'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère»⁵⁰. Nous comprenons ici que l'idiot ou le déficient intellectuel seraient dans un état originel de non développement de ses facultés intellectuelles. Ces mêmes auteurs citent également E. Seguin, qui différencie l'idiot qui présente un arrêt de développement et l'enfant retardé qui connaît simplement un développement plus lent que les autres de son âge.

Alexander R. Luria (1974) nous parle d'oligophrénie, terme venant du grec *oligo* qui signifie peu et *phrénos* l'esprit. Pour cet auteur, l'oligophrène est un enfant qui a souffert d'une pathologie cérébrale grave pendant sa vie intra-utérine ou la petite enfance. Ces perturbations ont modifié le tissu cérébral et donc troublé les processus nerveux supérieurs.

Pour R. Salbreux cité par C. Florentin, «Il [les déficients intellectuels] s'agit d'enfants ou d'adolescents, qui, pour des raisons diverses, présentent un écart significatif de leurs capacités intellectuelles ou de leurs compétences sociales par rapport à la moyenne de leur classe d'âge»⁵¹. Enfin, rappelons la définition du retard mental donnée par le DSM-IV-TR (2000). Il y a trois critères : un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne, avec un niveau de Quotient Intellectuel (QI) inférieur à 70 ; un déficit ou une altération du fonctionnement adaptatif dans au moins deux secteurs suivants : communication, autonomie, vie

50 R. Misès ; R. Perron ; R. Salbreux (1994), p12

51 C. Florentin (2003), p18

domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisir, santé et sécurité. Enfin, le retard mental doit avoir un début avant l'âge de 18 ans. Sur cette base, il y a une classification.

b) Classification

Actuellement, on classe la déficience intellectuelle en quatre niveaux. Rappelons que cette classification est établie par la mesure du QI grâce aux échelles de développement intellectuel de Wechsler : la WAIS pour les adultes et le WISC et le WPPSI pour les enfants et adolescents. Cette mesure pourrait être discutée. Le QI est un quotient initialement créé par Stern, qui met en rapport l'âge réel et l'âge mental. Aujourd'hui, on établit sa moyenne à 100 avec un écart type de 15.

Le niveau le plus handicapant de retard est le retard mental dit profond. Le QI, si tant est qu'il peut être mesuré, est inférieur à 20. L'âge mental est inférieur à 3 ans. Il y a un retard massif dans toutes les acquisitions de la petite enfance et une autonomie très partielle dans les conduites de la vie quotidienne. Le langage, quasi inexistant, est réduit à quelques phonèmes. Le second niveau est le retard mental sévère. Le QI est compris entre 20 et 35 et l'âge mental entre trois et six ans. Il y a également un retard important dans le développement psychomoteur. L'enfant a certaines possibilités d'acquisition dans son autonomie quotidienne, en ce qui concerne notamment l'alimentation et la propreté. Il peut également communiquer par quelques mots ou phrases simples. Le troisième niveau est le retard mental moyen, avec un QI entre 35 et 50 et un âge mental entre six et neuf ans. Il n'y a pas ici de manifestations notoires dans la petite enfance et l'autonomie est acquise avec une stimulation adéquate de l'entourage. La communication simple est possible. Enfin, le retard mental léger correspond à un QI entre 50 et 70, et un âge mental entre neuf et 12 ans. Ce type de retard est en général repéré avec les difficultés scolaires, bien que certains apprentissages comme la lecture et le calcul restent possibles. L'autonomie est bonne et la communication suffisante, notamment sur le versant de la compréhension.

R. Misès, R. Perron et R. Salbreux (1994) proposent une autre classification avec notamment la distinction entre les déficiences harmoniques et dysharmoniques. Les premières correspondent à des formes proches des descriptions cliniques traditionnelles où les troubles de l'intelligence apparaissent de façon fixe et représentent l'élément central du tableau. Cette forme peut également être qualifiée de simple ou d'homogène. Les déficiences dysharmoniques renvoient à des tableaux où les troubles cognitifs s'inscrivent dans un processus évolutif, avec

des troubles de la personnalité et des troubles instrumentaux, du langage et de la motricité notamment. Les mécanismes psychopathologiques sont divers, avec des dominantes archaïques, névrotiques ou dépressives. On trouve en parallèle de ces deux types de déficiences, les déficiences avec polyhandicap où le déficit cognitif s'accompagne de troubles neurologiques sévères à expression motrice ou sensorielle, et où l'épilepsie est très fréquente. Enfin, les auteurs exposent une dernière catégorie que sont les psychoses déficitaires. Les traits et mécanismes d'une psychose précoce sont d'emblée intriqués à des troubles graves des fonctions cognitives.

Nous allons maintenant exposer les diverses origines de la déficience intellectuelle.

c) Étiologies

R. Misès, R. Perron et R. Salbreux (1994) soulignent l'aspect multifactoriel de la déficience intellectuelle. Les causes peuvent être bien identifiées mais l'origine reste souvent inconnue et il peut parfois y avoir plusieurs causes concomitantes. Nous pouvons classer ces causes en trois types : les causes prénatales, périnatales et les causes psycho-sociales.

Parmi les étiologies anténatales, on trouve tout d'abord les aberrations chromosomiques. La plus répandue est la trisomie 21, découverte par J. Lejeune en 1959. C'est un cas d'anomalie de nombre des chromosomes qui a pour origine une non disjonction des allèles pendant la méiose ou plus tard pendant la mitose, ce qui donnera une trisomie dite en mosaïque. Les trisomies 5, 15, 18 sont également connues. Il peut également y avoir des anomalies de structure des chromosomes ou des pertes de matériel chromosomique. Les gonosomes peuvent être atteints, ce qui est le cas dans les syndrome de Turner ou de Klinefelter ou dans le syndrome de l'X fragile. D'autres causes anténatales sont les encéphalopathies, atteintes de l'encéphale. Elles peuvent être d'origine endocrinienne ou encore enzymatique. Cela entraîne des malformations. Des facteurs exogènes viraux, infectieux ou toxiques peuvent entraîner des foetopathies, comme la rubéole par exemple. Enfin, l'hygiène de la mère pendant la grossesse, comme la consommation d'alcool ou de tabac, peuvent avoir des répercussions irréversibles sur la croissance du fœtus et être une cause de retard mental. La prématurité est également un facteur de risque.

Une autre catégorie d'étiologies est la souffrance périnatale. Il peut y avoir des accidents cérébraux ou une anoxie lors de l'accouchement. Il s'agit d'une diminution de la quantité d'oxygène apportée aux tissus par le sang. Cette privation d'oxygène peut avoir des conséquences très graves pour le cerveau du nouveau-né. Dans les premiers mois de vie, le nourrisson peut être

sujet à certaines pathologies qui peuvent avoir pour conséquences une déficience intellectuelle. C'est le cas des méningites, de l'hypoglycémie néonatale, des troubles métaboliques ou encore d'états convulsifs sévères. Enfin, les hématomes sous-duraux constituent également une étiologie du retard mental. Ils sont provoqués par des traumatismes accidentels ou dans certains cas de maltraitance.

Selon R. Perron, «L'intelligence ne peut se construire qu'au travers des interactions entre l'enfant et son milieu de vie»⁵². Nous comprenons ainsi qu'il peut y avoir des causes environnementales à la déficience intellectuelle. Nous savons aujourd'hui que le milieu de vie d'un enfant conditionne l'expression de ses potentialités. Les conditions socio-économiques, culturelles et éducatives peuvent donc avoir une influence sur le développement de l'intelligence. R. Misès, R. Perron et R. Salbreux (1994) évoquent certaines études qui montrent que le niveau intellectuel d'un enfant est corrélé au niveau socio-culturel de ses parents. Ces auteurs ajoutent que «Depuis les publications de Spitz en 1968, on admet qu'une carence précoce et grave des apports du milieu [...] peut constituer pour le développement intellectuel de l'enfant un handicap sévère»⁵³. Ainsi, l'absence de stimulation pendant les premières années de vie, les carences affectives et la maltraitance sont des causes possibles de déficience intellectuelle, notamment légère et modérée.

Si la déficience intellectuelle a des origines multiples, elle s'exprime également de manière hétérogène selon les individus et le degré de déficience, la sémiologie est variée. C'est ce que nous allons voir maintenant.

d) Sémiologie

Les conséquences de la déficience intellectuelle peuvent s'observer sur plusieurs plans. Nous allons distinguer la sémiologie cognitive, les troubles affectifs et comportementaux, et la sémiologie psychomotrice.

Sur le plan cognitif, A. R. Luria (1974) souligne le fait que les déficients intellectuels ont des difficultés à fixer volontairement leur attention, ils sont sensibles aux stimuli extérieurs et sont aussi fatigables. Cela a pour conséquence de limiter les possibilités d'apprentissage. Ces sujets ont des troubles des fonctions exécutives. Il s'agit notamment de l'inhibition, de la planification des actions, de l'attention, des capacités d'initiation ou encore de la mémoire de travail. La mémoire à long terme est en général bien conservée. Les troubles de la pensée sont

52 R. Perron (2000), p18

53 R. Misès ; R. Perron ; R. Salbreux (1994), p23

fréquents : le fonctionnement est rigide et le traitement des informations plus lent que la normale. Les jeunes déficients intellectuels ont des difficultés à organiser des représentations. Pour cela, les activités de sériation ou de comparaison sont assez difficiles. Les jeux sont assez primitifs et stéréotypés et l'accès à la pensée symbolique est perturbé. Enfin, comme nous le disent R. Misès, R. Perron et R. Salbreux, «Le langage apparaît particulièrement touché dans sa triple fonction d'expression, de communication et d'instrument de pensée»⁵⁴. On trouve un retard de langage dans la majorité des cas, et d'autres troubles comme des écholalies ou des bredouillements. Comme nous l'avons déjà évoqué, dans les déficiences les plus sévères, le langage est quasiment inexistant.

D'après P. André, T. Benavidès et F. Giromini, «La restriction des aptitudes cognitives va contribuer à développer une tendance affective très spécifique. En effet, le déficient ne peut élaborer des informations sur les réactions de son entourage et produit des inférences erronées»⁵⁵. Nous comprenons ici que la déficience peut avoir une expression sur un versant comportemental. Notons que ces troubles sont différents et plus ou moins marqués selon le degré de déficience. On trouve fréquemment des troubles des interactions à causes des difficultés que ces personnes ont à se faire comprendre. Ceci peut entraîner une restriction des relations sociales. C. Florentin (2003) évoque que chez les déficients intellectuels, on peut observer une tendance à l'instabilité ou alors à l'inhibition, une certaine violence verbale ou physique, de l'auto-agressivité dans certains cas, une dépendance à l'entourage, une immaturité affective avec un grand besoin de sécurité de la part de l'adulte ou encore une intolérance à la frustration.

D'un point de vue psychomoteur, nous pouvons noter un retard global dans les acquisitions psychomotrices telles que la station assise, la marche, la préhension et le contrôle sphinctérien. C'est notamment le cas pour les déficiences les plus sévères. Les troubles de la régulation tonique sont fréquents. Ils peuvent se manifester sur un versant hypotonique, comme c'est souvent le cas chez les porteurs de trisomie 21, ou sur un versant hypertonique. Ces troubles ont des conséquences sur la motricité globale et fine, la posture et l'équilibre. On peut ainsi rencontrer des maladresses motrices, des gestes lents et peu précis. La latéralité est stable plus tardivement que la moyenne. Les jeunes déficients intellectuels sont également en difficulté avec les notions spatio-temporelles, notamment car ils ont des problèmes pour comprendre le monde qui les entoure. Enfin, le schéma corporel peut être bien constitué dans les déficiences légères, mais il peut aussi être altéré si il y a eu un manque d'expériences motrices ou des difficultés d'intégration sensorielle. L'image du corps quant à elle est souvent touchée. Les jeunes déficients intellectuels ont souvent une image d'eux-même dévalorisée, et ils ont une difficulté à investir

⁵⁴ *Ibid*, p103

⁵⁵ P. André ; T. Benavidès ; F. Giromini (2004), p158

leur corps. Notons que lorsque le handicap est visible au niveau de la morphologie, c'est aussi le regard de l'autre qui est à prendre en compte et qui peut être difficile à vivre pour ces personnes.

Les jeunes accueillis à l'IME ont des déficiences légères ou moyennes. Après avoir exposé les principales caractéristiques de ces populations, je vais maintenant présenter les trois jeunes avec qui nous avons monté l'atelier capoeira, ainsi que leur évolution au sein de ce groupe.

III – VIGNETTES CLINIQUES

A - Oriane

1 – Anamnèse

a) Contexte familial

Oriane est une jeune fille née le 24/03/2004. Elle vit dans un contexte familial assez difficile. En effet, elle n'a jamais connu son père. Par ailleurs, sa mère a refait sa vie avec un autre homme et a eu deux autres filles. Madame ne travaille pas et a eu beaucoup de difficultés à trouver un logement fixe, étant hébergée avec ses filles, tantôt chez sa propre mère, tantôt chez une cousine, ou encore à l'hôtel ou dans des logements d'urgence. Elle a finalement obtenu un logement, en mai 2014. Oriane partage actuellement sa chambre avec ses deux sœurs cadettes qui sont scolarisées, en CP et moyenne section de maternelle.

b) Antécédents et diagnostic

Oriane est née à terme, après une grossesse normale. Elle pesait à la naissance 3390 grammes et mesurait 48 centimètres. Elle se développera normalement : dit ses premiers mots à un an et marche à 16 mois. A un an et demi, elle fait sa première convulsion, suite à une fièvre. Elle fera d'autres crises d'épilepsie, des crises convulsives fébriles. Elle sera mise plus tard sous traitement antiépileptique, qu'elle arrêtera en 2012. Depuis, elle n'a pas refait de crise.

