



Quand l'agressivité se manifeste dans la relation à l'autre : expérience en SESSAD où la psychomotricité participe à la gestion des troubles relationnels

Marine Fernandes

► To cite this version:

Marine Fernandes. Quand l'agressivité se manifeste dans la relation à l'autre : expérience en SESSAD où la psychomotricité participe à la gestion des troubles relationnels. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01615505

HAL Id: dumas-01615505

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615505>

Submitted on 12 Oct 2017

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

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

**Faculté de médecine Pierre et Marie
Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en psychomotricité
91,Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14**



Quand l'agressivité se manifeste dans la relation à l'autre

**Expérience en SESSAD où la psychomotricité participe à la gestion
des troubles relationnels**

**Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricité par
Mlle Marine FERNANDES**

Référent de mémoire :

Mme Laure LEZAUD

Mme Ariane TOUCHARD

session juin 2017

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement l'équipe du SESSAD ITEP pour leur patience, leur accueil et leur volonté de partage.

Je remercie aussi les enfants du SESSAD qui à leur manière, ont été source d'apprentissage et d'expériences riches en émotions.

Merci à Madame F. et à tous mes autres maîtres de stage. Chacun m'a apporté un regard différent de notre métier, me permettant de me construire une identité professionnelle.

Merci à mes deux référentes de mémoire Laure Lezaud et Ariane Touchard pour leur réactivité, leur accompagnement, et leur soutien dans les moments difficiles. Je les remercie aussi pour m'avoir aiguillée dans l'élaboration de ce mémoire et pour leurs réflexions pertinentes.

Merci à ma famille pour leurs aides et leurs soutiens

Merci enfin à tous ceux qui ont cru à mon idée et à tous ceux qui m'ont permis d'aller plus loin ...

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
I PRESENTATION DE L'INSTITUTION ET DES CAS CLINIQUES.....	11
1. L'institution : le cadre de travail.....	11
a. Population accueillie et présentation des locaux	11
b. L'équipe	12
c. Objectifs et fonctionnement	13
d. La psychomotricité dans l'institution	14
e. Ma place de stagiaire	15
2. Les cas cliniques : le cadre clinique.....	17
a. Léo	17
. Présentation générale.....	17
. Situation au niveau familial.....	18
. Situation au niveau scolaire.....	18
. Situation au niveau institutionnel.....	19
. Son bilan psychomoteur.....	20
. Son projet thérapeutique.....	22
b. Marc	22
. Présentation générale.....	22
. Situation au niveau familial.....	23
. Situation au niveau scolaire.....	24
. Situation au niveau institutionnel.....	25
. Son bilan psychomoteur.....	25
. Son projet.....	27

c.	Le groupe à médiation aquatique.....	28
.	Présentation général du projet.....	28
.	Membres du groupe.....	29
II	AGRESSIVITE, VIOLENCE ET PASSAGE A L'ACTE CHEZ L'ENFANT ET LE PREADOLESCENT.....	30
1.	Définition des concepts.....	30
a.	La violence et l'agressivité.....	30
b.	Le passage à l'acte.....	35
c.	L'image du corps.....	37
d.	Le tonus.....	39
e.	La relation.....	41
2.	Le développement de l'enfant dans un contexte d'insécurité.....	42
b.	Le contexte familial.....	45
c.	Le contexte scolaire.....	48
d.	Le contexte institutionnel.....	50
III	SITUATION D'AGRESSIVITE EN SEANCE DE PSYCHOMOTRICITE.....	52
1.	La relation thérapeutique serait-elle porteuse de violence ?.....	52
2.	Différences entre l'accompagnement individuel et l'accompagnement groupe.....	54
a.	La relation thérapeutique lors d'accompagnement individuel.....	54
b.	La relation thérapeutique lors de l'accompagnement groupe.....	65
3.	La médiation thérapeutique un outil de construction et de symbolisation 72	
a.	Généralités sur les médiations thérapeutiques.....	73
b.	Le jeu spontané.....	74
c.	La médiation aquatique.....	76

CONCLUSION.....	79
BIBLIOGRAPHIE.....	81
ANNEXE.....	81

INTRODUCTION

Le comportement est un ensemble de réactions observables chez un individu. Autre que le bien être, il peut permettre d'exprimer, entre autre les tensions, la souffrance, le mal-être en lien avec le développement de l'individu, son histoire et ses relations avec l'extérieur. Les troubles du comportement se rapportent à des conduites qui ne rentrent plus dans les normes culturelles.

Les enfants du SESSAD¹ ITEP² présentent cette catégorie de troubles. Généralement, les manifestations peuvent se rapporter à des agitations, de l'hyperkinésie³, des troubles attentionnels, une difficulté d'élaboration, des troubles relationnels et des actes violents ou agressifs. Des actes violents ou agressifs... Quelle est la différence ?

Etymologiquement, « Violence » provient du latin de *violentia* et de *violentus* qui marque le caractère emporté, farouche, cruel et indomptable d'une force. L'agressivité provient de la même racine latine que le mot « agressif » et agression, c'est-à-dire *agressio* qui signifie attaque.

C'est à partir de ces racines que le Grand Robert définit la « violence » en y associant l'adjectif « violent ». Ces deux termes recouvrent alors trois significations générales :

1. Action de contrôle, de maîtrise sur soi-même ou sur l'autre, contre sa volonté, par la force ou l'intimidation. Elle désigne aussi l'acte par lequel on passe pour exercer ce pouvoir.
2. Expression brutale, sans retenue, et avec intensité des sentiments ou d'une action.
3. Caractère excessif, néfaste, dangereux, intense d'une force qui exige de l'énergie.

¹ Service d'Education Spécialisée (ou Spéciale) et de Soins à Domicile

² Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

³ Hyperkinésie : excès de mouvement

Toujours dans le Grand Robert, le mot « agressivité » est, quant à lui, associé à l'adjectif « agressif » et au nom « agression ». Ces termes sont définis par :

1. Une tendance aux comportements d'agression, c'est-à-dire un comportement combatif qui marque la volonté d'attaquer sans ménagement dans une provocation et qui vise à blesser.
2. « Manifestation de l'instinct d'agression ». Cet instinct peut être anormal dans son excès. Il peut être normal chez l'enfant, tout comme chez l'adulte, et manifeste une réaction d'opposition à l'autorité ou à la tyrannie, pour les premiers, et pour les seconds, un état d'hostilité.
3. « Action violemment nuisible »⁴.

Nous pouvons voir que dans leur définition au niveau sociétale ces deux notions peuvent être confondues. Cet aspect est surtout visible lorsque le Grand Robert parle d' « action violemment nuisible ». En effet, pour moi, ce sens peut très bien convenir, si ce n'est mieux, au terme de « violence ».

Cependant, nous pouvons aussi dégager quelques différences, ne serait-ce que sur la visée de l'acte. En effet, la violence vise la domination de l'interlocuteur tandis que l'agressivité vise surtout l'attaque, le combat.

De plus, plusieurs auteurs, notamment MICHAUD Y.⁵, rapportent que la notion de « violence » comporte les effets de la force physique et l'atteinte des normes. Ainsi, « il entre en effet un élément de chaos, de transgression, qui assimile la violence à l'imprévisible et au dérèglement absolu (*l'hubris* des anciens Grecs). On retrouve cet élément d'imprévisibilité dans l'idée d'insécurité, qui correspond à la croyance, fondée ou non, que l'on ne peut plus être sûr de rien dans les comportements quotidiens. »⁶ Les moyens mis en place peuvent donc être différents puisque, pour la violence, ils sont directement excessifs, nuisibles, destructeurs, alors que, pour l'agressivité, ils peuvent être plus nuancés, allant de la simple provocation à l'attaque.

⁴ 4ème sens du mot agression dans <http://gr.bvdep.com/robert.asp> consulté le 26 mars 2017

⁵ *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 26 mars 2017

⁶ *Ibid*

Dans ces définitions qui se rapportent à la vision de notre société, nous voyons que l'agressivité et la violence sont considérées comme néfastes, indésirables et à éradiquer. Seul l'aspect dérangent du comportement est gardé.

D'un point de vue légal, la psychomotricité est une profession appartenant au domaine du soin. La psychomotricité est, d'une part, une expérience motrice basée sur le vécu sensoriel et émotionnel, sur le jeu et la relation. F. JOLY l'associe d'ailleurs à "une motricité ludique de relation"⁷, c'est-à-dire qu'elle passe par le mouvement dans la relation à soi, aux autres et/ou à l'environnement. Elle permet au sujet de se représenter le monde qui l'entoure et de s'y ancrer. De même, elle est fondatrice de l'identité et de la personnalité de l'individu. Cette discipline comporte plusieurs courants : rééducatif, préventif et thérapeutique. Dans ce sujet, nous nous baserons, principalement sur le point de vue thérapeutique. Sous ce regard, l'acte est envisagé comme une activité expressive. Des médiations sont alors mises en place comme support de cette expression.

Lors des séances au SESSAD, j'ai pu être décontenancée par les manifestations agressives présentées par les enfants. Je ne savais pas comment réagir car la plupart du temps ces comportements coupaient la relation entre l'individu et moi. Ainsi la question était la suivante : face aux situations d'agressivité, dans la relation thérapeutique, quel apport et quel regard la psychomotricité peut-elle amener pour sortir de l'impasse ?

Pour répondre à ce questionnement, j'ai choisi de construire ce mémoire sur la base de trois hypothèses. D'abord, je vais vous présenter le SESSAD, le cas de Léo, celui de Marc et le groupe à médiation aquatique sur lesquels je me suis appuyée.

Dans la partie suivante, j'essaierai de montrer que l'agressivité et la violence expriment une souffrance et une insécurité développées durant l'enfance. Dans ce cas, l'insécurité se répercuterait sur l'image du corps, le tonus et la relation.

⁷ Potel C. (2010) a, p 25

Pour répondre à cette hypothèse, je me baserai sur la définition de l'agressivité et de la violence, celle du passage à l'acte, celle de l'image du corps, celle du tonus et celle de la relation en lien avec les manifestations cliniques. Ensuite ces manifestations seront analysées d'un point de vue développemental.

La dernière partie s'axera plus sur les outils pouvant permettre au psychomotricien d'accompagner son patient. Nous verrons donc, d'abord, quels aspects de la relation thérapeutique peuvent être un frein à l'accompagnement. Puis nous verrons sur quelles modalités de cette relation, nous pouvons nous appuyer selon que l'accompagnement soit groupal ou individuel. Enfin, nous déterminerons les apports et les limites des médiations thérapeutiques telles que le jeu spontané et la médiation aquatique.

Avant de commencer, je voudrais vous avertir sur l'intérêt de ce sujet. En effet, on pourrait croire que ce travail dénigre celui de l'équipe qui m'a accueillie. Ce n'est pas le cas, car je présente ici les réflexions et les questionnements, concernant les choix sur ma future posture de psychomotricienne. En aucun cas je ne remets en cause celui de ma tutrice ou de tout autre professionnel.

I PRESENTATION DE L'INSTITUTION ET DES CAS CLINIQUES

1. L'institution : le cadre de travail

Ce travail a été réalisé à partir de ma clinique située dans une antenne SESSAD rattachée à un ITEP. Je me suis rendue sur ce lieu tous les jeudis de septembre 2016 à fin juin 2017.

a. Population accueillie et présentation des locaux

A ce jour, le SESSAD accueille 30 enfants ou adolescents de 6 à 18 ans « qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants et adolescents se trouvent malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé. »

Au niveau du bâtiment, le SESSAD dispose d'un accueil attenant au bureau de la secrétaire. Cet espace dispose de fenêtres tout le long du mur, rendant la pièce lumineuse. Elles permettent aussi à la secrétaire de discerner qui sonne à la porte pour pouvoir ouvrir.

De là, part un couloir qui mène au bureau de la coordinatrice, à celui du psychologue, aux deux bureaux des éducateurs, et à la salle de psychomotricité. Au bout du couloir, se situe la salle de réunion qui fait aussi quelquefois office de salle pour les groupes. La cuisine et la réserve se situent dans une branche du couloir qui permet de relier toutes les salles entre elles. Ainsi, et en ajoutant le jeu des portes fermées et ouvertes au fil des prises en charge, on a l'impression que le bâtiment est un labyrinthe. Cette organisation des salles induit une certaine proximité entre les professionnels d'un même corps de métier.

Il est important de prendre en compte le quartier où se situe le bâtiment. En effet, la présence de délinquance peut générer de l'insécurité mêlée, chez les enfants, à de la fascination lors de leur venue.

Il faut aussi noter que l'occupation des locaux par le SESSAD est à durée indéterminée. En effet, un déménagement est prévu pour que le service réside dans le même bâtiment que l'ITEP. Dans ces circonstances, je peux supposer que l'équipe peut avoir du mal à investir le bâtiment, à s'y projeter et à s'y sentir en sécurité.

b. L'équipe

L'équipe pluridisciplinaire du SESSAD compte dans son local neuf salariés, sans compter le médecin psychiatre, qui est en cours de recrutement. Le directeur n'est pas non plus compté dans l'effectif, même s'il supervise tous les projets de l'établissement, car il n'est pas présent dans le bâtiment.

La responsable coordinatrice, à mi-temps, est garante des projets. Sur ce principe, elle gère le service dans son fonctionnement, par exemple en favorisant la cohésion de l'équipe, en participant aux admissions des enfants, en comptabilisant les actes, etc. Son rôle est aussi de gérer les moyens du service en collaboration avec le directeur. Elle est, avant tout, la responsable de l'équipe et des enfants. Elle a donc pour rôle de faire respecter le cadre.

La secrétaire médico-sociale, à temps plein, est chargée d'accueillir toute personne se présentant ou téléphonant au service. Elle traite et coordonne les informations administratives relatives au service et aux prises en charge. Elle est aussi amenée à épauler la coordinatrice dans sa mission.

Le psychologue, à 0.6 équivalent temps plein, est chargé, de mettre en place, ponctuellement, un espace de subjectivation pour le patient et un espace d'accompagnement parental. En effet, dans cet établissement, la mise en place du suivi psychothérapeutique n'est pas envisagée. Il est aussi amené à participer à des groupes à visée thérapeutique. Un compte rendu est rédigé pour tous ses entretiens et pour les pré-admissions. En équipe, il participe à la compréhension du fonctionnement psychique. C'est le principal coordinateur entre le SESSAD et les autres centres de soins.

Les 5 éducateurs spécialisés, correspondant à 4 équivalents temps plein, ont pour mission d'accompagner et de contribuer au développement de la personnalité des enfants en s'étayant sur leurs capacités de socialisation, d'apprentissage et d'autonomie. Pour cela, ils mettent en place des séances individuelles et groupales à médiation éducatives hebdomadaires. Pour cause, chaque enfant a un éducateur référent qui tient le rôle d'interface entre le service, la famille et l'école.

Enfin, la psychomotricienne, ma tutrice, que j'ai décidé de nommer Madame F., est à 0.5 équivalent temps plein. Nous détaillerons son rôle et ses actions un peu plus loin dans notre développement⁸.

c. Objectifs et fonctionnement

Les objectifs du SESSAD sont de favoriser l'intégration et de prévenir l'exclusion scolaire, familiale et sociale. A ce niveau, l'environnement familial et scolaire suffit plus ou moins à contenir les troubles du comportement avec l'appui de l'établissement.

En ce qui concerne l'organisation des prises en charge, l'enfant est admis sur demande de la famille, après une notification MDPH⁹, et sur confirmation des troubles par les divers acteurs de l'établissement. Un projet personnalisé d'accompagnement est mis en place avec la famille pour que les actions soient adaptées à chaque enfant.

Selon les objectifs, l'accompagnement se décline par diverses interventions. Elles sont, dans un premier temps éducatives, menées par l'éducateur référent sur les différents lieux de vie de l'enfant ou au service. Elles peuvent être, ensuite, thérapeutiques par la participation à des groupes, par des entretiens familiaux ou parentaux et par des suivis avec les divers intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, tel que la psychomotricienne, et, plus rarement, le psychologue ; le plus souvent les enfants qui en ont besoin sont suivis par ceux des institutions extérieures. Des actions sont aussi menées dans les lieux de vie de l'enfant, tel

⁸ Cf. *infra*, p 14-15

⁹ Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

que l'école. Ainsi, le SESSAD apporte son expertise lors des réunions ESS¹⁰. Les projets sont réévalués tous les ans lors des réunions d'équipe interdisciplinaire.

La particularité de ce SESSAD est de mettre en place des projets de groupe d'observation lors des premières semaines de vacances. Ainsi, tous les membres de l'équipe rencontrent chaque enfant et sont amenés à travailler ensemble. Le comportement du patient en groupe et dans les lieux publics est alors observé afin que le projet soit, au besoin, réajusté. Ces groupes permettent aussi d'évaluer si certains projets peuvent être menés à long terme.

On peut remarquer que l'urgence des situations, induites par les troubles du comportement, déclenche la mise en place du dispositif. Les actions sont pensées, la plupart du temps, comme une aide visant un maintien dans le milieu scolaire ordinaire. Si le dispositif ne suffit plus une réorientation vers des établissements plus spécialisés, comme des hôpitaux de jour, institut ITEP, Institut médico-éducatif, est alors envisagée.

d. La psychomotricité dans l'institution

Dans l'institution, la psychomotricité a pour mission de réaliser des soins auprès des personnes présentant des troubles psychomoteurs. Plus spécifiquement, les patients accueillis en séances peuvent présenter plusieurs tableaux :

- Soit des troubles instrumentaux ou des apprentissages
- Et/ou des troubles tonico-émotionnels
- Et/ou une instabilité psychomotrice
- Et/ou des troubles de l'image du corps

Dans ce cadre, la psychomotricité permet de proposer aux enfants une autre façon de vivre leur corps par la rééducation des troubles instrumentaux, par exemple. Elle propose aussi une manière différente de vivre la relation avec l'autre comme avec soi-même.

¹⁰ Equipe de Suivi de Scolarisation

Mis à part si le patient a déjà été suivi en psychomotricité, un bilan psychomoteur¹¹ introduit et définit la nécessité des prises en charge individuelles. Cet état des lieux permet d'orienter le projet thérapeutique. Ainsi, des objectifs sont mis en place et les modalités de prises en charge, qui s'apparentent au cadre des séances, peuvent être définies. Le profil permet aussi de donner une grille de lecture aux divers intervenants du service, notamment l'éducateur référent.

Selon si les prises en charge sont groupales ou individuelles, la répartition dans le temps n'est pas la même. Pour ma part, j'ai pu assister au groupe à médiation équestre et à médiation aquatique qui alternaient une semaine sur deux. L'après-midi, nous avons les prises en charge individuelles basées sur la relaxation thérapeutique, et le jeu spontané.

En général, les objectifs sont de promouvoir la détente et la régulation tonique, faciliter la gestion des émotions, favoriser la construction de la représentation de soi, favoriser les expériences sensorimotrices en relation, développer les capacités attentionnelles, favoriser l'élaboration, promouvoir l'épanouissement et le bien être corporel.

Au niveau de la salle, l'espace disponible est assez réduit. De plus, on remarque l'absence de fenêtre donnant sur l'extérieur. On y trouve une armoire remplie de jeux de société, de foulards, de pâte à modeler, de sable magique, etc.; une caisse remplie de balles et ballons, un bureau, différents objets pour la motricité, des tapis,... D'un côté, la disposition de cette salle est adaptée pour des séances qui nécessitent peu de mouvement, comme la relaxation. Cependant, la plupart du temps, les enfants qui viennent en séance de psychomotricité présentent une certaine instabilité. Sous cet angle, la salle devient vite étouffante ce qui peut expliquer les va-et-vient de certains enfants.¹²

e. Ma place de stagiaire

¹¹ Le bilan psychomoteur est un examen propre aux psychomotriciens. Il permet d'évaluer les capacités psychomotrices d'un sujet en lien avec ses émotions et affects. Il témoigne alors du développement de l'individu, en prenant en considération le contexte de ce développement. De plus, il permet d'établir comment le sujet est en relation avec lui-même et le monde.

¹² Cf. *infra*, annexe 1 et 2

Avant de parler de mon intégration, rappelons que le SESSAD accueillait une stagiaire pour la première fois. Il semble que cet évènement a suscité une curiosité, de l'intérêt, et peut être une certaine appréhension de la part de l'équipe. En effet, comment se positionner pour eux, comme pour moi-même ?

Je me suis souvent demandée quelle place je pouvais avoir dans cette équipe. Plus individuellement, quelle distance relationnelle fallait-il mettre avec chaque intervenant ?

Du fait de ma personnalité, j'ai tendance à ne pas vouloir m'imposer, ne pas déranger, et à vouloir me fondre dans le groupe. Au vue des conditions de stagiaire, c'est-à-dire être une personne extérieure qui participe temporairement à la vie institutionnelle, je me suis souvent sentie comme une intruse. Pourquoi cette sensation car, au contraire, l'équipe ne voulait pas m'isoler.

En effet, j'ai l'impression qu'ils souhaitaient réellement me faire une place. D'abord, Madame F. m'a souvent dit qu'elle souhaitait me considérer comme une co-thérapeute. Je pense que cette volonté a eu, par ricochet, une influence sur l'attitude du reste de l'équipe. Ainsi, une place m'était accordée lors des interventions en réunion de synthèse, aux débriefings après chaque groupe, et je pouvais animer le groupe à médiation aquatique.

Malgré tout, dans mes représentations, l'attribution du rôle de co-thérapeute impliquait une attente de la part de Madame F. Je pense, notamment, que ce rôle induit des responsabilités que je n'étais pas prête à assumer. Par exemple, lors des situations d'agression, mon intervention était attendue. A ce moment-là, je me sentais dans un entre deux où je portais à la fois le rôle de professionnel et celui de stagiaire. Or, il me semble que les rapports hiérarchiques entre les deux sont différents. Comment réagir pour qu'à ma façon, je contribue à garantir le cadre tout en respectant les règles implicites mises en place par Madame F. Ce sentiment qui engendrait donc de l'incertitude, a perduré et a eu des conséquences sur ma pratique.

Ainsi je perdais en assurance et étais moins contenante¹³ pour les enfants. L'excitation montait chez eux, comme pour moi car la fonction de pare-excitation¹⁴

¹³ Au niveau de la contenance psychique et physique

¹⁴ Pare – excitation : protège le psychisme des stimulations internes et externes

était moins assurée. Dans ces moments, et avec raison, Madame F. intervenait. Ces événements entraînaient alors, chez moi, une diminution de confiance et une déstabilisation. Dans ce cadre étions-nous toujours considérées comme co-thérapeute ?

Au fil des séances, je me suis aperçue que l'équipe a eu du mal à comprendre la place que j'occupais et mon rôle. Par exemple, un jour que nous rentrions du groupe à médiation aquatique, Madame A. a semblé étonnée d'apprendre que j'étais en troisième année. Nous savons que la place et la responsabilité accordées à un stagiaire est complètement différente s'il est en deuxième ou en dernière année. Nous voyons donc l'incertitude dans laquelle pouvait être plongée l'équipe.

Du côté des patients, cette incertitude semble avoir eu des conséquences sur la relation puisque j'avais l'impression d'être investie différemment et d'être plus testée au niveau du cadre. En fait, je pense qu'ils testaient la fiabilité de ma posture et je pense que celle-ci ne leur a pas toujours renvoyée la même assurance que celle qu'ils cherchaient.

2. Les cas cliniques : le cadre clinique

a. Léo

. Présentation générale

Léo est un enfant de 8 ans et demi quand nous le rencontrons. D'un bon abord, il est très expressif et possède une bonne aisance motrice. La grossesse semble s'être déroulée sans encombre, la marche a été acquise à 14 mois et le langage à 2 ans et demi. Je n'ai pas pu relever d'autres éléments d'anamnèse concernant les interactions précoces de Léo avec son environnement, les informations étant absentes du dossier.

Léo vit, actuellement avec sa mère et sa sœur. Ses parents sont séparés et Léo ne voit plus son père à cause de son comportement violent.

Léo est admis au SESSAD en février 2016 pour des difficultés comportementales et relationnelles.

Je l'ai rencontré lors de son deuxième jour de bilan et ai donc pu l'observer dès le début de son accompagnement. Comme dit dans son motif d'admission Léo présente des difficultés relationnelles qui ont compliqué le début de son suivi. C'est principalement pour cette raison que j'ai décidé d'analyser son cas.

. Situation au niveau familial

Léo vit, actuellement avec sa mère et sa sœur, âgée de 21 ans. Ses parents sont séparés et Léo ne voit plus son père à cause de son comportement violent. Nous ne savons pas depuis quand datent ces violences.

Lorsqu'il était au CE1, des visites médiatisées ont été mises en place. Le père ne s'en est pas saisi. Cependant, il a fait irruption, à plusieurs reprises, dans le domicile de la mère en déversant sa violence. Ces événements ont induit de multiples déménagements.

Selon sa journée d'école, le comportement de Léo est fluctuant à la maison. Cependant, actuellement, la mère arrive à contenir le comportement de son fils.

. Situation au niveau scolaire

Les premières difficultés semblent avoir débuté à l'entrée en maternelle. Les difficultés de concentration, la mise en danger, l'intolérance à la frustration et les actes auto et hétéro agressifs, mettent à mal le milieu scolaire. Ils génèrent un changement d'école et de domicile en moyenne et grande section de maternelle.

Au CP, le comportement de Léo rend difficile l'acquisition des apprentissages et un retard est accumulé. En CE1, Léo est donc suivi par une enseignante RASED¹⁵ et une AVS¹⁶ pour l'aider dans sa scolarité. Cependant, Léo n'accepte pas sa différence avec ses camarades et l'AVS est rejetée. L'apprentissage scolaire n'est, à ce moment, plus une priorité car Léo semble envahi. Des progrès sont tout de même notés malgré les crises.

Actuellement en CE2, le dispositif AVS n'est toujours pas accepté. Son arrêt a permis à Léo de plus se poser. Cependant, le niveau est toujours décalé et Léo

¹⁵ RASED: Réseau d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté

¹⁶ AVS: Auxiliaire de Vie Scolaire

manque d'autonomie. Il est important de noter que seule la directrice, haute figure du cadre et de l'autorité, est crainte par Léo.

. Situation au niveau institutionnel

Un suivi en CMP avec un accompagnement psychologique avait été mis en place pour accompagner la mère dans l'éducation de son enfant. La mère peut toujours les solliciter au besoin.

De plus, Léo a été suivi par une orthophoniste mais l'accompagnement a pris fin car Léo était trop débordé.

Il a aussi été question de faire une demande d'externat en ITEP mais Léo l'a mal vécue. Au vue de la récente entrée au SESSAD, le projet a donc été abandonné pour le moment.

Les objectifs visés par le SESSAD sont de travailler la relation avec les pairs, de travailler les limites, les règles, le rapport à la loi et l'image de soi.