Avant son arrivée à l'IME, Oriane était scolarisée à temps plein en maternelle avec une EVS (employée de vie scolaire) et était suivie par une psychologue et une orthophoniste en CMP. Le diagnostic principal est l'épilepsie myoclonique qui correspond à de brèves contractions des muscles, ainsi que le retard de développement et le retard de parole. Oriane a donc une déficience intellectuelle dont l'origine est incertaine. Nous pouvons néanmoins émettre l'hypothèse qu'elle est la conséquence des crises d'épilepsie lorsqu'elle était encore très jeune. La psychologue du CMP relève également des traits autistiques, des stéréotypies notamment et des troubles de la communication. Oriane est admise à l'IME le 31/08/2011, elle est alors âgée de sept ans.

2 – Bilans

a) Bilans psychologique et orthophonique

Un bilan psychologique a été effectué en 2011, alors qu'Oriane a sept ans et qu'elle est toujours scolarisée en maternelle. La psychologue la décrit comme souriante et vive. En classe, elle est souvent peu attentive à ce que dit la maîtresse et elle a du mal à attendre son tour. Elle entre en interaction avec ses pairs, mais de façon peu adaptée, en leur touchant les cheveux par exemple et la communication verbale est absente. Les apprentissages sont très difficiles. La psychologue souhaitait faire passer le test KABC-II. Cela n'a pas été possible, car Oriane avait une concentration très réduite, refusait ou ne comprenait pas les consignes.

En 2013, est effectué un bilan orthophonique. L'orthophoniste note des difficultés de concentration chez Oriane, mais que celle-ci reste dans l'échange. Sa motricité bucco-faciale est déficiente, au niveau de la langue, les joues et les lèvres. Au niveau de la parole, le vocabulaire et la syntaxe sont très rudimentaires. Le graphisme est à l'état d'ébauche. Le travail en orthophonie s'appuiera sur l'écoute et sur la motricité bucco-faciale, ainsi qu'un travail sur le langage. Un an plus tard, l'orthophoniste note des progrès quant à la tonicité des joues et la mobilisation des lèvres. Globalement, les progrès d'Oriane sont freinés par sa grande agitation.

b) Bilan psychomoteur

A son arrivée à l'IME, il a été très compliqué pour le psychomotricien d'effectuer un bilan. En effet, Oriane était très anxieuse : elle s'arrachait les cheveux et se roulait par terre. Il nota cependant qu'elle présentait une certaine instabilité et peu de capacités d'échange, mais son agitation se montrera variable selon les périodes. Lorsque le psychomotricien lui propose des activités graphiques, elle se montre gauchère. Sa pince est adaptée et sa prise de stylo correcte. Elle fait spontanément des ronds et colorie. On note chez elle à cette époque une difficile élaboration du schéma corporel. Elle peut nommer quelques éléments simples du corps mais ne peut les désigner sur le corps d'autrui. L'imitation de gestes est également très échouée. Ses coordinations globales sont correctes. Elle exprime un versant hypertonique, mais ne se prête pas à l'examen du tonus. Enfin, elle ne semble pas connaître les différentes notions spatiales de base (devant, derrière, sous, sur...) et semble se repérer difficilement dans le temps.

Afin d'avoir des données plus actuelles, nous avons fait un nouveau bilan avec Oriane, en novembre 2015. A la première séance, elle s'est montrée relativement volontaire, mais sa

concentration reste limitée et nous avons dû écourter la passation car elle commençait à se dissiper en se jetant par terre. La deuxième passation a suivi le même schéma : elle était attentive au départ, puis a commencé à s'exciter, chanter, taper des pieds, tomber de sa chaise. Par ailleurs, Oriane est une jeune fille souriante qui a un bon contact, bien qu'elle soit parfois dans la provocation. Sa compréhension est bonne et elle s'exprime par des mots ou des phrases simples.

Nous lui avons fait passer un EMG, afin de savoir où elle en était du point de vue de son organisation visuo-spatiale et praxique. Ce test n'est pas étalonné pour l'âge d'Oriane. Dans l'ensemble, les items sont échoués, notamment en ce qui concerne les items qui portent sur les doigts. Ses gestes sont immatures et elle semble avoir des difficultés dans son organisation visuo-spatiale et praxique.

Au niveau de la latéralisation, Oriane a une dominance manuelle à gauche. Elle prend spontanément l'outil scripteur de cette main pour écrire et dessiner et ceci est confirmé par le test de Harris, la latéralité psycho-sociale est à gauche de façon assez constante (sauf pour un item).

Les difficultés graphiques d'Oriane sont manifestes. Lors du dessin du bonhomme, lors de la copie de la figure de Rey (simplifiée) ou lorsqu'on lui demande d'écrire son prénom, la qualité graphique est très en deçà de ce qui est attendu pour son âge. Lors de la copie de la figure de Rey, elle ne regarde pas vraiment le modèle et elle esquisse à peine un rectangle.

Le dessin du bonhomme est très sommaire : il s'agit d'une tête coloriée, d'un corps, de jambes en bâton et ce qui ressemble manifestement à quatre bras. Ceci laisse à penser qu'Oriane a des difficultés dans la construction de son schéma corporel. Cette hypothèse peut être confirmée par le test des somatognosies de Bergès. En effet, elle peut désigner et nommer sur elle et sur autrui, mais rencontre des difficultés à partir des items qui sont normalement acquis à cinq ans.

En ce qui concerne l'adaptation au rythme, nous avons utilisé le test de G. Soubiran. Du fait des difficultés attentionnelles d'Oriane, nous n'avons fait que les rythmes frappés. L'épreuve a montré qu'elle pouvait se synchroniser, notamment pour les rythmes rapides. Sur le rythme lent elle était un peu plus rapide que la pulsation. Néanmoins dans l'ensemble, nous pouvons dire qu'elle a de relativement bonnes capacités en termes d'adaptation au rythme.

Nous avons fait la passation du M-ABC. Les épreuves de dextérité manuelle confirment les difficultés praxiques de cette jeune fille. Elle est lente et son geste est peu précis. Les

épreuves de maîtrise de balle et le saut à pieds joints et cloche pied montrent que les coordinations globales et visuo-manuelles sont correctes.

En revanche, Oriane présente des difficultés au niveau de l'équilibre, notamment statique. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cela est dû à un manque de stabilité interne. Nous retrouvons cette caractéristique dans son attitude globalement très agitée.

3 – Participation au groupe

Les premières séances ont été compliquées avec Oriane. En effet, elle s'agitait à chaque fois et il était parfois nécessaire de la faire s'asseoir un moment afin qu'elle puisse se calmer. Son attitude s'est légèrement améliorée au fil du temps, même si son attention reste tout de même limitée. Elle est aussi assez influençable. Si Isaac s'agite, elle se dissipe à son tour. Oriane a tendance à être dans la provocation. Elle teste le cadre et les limites, en s'emparant du lecteur de musique par exemple, pour nous faire réagir. Elle se jette souvent par terre, ou s'allonge sur le banc lorsque nous sommes assis. Cette agitation peut raisonnablement être imputée à de l'anxiété.

Au départ, nous commençons par le temps musical. Oriane s'est montrée demandeuse, plus encore que les autres. Lorsque je sortais la percussion, elle était pressée de l'avoir dans les mains, et elle demandait de faire seule. Spontanément, elle s'est montrée plutôt à l'aise avec le rythme que nous jouons. En effet, elle a bien repéré la structure rythmique et arrive à taper sur le tambourin. Un point à travailler est d'enchaîner le rythme plusieurs fois. Elle prend peu à peu plus d'assurance, et parvient à enchaîner le rythme, à *minima*. Par ailleurs, Oriane tape très fort, et ne parvient pas à gérer son tonus. De même, lorsque l'on chante, elle a tendance à crier au lieu de chanter. Cela s'est peu à peu résolu au fil des séances, elle réussit de mieux en mieux à se réguler.

D'un point de vue moteur, les choses sont plus difficiles pour Oriane. Tout d'abord, lorsque nous faisons l'échauffement, il n'est pas possible pour elle de nommer les parties du corps que nous mobilisons. Elle se contente de les pointer. Les premiers temps, la *ginga* était laborieuse chez elle. C'est assez normal pour tout débutant. Mais on pouvait clairement observer de mauvais appuis chez Oriane. Elle était instable dans son mouvement et ne parvenait pas à coordonner le jeu de jambe et la garde avec les bras. Ses difficultés de coordination ont persisté au fur et à mesure des séances, notamment au niveau des bras, mais la *ginga* dans l'ensemble

s'est bien améliorée. Elle adopte même un mouvement balancé et c'est ce que l'on recherche en général. Lorsque nous avons introduit les différents coups de pied, il a été assez difficile pour Oriane de ne pas perdre l'équilibre quand elle se trouve un appui unipodal. C'est une jeune fille qui, dans l'ensemble, manque de stabilité. Les esquives sont aussi difficiles pour elle. Elle manque de souplesse, mais surtout, elle se met en boule et ne regarde pas son partenaire.

Malgré son agitation, Oriane se montre volontaire et toujours contente de venir au groupe. Elle montre en outre une bonne évolution, tant sur les aspects musicaux que moteurs.

B - Denise

1 – Anamnèse

a) Contexte familial

Denise est une jeune fille née le 04/04/2003. Elle est la dernière d'une fratrie de trois enfants. Son demi-frère a lui-même cinq enfants à ce jour. Elle a également une sœur qui est en train de repasser son bac. Denise partage sa chambre avec elle, au domicile de la mère. Les parents sont en instance de divorce et Denise n'a pas vu son père depuis trois ans. La mère est dans une situation sociale précaire. Elle ne sait pas lire et travaille occasionnellement en tant que femme de ménage.

b) Antécédents et diagnostic

Denise est née à 38 semaines d'aménorrhée, après une grossesse qui s'est bien déroulée. La mère était alors âgée de 41 ans et elle avait fait trois fausses couches avant d'avoir cette grossesse. L'amniocentèse lui a été proposée mais celle-ci a refusé car elle avait une amie qui avait perdu un enfant après cet examen. Le diagnostic de trisomie 21 est donc posé à la naissance. L'échographie cardiaque est alors normale. Au niveau des antécédents familiaux, notons que la grand-mère maternelle de Denise souffre d'hypertension artérielle et d'arthrose au niveau des genoux, et sa mère a également de l'arthrose. Denise se développera normalement, elle marche à 12 mois par exemple et est assez autonome dans les actes de la vie quotidienne. A 15 mois, elle a fait de l'asthme puis elle n'a pas refait de crise. Elle s'est faite opérer pour l'ablation des végétations et des amygdales en 2008. Elle est souvent sujette à des irritations des yeux, notamment à la piscine, et elle porte des lunettes. Cependant, elle est rarement malade. Denise est une jeune fille avec un surpoids notable voire une obésité, puisqu'elle a un indice de masse corporelle de 30. Elle n'a aucun problème de sommeil, elle mange en trop grande quantité.

A la consultation médicale en 2013, le pédiatre note que Denise est en bonne santé. Elle s'exprime difficilement, avec quelques phrases simples et présente des troubles articulaires. Au niveau de son comportement, elle est beaucoup dans l'opposition, elle respecte difficilement les limites et les règles. L'examen cardio-respiratoire est normal, ainsi que l'oculomotricité.

Denise était scolarisée en maternelle jusqu'à ses sept ans et était suivie en CMP en orthophonie, psychomotricité et par un pédopsychiatre jusqu'à son arrivée à l'IME le 26/08/2010.

2 – Bilans

a) Bilans psychologique et orthophonique

En 2009, Denise est alors âgée de six ans et elle est scolarisée en grande section de maternelle. Elle bénéficie d'un projet personnel de scolarisation et d'une AVS à temps plein qui lui est très bénéfique. La psychologue scolaire note que Denise a beaucoup de mal à soutenir son attention et qu'elle devient opposante lorsque quelque chose est trop compliqué pour elle. Néanmoins, elle montre de bonnes capacités de symbolisation dans ses jeux et elle est en recherche de proximité avec ses pairs. En 2015, la psychologue de l'IME souligne le fait que Denise est de plus en plus adaptée et socialisée mais que la tendance au refus subsiste. Elle veut souvent faire les choses comme bon lui semble et se montre directive avec les autres. Son évolution est lente mais constante, notamment au niveau du langage.

L'orthophoniste de l'IME a suivi Denise depuis son arrivée. Elle conclut en 2015 que cette jeune fille connaît une évolution sensible, notamment au niveau de son comportement. Elle veut bien faire et est toujours partante. Elle a beaucoup progressé au niveau de l'articulation, elle prononce de façon correcte presque tous les phonèmes pris isolément. Ses difficultés de parole sont surtout dues à une certaine précipitation. Le découpage syllabique est peu précis et c'est dans ce sens qu'il s'agirait de continuer le travail. Son vocabulaire s'améliore peu à peu mais sa syntaxe reste rudimentaire, elle confond les genres par exemple. Ses progrès sont très nets concernant le langage écrit : elle copie en lettres capitales et sait reconnaître des mots en lecture globale.

b) Bilan psychomoteur

La psychomotricienne du CMP notait à l'époque que Denise était une jeune fille souriante et gaie, volontaire et participative. Elle présentait un bon contact, recherchait la communication et était très expressive. Son niveau de compréhension était très bon, elle était par exemple sensible à l'humour. Au fil des séances, elles ont beaucoup exploré le rythme, avec des reproductions et de la danse. Denise se montrait très adaptée. J'ai moi-même remarqué cela lors des deux séances de présentation de l'atelier capoeira. Il sera donc intéressant d'approfondir cet aspect-là au cours de nos ateliers. Nous avons fait un bilan avec Denise, en Décembre 2015.

La passation de L'EMG a montré de bonnes capacités visuo-spatiales, elle réussit en effet bien les items avec les mains. Néanmoins, les items les plus complexes avec les doigts ont été

échoués ce qui montre une certaine difficulté au niveau des praxies.

Les différents tests de latéralité indiquent que Denise est droitère. Elle écrit de la main droite, tape dans un ballon du pied droit préférentiellement. Son œil directeur est le gauche.

Les capacités graphiques sont relativement bonnes. Elle peut écrire son prénom et celui des autres. La copie de la figure de Rey simplifiée est assez sommaire et peu organisée, mais elle montre une aptitude à copier rond, carré, triangle et rectangle. Certains détails sont également présents. De mémoire, Denise refait un rectangle et un rond.

Le dessin du bonhomme ressemble à un bonhomme têtard. Le test des somatognosies de Bergès vient confirmer une élaboration pauvre du schéma corporel : Denise peut nommer et désigner les différentes parties du visage, les jambes et les bras, mais ces connaissances des parties du corps sont limitées aux items acquis vers quatre ans.

Nous avons utilisé le test de M. Stamback. Les différents essais sont échoués et Denise ne semble pas avoir accès à la symbolisation. Néanmoins, l'adaptation au rythme est relativement bonne, ceci ayant été observé au cours des premiers ateliers de capoeira. Les notions temporelles et spatiales ont du mal à être intégrées.

Le test du M-ABC confirme les difficultés praxiques de Denise, aux épreuves de dextérité manuelle, son geste est lent et sa pince peu précise. De plus, elle tient son visage très près du matériel. Néanmoins, le tracé de la fleur confirme ses capacités graphiques. Les épreuves de maîtrise de balle sont échouées par rapport à ce qui est attendu. Elle a par exemple des difficultés à ajuster la force de son geste. Elle réussit quand même relativement bien à viser lors du lancer de sac lesté. Dans l'ensemble, Denise est assez à l'aise pour sauter et courir, mais elle est quelque peu gênée dans sa motricité par son surpoids. L'équilibre statique est bon, elle a notamment de bons appuis. L'épreuve d'équilibre dynamique est échouée, en partie à cause d'une mauvaise compréhension de la consigne mais aussi car elle ne positionne pas bien son regard.

Dans l'ensemble, nous pouvons dire que Denise est une jeune fille agréable qui recherche l'échange relationnel. Elle est volontaire et présente de bonnes capacités d'attention et de concentration. Compte tenu de sa déficience intellectuelle, elle présente également de bonnes compétences en graphisme. Sa latéralité est également bien établie. Par contre, elle est plus en difficulté sur d'autres aspects comme l'élaboration du schéma corporel, l'équilibre dynamique ou encore la motricité fine.

3- Participation au groupe

Dès les séances de présentation où nous avons visionné les vidéos de capoeira, Denise a été très attirée par la musique. Elle s'est par exemple mise à taper des mains spontanément, ou à essayer de chanter par-dessus la musique. C'est une jeune fille qui a un bon sens du rythme. Lorsqu'elle prend la percussion, elle perçoit tout de suite la structure et la reproduit. Elle a en revanche plus de mal avec le geste même. Au fil des séances, j'ai proposé aux jeunes un exercice, en leur faisant écouter une chanson, ils devaient taper des mains en rythme sur la musique. Denise, que le rythme soit rapide ou lent, trouve toujours parfaitement le bon tempo. Concernant le chant, elle est également très demandeuse. Un point que nous avons travaillé dès le début des séances est le tour de rôle. En effet, plus que les autres, Denise a des difficultés pour attendre son tour pour chanter. Elle a tendance à chanter avec moi dès que je commence. De même, elle essaye de chanter par-dessus les morceaux que nous écoutons lorsque nous effectuons les mouvements, bien que ceux-ci soient assez complexes au niveau des paroles. Denise chante juste et régule bien l'intensité de sa voix. Elle a en revanche quelques difficultés d'articulation, mais cela s'améliore avec l'entraînement.

Aussi, dès qu'elle entend la musique, Denise se met à bouger et danser. Malgré son surpoids, elle se montre plutôt à l'aise dans sa motricité et dans les différents mouvements que nous avons abordés. Parmi les trois jeunes, c'est elle qui a le plus vite saisi comment faire la *ginga*. Elle a en effet de bons appuis, et elle coordonne aisément le mouvement des bras et des jambes, bien qu'elle inverse parfois sa garde. Son mouvement a gagné en fluidité avec le temps, mais elle continue à beaucoup reculer lorsqu'elle fait la *ginga*. Du fait de son bon équilibre, les coups de pied sont bien réalisés. Lorsqu'elle fait les esquives, elle a une bonne souplesse, pour se mettre accroupie par exemple. Lorsque je lui fais un coup de pied, elle est assez réactive et esquive correctement. Elle se montre aussi créative lorsque l'on joue deux par deux. Elle invente des coups de pied que nous n'avons pas abordés ensemble.

Dans l'ensemble, Denise est à l'aise au sein du groupe, sur les aspects musicaux et moteurs. Elle est toujours volontaire. A certaines séances, lorsque nous allons les chercher, elle fait mine de ne pas vouloir venir. C'est peut-être plus par provocation car elle semble ensuite prendre beaucoup de plaisir pendant les séances. Denise est assez discrète, mais nous pourrions dire qu'elle a un rôle de médiateur au sein du groupe. En effet, elle semble vouloir tempérer les deux autres jeunes lorsqu'ils s'agitent et de même, si l'un des adultes reprend un jeune, elle s'interpose parfois.

C - Isaac

1 – Anamnèse

a) Contexte familial

Isaac est un garçon né le 21/04/2003. Il est le dernier d'une fratrie de cinq enfants, tous beaucoup plus âgés que lui, certains ayant déjà des enfants. Ce garçon vit maintenant seul avec ses deux parents et il a sa propre chambre. Le père a été cuisinier pendant 35 ans, a tenu un commerce et est maintenant à la retraite. Sa mère était mère au foyer. Elle est traitée pour un cancer du sein ce qui l'amène à être très fatiguée. Il y aurait dans l'ensemble une bonne entente familiale et un cadre de vie soutenant et sécurisant pour Isaac.

b) Antécédents et diagnostic

Isaac est né au terme d'une grossesse qui c'est bien déroulée. Les parents ont refusé l'amniocentèse pendant la grossesse et le diagnostic de trisomie 21 est posé à la naissance. On ne décèle pas de cardiopathie. Isaac marchera à un an et demi et parlera français et arabe à la maison. A l'âge de trois ans, il fait de l'asthme pour lequel il sera hospitalisé quelques jours. Puis il ne refera pas de crises. Il n'a pas de terrain allergique, en revanche, il fera de l'eczéma, notamment sur le visage. Selon les dires de la mère, il n'est apparemment jamais malade mais ses voies nasales sont fréquemment obstruées, et il a de grosses amygdales. L'ORL ne propose pas d'intervention mais des traitements symptomatiques ponctuels.

Le médecin qui examina Isaac à l'Institut Lejeune en 2014 a conclu qu'il s'agit d'un garçon très gentil chez qui on ne note pas de trouble du comportement. De par sa déficience intellectuelle modérée, il est plus ou moins autonome : mange seul, s'habille avec une aide partielle, est lavé par sa mère, ne fait pas ses lacets. Il mange et dort bien et n'a aucun problème de transit. Lorsqu'il dort, il peut ronfler mais sans faire d'apnée du sommeil. Les auscultations cardiaque et pulmonaire sont normales. L'oculomotricité est également normale. Isaac doit porter des lunettes et des semelles orthopédiques pour ses pieds plats.

Il sera suivi en CMP par une psychologue et une orthophoniste jusqu'à son admission à l'IME le 02/09/10. Il a été scolarisé en école maternelle depuis l'âge de trois ans, avec une AVS qui n'a pas toujours été présente.

2 – Bilans

a) Bilans psychologique, orthophonique et éducatif

Un examen psychologique a été effectué en 2010, peu de temps après son admission à l'IME. La psychologue note chez Isaac une appétence à la relation ainsi que des capacités certaines à se saisir de ce qui lui est proposé. Il y aurait néanmoins une agressivité latente, qui serait contrôlée et extériorisée dans ses jeux. Son comportement de fuite et de provocation serait, d'après la psychologue, à relier au travail de construction de soi. Isaac chercherait encore à se positionner par rapport à autrui.

L'orthophoniste constate en 2012 qu'un travail sur le langage est difficile car la relation entre eux se fige assez rapidement. Par ailleurs, l'encombrement des voies nasales rend compliqué un travail sur le souffle. Isaac a de grosses difficultés d'articulation, qu'il serait intéressant de travailler. Pourtant, il montre une certaine appétence de langage et un vocabulaire parcellaire. Un an plus tard, l'orthophoniste ne note pas de changement de comportement, pas d'évolution au niveau du langage oral, toujours les troubles de l'articulation. Il peut employer un sujet avec un verbe et utilise quelques expressions.

L'éducatrice d'Isaac note en 2012 qu'il s'agit d'un enfant plutôt équilibré, qui s'insère bien dans les activités proposées mais qui a besoin d'être stimulé pour rester concentré sur la tâche à effectuer. Concernant les aspects relationnels, Isaac a besoin d'être rassuré par l'adulte et de sentir qu'il peut compter sur lui. Il a de bonnes relations avec ses pairs. Il peut être assez influençable, mais il peut également se positionner en leader positif et entraîner les autres.

b) Bilan psychomoteur

A son arrivée à l'IME, Isaac s'est montré calme lors du bilan et capable de suivre des consignes. Néanmoins, l'attention sur une tâche était limitée à cinq ou dix minutes puis il se montrait dispersé. Il était compliqué de lui faire passer des tests standardisés. La psychomotricienne qui recevait alors Isaac a donc décidé de faire une observation lors du jeu spontané. Elle note que ce garçon entre facilement en relation et qu'il montre beaucoup de plaisir à jouer avec les ballons. Il est très expressif au niveau des mimiques faciales et montre d'importantes capacités d'imitation.

Au niveau du schéma corporel et de l'image du corps, les connaissances des parties du

corps sont en dessous de ce qui est attendu pour son âge, seules les parties principales sont nommées et désignées. Le dessin du bonhomme montre une production en deçà de son âge réel : il effectue un rond avec quelques cheveux et un pied.

Au niveau de la latéralité, il se montre droitier pour la main et il tape dans le ballon du pied gauche. Il n'a pas répondu aux différentes questions concernant la connaissance du temps et des notions spatiales. Néanmoins, les différents espaces de l'IME semblent bien repérés. Au niveau des coordinations dynamiques générales, Isaac avait un pas lourd lors de la course, un polygone de sustentation⁵⁶ élargi mais montrait un certain plaisir à courir. Le saut pied joint n'est pas complètement acquis et le saut à cloche pied n'est pas réalisé. Au niveau de la motricité fine, la prise de l'outil scripteur est correcte mais la tenue est légèrement hypotonique, avec un manque de pression.

Afin d'avoir des données plus actuelles, nous avons effectué quelques épreuves de bilan avec Isaac, en Janvier 2016. Isaac c'est montré volontaire et concentré pendant la passation.

Le dessin du bonhomme est assez évolué comparativement à ce qu'on peut observer chez Oriane et Denise. Il montre des détails comme les oreilles et les vêtements. Cependant, son dessin reste en deçà de ce qui est attendu compte tenu de son âge. Il en est de même pour les somatognosies. Il indique sur lui-même et autrui plus de parties que les filles mais ses connaissances s'arrêtent aux items acquis à huit ans.

Lors de la passation de la figure de Rey simplifiée, Isaac est assez adapté, il fait des aller-retour entre le modèle et sa feuille. La production finale est très sommaire, mais il est capable de copier rond, carré, triangle. Il reproduit également ces formes de mémoire.

Les possibilités graphiques sont limitées. De plus, Isaac a une prise de l'outil scripteur imparfaite, il le tient avec quatre doigts. Il se montre droitier pour l'ensemble des activités graphiques. Nous n'avons pas évalué sa latéralité de façon plus approfondie.