Léo est suivi par son éducatrice référente à raison d'une fois et demie par semaine. Celle-ci décrit qu'au début de l'accompagnement et pendant un moment, la salle n'était pas fixe. Léo testait alors beaucoup le cadre. Encore maintenant, Léo a des difficultés à se poser sur un jeu et la séparation est difficile. Il investit les jeux de cache-cache, et les jeux où il prend le rôle de l'adulte. Les jeux de construction sont compliqués pour lui car ils génèrent de la frustration.

Léo a aussi été suivi, en début d'année, par un groupe à médiation thérapeutique. Le groupe était dirigé par un binôme de co-thérapeutes psychologue, éducateur. Léo était le plus jeune du groupe. La mise en place du groupe a été compliquée car beaucoup de séances n'ont pas eu lieu. De surcroit, Léo n'a pas adhérer au groupe car il avait du mal à entrer en relation. Il a donc mis à mal le groupe en y projetant son agressivité et en y venant en reculant. Il a donc été décidé d'arrêter ce groupe pour Léo. A la place, l'équipe a décidé de l'intégrer au groupe à médiation équestre.

Léo est aussi suivi, ponctuellement, par le psychologue du service.

Il participe de même aux groupes des vacances et est suivi en psychomotricité.

. Son bilan psychomoteur

Le bilan de Léo a été réalisé à la demande de l'équipe et appuyé par l'accord de la responsable coordinatrice. Il a été effectué en début d'année, c'est-à-dire mi-septembre. Ainsi, j'ai décidé d'adopter une posture d'observatrice, non participante pour ce bilan.

Celui-ci s'est composé d'un entretien associé à trois séances d'une heure et demi. Le temps mis à notre disposition, nous a permis, entre autre, de réaliser la passation de tests standardisés et de faire un compte-rendu oral à Léo. Pour une meilleure adaptation au rythme de l'enfant, des temps de pauses sont prévus. Ils peuvent être proposés par la psychomotricienne ou effectués sur la demande de l'enfant. Ainsi, comme une majorité des enfants du SESSAD présentant une hyperactivité, ces temps de pause peuvent être fréquents, d'où l'importance de la durée du bilan. De plus, ces pauses sont aussi l'occasion de pouvoir observer le jeu spontané de l'enfant.

Durant le bilan, Léo a été de bon contact, souriant, et avenant. Il aime qu'on s'occupe de lui et peut venir, volontiers, nous le demander directement ou indirectement. En effet, au besoin, il n'hésite pas à s'appuyer sur nous et parfois, il adopte des mimiques et des postures qui font penser à un enfant plus jeune. Ainsi, en réponse, j'ai découvert que j'ai présenté un élan protecteur et maternant. Cette attitude est restée en arrière fond tout le long de la prise en charge malgré les divers événements.

Je n'ai pas été présente lors de l'entretien avec la mère et Léo. Cependant, Madame F. m'a rapporté que Léo était resté calmement assis sur sa chaise dans un mouvement d'observation.

J'ai pu être témoin, dans les premiers temps, de ce comportement. En effet, au départ, Léo était coopérant et dans une attitude d'écoute. Il pouvait rester assis au bureau pas mal de temps, même si sa posture changeait souvent. En général,

il se présentait plutôt avachi. Ainsi, je peux dire que Léo était, à ce moment là, dans une attitude passive : il subissait le bilan.

Dans un second temps, il était plus dans une attitude active. En effet, les temps de pause devenaient de plus en plus longs et plus fréquents car Léo devenait difficile à remobiliser. Il était dans une hyperkinésie et dans une décharge motrice. D'ailleurs, dans ces moments, les limites étaient testées que ce soit au niveau des limites matérielles (shoot dans le ballon dans toutes les directions de la salle), qu'au niveau de nos limites psychocorporelles (provocation et confrontation physique) ou ses limites corporelles propres (mise en danger).

Au niveau des jeux spontanés, Léo présente des difficultés à élaborer des jeux. Les cache-cache et jeux de course-poursuite sont tout de même très présents. Dans tous les cas, nous étions très sollicitées pour jouer avec lui. Ainsi j'ai dû revoir mes projets pour être dans une observation plus participante.

Dans les grandes lignes, on peut dire que Léo présente un potentiel dans ses facultés psychomotrices. En effet, plusieurs domaines sont fragilisés par une instabilité. L'impulsivité, les difficultés d'attention visuelle et auditive, les difficultés d'attention soutenue et la fatigabilité perturbent alors les gestes, la maîtrise de balle, l'équilibre, la structuration spatiale et temporelle, la mémoire, les praxies visuo-constructives et grapho-perceptives. Ainsi, suivant sa disponibilité les items sont réussis directement ou demandent plusieurs essais.

Léo présente des troubles tonico-émotionnels. Ceux-ci peuvent se manifester par une hyperkinésie. L'impulsivité motrice en est la plus caractéristique. Elle se manifeste par des mouvements brusques et un recrutement tonique important, qui alternent avec un effondrement de l'axe et des passages au sol fréquents.

Ces comportements peuvent aussi être, possiblement, mis en lien avec les angoisses archaïques tel que l'angoisse d'effondrement et l'angoisse de chute. De plus, Léo se dévalorise et les difficultés sont mal tolérées. On peut donc penser que son image du corps n'est pas stabilisée.

Je voudrais marquer votre attention sur le caractère fluctuant du profil de Léo. En effet, ses capacités psychomotrices sont autant variables que son comportement.

. Son projet thérapeutique

A partir du bilan psychomoteur, nous avons pu établir 4 axes thérapeutiques :

- Favoriser la construction de son image du corps¹⁷
- Permettre la régulation tonique¹⁸
- Aider Léo à trouver des limites et à se poser
- Favoriser l'élaboration de son vécu

Le suivi est mis en place pour une année, reconductible, à raison d'une fois par semaine pendant 45 minutes en individuel.

Il a été très compliqué pour moi de définir quelle médiation nous allions utiliser avec Léo. En effet, au départ, Léo refusait toute proposition que je lui faisais. De plus, à chaque séance, il choisissait des jeux, d'apparence, totalement différents, tout en restant sur un terrain connu. Nous avons donc commencé par des jeux spontanés. Lorsque Léo fut capable d'accepter mes propositions, nos jeux ont été plus basés sur des jeux de combat. Enfin, nous essayons de mettre en place un projet sur plusieurs séances avec pour médiation la terre.

b. Marc

. Présentation générale

Marc est un enfant de 11 ans quand nous le rencontrons. D'un abord assez méfiant, son comportement peut varier d'une seconde à l'autre. Il est aussi question d'une sorte d'obsession qui concerne l'interprétation des comportements. Pour cause, Marc ne veut surtout pas qu'on découvre ce qu'il pense et, à contrario, il interprète tous nos faits et gestes. On peut donc se questionner sur

¹⁷ Définition cf. *infra*, p 38

¹⁸ Définition du tonus cf. *infra*, p 40

l'intégration des limites, chez Marc, entre lui et les autres. Cet élément peut aussi nous interroger quand à la construction de la structure de sa personnalité.

Marc possède une bonne aisance motrice mais cherche toujours à dépasser ses limites.

Marc a présenté des otites, apparemment douloureuses. Aucune autre information sur les interactions précoces n'a été répertoriée dans le dossier. Nous n'avons pas pu questionner les parents à ce sujet, car la plupart du temps la famille est seulement rencontrée par l'éducateur référent et la responsable coordinatrice.

Les seules difficultés répertoriées concernent le comportement de Marc. En effet, il ne supporte pas l'injustice et s'en défend. L'inaction des personnes qui l'entourent génère, chez lui, un sentiment de colère aboutissant souvent à des bagarres.

Marc est admis au SESSAD en septembre 2016 pour des difficultés comportementales et relationnelles.

Je l'ai rencontré en Janvier 2017 et ai donc pu l'observer dès le début de son accompagnement. Comme pour Léo, Marc présente des difficultés relationnelles qui ont compliqué le début de son suivi. Même si l'on peut observer des ressemblances dans le suivi de ces deux enfants, il y a aussi des différences qui méritent qu'on s'y attarde pour compléter notre développement.

. Situation au niveau familial

Les parents de Marc sont séparés. La mère vit avec son nouveau compagnon et un des frères de Marc. L'autre frère, plus âgé, vit de son côté. Ces deux frères présentent des âges largement supérieurs à celui de Marc avec un écart d'une dizaine d'années. Le père, quand à lui, a refait sa vie et vit avec deux demi-frères de l'âge de Marc ainsi qu'une demi-sœur et un demi-frère largement plus âgés.

En septembre 2014, à la demande de la famille, Marc a été placé en famille d'accueil provisoire car il devenait ingérable et était exclu de partout. Une aide

éducative à domicile dans le cadre d'information préoccupante a été mise en place. Marc a connu deux familles d'accueil provisoire avant d'être accueilli en famille définitive.

Au niveau de la répartition, Marc voit son père deux week-end dans le mois, sa mère les mercredis et un week-end dans le mois. Le reste du temps, il vit dans la famille d'accueil.

Marc accuse sa mère de ne pas intervenir, de ne pas le sécuriser, ni de le protéger. S'il y a un conflit, il a l'impression d'être promené sans avoir son mot à dire.

Dans la famille d'accueil, il a été observé que si Marc n'a pas école, il se comporte bien. Dans le cas contraire, il se renferme sur lui-même. Marc a eu du mal à accepter les autres enfants de la maison car il cherche l'exclusivité.

Depuis, il est noté une bonne évolution avec une diminution des comportements agressifs, un meilleur lien et relation à l'autre. La famille de Marc souhaite le réintégrer. Il a donc été décidé que le retour en famille se ferait fin juillet avec la mise en place d'une aide éducative renforcée. Marc retournera alors dans son ancienne école.

. Situation au niveau scolaire

Marc est actuellement en CM2. Il est bon élève malgré des problèmes d'agitation et de concentration.

En maternelle, Marc avait du mal à comprendre la plaisanterie. Il était souvent en conflit avec ses amis.

En CE2, le placement en famille d'accueil a induit un changement d'école. L'intégration ne se passe pas bien, les autres se moquent de lui. Cet événement a généré chez Marc de la colère et une envie de quitter l'école pour retrouver ses anciens copains. Il a alors commencé à présenter des comportements auto et hétéro-agressifs et des difficultés avec les limites posées. La relation avec les autres reste compliquée car Marc les interpelle souvent ou les provoque.

L'année dernière, Marc était accompagné d'une AVS. Cependant, sa présence frustrait Marc. Il a donc été décidé d'enlever le dispositif.

Marc a pu révéler à son éducatrice référente que son passage en sixième le préoccupait. En effet, pourra-t-il réguler son comportement ? Comment ces nouveaux lieux l'accueilleront et le contiendront ?

. Situation au niveau institutionnel

Marc est suivi en parallèle en CMP. Dans cet établissement, il a été accompagné par un psychologue durant un an, une semaine sur deux. Marc en garde un mauvais souvenir. Il est aussi suivi par un pédopsychiatre qui a mis fin à son traitement cette année. De plus, il a été mis en place une thérapie familiale.

Les objectifs visés par le SESSAD sont d'aider Marc à gérer ses émotions, travailler sur son apaisement, l'aider à trouver une place, mettre en place des liens étroits entre les différents intervenants.

Marc est suivi par son éducatrice référente à raison de deux fois par semaine. Elle décrit qu'une bonne relation s'est établie entre elle et lui et qu'il aborde les différentes relations qui semblent importantes pour lui.

Marc a aussi été suivi, en début d'année, par un groupe à médiation éducative. Le groupe était dirigé par un binôme de co-thérapeutes éducateurs associés à un intervenant en percussion. Marc était le plus jeune du groupe. Les éducatrices ont pu décrire que Marc avait du mal à rester dans le groupe, il testait beaucoup les limites et attisait les tensions : il mettait à mal la dynamique du groupe. L'arrêt du groupe pour Marc a donc été réalisé.

Marc est aussi amené à rencontrer ponctuellement le psychologue du service.

Il participe de même aux groupes des vacances. J'ai été amenée à le rencontrer lors d'une de ces journées et ai donc pu l'observer dans un contexte différent, dans un milieu public.

Enfin Marc est suivi par la psychomotricienne une fois par semaine.

. Son bilan psychomoteur

Le bilan de Marc a été réalisé à la demande générale de l'équipe du fait de leurs difficultés à le comprendre. Nous avons donc rencontré Marc au cours du mois de janvier lors de trois séances d'une heure et demie.

Contrairement à Léo, Marc était moins disponible au bilan. En effet, il a été compliqué pour lui d'être observé, de devoir répondre à des questions et à des exigences (s'asseoir au bureau et répondre aux consignes des tests). Il a donc été décidé d'établir un bilan à partir d'observations du jeu spontané et de mise en situation. Un compte-rendu oral à Marc a été réalisé au terme de ces trois séances.

Dès le début de notre rencontre, Marc m'apparaît comme débordé par toutes les stimulations qui lui parviennent (ses angoisses par rapport à la situation du bilan, le matériel de la salle, etc.) Il ne peut s'empêcher ni de sortir toutes les balles de la caisse en les jetant violemment, ni de faire les cent pas en regardant dans tous les sens, tel un agneau apeuré, ni de dire des gros mots... Son manteau restait sur son dos ; prêt à repartir au moindre danger. Par conséquence, ma tonicité s'élevait et ma respiration s'accélérait : j'étais en hyper-vigilance. De surcroît, la peur d'être blessée renforçait cette réaction.