La passation de l'EMG montre de bonnes capacités visuo-spatiales. En revanche, l'échec aux épreuves des doigts montre quelques difficultés praxiques. Cet élément est confirmé par les épreuves de motricité fine du M-ABC.

Isaac est un garçon à l'aise dans sa motricité globale, il aime courir et sauter. Néanmoins

⁵⁶ Le polygone de sustentation correspond à la surface au sol, qui relie les points d'appui et dans laquelle se projette le centre de gravité du corps.

il a une certaine difficulté à réguler son tonus. Nous pouvons observer cela lors des épreuves de maîtrise de balle du M-ABC. Il échoue, en général, car il n'arrive pas à contrôler son geste et sa force. L'équilibre statique est un peu compliqué. Isaac est assez agité, mais il manque surtout de persévérance face à l'exercice demandé. L'équilibre dynamique est bon en revanche.

L'adaptation au rythme est médiocre. Nous l'avons observée avec le test de Soubiran. Isaac a tendance à taper des mains très vite, peu importe le rythme montré. Son tempo spontané est assez rapide. Les notions spatio-temporelles de son âge ne sont pas toutes acquises.

3 – Participation au groupe

Isaac est un garçon débordant d'énergie qui semble profiter pleinement du groupe. Il se montre souriant et participatif. Lorsque l'on fait un temps de parole au début de la séance, pour se remémorer ce qu'on a fait à la séance précédente, il s'impose et se souvient très bien des mouvements travaillés, ainsi que des paroles des chansons. Ainsi, il montre de très bonnes capacités mnésiques. Par ailleurs, il est celui qui se montre le plus à l'aise pour nommer les différentes parties du corps que nous mobilisons pendant l'échauffement. Par contre, il se montre parfois fatigable et dit « dormir » et s'allonge par terre. Il peut aussi manquer de persévérance face à une nouveauté, il dit « c'est dur ».

Ce garçon a quelques difficultés pour réguler son trop plein d'énergie. En effet, que ce soit lorsque nous jouons du *pandeiro* ou quand nous faisons les mouvements, Isaac montre comme une décharge pulsionnelle et il ne parvient pas à réguler son tonus. Il est globalement sur un versant hypertonique. Il tape très fort sur la percussion et a tendance à crier lorsqu'il chante. Dans les temps moteurs, il effectue les mouvements en se crispant, il témoigne même d'une certaine agressivité lorsqu'il fait les coups de pied.

Isaac est assez rigide dans ses mouvements. Il ne balance pas son corps dans la *ginga*, il a tendance à mettre un pied derrière l'autre et les alterner de façon mécanique. Néanmoins, il parvient bien à coordonner le haut et le bas du corps et montre un bon équilibre pour effectuer les coups de pied. Il parvient à réaliser les différentes esquives de façon assez fluide. Lorsque quelqu'un lui fait un coup de pied quand on joue deux par deux, il a tendance à prendre peur. Il fait un petit cri et verbalise « j'ai peur » ! Néanmoins, il prend plus d'assurance au fil des séances et parviens maintenant à ne pas se figer et à esquiver lorsque le coup arrive.

D'un point de vue musical, nous pouvons dire qu'Isaac a quelques difficultés rythmiques. Il ne parvient pas à reproduire le rythme sur la percussion, il tape en continue. De plus il ne parvient pas à taper des mains avec le bon tempo sur de la musique. Il a souvent tendance à être trop rapide et précipité. Il s'améliore néanmoins avec les séances. Ce sont des choses assez difficiles qui demandent un certain temps de pratique. Lorsqu'il chante, Isaac est plus à l'aise que les autres au niveau de l'articulation et du tour de rôle également.

Au fil des séances, Isaac s'est montré de plus en plus dynamique, voire même dispersé. Il se laisse parfois influencer par l'agitation d'Oriane. Lorsque nous avons commencé à faire des mouvements au sol, il s'est lui aussi montré créatif, à essayer des choses lorsque nous jouons deux par deux. Dans l'ensemble, Isaac montre une belle évolution.

Après avoir présenté chacun des trois participants, je vais tenter d'analyser d'une part, la dynamique qui s'est installée dans le groupe ainsi que l'importance du regard de l'autre dans ce dispositif. D'autre part, je me pencherai sur l'importance de la communication non verbale auprès de ces jeunes. Enfin, je discuterai de l'intérêt de la capoeira, en tant qu'approche psychomotrice.

III DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

1- Le groupe

a) Un groupe à médiation thérapeutique

Le terme "groupe", vient de l'italien *gruppo* qui signifie nœud. Il est actuellement défini comme suit : « Ensemble distinct de choses ou d'êtres de même nature, réunis dans un même endroit ». ⁵⁷ Dans le langage courant, le mot désigne une réunion de personnes. D'après Didier Anzieu et Jacques-Yves Martin (1968), il faut deux individus pour faire un couple et trois au moins pour constituer un groupe. Ces auteurs distinguent cinq catégories fondamentales de groupes.

La foule renvoie à un groupe d'individus réunis en grand nombre dans un même endroit, sans avoir cherché intentionnellement à se réunir. Chaque personne a des motivations individuelles et il y a un faible niveau de contacts sociaux entre les membres. **Le groupement** caractérise les gens qui se réunissent en nombre variable et avec une fréquence plus ou moins grande. Les objectifs de réunion sont relativement permanents. **La bande** caractérise des individus qui se regroupent pour le plaisir d'être ensemble, par recherche de semblables. Le nombre de membres est limité et la durée de rassemblement est plus grande que pour la foule. Cette structure apporte sécurité et soutien affectif aux individus. Nous retrouvons particulièrement ce type de groupe à l'adolescence. **Le groupe primaire** ou groupe restreint est celui qui nous concerne spécifiquement. Il s'agit de réunion d'un nombre restreint de personnes, chacune ayant une perception individualisée des autres. La communication en face à face est possible entre chaque personne. Il y a une relation affective et d'interdépendance entre les membres et ils poursuivent les mêmes buts. Par ailleurs, il y a élaboration et transmission de valeurs et de normes sociales. La famille est l'exemple même du groupe primaire. Les groupes thérapeutiques entrent également dans cette catégorie. **Le groupe secondaire** ou organisation renvoie à un système social qui fonctionne en institution. Les personnes qui composent ces groupes poursuivent des fins déterminées ou complémentaires. Les institutions au sein desquelles nous intervenons sont un exemple de groupe secondaire.

Gérard Bleandonu nous donne la définition suivante d'un groupe thérapeutique : c'est « [...] un ensemble de personnes réunies temporairement dans un même lieu en vue d'un objectif

⁵⁷ Le petit Larousse (1999), p493

thérapeutique. »⁵⁸. D'après René Kaës, « [...] le groupe est thérapeutique parce qu'il est le lieu de la réunification interne, le lieu du sens et le lieu du lien [...] »⁵⁹. Il ajoute que : « [...] le lien intersubjectif soigne »⁶⁰. Par les mécanismes mis en jeu dans un groupe, une dynamique se crée pour une construction de l'identité individuelle et groupale. Pour Catherine Potel (2002), les fonctions du groupe sont : la désérotisation de la relation corporelle, le travail des identifications et le sentiment d'appartenance au groupe, c'est donner l'occasion de trouver sa place et faire l'expérience de l'altérité. Nous le verrons dans la dynamique du groupe de capoeira, chacun des trois jeunes cherchait sa place et un étayage dans la relation interpersonnelle. Par ailleurs, notons que ce sont des jeunes qui ont l'habitude d'être en groupe au sein de l'IME. Néanmoins, ils ne font pas tout les trois partie du même groupe éducatif. C'est donc une nouvelle dynamique qui s'est installée au sein de l'atelier capoeira. Le groupe thérapeutique permet à chacun des membres de s'appuyer sur les autres pour régler ses propres conflits internes et renforcer sa construction psychique. Par ailleurs, d'après G. Bleanonu (1991), le groupe thérapeutique permet aux participants de découvrir que d'autres pensent et souffrent comme eux.

Le groupe de capoeira peut être considéré comme un groupe à médiation thérapeutique. C. Potel nous dit à ce sujet que dans ces types de groupes, « [...] c'est la relation et la communication [...] qui vont être le premier des objectifs. La médiation est un intermédiaire, un "liant" qui met en relation les membres. »⁶¹. Médiatiser c'est mettre au milieu, créer un intermédiaire entre soi et l'autre. En effet, dans le groupe que nous avons monté, la capoeira est le prétexte qui met les trois jeunes, le psychomotricien et moi-même en relation. Il s'agit d'un groupe où les participants sont réunis autour d'une activité, d'une expression. La capoeira est une activité qui met en jeu l'expressivité du corps. Oriane, Denise et Isaac ont pu expérimenter cela et se montrer créatifs lorsque l'on jouait deux par deux. Je pense que la situation de groupe peut favoriser la spontanéité et la créativité dans le jeu, puisque chacun peut s'inspirer des autres pour élaborer de nouveaux mouvements. Bernard Chouvier dit à ce propos que : « Le groupe est capable de faciliter, de développer et d'amplifier la créativité »⁶².

Concernant le cadre d'un groupe thérapeutique, les thérapeutes ont le choix de créer un groupe ouvert ou fermé. Le groupe ouvert est une situation où le nombre de participants varie, chacun est libre de participer une ou plusieurs fois. Les thérapeutes peuvent également changer dans certains cas. Cette configuration amène une certaine souplesse. Avec mon maître de stage, nous avons choisi à l'inverse de créer un groupe fermé. Ce sont toujours les mêmes participants

58 G. Bleanonu (1991), p9

59 R. Kaës (1999), p7

60 *Ibid*, p9

61 C. Potel (2010), p317

62 A. Brun ; B. Chouvier ; R. Roussillon (2013), p71

tout au long de la durée de vie du groupe, qui est elle-même déterminée. Nous avons choisi cette structure afin de créer un cadre stable et une cohérence interne. Par ailleurs, soulignons le rôle des thérapeutes au sein d'un groupe thérapeutique. Ce sont les meneurs. D'après R. Kaës, « [...] son rôle est d'abord de faire face à la satisfaction des besoins fondamentaux des membres du groupe, d'assurer la régulation des processus de groupe, notamment celui qui concerne la (bonne) communication, l'ajustement des places dans le groupe, la gestion de l'arbitrage de conflits [...] »⁶³. Au sein de l'atelier capoeira, mon maître de stage et moi jouons des rôles différents et complémentaires. Comme je suis celle qui connaît bien la médiation capoeira, c'est moi qui mène le groupe de façon générale. Je propose les exercices, montre l'exemple et guide les jeunes pour faire les mouvements, je mène les chants. Mon maître de stage dynamise le groupe et accompagne les jeunes, les encourage. Nous avons tout les deux la tâche de réguler la communication et l'ajustement des places, comme le souligne R. Kaës. Nous avons par exemple passé beaucoup de temps à reprendre Oriane, dont le comportement peut perturber le travail dans le groupe lorsqu'elle s'agite. Occasionnellement, mon maître de stage sortait de la salle avec elle afin qu'elle soit plus tranquille pendant que je continuais la séance avec Denise et Isaac. Voyons maintenant quels sont les enjeux de la dynamique du groupe.

b) Dynamique du groupe

De nombreux auteurs s'accordent pour dire qu'un groupe n'est pas égal à la somme de ses membres. D'ailleurs, l'utilisation du mot "membre" pour qualifier les participants d'un groupe souligne le fait qu'ils sont tels les parties d'un même corps. R. Kaës dit à ce sujet que : « La psychanalyse soutient l'idée d'une réalité psychique spécifique dans le groupe, irréductible à la juxtaposition des réalités individuelles »⁶⁴. Un phénomène remarquable qui se produit dans les groupes d'après cet auteur, est ce qu'il appelle la diffraction du transfert. Au lieu d'être centré sur le seul analyste, le transfert est multilatéral. Voici une définition du transfert, donnée par Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis : « Désigne, en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établie avec eux et éminemment dans le cadre de relation analytique »⁶⁵. Ce phénomène existe également en thérapie psychomotrice, le patient projetant des éléments de sa vie psychique sur le thérapeute. Dans la situation de groupe, le transfert s'effectue donc sur les différents thérapeutes, mais il y a aussi des transferts latéraux sur les autres membres du groupe. D. Anzieu et J-Y. Martin disent ainsi que : « [dans les groupes d'enfants] le transfert est non plus centré sur le seul psychothérapeute mais "dilué" sur les autres membres. La coprésence d'autres sujets, ayant aussi

63 R. Kaës (1999), p46

64 *Ibid*, p9

65 J. Laplanche ; J-B Pontalis (1967), p492

leurs problèmes, en facilite pour chacun l'expression »⁶⁶. Enfin, C. Potel (2002) considère elle que les phénomènes transférentiels latéraux permettent de diversifier les figures identificatoires et relancer les relations. Dans le groupe de capoeira, j'ai pu observer avec Denise notamment, un comportement très différent avec mon maître de stage et moi. C'est une jeune fille qui peut souvent être dans l'opposition. Néanmoins, elle semble l'être d'autant plus avec mon maître de stage. Tandis qu'avec moi, elle m'observe et me sourit et me dit « tu es belle » à chaque séance. Par ailleurs, peut-être qu'elle s'identifie d'avantage à moi car je suis une femme.

D. Anzieu et J-Y. Martin (1968) décrivent trois grandes périodes dans l'évolution interne des groupes. Tout d'abord il y a une période initiale caractérisée par la présence d'angoisses archaïques comme le morcellement ou la persécution. Il y a de plus une menace de perte d'identité individuelle. La seconde phase est l'illusion groupale. Les participants sont euphoriques car ils se sentent bien ensemble. Le groupe est vécu comme un bon objet et les mauvais objets sont projetés à l'extérieur du groupe. La troisième période est la re-différenciation : les identifications se réorganisent au profit de l'individuation. C'est surtout la deuxième phase que j'ai pu observer au sein de l'atelier. En effet, il semble que les trois jeunes soit heureux de se réunir et il se dégage une atmosphère euphorique. Souvent, les jeunes entrent en contact physique les uns avec les autres, notamment Denise et Isaac, qui se font des accolades.

D'après G. Bleanonu (1991), la première réalisation effective du groupe est la recherche d'un leader, d'un chef. Au sein d'un groupe thérapeutique, ce peut être le meneur, le thérapeute, mais un leader peut aussi se dégager parmi les participants. Au sein de notre groupe capoeira, il n'y a pas à proprement parlé de chef parmi les jeunes. Néanmoins, je pense que par son agitation, Oriane cherche peut-être à se positionner en leader. Elle recherche visiblement l'attention de l'ensemble du groupe et notamment, elle tente d'entraîner Isaac dans ses comportements perturbateurs. Et cela fonctionne en général, ce dernier se met également à s'agiter, il prend l'enceinte de musique ou va se cacher derrière les rideaux. De ce point de vue, il semblerait que Isaac se positionne en suiveur. Comme nous l'avons dit dans sa vignette clinique, c'est un garçon qui peut être assez influençable et c'est ce que nous observons. Quant à Denise, bien qu'elle se montre parfois opposante en début de séance, elle participe finalement volontiers et s'engage pleinement dans les exercices. Elle se montre assez discrète et est très observatrice. Comme le souligne C. Potel, « Chacun a donc un rôle, une place particulière, selon sa position dans le groupe mais aussi selon sa personnalité »⁶⁷.

66 D. Anzieu ; J-Y. Martin (1968), p338

67 C. Potel (2002), p153

Dans l'ensemble, il y a une atmosphère positive au sein du groupe capoeira. Les trois jeunes manifestent un plaisir de participer. Néanmoins, je remarque une certaine excitabilité, notamment chez Oriane et Isaac. R. Kaës écrit : « La pluralité dans la situation de groupe développe des expériences passagères de débordement et de mise en faillite de la capacité d'associer des stimulations excitatrices avec des représentations »⁶⁸. Nous comprenons ainsi que le simple fait de se rassembler peut créer un débordement. Par ailleurs, cette situation de groupe peut également mettre à mal la capacité à intégrer les stimulations. Nous le verrons plus loin, avec la capoeira se dégage une certaine quantité d'énergie qui est peut-être excessive pour les jeunes à certains moments. Je pense que c'est surtout Oriane qui a du mal à gérer cette stimulation. A plusieurs séances, lorsqu'elle s'est agitée, elle s'est enroulée dans le rideau de la salle. Cette action peut avoir plusieurs significations. Chez elle, il y a un aspect provocateur : elle teste les limites et le cadre. Mais je pense surtout que ce qu'elle cherche là une certaine contenance. Elle se sent peut-être débordée par ses affects et se serrer physiquement dans quelque chose lui permettrait de tenir. D'après Mr Petit-Garnier, inclure son corps dans des contenants circulaires ou des rideaux est un signe de récupération du sentiment d'enveloppe. Ce type de comportement renvoie aux cinq étapes de construction de l'image du corps et de sortie de l'autisme, décrites par G. Haag⁶⁹.

Un autre fait remarquable dans la dynamique d'un groupe est ce que R. Kaës (1999) appelle l'enveloppe psychique groupale. L'auteur dit que : « [...] le groupe doit produire une barrière et une frontière pour assurer l'équilibre de ses échanges avec l'extérieur et la cohésion interne de son espace »⁷⁰. Cette barrière protectrice a une fonction de contenance et de filtre entre l'intérieur et l'extérieur du groupe. Elle permet de plus de créer un espace interne avec une temporalité propre. Un certain comportement chez Denise permet d'illustrer ce point : à chaque séance lorsque l'on entre dans la salle, elle éprouve le besoin de fermer les rideaux. Ce peut être un simple rituel mais je pense surtout que c'est une manière pour elle de matérialiser cette distinction entre l'intérieur et l'extérieur du groupe. Derrière la fenêtre il y a une cour où il y a peu de passage. Ce n'est donc pas pour protéger le groupe de regards éventuels, mais plus pour créer un espace interne séparé de l'extérieur. Cependant, nous allons voir maintenant que le regard de l'autre à une place centrale.

c) Le regard de l'autre : l'image du corps en question

De façon générale dans la capoeira, le regard est primordial. Lorsque l'on joue deux par

68 R. Kaës (1999), p41

69 Mr Petit-Garnier, cours de psychologie du 22/02/16, IFP Pitié-Salpêtrière. Non publié à ce jour.

70 R. Kaës (1999), p51

deux, il s'agit de ne pas quitter l'autre des yeux afin de lire au mieux ses intentions. Par ailleurs, pour apprendre il s'agit d'imiter les mouvements que fait le meneur. Afin de favoriser l'observation, nous avons choisi avec mon maître de stage de ne pas faire tous ensemble les mouvements, mais deux par deux en face-à-face afin que les autres participants puissent regarder comment font les autres. De cette manière, les jeunes sont d'autant plus exposés au regard de l'autre. Dans les différents exercices, j'ai remarqué qu'Oriane ne me regardait pas. A la place, elle regarde le reste du groupe, comme pour vérifier que eux la regarde. Elle semble ainsi en quête de l'attention des autres. Comme nous allons le voir, l'image du corps est éminemment sociale et cette recherche chez Oriane est peut-être liée à la construction de son image dans le regard de l'autre.

Pour Paul Schilder, « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même »⁷¹. Pour cet auteur, les notions de schéma corporel et d'image du corps sont confondues. Il soutient par ailleurs l'idée que l'image du corps est par essence sociale. Ainsi, il nous dit : « [...] le modèle postural du corps de chaque être humain est en rapport avec celui des autres et quand nous ne sommes pas capables de percevoir correctement notre propre corps, nous ne sommes pas non plus capables de percevoir correctement le corps d'autrui »⁷². Ainsi, nous comprenons qu'une activité de groupe telle que la capoeira met en jeu l'image du corps en cela que l'on est en perpétuelle observation de l'autre et de son corps. L'auteur ajoute qu'une activité comme la danse permet de briser la rigidité de l'image du corps, en créant par le mouvement une stimulation vestibulaire, et une tension et un relâchement des muscles. D'autres auteurs rejoignent P. Schilder dans la conception d'une image du corps éminemment relationnelle.

Françoise Dolto théorisa également sur l'image du corps, en opérant une distinction entre le schéma corporel et l'image inconsciente du corps. Pour elle, « Si le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus [...] l'image du corps, par contre, est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire »⁷³. L'image du corps serait une synthèse de notre vécu relationnel et émotionnel. Ainsi, dans cette conception, le schéma corporel renvoie à la matérialité du corps, et son équipement neurosensoriel. L'image du corps en revanche, fait appel à la notion d'investissement libidinal du corps. C'est la façon dont le sujet a construit une représentation inconsciente de son corps en relation avec celui des autres. Cette image est marquée par l'histoire du sujet et elle continue d'évoluer, elle est en perpétuel remaniement. Pour F. Dolto, l'image dynamique du corps est composée de trois modalités. La première est l'image

71 P. Schilder (1935), p35

72 *Ibid*, p66

73 F. Dolto (1984), p22

de base, qui correspond à la sensation de se sentir exister de façon continue, dans une « mêmeté d'être ». La seconde est l'image fonctionnelle : c'est l'image « [...] sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir »⁷⁴. Elle est liée aux pulsions de l'individu. Enfin, la dernière composante est l'image érogène. Elle renvoie aux zones érogènes du corps qui procurent plaisir et déplaisir dans la relation à l'autre. L'intérêt de cette théorisation de l'image du corps est, ici encore, l'aspect relationnel du concept. L'auteur ajoute en effet que : « C'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui »⁷⁵.

Éric W. Pireyre rejoint les précédents auteurs en soulignant l'aspect relationnel de l'image du corps. Il dit : « L'image du corps est en constante évolution. Même si elle est fondamentalement résultante de l'histoire personnelle, elle reste modelée en permanence par l'appartenance au groupe »⁷⁶. Cet auteur va plus loin dans la description de l'image du corps. En effet, il la considère comme composite, composée de neuf sous-systèmes. Le premier est la sensation de continuité d'existence, à rapprocher de l'image de base chez F. Dolto. La deuxième est l'identité et renvoie à l'image fonctionnelle. La troisième est l'identité sexuée, liée à l'image érogène. Puis il ajoute : la peau physique et psychique ; la représentation de l'intérieur du corps ; le tonus ; la sensibilité somato-viscérale à assimiler au schéma corporel ; les compétences communicationnelles du corps et enfin, les angoisses corporelles archaïques. Cette conception de l'image du corps englobe donc de nombreuses notions. Nous comprenons ainsi que tout travail corporel met en jeu l'image du corps. Notamment, ce que nous étudierons dans la prochaine partie, c'est l'importance des compétences communicationnelles du corps ou communications non-verbales, dans le groupes capoeira.

D'après Jacques Michelet, « Au centre du vécu des personnes handicapées mentales, se trouvent des fantasmes de mort, de destruction corporelle et de morcellement »⁷⁷. Dans la déficience intellectuelle légère et modérée, le schéma corporel est en général bien constitué. L'image du corps en revanche, peut être dévalorisée. Dans la trisomie 21 notamment, le handicap est visible au niveau de la morphologie. Entre donc en jeu le regard des autres. Dans l'atelier capoeira, chacun est confronté au regard de l'autre comme nous l'avons souligné. D'une part, cela permet au jeunes de s'identifier les uns aux autres ; par ailleurs, il y a une revalorisation narcissique de chacun. En effet, mon maître de stage et moi-même les valorisons lorsqu'ils effectuent les différents mouvements. Il s'agit de leur renvoyer une image positive de leur

74 *Ibid*, p55

75 *Ibid*, p23

76 E. W. Pireyre (2011), p35

77 J. Michelet (2010), p48

capacités. Ainsi, je pense que cette médiation peut être un moyen de travailler sur le schéma corporel et sur la revalorisation de l'image du corps.

Par ailleurs, J. Michelet ajoute que : « Au delà de l'expression verbale très limitée chez les personnes déficientes mentales, nous essayons en tant qu'animateurs d'être attentifs à ce qu'elles font »⁷⁸. Il s'agit d'être à l'écoute de toute l'expression non-verbale chez ces personnes. C'est ce que nous allons étudier maintenant.

2 – La communication non-verbale

a) Un étayage de la communication verbale

D'après D. Anzieu et J-Y. Martin, « La communication est l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation d'une (ou plusieurs) personne(s) – l'émetteur – avec une (ou plusieurs) personne(s) – le récepteur –, en vue d'atteindre certains objectifs »⁷⁹. Communiquer c'est exprimer quelque chose d'un état intérieur et nous communiquons malgré nous, à travers ce que nous pouvons appeler la communication non-verbale ou la communication corporelle. D'après Jacques Corraze, « On entend par communications non-verbales l'ensemble des moyens de communication existants entre des individus vivants et n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrits, langage des sourds-muets, etc.) »⁸⁰. On retrouve parmi les canaux de communication non-verbaux : les gestes, les postures, les orientations du corps, les distances entre les individus, les expressions faciales, le regard, la tonalité de la voix ou encore le tonus. L'ensemble de ces éléments permettent de traduire l'état émotionnel des individus, mais aussi ses intentions de communiquer ou de ne pas communiquer. Cela transmet des informations et régule les interactions.

Ce type de communication est associée au langage et d'après J. Corraze (1980), le système non-verbal augmente considérablement la qualité de la conversation. Je pense que c'est d'autant plus le cas avec des personnes déficientes intellectuelles. En effet, comme nous l'avons vu, les troubles du langage sont plus ou moins présents chez ces personnes, et cela peut entraver la qualité de la conversation. Concernant les trois jeunes de l'atelier, la compréhension est en général bonne. Ils se saisissent facilement des consignes. Néanmoins, il est préférable que le langage verbal soit soutenu par des gestes par exemple. Je pense en effet aux moments où nous

⁷⁸ *Ibid*, p49

⁷⁹ D. Anzieu ; J-Y. Martin (1968), p189

⁸⁰ J. Corraze (1980), p15

chantons. Je prend d'abord la parole puis les jeunes répètent en cœur. Afin de matérialiser ce tour de rôle, je me suis servie de gestes, en ramenant les mains vers moi lorsque c'est à mon tour puis vers eux pour les cœurs. Cela a permis de faciliter la compréhension de la consigne. Sur le versant de l'expression, les trois jeunes sont assez limités. Ils s'expriment par des mots-phrases ou des phrases simples. Il est également assez difficile pour eux de verbaliser un ressenti. En cela, leurs gestes, mimiques et postures nous aident grandement à les comprendre. Nous prendrons plus loin l'exemple du regard et des sourires. Le ton de la voix est également un indicateur. Lorsque nous jouons deux par deux et qu'une troisième personne vient couper le jeu, j'ai appris aux jeunes à mettre la main devant la personne avec qui ils veulent jouer. Denise en revanche, met la main devant la personne qu'elle souhaite faire sortir, et dit « tu sors ! » sur un ton autoritaire. Par là, elle semble chercher à s'affirmer. En effet, cette jeune fille est plutôt discrète dans le groupe, le moment de jouer est une occasion de prendre sa place.