J'ai l'impression que Marc se sentait persécuté par nos questions, nos paroles, et notre regard : il fallait qu'il agisse avant de se faire attaquer, intimider pour paralyser son adversaire. Du fait de la méfiance, Marc est aussi beaucoup dans la retenue. Il peut être très ambivalent dans la relation en rejetant l'autre tout en nécessitant son attention. Nous voyons ainsi ressortir un besoin de maîtrise concernant lui-même, la relation et l'autre.

Marc est capable d'élaborer des jeux à plusieurs même s'il semble préférer les jeux seul.

Pour aborder le compte-rendu oral à Marc, nous avons beaucoup discuté avec Madame F. sur la manière de s'y prendre. En effet, que pouvions-nous dire et comment ? Dans mon cas, le compte-rendu me semblait indispensable pour

que Marc soit considéré comme un acteur de son accompagnement. Mais à quel prix ? Trop en dire ne peut-il pas aussi briser une alliance thérapeutique ? A contrario, ne rien dire pourrait briser la confiance difficilement acquise. Quoi qu'il en soit, lors du retour, le silence de Marc m'a semblé signifier qu'il souhaitait entendre ce qu'on avait à lui dire. Il se contentait juste de donner des coups violents à chaque annonce. Je pense donc que malgré ses difficultés à accepter ce qu'on avait observé, il avait besoin de l'entendre.

Pour ce qui est des conclusions de mes observations, il a été mis en évidence une instabilité psychoaffective regroupant des troubles attentionnels, une impulsivité psychomotrice et une hyperkinésie.

Ainsi, Marc présente un défaut de contenance. En effet, les limites corporelles et psychiques sont beaucoup testées au travers du cadre et des règles.

Au niveau tonique, Marc nous montre un profil hypertonique associé à des difficultés de régulation tonico-émotionnelle. Les émotions sont difficilement gérées et des tics et bégaiements peuvent apparaître. L'angoisse peut aussi conduire à des comportements compulsifs. La frustration est difficilement supportée.

L'image du corps semble très détériorée chez Marc. Cela se manifeste par une anxiété de performance et des troubles narcissiques. En effet, les difficultés sont niées et le regard de l'autre, voire son jugement sont très surveillés. Envahi par ses difficultés, Marc reste souvent centré sur lui-même et a adopté un fonctionnement basé sur le clivage. Par exemple, dans ses jeux Marc visait la perfection. Lorsqu'il y parvenait, il se représentait comme le meilleur. En revanche, la seule petite erreur changeait la donne : il se voyait nul. Ce mode de représentation s'appliquait aussi lorsque nous faisions des jeux de compétition. Lui était perçu comme parfait, nous étions perçu comme des nuls.

Malgré ces difficultés Marc nous a montré d'excellentes habiletés motrices ainsi qu'un potentiel d'élaboration et de relâchement.

. Son projet

A partir du bilan psychomoteur, nous avons pu établir 4 axes thérapeutiques :

- Consolider l'enveloppe psycho-corporelle en permettant une régulation tonico-émotionnelle et une meilleure contenance.
- Renforcer l'image de soi en favorisant la confiance en soi et en expérimentant dans le plaisir et non dans la performance.
- Favoriser la disponibilité relationnelle en étant à l'écoute de soi et des autres, ainsi qu'en s'adaptant à son environnement.

Le suivi est mis en place pour une année, reconductible, à raison d'une fois par semaine pendant 45 minutes en individuel.

Comme pour Léo, il a été très compliqué pour moi de définir quelle médiation nous allions utiliser. Cependant les difficultés ont été de tout ordre puisqu'il était compliqué de maintenir la relation avec Marc. Nous avons donc commencé par des jeux spontanés. Comme, le cadre des séances semble trop compliqué pour Marc et pour trouver un jeu commun, nous avons décidé de le sortir de l'établissement pour l'amener faire du foot.

c. Le groupe à médiation aquatique

. Présentation générale du projet

Le groupe à médiation aquatique a débuté en octobre même si les séances dans le bassin définitif ont commencé presque deux mois après. Celles-ci ont lieu un jeudi sur deux de dix heures moins le quart à onze heures et quart dans un bassin de balnéothérapie. L'avantage des lieux est que nous sommes seuls à occuper la salle. En revanche, la balnéothérapie se situant dans un centre de rééducation, une image négative peut être renvoyée aux enfants.

Ce groupe est dirigé par une éducatrice spécialisée que je nommerai Madame A., Madame F. et moi-même.

En début d'année, nous nous sommes fixées pour objectifs de :

- Favoriser l'épanouissement et le bien-être
- Développer la détente psychocorporelle et la régulation tonico-émotionnelle
- Développer les capacités attentionnelles et relationnelles
- Donner un cadre et des limites structurants
- Promouvoir l'expérience sensori-motrice
- Travailler l'autonomie

Pour cela, nous avons organisé les séances selon le modèle suivant.

D'abord, pour le temps de préparation et de mise en condition, j'ai repéré trois temps. Les enfants sont en premier lieu accueillis dans le hall d'entrée du bâtiment. Nous nous orientons, par la suite, vers la salle de balnéothérapie. Ensuite, ils sont laissés en autonomie pour la préparation dans les vestiaires et pour la douche. Pour finir, toujours hors de la piscine, la séance leur est expliquée et les règles sont rappelées au besoin.

Lors du temps de séance en piscine, il y a toujours trois temps qui sont : l'exploration en individuel et en interaction avec les autres, le jeu de groupe et la relaxation.

Dans le temps du retour et de la séparation, je compte toujours le temps d'autonomie pour la douche et le vestiaire, ainsi que la verbalisation dans le hall, en cercle où les enfants peuvent prendre une collation qu'ils ont amenée.

. Membres du groupe

Le groupe est constitué de quatre enfants. Je vais en faire une présentation succincte.

Ludovic a 8 ans et est scolarisé en CE2 avec une AVS. C'est un enfant qui est soit isolé, soit dans une relation duelle exclusive : être en groupe est donc compliqué pour lui. Son comportement est dichotomique. Il présente aussi des difficultés de contenance avec une attention limitée, une émotivité non canalisée, une mise en danger et la présence de fantasme qu'il prend pour la réalité.

Maëlle a 8 ans et demi et est scolarisée en CM1 avec une AVS. Elle présente beaucoup de retard car il est difficile pour elle de rentrer dans les apprentissages. C'est une fille très théâtrale et qui manque de confiance en elle. La relation à l'adulte est pour elle très importante. Elle peut présenter des passages à l'acte hétéro-agressif.

Arthur est un enfant de 8 ans scolarisé en CE2. Il teste souvent les limites que ce soit au niveau du cadre mais aussi au niveau des limites psychiques. De plus, il présente une certaine immaturité dans son comportement et dans son autonomie.

Octave, quand à lui, est un enfant de 6 ans et demi scolarisé en CP. Il présente une grande inhibition qui le conduit au mutisme devant le regard de l'adulte. Il peut arriver dans son quotidien que cette inhibition lâche, engendrant une crise. De plus, Octave peut être figé devant la difficulté, il peut présenter des comportements imprévisibles et est sensible au toucher.

II AGRESSIVITE, VIOLENCE ET PASSAGE A L'ACTE CHEZ L'ENFANT ET LE PREADOLESCENT

Nous allons à présent tenter de montrer que l'agressivité peut exprimer une souffrance chez l'enfant et le préadolescent qui s'est progressivement installée durant leur développement.

1. Définition des concepts

a. La violence et l'agressivité

Dans notre société, au niveau de leur utilisation courante, l'agressivité et la violence sont confondues. Par exemple, au niveau politique, la seule différence que l'on peut retrouver se situe au niveau de l'intensité des actes. Ainsi, au niveau des politiques de santé internationales, l'OMS¹⁹ définit la violence comme étant « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, de

¹⁹ OMS : Organisation Mondiale de la Santé. C'est une organisation qui coordonne et dirige la santé internationale

problèmes de développement ou décès »²⁰. Nous voyons donc que, dans ces représentations, les conséquences liées à l'acte violent sont graves.

Ces représentations marquent aussi la violence et l'agressivité comme des éléments néfastes à éradiquer. Pourtant, nous allons voir que l'agressivité est présente chez tous les individus et surtout qu'elle nous est indispensable.

La psychologie nous apporte des éléments de réponse en ce domaine et sur la différence entre la violence et l'agressivité.

A la base de l'agressivité et de la violence se trouve la violence fondamentale. En effet, pour Bergeret J., elle correspond à un instinct primitif, commun à toutes les espèces qui permet la sauvegarde de la vie, « ne serait-ce donc que sous la forme de la sauvegarde imaginaire de l'intégrité narcissique du sujet »²¹. Dans ce contexte, le but visé est la conservation de soi. De plus, l'acte ne vise pas une personne précise. GUIOSE M. a assimilé cette violence avec le sentiment de fureur. Celui-ci est défini comme étant une « rage envahissante non mentalisable, une décharge motrice pulsionnelle désorganisée »²². En lien avec notre clinique, je pense que cette violence correspondrait à l'explosion motrice de Léo et de Marc, observée durant leur bilan respectif. Dans ce cas, seule la fonction de pare-excitation semblerait permettre de retrouver le calme.

L'agressivité et la violence seraient des formes évoluées de la violence fondamentale.

Plus précisément, dans le grand dictionnaire de psychologie du Larousse, l'agressivité est définie comme une « tendance à attaquer autrui, ou tout objet susceptible de faire obstacle à une satisfaction immédiate »²³. Dans cette définition succincte, nous observons deux aspects. Le premier se rapporte au mode d'expression de l'agressivité. En effet, l'agressivité s'exprime sous forme de pulsion²⁴. Elle peut se rapporter à la pulsion de destruction, tournée vers

²⁰ <http://www.who.int/topics/violence/fr/> consulté le 20 mars 2017, mis à jour en 2017

²¹ Bergeret J. (1998), p 11

²² Guiose M. (2007), p 150

²³ Bloch H. (2011), p 33

²⁴ Pulsion : Force à la limite de l'organique et du psychique qui pousse le sujet à accomplir une action dans le but de résoudre une tension venant de l'organisme. Les pulsions possèdent quatre caractéristiques : Elles possèdent une poussée (tendance à s'imposer), une source (organe ou la partie du corps à l'origine de la

l'extérieur par la musculature. Il existe différents types de pulsion d'agression. L'agression instrumentale a pour but de préserver le pouvoir tandis que l'agression impulsive, aussi nommée agression hostile ou émotionnelle, a pour but de nuire à autrui. Ces manifestations me font penser à Marc car, comme dit plus haut, il est dans une maîtrise de l'autre, de la relation et de soi-même. Les manifestations de ces pulsions d'agression peuvent être réelles ou fantasmatiques. Elles contiennent un caractère de provocation. Le deuxième aspect de cette définition concerne l'origine de ces pulsions. Celles-ci peuvent relever de la frustration ou de stimulations désagréables. Parfois la colère peut déclencher de l'agressivité.

Selon Winnicott D.W., l'agressivité fait partie intégrante du développement de l'individu. Pour lui l'expérience simultanée de l'amour et de la haine implique la réussite de l'ambivalence. Ainsi, l'objet, ici la mère, est perçu, par l'enfant comme total et différencié de lui. Cette nouvelle vision conduit au sentiment de culpabilité, d'implication, aussi appelé sollicitude, nécessaire à la volonté de réparation. De plus, pour lui, « l'agressivité a une double signification. Elle est d'abord une réaction directe ou indirecte à la frustration. Elle est aussi l'une des deux sources principale d'énergie chez l'individu »²⁵. Nous voyons donc que, d'une part, l'agressivité permet l'affirmation de l'individu. Elle lui donne aussi la force d'évoluer tout le long de son développement. Winnicott D.W. a aussi développé que l'environnement doit survivre aux attaques de l'enfant pour que le jeu et la créativité émergent. « Au début, un enfant, s'il doit se sentir libre et devenir capable de jouer, a besoin d'être conscient d'un cadre, il a besoin d'être un enfant insouciant »²⁶. Il est donc normal qu'un enfant teste les règles et les limites. Par contre, si ce comportement perdure et ne diminue pas, l'enfant peut entrer dans la pathologie des troubles du comportement.

La violence, quand à elle, est positionnée en terme de « force brutale qu'un être impose à d'autre, pouvant aller jusqu'à la contrainte exercée par l'intimidation ou la terreur »²⁷. Nous observons donc un caractère déshumanisant, sans valeur,

pulsion), un objet (ce par quoi la pulsion cherche à atteindre son but), un but (satisfaction du désir à l'origine de la pulsion)

²⁵ Winnicott D.W. (2004), p 28

²⁶ *Ibid.*, p 69

²⁷ Bloch H. (2011), p 989

dans cet acte puisqu'il peut, en plus, être réalisé par une personne plus forte. De plus, la seule raison de ce comportement semble être la domination. Cette violence correspondrait, par exemple, à toutes sortes de maltraitance. Ainsi, le comportement du père de Léo peut être caractérisé de cette sorte. Cette vision de la violence se rapproche plus des définitions généralisées présentées en introduction.

L'encyclopédie Universalis regroupe d'autres points de vue, notamment celui des éthologues.

Pour les éthologistes, il n'y a pas de différences clairement identifiées entre la violence et l'agressivité. Cependant, ils ont mis en évidence divers comportements, qui peuvent être sélectionnés par l'individu agressé. En effet, celui-ci a le choix entre s'immobiliser, fuir, se soumettre, ou contre-attaquer.

De plus, les éthologues ont repéré divers facteurs, qu'il est intéressant de noter. Ces divers facteurs, découverts chez les animaux, peuvent être extrapolés chez l'humain avec prudence. L'agression serait un comportement induit par l'association de facteurs endogènes et de facteurs exogènes, en lien avec les comportements territoriaux et les relations de dominance.

D'abord, les facteurs qui nous semblent pertinents dans ce sujet sont les facteurs exogènes. Ils ont une grande importance car nous pouvons les influencer. On y note le rôle de l'espace disponible, aussi décrit chez E.T Hall, le rôle de la frustration, de la concurrence, la privation de mouvement, toutes interdictions en général, la privation de nourriture, l'hyperstimulation et les excitations trop fortes,... Ces facteurs sont, on l'a vu aussi, observés dans le domaine de la psychologie. Les *displays*, ou comportements ritualisés, sont des comportements symboliques, comprenant les postures, les mimiques, et les mouvements du corps normalisés dans une société. Ils ont un rôle dans la communication puisqu'ils permettent de réguler l'agression et d'exprimer la dominance, la soumission, ou la menace. D'où, un combat ritualisé est moins dangereux qu'un combat normal tout en permettant d'évacuer les pulsions agressives. Ce facteur est, je pense à rapprocher de nos rituels de politesse. De plus, un rapprochement

peut aussi être fait dans les jeux de combat ou même toute sorte de jeu mettant en scène l'agressivité.

En ce qui concerne les facteurs endogènes, on retrouve certaines zones cérébrales, notamment l'amygdale, l'hippocampe et l'hypothalamus impliquées dans les comportements agressifs. Le cortex cérébral active ou inhibe ces régions par le biais des fonctions exécutives. C'est d'ailleurs, en partie, ces fonctions qui sont mises en cause dans les troubles des conduites pour les enfants TDAH^{28,29}. La quantité de certains neurotransmetteurs est aussi mise en cause. Par exemple, l'inhibition de la synthèse de la sérotonine ou de l'acide gamma-aminobutyrique peut favoriser l'augmentation des comportements d'agression. Certaines hormones ont aussi un rôle dans la genèse du comportement agressif. C'est le cas pour les hormones sexuelles mais aussi les hormones du cortex surrénalien et de l'hypophyse. Des gènes de prédispositions sont actuellement recherchés et pourrait aussi expliquer ces comportements. Ces hypothèses sont cependant à nuancer. Pour moi, cette discipline confirme que les comportements agressifs sont donc communs à tous les êtres humains. Il est possible que des individus soient plus sensibles aux stimuli de l'environnement mais je ne pense pas que des gènes particuliers soient responsables de la délinquance, comme pourrait le croire le gouvernement³⁰.

En clinique, la violence et l'agressivité peuvent s'exprimer de différentes manières, passer de l'une à l'autre dans une même séance, être plus ou moins conscientes. La limite entre les deux peut donc être floue car elles sont incluses dans une chronologie. Je pense que l'important est de pouvoir identifier de quelle manière elles s'expriment, selon les enfants pour pouvoir agir.

Tout d'abord, l'agressivité peut être canalisée par le jeu.

Prenons, par exemple, Léo. Lors de cette partie de séance, nous construisions chacun une tour, le but étant de savoir qui fera la tour la plus haute. A chaque fois que sa tour tombait, il détruisait alors les nôtres. Dans ce

²⁸ Troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité

²⁹ Clement C. (2013)

³⁰ <http://www.pasde0deconduite.org/appe/> consulté le 29 Avril 2017

cas de figure, Léo ne nous agressait pas directement, mais plutôt les tours qui nous représentaient.

En revanche, parfois, le jeu ne peut plus canaliser toutes les pulsions d'agression.

Ainsi, à la fin de cette même séance, nous avons tous construit un château qui allait être détruit par la guerre. Dans cette destruction massive, j'ai pu remarquer que quelques billes, soit étaient destinées directement à Madame F. ou moi-même, soit étaient lancées presque dans une impulsivité motrice.

Je pense aussi à Marc, pour qui j'ai eu l'impression d'avoir observé un glissement de sa violence vers l'agressivité. En effet, au début de son suivi, les objets étaient lancés sans aucune intention, au hasard, dans un débordement. Au fur et à mesure, une intension est apparue, dans ses « jeux de ballons », même si son but était de nous viser pour nous intimider.

J'ai pu aussi être témoin de violence et d'agressivité hors du jeu. Dans ce cas de figure, ces actes sont très liés à ceux du passage à l'acte et d'*acting out*.

b. Le passage à l'acte

Rappelons le contexte de la survenue de l'acte. Arthur et Maëlle étaient entrain de s'arroser avec les douches. Je suis intervenue pour leur rappeler le cadre, principalement, car le temps à la fin des séances nous est compté. En réponse, les deux enfants ont continué de plus belle, dans une provocation. A ce moment là, Madame F. est intervenue. Malgré nos actions, les provocations de Maëlle continuaient et défiaient l'autorité de Madame F.

Plus tard et hors de la vue de Madame F. Maëlle a pu me dire que ses actes étaient incontrôlables et qu'elle se sentait coupable. Cependant cet aveu était irréalisable face à Madame F. A toutes propositions de réconciliation, Maëlle répondait par des coups de sacs. Madame F. finit par prendre le sac à Maëlle pour qu'elle arrête.

Comme Maëlle tentait de le récupérer en tirant dessus et en disant « mais rends le moi ! », Madame F. a donné le sac à Madame A., disant à Maëlle qu'elle le récupérerait au taxi. Elle est alors partie devant. Maëlle marchait à

côté de Madame A. et parlementait avec elle pour récupérer son sac. Force de persuasion, Madame A. lui rendit sous condition que Maëlle mette fin à son acte.

Lorsqu'elle le récupéra, Maëlle partit en courant rejoindre Madame F. pour continuer à lui donner des coups. N'arrivant pas à s'arrêter, Madame F. dû contenir Maëlle. Elle finit par la plaquer au sol. Maëlle disait « lâche-moi » en pleurnichant mais sans exercer de résistance. Comme ce n'était toujours pas possible que Maëlle aille dans le taxi, Madame F. est rentrée dans la voiture.

Finalement, elle dû partir de la place du parking afin que Maëlle puisse de nouveau respirer normalement et s'apaiser.

Lorsque Marc était gagné par la frustration de ses échecs, il finissait par nous lancer les objets à la figure. A peine nous ouvrions la bouche, il nous coupait la parole en criant « chute » ou « merde ». Ces actions m'ont à plusieurs reprises sidérée.

L'acting out est un « agir donné à déchiffrer à un autre, le psychanalyste notamment, dans une adresse le plus souvent inconsciente ; l'acting out doit être clairement distingué du passage à l'acte. »³¹. En effet, le passage à l'acte ne s'adresse à personne et ne demande aucune interprétation. C'est un « agir impulsif inconscient »³².

Avec Millaud F.³³, LACAS P.P.³⁴ et Bloch H.³⁵ considèrent l'acting out comme étant une demande d'aide, de l'espoir, une « recherche relationnelle ». En effet, dans son acte l'individu cherche à obtenir une symbolisation de son symptôme. De ce fait, il peut parfois traduire la défaillance de l'analyste. Le passage à l'acte, lui, relève plus du désespoir et de l'angoisse. Il peut se traduire par du rejet, voir une tentative de contrôle de l'autre.

³¹ Bloch H. (2011), p 7

³² *Ibid.*

³³ Millaud F. (1998)

³⁴ « ACTING OUT », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 26 mars 2017, mis à jour en 2016

³⁵ Bloch H. (2011)

On peut faire le lien avec les enfants présentés dans ce mémoire. Sans forcément aller dans une « une crise hétéro-agressive » comme Maëlle, ils peuvent manifester des actes qualifiés d'impulsifs et non élaborés, comme chez Marc. Selon les cas, on voit que ces actes s'inscrivent plus dans une recherche pour maintenir le lien, comme Maëlle. Ils peuvent aussi s'inscrire, comme dans le cas de Marc, dans une démarche d'auto-exclusion, une démarche de toute puissance sur l'autre.

c. L'image du corps

« La représentation du corps renvoie à la manière dont le sujet s'attribue ses expériences corporelles. Elle repose sur une activité de représentation globale qui donne sens aux perceptions sensorielles et l'inclut dans une résonance affective. Cette représentation s'appuie sur une construction progressive, tout au long de la vie, tenant compte en même temps des facteurs cognitifs, moteurs, affectifs au sens d'une relation sociale et humaine. »³⁶.

Cette notion globale se décline sous trois composants indissociables : le schéma corporel, les aspects phénoménologiques du corps et l'image du corps. C'est sur cette dernière que notre sujet pose la nécessité de s'arrêter.

L'image du corps est une notion difficile à définir car elle englobe, elle-même, différents composants et est visualisée différemment, selon les disciplines. Le dictionnaire international de psychanalyse cité par BOUTINAUD J.³⁷ définit l'image du corps comme étant « la représentation mentale que nous avons de notre corps. L'image du corps est l'image que l'individu se fait peu à peu de lui. Elle enferme les fantasmes inconscients, et fait également intervenir l'environnement ». Nous voyons déjà ici l'aspect dynamique de l'image du corps, mais aussi, le rôle de l'environnement dans sa construction.

Nous avons pu extraire, dans les différentes conceptions, que la représentation du corps s'élabore à partir de nos expériences du corps en relation. En effet, l'image du corps se construit à partir des sensations de satisfaction ou d'insatisfaction, de désirs ou de manques, ressentis par les différentes parties du

³⁶ Reinalter Ponsin F. (2013), p 202

³⁷ Boutinaud J. (2016), p 26

corps. Nous pouvons étendre cet aspect à toutes les sensations corporelles. De plus, les représentations corporelles découlent aussi de nos rapports avec l'autre. L'estime de soi est un exemple de cet aspect dynamique. En effet, le regard que l'on se porte peut être influencé par le regard que nous porte la société.

L'apport de DOLTO F., nous intéressant, concerne le mode de construction de l'image du corps. En effet, celle-ci s'élaborerait sur la superposition des images actuelles sur celles plus antérieures et même archaïques.

De plus, elle apporte le concept d'image de base³⁸. Cette image de continuité spatio-temporelle semble être mise en lien avec le sentiment de continuité d'existence de WINNICOTT D. W. et le narcissisme primaire³⁹. Nous verrons de ce fait que les interactions précoces⁴⁰ ont un rôle à jouer dans son développement.

L'image du corps est inconsciente mais certains aspects de cette image peuvent revenir à la conscience. PIREYRE E.⁴¹ a identifié neuf de ces sous-composantes qui peuvent ressurgir dans la conscience.

Quoiqu'il en soit, l'intérêt de ce concept concerne sa mise en lien avec les aspects psychopathologiques.

« Il devient dès lors fondamental d'intégrer les apports de la psychopathologie dans cette vue d'ensemble, en nous mettant à l'écoute de nos patients et en observant les liens qu'ils tissent avec leur corps. Ce qu'ils peuvent nous dire, nous transmettre autour de ce qu'ils vivent et se représentent à ce niveau demeure capitale, en tant que formidable espace où s'exprime « in vivo » les aléas et les avatars de la manière dont ils habitent leur corps et ce bien au-delà d'enjeux strictement organiques. »

Ainsi, pendant les séances, Léo appréciait les situations le mettant en déséquilibre, comme monter sur un ballon, ou sur le bureau. Cette situation s'est aussi retrouvée chez Marc qui escalade tout et n'importe quoi, le mettant en danger. De plus, Léo et Marc pouvaient aussi lancer de façon anarchique les objets. Ces manifestations peuvent être mises en lien avec des compensations d'angoisses corporelles à type d'angoisse de chute. Cette angoisse peut être

³⁸ Dolto F. repris par Boutinaud J. (2016)

³⁹ Narcissisme primaire : Aboutissement de cette phase correspond au moment où l'enfant s'identifie à son image entière. Ainsi durant cette phase, l'enfant s'approprie son corps par ses expériences.

⁴⁰ Définition cf. *infra*, p 44

⁴¹ Delion P. Pireyre E., (2013), p 217

vécue lors de fortes émotions. Dans le cas de Marc et de Léo, les manifestations liées à ce vécu se sont produites principalement au début de la prise en charge, mais aussi, lors de moments de frustration et de séparation. J'associe donc ces manifestations à une lutte contre l'anéantissement. Pour appuyer mon propos BERNATEAU I.⁴² décrit une certaine confusion entre la séparation et la mort car « elle fait revivre la disparition inaugurale de l'objet nécessaire à la survie »⁴³. Dans ce contexte, les actes peuvent donc être assimilés à de la violence car ils sont liés à un sentiment de survie et d'insécurité.

De plus, comme présenté dans sa partie bilan, Marc possède une estime de soi fragile. En effet, il se délimite des objectifs difficilement réalisables. Ainsi, le regard que l'enfant porte sur lui-même peut être dur, ce qui en cas d'échec génère de la frustration. Dans ce combat, et pour préserver son intégrité, le recours à l'agressivité peut être une possibilité.

d. Le tonus

Le mot « tonus » provient du grec *tonos* qui signifie « tension ». Il correspond à « un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibe »⁴⁴. Le tonus est permis grâce au réflexe myotatique⁴⁵. Il est intimement lié aux émotions. Ainsi, une situation agréable, plaisante engendrera une variation du tonus dans un versant hypotonique. A l'inverse, une hypertonie sera plus associée à des émotions fortes, stressantes. Par ses fonctions, le tonus est le support des mouvements, des postures et de la relation. C'est sur cette dimension relationnelle que nous allons un peu plus nous pencher.