La capoeira est propice à la communication non-verbale. D'après P. André, T. Benavidès et F. Giromini (2004), la danse est un langage, une expression qui utilise le corps comme médiateur et comme interaction. Ils nous disent : « La danse est une façon d'aborder à travers la maîtrise gestuelle, l'expression des sentiments et des affects »⁸¹. En capoeira, le jeu est une façon de s'exprimer corporellement, nous pouvons transmettre à l'autre nos états émotionnels. Je me souviens d'un professeur de capoeira qui disait « Avec la *ginga*, qu'est-ce que vous avez envie de dire ? ». Le jeu de la capoeira est en effet un dialogue non-verbal entre deux personnes, c'est un jeu de question-réponse. La présence de la musique est également un vecteur de communication. Elle médiatise une relation à valeur thérapeutique. R. Misès, R. Perron et R. Salbreux disent à ce propos que : « La musique représente un mode d'abord intéressant chez les enfants déficients mentaux, en créant un support d'échange qui ne passe pas exclusivement, ni même nécessairement par la parole »⁸².

Nous avons souligné plus haut l'importance du regard dans la capoeira. Le regard est un vecteur important de communication non-verbale. En effet, sa direction ou encore certaines mimiques comme écarquiller les yeux ou froncer les sourcils peuvent nous renseigner sur les intentions ou les émotions de l'autre. J. Corraze souligne à propos du regard : « [...] regarder les yeux de quelqu'un peut très largement signifier qu'on désire attirer son attention sur nous »⁸³. Isaac et Denise sont souvent dans ce type d'attitude. Ils regardent beaucoup les autres. Notamment Denise, qui me fixe parfois longuement. J'interprète cela comme une recherche d'interaction. Oriane en revanche, ferme régulièrement les yeux alors même que nous sommes en

81 P. André ; T. Benavidès ; F. Giromini (2004), p194

82 R. Misès ; R. Perron ; R. Salbreux (1994), p214

83 J. Corraze (1980), p127

train de lui parler. Ce comportement peut être une façon pour elle de se retirer de la relation. Une autre explication possible est qu'elle a peut-être des difficultés à soutenir le regard de l'autre, et que chez elle, la relation se base sur d'autres canaux, le sourire par exemple.

Le sourire est également un marqueur non-verbal à prendre en compte dans les relations interpersonnelles. Pour J. Corraze, « On peut dire que le sourire est un signe d'apaisement et le trouver sur le visage de l'autre est le gage d'une relation affective positive »⁸⁴. Au sein du groupe capoeira, je suis particulièrement attentive aux mimiques des jeunes. A la fin des séances, nous nous asseyons en cercle afin de faire un temps d'échange sur la séance. Les jeunes verbalisent peu en général. Ils disent « c'était bien », ou font la liste de ce que nous avons fait. La présence de leurs sourires en début ou en fin de séance est pour moi un indicateur de leur plaisir à être là et que la séance s'est bien passée pour eux. Chez Oriane, le sourire est plus ambigu. Elle sourit presque en permanence, peut-être par amusement lorsqu'elle se montre provocatrice. Mais ce signe pourrait avoir d'autres significations. Elle a un sourire plaqué qui ne s'adresse pas forcément à l'autre. Cela peut être un signe de son anxiété.

b) Le juste distance

Comme nous l'avons évoqué, la distance entre les individus est également un marqueur qui a valeur de communication. J. Corraze nous dit à ce propos : « [...] l'organisation de l'espace procède des canaux de communication [...] »⁸⁵. Les canaux de communication que l'on utilise pour comprendre notre environnement diffèrent selon la distance. C'est ce que théorisa Edward T. Hall, anthropologue américain, dans son ouvrage « La dimension cachée » (1966). Il utilise le terme de « proxémie » pour qualifier l'usage que l'homme fait de l'espace. Les distances interpersonnelles seraient régies par des règles sociales et culturelles subtiles. L'auteur décrit quatre distances utilisées par les hommes. La plus rapprochée est la **distance intime**, du contact corps à corps à 40 centimètres environ. Dans cette zone, la présence d'un autre non familier est envahissante et provoque une gêne chez la personne. La **distance personnelle**, jusqu'à un mètre 25, correspond à la distance des relations amicales. C'est une zone où le visage est perçu très nettement et où les canaux de communication privilégiés sont la vue et l'ouïe. La **distance sociale**, jusqu'à trois mètres 60, correspond à celle des relations plus formelles, comme les relations professionnelles par exemple. La voix est encore perçue distinctement. Enfin, la distance est celle d'une personne qui fait un discours à un public par exemple. Une aide technique est en général nécessaire pour que la voix soit perçue et les traits du visage sont imperceptibles. L'orateur s'aide également de gestes pour moduler son discours. De façon générale, lorsque nous

84 *Ibid*, p124

85 *Ibid*, p207

jouons la capoeira, nous observons une distance personnelle, comprise entre 40 centimètres et un mètre 25.

En capoeira, il s'agit de trouver la bonne distance entre soi et son partenaire. Si on est trop proches, on risque de s'entrechoquer en faisant les mouvements. Si on est trop éloignés, la personne n'a pas besoin d'esquiver les coups et cela perd de son intérêt. Rappelons comment s'effectue la *ginga*, pas de base de la capoeira. Dans la position de départ, une jambe se trouve à l'arrière du corps. Les jambes sont légèrement pliées et le buste est en avant. Puis dans un mouvement balancé, la jambe qui se trouvait à l'arrière revient sur une ligne médiane, à côté de l'autre jambe. Puis c'est l'autre pied qui va vers l'arrière. Élodie Rey (2005) souligne très justement que dans cette *ginga*, il y a une alternance entre un mouvement d'aller vers l'autre et un retour sur soi. Ce mouvement crée un espace personnel entre soi et l'autre, que chacun est libre de moduler. Par ailleurs, en début de jeu, on serre la main de son partenaire. Il y a donc un premier contact physique. Par la suite, on peut entrer dans l'espace intime de l'autre avec certains mouvements.

Au sein de l'atelier, j'ai observé que les jeunes se tenait à une distance assez éloignée lorsqu'ils font la *ginga* et pendant le jeu. C'est moins perceptible chez Isaac, qui est assez statique lorsqu'il fait la *ginga*. Denise et Oriane, elles, reculent systématiquement. Nous pouvons comprendre cela de plusieurs manières. Tout d'abord, j'observe lors de mes entraînements que cette tendance à reculer se retrouve souvent chez un débutant. Mécaniquement, la personne recule lorsqu'elle fait la *ginga*. Néanmoins, lorsque le mouvement devient plus fluide, dans les quelques semaines qui suivent le début de la pratique, la personne cesse de reculer en général. Une autre raison qui peut amener les jeunes du groupe à se tenir loin du partenaire est peut-être une certaine appréhension, une peur de se prendre un coup. Ici est soulevée la question de la confiance. Avant de jouer deux par deux, nous nous serrons la main pour signifier que l'on ne va pas se faire de mal. Mais les jeunes restent conscients qu'ils peuvent quand même se toucher avec les coups de pied.

Nous venons de voir que le regard, le sourire, la modulation de la voix ou encore la distance interpersonnelle, ont une valeur de communication non-verbale au sein de l'atelier. Ces indicateurs sont des supports afin d'améliorer la qualité de la communication, avec des jeunes qui ont des capacités langagières limitées. Par ailleurs, par la musique de capoeira qui est inductrice de mouvement, il se dégage une certaine quantité d'énergie pendant les séances. C'est ce que nous allons aborder maintenant.

c) Une énergie singulière

En capoeira, on parle souvent de l'énergie. On l'appelle « *Axé* » ou « *Aché* ». Pour Bira Almeida, « L'Aché représente, en capoeira, la connexion avec les racines, une énergie que chaque *capoeirista* se doit de développer »⁸⁶. Cette conception renvoie aux rites africains où une énergie transcendante est cultivée. L'auteur ajoute que : « Pendant la *roda*, les *capoeiristas* et les gens qui chantent et tapent des mains autour du cercle partagent une énergie continue et intense »⁸⁷. En effet, une fois que la *roda* a commencé, la musique ne s'arrête plus jusqu'à la fin. Cela crée une atmosphère particulière où se dégage une énergie positive forte et porteuse. Par exemple, lorsque l'on est au centre de la *roda* pour jouer, le son des instruments et les tapements de mains donnent une force insoupçonnée pour jouer. Cette énergie décuple les capacités. Lorsque l'on fait une *roda*, le cercle doit être fermé pour préserver cette énergie et la concentrer au centre de la ronde. Pour certains, la musique calme et apaise. En revanche, comme le souligne L. Karsenty (2014)⁸⁸, l'énergie singulière créée par et pour les joueurs peut amener une atmosphère de tension.

Au sein du groupe capoeira, j'ai surtout pu observer un effet dynamisant de la musique. Comme je l'ai déjà mentionné, dès que je mets la musique, les jeunes commencent à taper des mains et danser, voire de chanter dans le cas de Denise. La musique a bien un effet inducteur de mouvements. Les quelques premières séances du groupe, nous faisons la *ginga* sans musique et je remarque que les jeunes étaient plus calmes alors. Néanmoins, il semble qu'ils prennent plus de plaisir à se mettre en mouvement maintenant que nous utilisons un support musical. Dans cette atmosphère exaltée, les mouvements s'enchaînent et Denise notamment, montre une belle créativité. Elle invente des coups de pied. Par ailleurs, il semblerait que l'agitation de Oriane et Isaac, et le fait que Denise se mette toujours à danser peut signifier que les jeunes se servent de cet espace pour décharger une certaine énergie interne. C. Potel nous dit à ce propos : « Danser peut être la possibilité d'expulser au dehors une énergie vitale en excès, dans une sécurité offerte par la référence groupale »⁸⁹. J-L. Henneçon dit lui que « Le jeu permet de "dépenser" le trop plein d'énergie »⁹⁰. Ce que les jeunes expriment au sein de l'atelier peut même se rapprocher de la pulsion agressive. C'est ce que nous allons voir maintenant.

Le premier mouvement que nous avons abordé dans l'atelier, après la *ginga*, est la *bença*.

86 B. Almeida (1986), p15

87 *Ibid*, p74

88 *Cf. supra*, p12

89 C. Potel (1995), p46

90 J-L. Henneçon (2000), p51

Il s'agit d'un coup de pied frontal que nous avons décrit plus haut⁹¹. Quand Isaac réalise ce mouvement, l'ensemble de son corps se crispe. Mais c'est surtout au niveau du visage que cette modification tonique peut se lire. Il fait une mimique très particulière où il plisse les yeux et il se mord presque la lèvre. Nous pouvons rapprocher cela d'une syncinésie. Elle peut être définie par « Un mouvement anormal survenant dans un groupe de muscles à l'occasion d'un mouvement volontaire ou réflexe d'une autre partie du corps »⁹². L'ensemble du tonus chez Isaac s'élève lorsqu'il fait le mouvement, et cela diffuse jusque sur son visage. Une autre piste de compréhension peut être qu'il exprime ainsi une certaine agressivité. Contrairement aux filles, Isaac s'avance pour faire le coup de pied. Il lance sa jambe vite et fort, sans la contrôler, comme s'il voulait toucher l'autre, sans pour autant vouloir faire mal, je pense. G. Bleanonu nous dit qu'au sein des groupes thérapeutiques, « Les patients s'engagent dans des agir qui extériorisent leurs angoisses et leurs fantasmes »⁹³. Il ajoute que l'un des buts du groupe est d'éliminer l'angoisse.

Nous allons maintenant aborder le groupe capoeira en tant qu'approche psychomotrice. Tant sur les versants rééducatif que thérapeutique, moteurs que musicaux.

3 – Une approche psychomotrice

Nous avons vu que la capoeira est un sport très complet qui met en jeu de nombreuses compétences. Elle peut être considérée comme une médiation à visée rééducative, avec des objectifs précis, en cela qu'elle permet de travailler vers un apprentissage du mouvement harmonieux et fluide, sur la modulation du tonus, sur l'équilibre et les coordinations. Néanmoins, elle a aussi une visée thérapeutique. G. Gaudry dit à ce propos : « En psychomotricité, on considère souvent l'aspect relationnel du mouvement »⁹⁴. En effet, par la situation de groupe qu'elle impose, la capoeira permet de mettre en jeu des identifications variées, ainsi que la communication non-verbale, comme nous venons de le voir. Nous allons maintenant développer les différents aspects psychomoteurs qui sont abordés au sein de cet atelier, en commençant par souligner le rythme qui a été adopté pendant les séances.