« Le tonus a une fonction fondamentale dans l'organisation psychocorporelle de l'humain qui est la modification de l'expressivité corporelle en fonction de la force qu'il exerce sur les muscles des postures et sur les muscles d'expression. Agissant sur un mode vibratoire, le tonus assure une fonction de communication, à la fois consciente et inconsciente avec des variations qui, par étayage, se chargent d'affects et de

⁴² Bernateau (2011)

⁴³ *Ibid*, p 34

⁴⁴ Robert-Ouvray, Servant-Laval (2013), p 145

⁴⁵ Réflexe myotatique : réflexe permettant à un muscle étiré de se contracter pour résister à cet étirement.

représentations, formant un ensemble psychomoteur qui se transforme, se décline, s'enrichit ou s'appauvrit selon les rencontres. »⁴⁶

Le contrôle tonique est possible grâce à la maturation neuronale mais aussi grâce à la maturation affective. Au départ, l'environnement est nécessaire au bébé pour la régulation de son tonus. Cette fonction est, principalement, assurée par le dialogue tonico-émotionnel. C'est une sorte de communication infra-verbale qui se fait avant tout par les regards, les expressions faciales, les postures, les touches, les vibrations, les tensions et les détente. Il permet à l'enfant, grâce aux réponses de sa mère, d'associer peu à peu ses émotions et son état tonique. En même temps que s'instaure cette compréhension interne et physiologique du tonus, l'enfant apprend à le décoder chez l'autre. Normalement, au fil de son développement, l'enfant pourra s'autoréguler.

Dans le cas de troubles tonico-émotionnels, cette régulation est compliquée. Par exemple, durant leur bilan, Marc ou Léo étaient dans un mouvement incessant, une explosion motrice, durant une grosse partie de la séance. A contrario, lorsqu'un jeu arrivait à mobiliser leur attention, ils se figeaient. Un autre exemple concernant Léo, et décrit dans sa présentation, se rapporte à ses effondrements toniques. Le tonus n'est donc pas modulé, ni ajusté et reste dans une bipolarité. Dans ces cas-là, face à une situation désagréable générant de l'agressivité, la force exercée sera à son maximum.

Les troubles tonico-émotionnels peuvent aussi s'expliquer par une dépression infantile. En effet, Bergès J.⁴⁷ explique que l'hyperkinésie peut être un moyen de défense contre le sentiment de mort et d'hypermotricité présentes dans la dépression.

De plus, il semble que Marc et Léo présentent des difficultés dans la « transmodalité d'étayage »⁴⁸. Cette fonction permet de mettre en lien le tonus, avec, les sensations, les émotions et les représentations. Parfois, chez Marc et Léo, l'affect était simplement vécu, ce qui peut faciliter les passages à l'acte. La représentation de leur tension et de leur force ne leur sont pas non plus

⁴⁶ *Ibid.*, p 156

⁴⁷ Bergès J. (2006)

⁴⁸ Robert-Ouvray, Servant-Laval (2013), p 162

accessibles. Ainsi, leur tonus n'est pas régulé, ce qui peut engendrer un excès de force lors de situation agressive, notamment dans le jeu.

e. La relation

D'après le Grand Robert, étymologiquement, la relation vient du latin *relatio* qui signifie « récit » ou « rapport, lien ». On peut donc dire que le premier sens général de relation se rapporte au récit, au fait de relater une histoire en détails. C'est l'aspect communicant du mot relation. Son deuxième sens général, se rapporte plus au type de lien qui unit deux objets ou concepts.

Pour notre sujet, nous allons nous intéresser de plus près aux relations entre des personnes humaines. Toujours dans le Grand Robert, l'une des significations de la relation se rapporte à une « activité ou situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les unes sur les autres ; lien de dépendance ou d'influence réciproque ». C'est un processus influencé par divers phénomènes, dont les normes sociales. Les relations humaines participent au développement de l'individu qui adopte des comportements et mécanismes cognitifs.

Dans la relation, j'inclus aussi la relation à soi-même, reprise sous le terme de représentation de soi. La relation à soi est indispensable pour créer une relation à l'autre, et inversement, la relation à l'autre, transforme notre relation à nous-mêmes.

Il existe différents types de relations humaines. Parmi elles, nous comptons les relations interpersonnelles, qui sont des échanges établis essentiellement entre deux ou plusieurs personnes, et les relations affectives qui sont des relations « où la dimension affective intervient de manière spécifique, comme dans les relations parents-enfants ou les relations de couples »⁴⁹. Ces relations ne doivent pas être imputées de leur cadre puisque celui-ci les influence.

Les enfants, tel que Marc et Léo présentent, avant tout, des difficultés dans ce domaine, plus généralement appelés troubles relationnels.

Nous avons vu que l'agressivité peut être une réaction normale chez l'être humain. Elle représente l'affirmation de l'individu avec, notamment l'opposition à

⁴⁹ Fischer G.N (1999), p 6

la loi. Cependant, certains enfants, comme Léo par exemple, ont des difficultés dans la représentation des limites. Ils sont donc, de temps en temps, amenés à tester le cadre.

Nous l'avons vu dans la partie sur le passage à l'acte, l'agressivité peut être une façon de maintenir le lien. En effet, dans l'agression, il peut y avoir un contact physique recherché. Pour Maëlle, j'ai l'impression que son agressivité attendait une réponse de Madame F. qui entretiendrait le lien. De plus, la culpabilité du geste entretenait une représentation de Madame F., permettant de maintenir le lien.

L'agressivité peut aussi avoir pour fonction le rejet. Cependant, ne pouvons-nous pas voir aussi ce rejet comme une forme de relation : une relation de maîtrise. En effet, si notre attention était déviée de Marc, il nous lançait des objets pour y remédier.

Ces modes de relations spécifiques peuvent avoir plusieurs origines. Déjà, nous pouvons nous poser cette question : est-il aisé pour un enfant, qui a en majorité connu des relations conflictuelles, de mettre en place des relations apaisées ?

De plus, un contexte d'insécurité peut générer de l'agressivité car elle marquerait son opposition. Ainsi, la peur de la séparation peut générer de l'agressivité. Cet attachement « angoissé » peut aussi limiter l'exploration des relations qui peuvent être prises pour de l'agression.

Les troubles du dialogue tonico-émotionnel peuvent aussi avoir engendré des difficultés d'ajustement à l'autre et de ce fait avoir perturbé le développement des capacités empathiques, chez Marc et Léo.

L'agressivité et la violence seraient donc, en quelque sorte, une lutte pour la survie car le sentiment de sécurité de base ne semble pas s'être constitué.

2. Le développement de l'enfant dans un contexte d'insécurité

Dans cette partie, je vais tenter d'analyser en quoi un contexte d'insécurité peut impacter le développement. Pour cela, je vais m'appuyer des cas de Léo et de Marc. Il serait trop long et fastidieux d'appliquer la même méthode pour les autres enfants du groupe. Cependant, je tiens à préciser que cette démarche me

semble primordiale à la compréhension du comportement des enfants et surtout pour son accompagnement.

a. Les interactions précoces, le traumatisme infantile et les enfants carencés

Le développement de l'enfant est conditionné par des facteurs endogènes, notamment avec la maturation neurologique. L'équipement neurologique de base prodigue, à la naissance du bébé, des compétences sur le plan sensori-moteur mais celles-ci ne sont pas pour autant totalement acquises. Leur développement dépendra alors du bon fonctionnement de la maturation. Il semblerait que, dans notre sujet et pour les enfants que j'ai décidé de vous présenter, ces facteurs endogènes sont relativement préservés.

En revanche, le développement d'un enfant dépend aussi de facteurs exogènes comme l'environnement social et culturel. En effet, les interactions avec l'environnement sont déterminantes puisque, d'une part, elles amènent les stimulations nécessaires pour le développement moteur, cognitif, sensoriel et, d'autre part, « Quelle que soit l'orientation théorique des auteurs, il existe un consensus pour reconnaître que l'affectivité de l'enfant et la construction de sa personnalité se font grâce et par les interactions avec autrui »⁵⁰. Cette relation établie entre l'enfant et son environnement est établie dès son plus jeune âge : ceux sont les interactions précoces. DEVOUCHE E. compare cette relation à une symbiose entre la mère et l'enfant et la caractérise comme « réciproque, multimodale, et rythmique »⁵¹. Elle insiste sur le fait que les deux partenaires sont acteurs et peuvent donc initier, maintenir ou rejeter la relation.

Les interactions précoces sont permises, entre autre, par le dialogue tonico-émotionnel. L'ajustement⁵² entre l'enfant et son environnement est en partie permis par ce dialogue. De plus, il permet le développement de l'attachement⁵³. Ce maintien de proximité entre l'enfant et ses figures

⁵⁰ Baudier A., Céleste B. (2002), p 69

⁵¹ Devouche E. (2000), p 152

⁵² L'ajustement correspond à une réponse adaptée, rapide et régulière aux besoins de l'enfant.

⁵³ Attachement : c'est d'abord un système comportemental permettant au bébé lorsqu'il a besoin d'être rassuré, la proximité avec la personne qui s'occupe de lui, sa figure d'attachement. Ces comportements peuvent se manifester sous la forme de sourire, de pleur ou cri, regard, agrippement, locomotion, ... Plus tard, l'attachement permettra à l'enfant de construire des modèles internes opérants de soi et de ses figures d'attachements qui seront interdépendants.

d'attachement lui permet de développer une sécurité intérieure. Ainsi, « le concept d'attachement n'a de sens que replacé dans la dynamique de la vie de l'individu, c'est-à-dire finalement que par rapport à un but qu'est le détachement final, l'autonomie, l'épanouissement »⁵⁴. Suivant la sécurité des liens, l'attachement sera *secure* (sécurisé) ou *insecure* (désorganisé).

De son côté, Winnicott D. W. nous parle des interactions précoces dans son chapitre « la théorie de la relation parents-nourrisson »⁵⁵. Pour lui, au départ, le nourrisson est dans une dépendance absolue à son environnement qui doit lui fournir des soins parentaux suffisamment bons. Ces soins regroupent entre autre le *holding* qui signifie maintien. Il englobe les réponses de la mère aux besoins physiologiques du nourrisson qui sont, à cette période, associés aux besoins psychologiques. Ces réponses se basent sur la capacité empathique de la mère, sa capacité à s'identifier à son bébé, aussi appelé « identification projective »⁵⁶. Le maintien contient les soins routiniers mais aussi les soins de protection contre les éléments extérieurs et intérieurs. En effet, le holding contient aussi la fonction de contenance⁵⁷. De plus, Winnicott D. W. rapporte que « Dans « maintien », il y a surtout le fait qu'on tient physiquement l'enfant, ce qui est une forme d'amour. »⁵⁸. On voit, ici, l'aspect physique et psychologique du *holding* qui permet un sentiment de sécurité, un peu comme pour l'attachement.

Au bout d'un moment, le bébé acquiert une continuité d'être et finit par se différencier de sa mère. La mère n'a alors plus besoin de répondre presque magiquement aux besoins de son bébé. Ainsi, il passe d'abord par une dépendance relative où il a conscience de son besoin en soins parentaux, pour tendre vers l'indépendance où les soins sont intériorisés et où la confiance en l'environnement se développe.

Selon LEMAY M., la situation carencielle se définit comme « la rupture dans cette première rencontre interpersonnelle initiale [en parlant des interactions

⁵⁴ Carric J.C (2000), p 51

⁵⁵ Winnicott D. W., & Sauguet H. (1989)

⁵⁶ *Ibid.*, p 376

⁵⁷ Au sens de Bion dans le livre de Potel C. (2010) b, p227 qui est de « contenir en soi ce qui est de l'autre », c'est-à-dire transformer les émotions non assimilable par l'enfant en émotions intégrables.

⁵⁸ Winnicott D. W., & Sauguet H. (1989), p 371

précoces]. Pour des raisons extrêmement variées, l'enfant de zéro à trois ans perd ses points de références avec les adultes qui partageaient son existence. »⁵⁹. L'encyclopédie du Larousse élargit la période critique aux cinq premières années de vie de l'enfant. LEMAY M. précise que les adultes doivent être « stables, sécurisants, capables de projeter sur le petit être humain des désirs cohérents et respectueux de son identité naissante »⁶⁰.

L'enfant peut aussi être amené à vivre des traumatismes infantiles⁶¹. SELMI F.⁶² y répertorie, entre autre les expériences de pertes et de séparation, les traumatismes physiques, où je peux inclure les violences parentales, et les traumatismes psychiques, induits par des situations d'effroi, agressions sexuelles ... De plus, elle décrit les signes les plus fréquents dans le trauma qui sont retrouvés chez Léo et Marc :

- « - l'expression agie et la reviviscence (jeux traumatiques, reproduction de l'agression),
- un comportement régressif,
- symptôme d'anxiété et de difficultés de séparation,
- troubles du comportement (agitation, opposition, colère, agressivité) »⁶³.

Nous pouvons donc voir que les carences affectives correspondent à des ruptures ou à des défaillances dans les interactions précoces. Selon l'enfant ces carences peuvent produire différents troubles décrits par LEMAY M. et qui peuvent être de l'ordre de troubles psychomoteurs. A ces défaillances peuvent s'ajouter aussi d'autres difficultés d'interaction au niveau familial, comme au niveau scolaire ou institutionnel.

Associés ou de manière isolée, les troubles observés peuvent aussi avoir comme origine les traumatismes infantiles

b. Le contexte familial

⁵⁹ Lemay M. (1979), p 15

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ Traumatisme infantile : effraction de l'organisation psychique et/ou physique d'un individu généré par un choc émotionnel lors d'un événement subi, inattendu et violent durant la période infantile. Ces traumatismes peuvent induire, selon l'individu, des troubles psycho-traumatiques.

⁶² Selmi F. (2006)

⁶³ *Ibid*, p109

Le milieu familial est le premier lieu de socialisation du sujet et le principal environnement où il se développe.

Avant toute chose, je voudrais attirer votre attention sur la configuration des familles de Marc et Léo. En aucun cas, je ne voudrais louer la configuration familiale traditionnelle. Cependant, dans le groupe famille, chacun possède une fonction et un rôle particulier. Que ce soit les troubles de l'enfant qui aient induit des modifications dans la configuration, ou que ce soit l'inverse, on peut penser que ces configurations aient accentué les troubles. Par exemple, l'absence de milieu stable chez Marc peut engendrer de l'insécurité et un manque de repères.

Comme décrit dans sa présentation⁶⁴, le père de Léo est absent du système familial. Or, pour BAUDIER A. et CELESTE B., la fonction paternelle est de rompre la dyade⁶⁵ mère-enfant⁶⁶. En se référant à l'explication des interactions précoces et, plus spécifiquement chez Winnicott⁶⁷, on peut se demander si Léo n'est pas resté dans une dépendance absolue ou relative. Cette hypothèse pourrait expliquer le manque d'autonomie de Léo mais aussi son attitude presque immature qui génère chez moi un élan protecteur et maternant. Si cette hypothèse de fonctionnement s'avérait vraie, je me demande comment Léo peut entrer en interaction avec d'autres enfants, s'il est toujours dans un fonctionnement dyadique. Par extension, on peut aussi comprendre son besoin de maintien exprimé par son instabilité. En effet, ce soin ne semble pas être intériorisé.

De surcroît, on peut penser qu'à un moment ces soins n'étaient pas suffisants puisque la mère était dépassée par les événements et était, elle-même, dans un contexte d'insécurité. Or d'après Winnicott, une carence en soin peut induire de l'insécurité chez l'enfant, rattachée à des angoisses primitives⁶⁸, ces mêmes angoisses qui sont décrites par PIREYRE E. dans son concept d'image composite du corps⁶⁹.

⁶⁴ Cf. *supra* p 18

⁶⁵ Dyade : couple de deux sujets, de deux éléments en relation

⁶⁶ Baudier A., Céleste B. (2002)

⁶⁷ Cf. *supra*, p 45

⁶⁸ Winnicott D. W., & Sauguet H. (1989)

⁶⁹ Delion P., Pireyre E. (2015)

Il semble que Marc présente cette carence en soin puisqu'il accuse sa mère de ne pas assez le protéger. On peut, de ce fait, comprendre sa prise de risque comme étant une manifestation de ses angoisses corporelles.

Toujours concernant les interactions précoces, Léo et Marc présentent tout deux des difficultés de séparation se manifestant par des course-poursuites à la fin des séances, l'élaboration de jeu de cache-cache, des explosions motrices,... La peur de la séparation est mise en lien, par VITERBO E. et RENAULT M., avec la peur de la perte de protection⁷⁰. Cette insécurité est présente dans l'attachement dit « angoissé » qui est induit notamment par une mère, et je l'étendrais à toutes les figures d'attachement, qui est absente de manière temporaire ou qui ne répond pas au besoin de son enfant. On reconnaît ainsi le cas de Léo, mais aussi celui de Marc qui est temporairement séparé de sa famille. « Ce comportement d'attachement angoissé, s'il est très accentué, peut obérer sa prise d'autonomie et ses capacités d'adaptation sociale (par exemple, enfant agrippé à sa mère et réduisant son intérêt pour le monde extérieur) »⁷¹. Ainsi, je comprends pourquoi les jeux de Léo et de Marc ont été, du moins au début, limités. Je comprends aussi pourquoi Léo présente un manque d'autonomie.

Mettant en lien les carences en soin et l'attachement angoissé, je pense que Marc et Léo avec leur parents ont présenté, durant les interactions précoces, des troubles du dialogue tonico-émotionnel. Je peux comprendre ainsi leur difficulté pour s'ajuster dans la relation mais aussi leur difficulté de régulation tonico-émotionnelle. En effet, l'attachement permet de garantir une sécurité émotionnelle. Ce lien affectif est peu à peu intériorisé afin que l'enfant puisse être autonome dans sa régulation tonico-émotionnelle.⁷² De plus, le dialogue tonico-émotionnel permet la « transmodalité d'étayage »⁷³ : le parent symbolise ce que vit son bébé

Plus largement dans les interactions familiales, la fonction paternelle assume et incarne l'interdit et représente l'autorité ainsi que la loi⁷⁴. Or le père de Léo est violent et semble être recherché par la police. On peut donc se demander

⁷⁰ Viterbo E., Renault M. (2015)

⁷¹ *Ibid.*, p 126

⁷² Robert-Ouvray S., Servant-Laval A. (2013)

⁷³ Cf. *supra*, p 41

⁷⁴ Baudier A., Céleste B. (2002)

comment Léo perçoit cette autorité, sachant que les règles sont beaucoup testées. De plus, la fonction paternelle a pour rôle de stimuler l'exploration, l'autonomie et la compétition⁷⁵.

Dans le domaine de l'apprentissage et de la construction de l'identité, l'identification et l'imitation à des modèles est fondamentale. Ainsi l'« identification de développement » concerne « toute identification qui se produit avec un objet aimé et aimant dont on désire s'attribuer certains traits particulièrement admirés ou aimés »⁷⁶. Les caractéristiques favorisant cette identification concernent l'affectuosité se dégageant du modèle, sa similitude initiale avec l'enfant et la présence de qualité convoitée.

De plus, il existe aussi l'« identification défensive » aussi appelée « identification à l'agresseur ». Dans ce cas, l'enfant « essaie de dépasser cet état d'insatisfaction en faisant siennes ces caractéristiques qui le tiennent pour inférieur »⁷⁷. Dans le cas de Léo, on peut se demander comment se réalise ce processus d'identification. En effet, il existe une similitude entre lui et son père : ceux sont tout deux des hommes. Il a pu aussi acquérir de ses comportements pour se défendre.

Marc a deux frères, dont un, qui vit toujours chez sa mère. De plus, il a eu du mal à accepter les enfants de sa famille d'accueil. La présence d'une fratrie génère « Une jalousie normale aussi bien de l'aîné vis-à-vis du cadet que de ce dernier à l'égard de l'aîné est le reflet de l'ambivalence des sentiments ressentis. Son intensité est souvent supportable, en liaison avec l'intelligence des enfants et leur tolérance à la frustration »⁷⁸. Ainsi, on voit que Marc présente de l'agressivité vis-à-vis de ses diverses fratries car il présente à leur rencontre certainement de l'amour mais surtout de la haine. En effet, comme sa mère est restée avec son frère, il peut penser que c'est à cause de lui qu'il a été rejeté. Son image de lui-même a donc pu être altérée.

c. Le contexte scolaire

⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁶ Leyens J.P. (1968), p 251

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ Baudier A., Céleste B. (2002), p 128

Le milieu scolaire est le second principal environnement où l'enfant se développe. Je ne pense pas que le milieu scolaire soit responsable des troubles des enfants mais, suivant le contexte, ils peuvent être renforcés, accentués, ou réduits.

Dans le milieu scolaire, il est attendu que l'enfant soit suffisamment autonome, pour pouvoir explorer et se socialiser. L'instituteur a plus un rôle de transmission. Son second rôle est de sécuriser l'environnement afin que les interactions puissent se déployer. Léo semble être dans une dépendance absolue ou relative⁷⁹. Je pense donc que, pour le moment, il peut être difficile pour lui d'être autonome. Il ne peut donc répondre aux attentes de l'école, ce qui peut être vécu comme un échec. L'estime de soi peut donc en être affectée.

Cette inadéquation du fonctionnement de Léo avec l'école a engendré quelques changements qui peuvent renforcer le sentiment d'insécurité et le sentiment d'échec.

Autant pour Marc que pour Léo le dispositif AVS a été refusé. L'étiquetage des difficultés met à mal l'image qu'ils renvoient aux autres. Lorsqu'ils n'acceptent pas le dispositif SESSAD ou AVS, c'est en réalité une opposition à la stigmatisation et à l'exclusion.

Dans les caractéristiques des enfants rejetés, il y a

« un déficit en compétence sociale (difficulté à initier des relations, à comprendre correctement une situation sociale). Ils sont fréquemment considérés par leurs pairs et les enseignants comme agressif (Boivin, Dorval et Bégin, 1990). Wood(2002) observe chez ces enfants (entre 3 et 5 ans) de la désobéissance, de l'hyperactivité, du retrait social et des agressions ouvertes chez les garçons »⁸⁰.

Ce profil correspond aux traits des enfants que je vous ai présentés. Dans ces cas, les enfants n'arrivent pas à s'ajuster et sont donc exclus par leurs pairs, parfois par de la simple ignorance, d'autres fois, comme on peut le supposer pour Marc, par de l'agressivité. Ce rejet peut augmenter les dommages de la représentation de soi car l'image envoyée aux autres nous revient brisée. De plus, nous imaginons bien que si l'enfant est rejeté du groupe, il n'y a pas de place. Si

⁷⁹ Cf. *supra* p 42

⁸⁰ Baudier A., Céleste B. (2002), p 159

le rejet devient chronique, les troubles du comportement s'intensifient comme pour certains enfants du SESSAD, c'est ce que je pourrais appeler de l'auto-exclusion.

d. Le contexte institutionnel

J'ai remarqué que l'urgence et l'importance des troubles du comportement induisaient une grande attente des familles et des divers lieux de vie de l'enfant auprès du SESSAD. J'ai l'impression qu'ils ont, inconsciemment, l'illusion que le dispositif avec les professionnels qui y sont à l'intérieur, peut réparer l'enfant. Cette vision met les professionnels en position d' « expert »⁸¹, en position de toute puissance, c'est-à-dire qu'ils s'occupent et qu'ils détiennent la vérité sur le mal de l'enfant.

Ainsi nous pouvons penser, en quelque sorte, que le sujet peut être déshumanisé. En effet, la réalité humaine ne peut pas être perçue totalement. De plus, considérer que le praticien possède tous les savoirs à l'inverse du patient, ne nous permet pas de le considérer comme un acteur.

D'autre part, l'attente sociale peut induire une certaine pression sur les professionnels. Ce sentiment de pression peut, par ricochet, se traduire en une attente auprès des enfants, qui, si elle est trop élevée, engendrera des échecs répétés. Comme nous l'avons vu, la répétition d'échecs peut fragiliser l'estime de soi voire, dans notre cas, très l'endommager. Nous pouvons donc penser que cette vision peut être violente pour les enfants comme pour les professionnels.

De plus, en toile de fond, nous pouvons toujours observer une question de rentabilité, induite par les politiques de santé. Effectivement si l'on se place du point de vue économique, la multiplication des suivis peut vite devenir compliquée. Mais du côté des familles ? Cette recherche d'efficacité à moindre coût respecte-t-il le rythme de l'enfant et de sa famille ? Je pense notamment à Léo et sa mère pour qui l'accompagnement psychologique, au CMP, a pris fin au début du suivi du SESSAD. L'arrêt n'a-t-il pas pu être vécu comme une nouvelle source d'insécurité ?

⁸¹ Terme tiré du livre de Calamote E., Ciccone A., Bonneville E. et al. (2014)

Cette question de rupture peut aussi se poser au niveau du SESSAD. J'ai conscience que des choix doivent être pris en tenant compte du groupe et de l'efficacité des prises en charge. En aucune façon je ne remets en question les choix de ma structure d'accueil puisque dans ce développement j'essaye de me placer du point de vue de Marc ou de Léo. Ainsi, la question est : comment un arrêt d'un groupe et l'instabilité des prises en charge peuvent être vécus par l'enfant ? Ces ruptures doivent sûrement générer de l'insécurité, comme nous venons de le voir, mais aussi un sentiment de rejet, le renforcement des stigmatisations et une fragilisation de l'estime de soi.

Dans cette institution j'ai pu tout de même assister à une organisation de l'accompagnement qui dégage de nombreux avantages en lien avec les « violences évitables »⁸². En effet, il n'y a pas de rapport hiérarchique entre les divers intervenants directs. Chaque discipline (éducation spécialisée, psychologie, psychomotricité) est prise en compte et est requise selon les besoins de l'enfant, qui peuvent apparaître au cours du suivi. Par cette méthode l'institution peut parler en un seul nom et je pense, de ce fait, qu'elle peut mieux accompagner l'enfant et son environnement. En effet, la coordination de l'équipe permet que chaque intervenant soit un possible interlocuteur capable de répondre aux interrogations.

Nous pouvons dire que les carences au niveau des interactions précoces et les situations traumatiques ont fragilisé la constitution de l'image du corps, de la régulation tonico-émotionnelle et, par extension, de la relation. Cette souffrance peut, d'autant plus, se détériorer avec les différentes relations mises en place durant la vie. Le rôle de la psychomotricité serait donc d'offrir un espace d'échanges sécurisants.

⁸² Notion toujours tirée du même livre

III SITUATION D'AGRESSIVITE EN SEANCE DE PSYCHOMOTRICITE

Dans cette partie, nous allons essayer de comprendre les processus qui se jouent dans l'accompagnement de la gestion de l'agressivité.

1. La relation thérapeutique serait-elle porteuse de violence ?

Thérapeutique vient du grec *therapeutikos* qui lui-même vient de *therapeutês* qui signifie thérapeute. Sous sa forme d'adjectif, il qualifie l' « ensemble des actions et des pratiques destinées à guérir, à traiter les maladies »⁸³ qu'elles soient organiques ou psychiques.