91 Cf. *supra*, p29

92 Le petit Larousse (1999), p982

93 G. Bleanonu (1991), p47

94 G. Gaudry ; O. R. Grim ; M. Guiose ; J. P. Louvel (2007), p41

a) L'importance du rythme

Le rythme est une notion complexe, que nous avons définie plus haut⁹⁵. Il y a différents rythmes. Les rythmes biologiques sont des variations physiologiques cycliques, comme le rythme cardiaque, respiratoire, digestif, ou encore l'alternance veille-sommeil. Les rythmes biologiques sont liés à des influences de l'environnement, et dès les premiers jours de vie, des rythmes relationnels se mettent en place, notamment à travers les conduites de maternage. En musique, le rythme est un « Élément temporel de la musique constitué par la succession et la relation entre les valeurs de durée »⁹⁶. C'est une succession de temps forts et de temps faibles. Comme nous allons le voir, c'est sur ce principe que nous avons construit les séances de l'atelier capoeira. Une autre définition du rythme est la « Cadence, allure à laquelle s'effectue une action »⁹⁷. Le rythme permet de structurer le temps, qui lui est un processus continu. D'après Marion Collu, « L'espace et le temps sont de grands organisateurs du corps. Ils étayent l'organisation de la perception, l'interprétation ainsi que la réponse motrice »⁹⁸. Ce sont donc des notions fondamentales en psychomotricité.

La rythmicité des séances fait partie intégrante du cadre de la prise en charge. Ainsi, l'atelier se fait toujours à la même heure, à la même fréquence et avec une même durée. Cela assure une certaine stabilité et une cohérence. Nous allons maintenant voir le rythme interne que nous nous sommes donné.

Nous avons changé la structure de l'atelier, comme je l'expliquais plus haut⁹⁹. Ainsi, nous avons inversé le temps musical et le temps moteur afin de trouver un rythme de séance plus cohérent. Nous commençons donc par un temps d'échange, où nous sommes assis en cercle. Il s'agit d'une sorte de rituel qui marque le début de la séance. Puis nous commençons par un échauffement segmentaire. Cela permet de se mettre doucement en mouvement et d'entrer progressivement dans la séance. Puis, vient le moment où nous faisons les différents coups de pied et les esquives, ainsi que le jeu deux par deux. Au niveau du rythme, cela correspond à l'apogée de la dynamique en quelque sorte. Le troisième temps est effectué de nouveau assis en cercle. Cela permet un rassemblement et un retour au calme. Nous continuons avec la musique. Pour finir, nous gardons un temps de verbalisation sur la séance. Ainsi, nous avons trouvé un rythme qui permet de commencer doucement, se défouler en milieu de séance, puis revenir à un temps plus calme par la suite.

95 Cf. *supra*, p20

96 Le petit Larousse (1999), p907

97 *Ibid*, p907

98 M. Collu (2015), p11

99 Cf. *supra*, p29

b) La mise en mouvement

Avant de commencer la pratique de la capoeira, nous effectuons toujours un échauffement. Il permet de mettre le corps en mouvement, mais aussi de renforcer le schéma corporel. En effet, nous nous donnons des afférences sensorielles qui viennent nourrir le schéma corporel, avec les mouvements de rotation des différentes articulations. Par ailleurs, nous nommons chaque partie que l'on met en jeu, ce qui permet de renforcer la connaissance du corps chez les jeunes. Je vois d'ailleurs que c'est difficile pour Oriane, alors qu'Isaac propose volontiers les parties à bouger.

Au fil des séances, nous avons abordés la *ginga* et différents coups de pied (la *bença*, *l'armada de frente*) ainsi que des esquives (*cocorinha*, esquive latérale et derrière). L'ensemble de ces mouvements ont permis de travailler plusieurs éléments.

A travers la *ginga*, la coordination entre les membres supérieurs et les inférieurs est la principale difficulté. Les jambes avancent et reculent de façon alternée et les bras servent de garde. La garde est controlatérale : lorsque la jambe droite est devant, le bras gauche se met devant le visage et inversement. C'est donc un mouvement complexe. Nous avons passé un certain temps uniquement sur cela au sein de l'atelier. Au départ, pendant deux ou trois séances, les trois jeunes ne pouvaient faire ce mouvement. Puis il s'est fluidifié. Notamment chez Denise qui arrive bien à coordonner les bras et les jambes. Oriane a un mouvement des jambes très balancé. C'est ce que l'on recherche en général lorsque l'on fait la *ginga*. Mais chez elle, je pense que cela est surtout lié à un manque d'ancrage et des appuis précaires. Par ailleurs, elle ne parviens pas à faire le mouvement avec les bras. Isaac, quant à lui, réussi relativement bien à coordonner le haut et le bas du corps mais il reste assez rigide. Sa *ginga* est assez statique.

Avec les différents coups de pied, il est important de rechercher une certaine fluidité. Nous avons développé l'importance d'un état tonique adapté dans la première partie¹⁰⁰. L'ajustement tonique n'est pas toujours évident à trouver. Isaac, lui, est plutôt tendu et de fait, lorsqu'il fait *l'armada de frente* notamment, il est comme bloqué. Ce que l'on travaille avec les coups de pied est surtout l'équilibre, notamment unipodal. C'est assez compliqué pour Oriane qui a un mauvais équilibre. Lorsqu'elle fait la *bença*, elle se jette en arrière, ou vacille sur les côtés. Pour l'aider, au départ, je me mettais sur le côté et lui donnais un appui avec la main, afin qu'elle puisse réaliser le mouvement et ressentir ce que cela pouvait lui procurer. Denise quant à elle, réalise de beaux mouvements. Elle semble parvenir à s'ajuster au niveau tonique et elle fait les

100 Cf. *supra*, p17

coups de pied en tendant la jambe. Denise a également de très bon appuis de manière générale, ce qui facilite son équilibre.

Les différentes esquives que nous avons travaillées stimulent également les coordinations globales chez les jeunes. Le *cocorinha* nécessite notamment une bonne souplesse, puisqu'il s'agit de s'accroupir, tout en regardant le partenaire. Dans l'ensemble, un certain degré de vigilance et d'attention est nécessaire afin de réaliser les esquives au bon moment et d'éviter un coup de pied. D'où l'importance de bien regarder le partenaire, pour percevoir ses intentions. Ce que j'observe avec les jeunes, notamment Isaac, c'est qu'ils anticipent les mouvements, et font l'esquive comme pour appeler le coup de pied chez l'autre. En revanche, lorsque je fais un mouvement, la *bença* par exemple, lorsqu'ils ne s'attendent pas, ils sont pris de surprise. Ils ont des réactions de peur, comme fermer les yeux. Isaac notamment, pousse un petit cri tout en souriant, et verbalise « j'ai peur ! ». Nous le rassurons, en lui montrant que l'on ne se touche pas, et que de toute façon, le coup de pied est contrôlé et il ne lui ferait pas mal. Je peux parfois aller le toucher justement, pour qu'il en prenne conscience par l'expérience. Je trouve que sa réaction contraste beaucoup avec l'intensité avec laquelle lui lance son mouvement. Il semble avoir conscience qu'il s'agit d'un combat et pas uniquement d'une danse.

L'espace et son utilisation est également un aspect important au sein des ateliers. Comme nous l'avons vu, il s'agit de trouver la juste distance et les jeunes ont du mal à rester proches de l'autre lorsqu'ils jouent. De façon générale en capoeira, nous devons contrôler nos mouvements et tout faire pour rester au même endroit lorsqu'on les effectue. En revanche, il faut aussi savoir investir l'espace, tout en ayant le partenaire comme repère, en lui tournant autour par exemple. Ce sont des éléments que nous n'avons pas pu explorer jusqu'au bout dans notre groupe, car cela demande d'avoir un certain temps de pratique. Par contre, nous varions les positions dans l'espace, entre le face à face et le cercle, ainsi que les différents niveaux (haut, bas, moyen).

Les trois jeunes montrent par ailleurs un certain plaisir à jouer. La capoeira offre un lieu et un temps d'expressivité, où les jeunes peuvent s'exprimer corporellement et affirmer leur personnalité. C'est également une pratique qui est valorisante pour eux. Les jeunes peuvent en effet expérimenter différents mouvements et lorsque nous faisons le temps de jeu à la fin, ils sont libres de reprendre les éléments qu'ils veulent, ceux où ils se sentent à l'aise. Comme il y a aussi un aspect technique, mon maître de stage et moi-même sommes là pour les encourager et les valoriser. Ce moment est aussi pour eux une occasion de se montrer créatifs. Cet aspect là n'est que peu développé au sein de l'atelier, car les jeunes n'ont pas un grand répertoire de mouvements à leur disposition. Denise a tout de même pu se montrer créative en jouant,

effectuant des coups de pied que nous n'avions pas abordés ensemble. Enfin, rappelons que chacun a sa place dans le groupe et la situation de groupe est vectrice de relation.

c) La musique dans le groupe

L'autre temps des séances est le moment musical. Nous avons vu dans la première partie les apports de la musique de façon générale¹⁰¹. Au sein de l'atelier, nous chantons, jouons du *pandeiro*, écoutons de la musique sur laquelle nous tapons des mains ou nous effectuons les mouvements. Ils y a donc les deux approches utilisées en musicothérapie : active et réceptive. Notamment, lorsque l'on joue sur la musique, il s'agit de s'adapter au rythme. Parfois, je met une musique plus ou moins rapide, et je fait la *ginga* avec les jeunes, pour leur montrer que l'on adapte la vitesse des mouvements au rythme de la musique. Il semblerait qu'ils aient bien intégré cette notion et qu'ils soient capables de suivre les variations.

Avec le *pandeiro*, nous explorons un rythme couramment utilisé en capoeira. Il s'agit de quatre battues de la percussion. Deux coups sur le bord, un au centre et le dernier de nouveau sur le bord. Cela requière différentes compétences. Il y a d'abord l'aspect purement rythmique : il s'agit de pouvoir reproduire la structure rythmique, dans le bon temps. Pour les jeunes de l'atelier, j'ai remarqué chez Oriane et Denise qu'elles ont bien intégré le rythme. Denise notamment, tape aussi des mains en rythme lorsque je met la musique et ce à n'importe quel *tempo*. En revanche pour Isaac, l'adaptation au rythme est plus compliquée. Il ne semble pas percevoir la structure et tape en continu sur le tambourin. De plus, chez lui et Oriane, j'observe qu'ils tapent toujours très fort, comme s'ils ne parvenaient pas à réguler leur tonus. Par ailleurs, il y a aussi un aspect pratique : il faut parvenir à manipuler la percussion. Le simple fait de la tenir peut être difficile, car elle est assez lourde. Puis, il faut avoir un geste relativement fluide et précis, pour taper au bon endroit. Denise est plus en difficulté de ce côté là, elle tape en général seulement sur le bord. Au final, son rythme est correct, mais le son n'est pas très bon. A certaines séances, nous avons chacun une percussion et nous pouvions ainsi essayer de jouer à l'unisson. Lorsque l'on joue chacun notre tour, chaque jeune peut reproduire le rythme, mais ils peuvent également improviser en faisant un autre rythme. Ces moment sont souvent une source d'excitation pour eux, ils tapent fort et vite sur le *pandeiro*, et cela provoque des rires.

Nous avons abordé quatre chants. Dans ces chants, comme je l'ai déjà mentionné, le meneur chante les couplets et le reste du groupe reprend en cœur un refrain. J'ai choisi des chants simples, où les cœurs sont par exemple des « *ai ai ai ai, oy oy oy oy* ». Avec ce fonctionnement,

101 Cf. *supra*, p20-21

nous pouvons travailler sur la gestion de l'impulsivité et les capacités d'inhibition. En effet, il faut donc chanter chacun son tour et non pas en même temps que le meneur. Les premières séances, c'était assez compliqué pour les jeunes. Notamment pour Denise, qui dès qu'elle entend de la musique, essaye de chanter avec. Petit à petit, en travaillant sur ce tour de rôle, c'était de mieux en mieux. Les chants permettent également de mettre en jeu l'attention et la mémorisation. De façon générale, les jeunes montrent de bonnes capacités. D'une semaine à l'autre, quand je leur demande en début de séance ce dont ils se souviennent de la fois précédente, ils me chantent même les paroles des chansons. Isaac a une très bonne mémoire : il se souvient du nom des mouvements et des paroles d'une chanson plus complexe que nous avons commencé à chanter récemment. Les cœurs sont : « e o A, e o B, e o A, e o B, e o C ». Avec cette chanson et « *paranaué* », nous travaillons aussi les capacités d'articulation. C'est assez difficile pour les jeunes, mais ils progressent au fil des séances.

CONCLUSION

Cette année a été très formatrice pour moi. J'ai eu l'opportunité de monter un groupe et de réfléchir au cadre que nous allions adopter. Ma position était active. Puisque je suis celle qui maîtrisait la médiation, c'était à moi de le mener.

En soi, le groupe lui-même peut être conçu comme une médiation. Il s'agit d'une situation à la fois riche et complexe, où se jouent de nombreuses identifications. La dynamique d'un groupe est un élément clef de la prise en charge. Chaque participant cherche et trouve une place singulière au sein du groupe. Nous avons pu voir au travers des observations cliniques, que certains membres cherchent à s'affirmer en tant qu'individus, d'une manière ou d'une autre. Je pense que dans cette situation, il y a un aller-retour entre l'identification aux autres, la recherche de similitude et un besoin de réaffirmer son identité propre, de se démarquer. La situation de groupe met à jour la question de l'image du corps, en cela que le regard de l'autre est très présent et que le corps est investi de manière agréable. Nous avons pu observer que l'énergie qui se dégage d'un groupe peut parfois être débordante, comment alors apporter une réponse à la recherche de contenance qu'expriment certains ? Il s'agit à mon avis de mettre des mots sur le vécu corporel, d'apaiser et de rassurer lorsque l'angoisse se manifeste. L'enveloppe groupale délimite un espace interne et externe. La place des rituels de début et de fin de séance dans ce contexte est primordiale, afin de matérialiser l'espace et la temporalité du groupe. Nous avons ainsi pu nous remémorer en début de séance ce que nous avons fait la fois précédente et clôturer chaque fois par un temps d'échange. J'ai surtout pu remarquer que la communication non-verbale est un élément central de l'observation dans ce type de dispositif. Nous avons pu voir qu'au travers de leurs mimiques, de la distance interpersonnelle ou encore de leurs gestes, les participants exprimaient des attitudes de plaisir ou au contraire de peur, d'angoisse.

Au-delà de l'aspect ludique de la pratique de la capoeira, qui se manifeste par un plaisir certain qu'ont les jeunes à participer, j'ai pu réfléchir à l'intérêt de cette proposition dans le cadre d'un groupe thérapeutique. La capoeira est un jeu qui emprunte tantôt au combat, tantôt à la danse. C'est un véritable art martial avec ses valeurs et ses codes. Nous avons vu que comme toute pratique martiale, la capoeira met en jeu le schéma corporel, les coordinations, le tonus, l'équilibre et la latéralité, ainsi que les notions d'espace et de temporalité. C'est une pratique d'une grande richesse d'un point de vue psychomoteur et de la construction de soi. Nous avons pu l'aborder sous un angle théorique, mais aussi dans nos observations cliniques des trois jeunes qui ont justement des difficultés aux niveaux de leur développement psychomoteur. Par son aspect plus artistique, la capoeira est aussi un moyen d'expression de soi et des émotions, qui permet de

libérer la créativité et de renforcer les assises narcissiques de l'individu. Ce groupe fut en effet l'occasion de revaloriser les jeunes. L'aspect musical de la capoeira vient compléter l'aspect moteur. Ce groupe a ainsi permis de développer d'autres compétences, comme le sens du rythme, la mémorisation, l'articulation, l'expression de soi. La capoeira peut être considérée comme une approche psychomotrice qui allie les versants thérapeutiques et rééducatifs.

Bien que les jeunes évoluent au sein du groupe, cette évolution est lente. Un tel groupe devrait être poursuivi sur le long cours pour observer de réels progrès d'un point de vue psychomoteur. D'autant plus auprès de cette population, pour qui il faut du temps pour assimiler. Cela constitue sans doute une limite du travail effectué. Par ailleurs, j'ai pu éprouver et réfléchir à la nécessité de la co-thérapie dans un groupe. En effet, je me suis parfois retrouvée seule pour gérer le groupe et c'était alors plus difficile.

Cette expérience ouvre néanmoins des perspectives. D'un point de vue clinique, il serait intéressant de monter un groupe avec un peu plus de participants. Un groupe de cinq me paraît optimal. Cela permettrait en effet de diversifier les possibilités en termes de jeu. Je pense qu'un tel groupe peut être mené par un binôme formé par un psychomotricien et un capoeiriste non psychomotricien.

D'un point de vue théorique, une question que je n'ai pas traitée mériterait d'être approfondie : la problématique de l'adolescence. En effet, les trois participants au groupe sont de jeunes adolescents. J'ai pu observer les manifestations de cette période de grands changements, dans leur énergie débordante, leur comportement et certains propos. En quoi une telle médiation est-elle appropriée pour des adolescents ? En quoi la situation de groupe réactive-t-elle ou au contraire apaise-t-elle les tensions corporelles propres à l'adolescence ?

J'ai été très contente de monter cet atelier, qui dans l'ensemble, se passe très bien. La richesse des observations cliniques ainsi que les questionnements pour la rédaction de ce mémoire m'ont permis de mieux définir la capoeira et d'appréhender son application en psychomotricité. J'ai pu m'initier à ce qu'est une médiation dans un dispositif de groupe. C'est un outil qui me paraît nécessaire à ma future pratique professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

Aceti, M. (2010). Des imaginaires en controverse dans la pratique de la capoeira : loisir, « métier » et patrimoine culturel immatériel. *Staps, 1* (n° 87), 109-124.

Albaret, J-M., Giromini, F., Scialom, P., dir (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité, tome 2 : méthodes et techniques*. Paris, France : De Boeck.

Almeida, B. (1986). *Capoeira : histoire, philosophie et pratique*. Paris, France : Éditions Lusophone, 2005.

André, P., Benavidès, T., Giromini, F. (2004). *Corps et psychiatrie*. Paris, France : Heures de France.

Anzieu, D., Martin, J-Y (1968). *La dynamique des groupes restreints*. Paris, France : PUF, 2013.

Bachmann, B. (1990). *La capoeira du Brésil, entre danse et combat*. Lausanne, Suisse : Favre.

Bleandonu, G. (1991). *Les groupes thérapeutiques familiaux et institutionnels*. Paris, France : PUF.

Brun, A., Chouvier, B., Roussillon, R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris, France : Dunod.

Busschaert, B. (2000). La thérapie psychomotrice par le jeu comme expérience de liberté. *Thérapie psychomotrice et recherches, n°124*, 80-86.

Carric, J-C., Soufir, B. (2014). *Lexique pour le psychomotricien*. Paris, France : ERA.

Charlot, E., Denaud, P. (1999). *Que sais-je : les arts martiaux*. Paris, France : PUF.

Collu, M. (2015). *A chacun son rythme. L'importance du rythme dans le prendre soin ajusté aux personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs et présentant des troubles psycho-comportementaux*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du D.E. de psychomotricité. IFP Pitié-Salpêtrière, Paris VI.

Cologne, S. (2010). Corps, jeu et émotion dans un groupe thérapeutique à médiation artistique. *Enfances & Psy*, 4 (n° 49), 89-99.

Corraze, J. (1980). *Les communications non-verbales*. Paris, France : PUF, 2001.

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, France : Éditions du Seuil.

Florentin, C. (2003). *Le dialogue corporel en psychomotricité : un pas vers l'autonomie du jeune enfant déficient intellectuel*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du D.E. de psychomotricité. IFP Pitié-Salpêtrière, Paris VI.

Gaudin, B. (2009). La codification des pratiques martiales. Une approche socio-historique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 4 (n° 179), 4-31.

Gaudin, B. (2009). Les maîtres de capoeira et le marché de l'enseignement. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 4 (n° 179), 52-61.

Gaudry, G. (2004). Le Tai Chi Chuan, outil d'intégration du schéma corporel auprès de jeunes déficients intellectuels. *Évolutions psychomotrices*, 16 (n°64), 59-64.

Gaudry, G. ; Grim O. R. ; Guiose M. ; Louvel J. P. (2007). *Arts martiaux en psychomotricité*. Paris, France : Heures de France.

Hall, E. T. (1966). *La dimension cachée*. Paris, France : éditions du seuil, 1971.

Henneçon, J-L. (2000). Le jeu de l'enfant, activité psychomotrice par excellence. *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°124, 50-66.

Joly, F., dir (2003). *Jouer... Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*. Paris, France : in Presse.

Kaës, R. (1999). *Que sais-je : les théories psychanalytiques du groupe*. Paris, France : PUF, 2009

Karsenty, L. (2014). Ronde de Capoeira : jouons (la violence) camarade ! *Adolescence*, 2 (T.32 n° 2), 377-387.

- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, France : PUF, 2007.
- Laporte-Gardes, S. (1997). *Capoeira et psychose infantile*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du D.E. de psychomotricité. IFP Pitié-Salpêtrière, Paris VI.
- Le petit Larousse 2000. (1999). Paris, France : Larousse/HER.
- Lesage, B. (2006a). Naître à l'espace. Prémices d'une clinique élargie. *Enfances & Psy*, 4 (n° 33), 113-123.
- Lesage, B. (2006b). *La danse dans le processus thérapeutique : fondements, outils et clinique en danse-thérapie*. Ramonville Saint-Agne, France : Erès.
- Louvel, J. P. (2004). Les katas du karaté : outils d'appropriation du schéma corporel et de l'espace. *Évolutions psychomotrices*, 16 (n°64), 65-70.
- Luria, A. R. (1974). *L'enfant retardé mental*. Toulouse, France : E. Privat.
- Mesli, T. (2010). De l'expérience du corps en mouvement à une conception anthropologique de l'art martial : essence, forme et structure. *Staps*, 3 (n°89), 19-28.
- Meziani, M. (2010). La capoeira : ni lutte, ni danse. Proposition de définition. *Staps*, 3 (n° 89), 43-50.
- Michelet, J. (2010). L'expression du corps de la personne handicapée mentale... et son écoute dans un cadre psychothérapeutique. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1 (n° 54), 47-59.
- Mini DSM-IV-TR (2000). Paris, France : Masson, 2004.
- Misès, R., Perron, R., Salbreux, R. (1994). *Retards et troubles de l'intelligence de l'enfant*. Paris, France : ESF éditeur.
- Perron, R. (2000). *L'intelligence et ses troubles, des déficiences mentales de l'enfant à la souffrance de la personne*. Paris, France : Dunod.

- Pireyre, E. W. (2011). *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*. Paris, France : Dunod.
- Pondé Vassalo, S. (2002). La capoeira Angola : survivance du passé ou invention du présent ? *Cahiers du Brésil Contemporain*, (n° 49/50), 69-85.
- Potel, C. (1995). Le corps et son vécu : souffrance psychique à l'adolescence. *Évolutions psychomotrices*, 7 (n°27), 45-52.
- Potel, C. (2002). Intérêt des groupes de psychomotricité pour des adolescents en hôpital de jour. Dans Blossier, P., (dir.), *Groupes et psychomotricité, le corps en jeu*. Marseille, France : Solal.
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse, France : Erès.
- Quesne, A. (2010). *Le corps et sa danse : parcours psycho-corporel d'un groupe d'adolescents déficients intellectuels en psychomotricité*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du D.E. de psychomotricité. IFP Pitié-Salpêtrière, Paris VI.
- Rey, E. (2005). *La capoeira, le groupe et la «juste distance»*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du D.E. de psychomotricité. IFP Pitié-Salpêtrière, Paris VI.
- Schilder, P. (1935). *L'image du corps*. Paris, France : Gallimard, 1968.
- Vaysse, J. (2006). *La danse-thérapie : histoire, techniques, théories*. Paris, France : l'Harmattan.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris, France : Gallimard, 1975.

Résumé

La capoeira est un art martial brésilien dont l'origine exacte reste floue. Alliant le combat et la danse, il s'agit d'un jeu qui se pratique au rythme des instruments joués par les participants.

Dans le cadre de mon stage en Institut Médico-Educatif, j'ai pu monter un atelier capoeira avec trois jeunes ayant une déficience intellectuelle légère ou moyenne. Leurs principales difficultés sont l'équilibre et les coordinations, le langage ainsi que la construction de leur schéma corporel.

Au fil des séances, nous avons abordé les différents aspects de la capoeira : nous avons introduit le pas de base et différents coups de pied et esquives. Par ailleurs, nous avons un temps musical, où nous jouons une des percussions et chantons.

La capoeira peut être considérée comme une approche psychomotrice, qui allie les versants thérapeutique et rééducatif. En effet, elle met en jeu l'équilibre et les coordinations, le sens du rythme, la communication non verbale et l'expressivité. Le tout dans une situation de groupe. Elle met donc à jour l'image du corps au travers du regard de l'autre. C'est une pratique très complète qui offre de nombreuses perspectives.

Mots clés

Capoeira – jeu – déficience intellectuelle – groupe – communication non-verbale – image du corps

Summary

Capoeira is a brazilian martial art whose exact origin is unclear. Combining fighting and dancing, it is a game practiced to the rhythm of the instruments played by the participants.

As part of my internship in a medical-educational institute, I had the opportunity to conduct a capoeira workshop with three young people with mild to moderated intellectual disabilities. Their main difficulties are balance and coordination, language and the construction of their body image.

Throughout the sessions, we approached various aspects of capoeira : we introduced the basic steps and different kicks and dodges. Besides, we have musical moments, where we play the percussion and sing.

Capoeira can be seen as a psychomotor approach, which combines the therapeutic and rehabilitative aspects. Indeed, it involves balance and coordination, a sense of rhythm, non-verbal communication and expressiveness. All of that in a group situation. In thus, it activates the body image, through the eyes of the other members. It is a complete practice that offers many prospects.

Key words

Capoeira – play – intellectual deficiency – group – non-verbal communication – body image