La relation thérapeutique est donc un lien de dépendance ou d'influence réciproque qui vise à traiter la pathologie. Elle fait partie, plus généralement, des relations soignant-soigné.

Les enjeux du soin semblent induire des violences considérées comme inévitables. « Le soin du psychisme est par essence porteur d'une certaine violence. Il n'y a pas de plus grave outrage que de pénétrer dans la vie privée du psychisme de l'autre, disait Bion (1983). Par ailleurs, l'interprétation que suppose la tentative de compréhension de la subjectivité de l'autre, tout comme la mise en sens du monde telle qu'elle lui sera proposée, est en partie une violence »⁸⁴.

⁸³ <http://gr.bvdep.com/robert.asp> consulté le 1er avril 2017, mis à jour en 2016

⁸⁴ Calamote E., Ciccone A., Bonneville E. et al. (2014), p 2

Comme le soin psychique, le soin psychomoteur essaye de comprendre, et là est la différence, le fonctionnement psychomoteur du sujet. Déjà cette action peut être vécue chez le patient comme une intrusion.

Par exemple, je vous ai expliqué que dans son bilan Marc se sentait persécuté par nos questions et notre regard. Il nous disait « Habituellement, je ne suis pas comme ça. » J'imagine que cette angoisse implique la peur du jugement mais aussi la peur de l'interprétation de son comportement ou de ses dires. Encore maintenant, les questions banales sur le vécu de sa journée sont mal vécues par Marc qui se demande à quoi elles peuvent nous servir.

Par cette compréhension, nous tentons de proposer à l'enfant un autre mode de fonctionnement, une autre façon de vivre son corps, qu'il s'appropriera ou pas puisqu'il est acteur de son accompagnement. Le sujet doit donc accepter une certaine remise en question qu'il est souvent violent d'affronter. Pour cela, il doit, au préalable faire face à la représentation qu'il a de lui-même, accepter l'aide d'une personne et accepter une réadaptation de ses conceptions de la relation. Cette rupture des habitudes vaut-elle le coût ?

En effet, pour tendre vers un mieux-être, il est nécessaire de fournir des efforts pendant une durée plus ou moins longue, même si le psychomotricien tente de limiter ces efforts.

Le premier effort, pour l'enfant, inhérent au soin psychomoteur, est d'établir une relation avec l'adulte. « C'est bien le corps en relation qui est la base de la thérapie psychomotrice. Nous ne travaillons pas avec le corps mais sur le corps. Ce corps condamné à apparaître dans la relation à l'autre comme l'explicite l'approche phénoménologique. En cela, il ne s'agit plus de rééducation mais de thérapie au sens où la rééducation travail avec la relation et la thérapie sur la relation »⁸⁵. Or, les principales difficultés, que présentent les enfants choisis dans ce mémoire, sont les troubles relationnels. J'imagine que de part leur vécu de relation *insecure*, il peut leur paraître compliqué de faire confiance à un adulte, de pouvoir l'investir puisqu'un jour ils seront amenés à s'en détacher. Ainsi, ils peuvent s'en défendre par de l'agressivité.

⁸⁵ Vachez-Gatecel A. (2012), p 33

De plus, la relation à l'autre peut générer de la frustration (dans les jeux de compétition, ou, tout simplement, dans le fait que l'autre est une personne avec toutes ses spécificités). Lorsque la frustration est encore difficile à gérer pour l'enfant, il peut en résulter des comportements agressifs.

La relation thérapeutique peut aussi faire ressurgir des vécus traumatiques, induisant des passages à l'acte.

Un autre aspect, important dans les suivis d'enfants, est que la demande ne vient, généralement, pas d'eux-mêmes. Parfois, ils ne comprennent d'ailleurs pas la raison de leur présence, même si elle leur est expliquée par diverses personnes (parents, nous-mêmes). Généralement, comme nous allons le voir, la demande émerge au fur et à mesure du suivi. Cependant, ne pouvons-nous pas essayer d'inclure le patient comme acteur dès les premières secondes de notre rencontre ? Au SESSAD, en tenant compte que certaines séances sont sur le temps de l'école, l'acceptation peut être plus compliquée puisque, expliqué plus haut, les enfants peuvent se sentir rejetés et stigmatisés. Ces situations peuvent générer des tensions, favorisant alors les passages à l'acte.

2. Différences entre l'accompagnement individuel et l'accompagnement groupal

a. La relation thérapeutique lors d'accompagnement individuel

. Le cadre et les limites mis à rude épreuve

Nous pouvons considérer le cadre thérapeutique comme étant un « élément fondateur de toute pratique soignante, comme appui ou comme fond à la rencontre, à la relation et aux processus thérapeutiques qui vont s'y engager, s'y déplier et se processualiser dans le meilleur des cas, jusqu'au terme abouti de la séparation et de la juste mesure d'un processus de changement satisfaisant »⁸⁶.

Le cadre thérapeutique présente quatre fonctions. D'abord, il a pour rôle de contenir physiquement et psychiquement⁸⁷ le patient. Ensuite, le cadre a un rôle limitatif par les règles qui le définissent. Ainsi une limite est établie entre soi et

⁸⁶ Boutinaud et al. (2014), p 233

⁸⁷ Toujours dans le sens attribué par Bion dans le livre de Potel C. (2010) b

l'autre. Le cadre a aussi un rôle de symbolisation des passages à l'acte. La dernière fonction concerne la pare-excitation, permettant la protection contre les stimulations.

Le cadre en tant que fond à la relation thérapeutique n'englobe pas seulement les éléments propres aux séances de psychomotricité. En effet, le cadre institutionnel a lui aussi toute son importance. Plus précisément, nous allons voir que le cadre est défini par le contexte spatio-temporel, le matériel utilisé, les conditions d'encadrement et la posture du psychomotricien. La prise en compte du cadre, dans sa globalité, nous permettrait de comprendre certains comportements de nos patients mais aussi, parfois, les nôtres.

Ainsi, en relation avec cette partie nous allons essayer de comprendre comment le cadre peut influencer la relation et par extension, si possible, comment l'adapter à chaque enfant.

C'est en première intention que j'ai décrit le cadre spatial dans la description du SESSAD, sûrement parce qu'avec le cadre temporel, il semble le plus évident. La salle de psychomotricité permet de donner des repères à l'enfant. Elle délimite ainsi un dehors et un dedans.

Dans le cas de Marc, on peut penser que cette notion est compliquée à intégrer. En effet, les premières séances étaient ponctuées par ses sorties. Dans ces moments, il sortait de façon explosive, pour revenir ensuite. Les séances après son bilan, il restait de moins en moins dans la salle de psychomotricité car le reste du SESSAD était plus intéressant pour jouer.

C'est, ici, que la composition du bâtiment rentre en compte. En effet, je vous ai déjà évoqué que la salle de psychomotricité était surtout adaptée aux séances de relaxation. Or, Marc investissait surtout le bâtiment pour inventer des jeux dynamiques. Par exemple, le long couloir devant la salle pouvait être investi comme une piste pour des lancers, pour du saut en longueur... Les recoins pouvaient être investis comme des cachettes... On peut penser que l'enfermement dans la salle de psychomotricité, réveillait en lui une sorte de claustrophobie.

En plus, quand nous lui rappelions le cadre concernant le SESSAD en dehors de la salle, comme, par exemple, ne pas faire trop de bruit, il nous disait « je m'ennuie ! ». On peut donc se demander si cette explosion motrice et cette violence n'était pas un moyen de défense contre la dépression.

Au vue de ces difficultés, nous avons décidé de continuer les séances dans le *city-stade*⁸⁸ de la ville. Cette décision peut-être discutée puisqu'elle amène un changement de cadre et donc une possible perte de repères. La question d'un lieu fermé peut aussi, pour la confidentialité, être posée. Cependant, dans le cas de Marc la balance des bénéfices et inconvénients penchait vers notre choix. L'avantage du *city-stade* est que le lieu est moins étouffant que la salle de psychomotricité (espace disponible plus grand, plus de luminosité,...). De plus, ses limites étaient marquées par un grillage, formant une sorte de bulle, ouverte par une porte. Ainsi ce cadre pouvait être testé à volonté. Marc pouvait l'escalader, le maltraiter à coups de ballon, etc. Ce cadre était un support assez solide pour que les limites de Madame F. et de moi-même soient, nettement, moins testées.

Nous voyons donc qu'un cadre spatial adapté permet, en partie, de contenir les débordements de l'enfant.

Le matériel mis à notre disposition pour mettre en place les séances fait aussi partie du cadre. Il conditionne, selon ses propriétés les types de jeu. Par exemple, les kalpas sont, principalement, investis pour des jeux de construction ou symboliques ; les tapis sont, quant à eux, utilisés comme moyen de protection, comme cachette...

Le matériel conditionne le comportement de l'enfant mais aussi le nôtre. Ainsi, je pense, par exemple, que l'utilisation de ballon peut induire, si nous n'y prenons pas garde, de l'instabilité puisque, par définition, un ballon est difficilement stable.

POTEL C. nous rapporte que « le psychomotricien implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets »⁸⁹. Si cette affirmation est valable dans un sens, il en est de même lorsque l'enfant choisit un objet. Ainsi, peut être qu'une balle avec des picots pointus sera préférée à une balle sans picot ou une balle rebondissante, un bâton rigide pour « un combat d'épée » peut être préféré à une frite...

⁸⁸ City-stade : aussi appelé terrain multisport, c'est un équipement sportif comportant dans un même lieu un terrain de basket et un terrain de foot

⁸⁹ Potel C. (2015), p 223

En association avec le contexte spatial, le cadre contient une dimension temporelle. Tout comme l'organisation spatiale, l'organisation temporelle permet de donner des repères à l'enfant.

D'abord, l'organisation d'une séance commence par l'établissement du jour et des horaires. Au SESSAD, les créneaux sont délivrés aux patients, selon les disponibilités de Madame F. Cependant, ils ne conviennent pas tout le temps.

C'est le cas de Léo, dont la séance tombait sur le temps de récréation. Au départ, il venait aux séances en reculant mais un jour, son refus se marqua par une « crise auto-agressive » à l'école lorsque le taxi est venu le chercher. Nous avons donc convenu de décaler son créneau un peu plus tard dans la journée. Depuis, cette disposition semble mieux convenir puisque Léo vient avec le sourire et sans poser de problème au taxi.

Les horaires d'une séance sont très importants dans le cas de Marc et de Léo car ils marquent le début et, surtout, la fin de la relation. Cet aspect du cadre est souvent testé. De plus, pour aider le patient à structurer le temps, il est possible de séparer la séance en plusieurs parties. Ces divers temps seront au fur et à mesure repérés par l'enfant et pourront, de ce fait, être anticipés.

Prenons, toujours, l'exemple de Léo. La séance s'était basée sur un jeu symbolique mettant en scène une prise d'assaut d'un château. Mon personnage, en pâte à modeler, était en opposition avec celui de Léo qui se trouvait dans le château. En guise de fin, mon personnage offrit une couronne pour faire la paix. Lorsqu'il a fallu ranger, Léo n'a pas voulu m'aider. Il est sorti de la salle pour se cacher dans les couloirs, en rigolant. Je suis allée le chercher. Nous avons tourné ainsi dans le SESSAD durant un petit moment. Finalement, Léo est rentré dans la salle et a continué de ranger ce que j'avais commencé. Je l'ai rejoint pour l'aider. C'est ainsi que la séance a pris fin.

Nous pouvons voir cet acte comme une marque de refus contre le rangement. Ce n'est pas ce que je pense. Pour moi et après réflexion, dans cette vignette, Léo semble fuir la séparation. Dans cette vision, la fuite lui permet de prolonger la relation. Peut être qu'à ce moment, la séparation n'était pas assez préparée. Peut-être que le rituel de rangement ne suffisait pas. Surement que la séance aurait dû être plus ritualisée afin que Léo puisse anticiper la fin. Nous pouvons aussi penser qu'à cet instant, Léo n'était pas suffisamment en sécurité pour être

sûr de nous revoir la semaine d'après. Toutes ces suppositions nous ont amenées à penser le cadre.

Le cadre temporel doit donc être adapté à chaque enfant mais je pense qu'il ne doit pas non plus être trop modifié afin de préserver la stabilité des repères.

Ainsi, à chaque début de séance, l'installation de la salle est devenue un point de repère important pour Léo. En effet, l'installation des tapis est devenue un temps dédié à la construction d'un coin confortable mais aussi d'un coin sécurisé. Il a été plus difficile d'élaborer une fin car le temps de balle à picot était parfois refusé et la verbalisation toujours compliquée. Suivant les événements de la séance mais aussi, je pense, de la journée d'école, la séparation peut être toujours un peu compliquée.

Les conditions d'encadrement sont aussi à penser en situation individuelle, notamment lors de la présence d'un ou une stagiaire. Je n'avais pas imaginé à quel point il est nécessaire que chaque personne du binôme identifie son rôle et sa place en fonction de ses possibilités.

Dans ce but, je pense qu'un certain accordage doit pouvoir se faire entre les deux individus. Celui-ci doit être pensé, ce qui engage une élaboration de nos actions. Je pense aux règles implicites du professionnel qui peuvent être difficilement identifiables. La peur d'être en discordance empêche d'agir, ce qui n'est pas non plus une solution. Dans ce cas, faudrait-il s'engager et penser après la séance ?

Je pense aussi qu'avec notre tuteur, il faudrait anticiper certains aspects avant la séance, du moins au départ. Par exemple, pour faire passer un bilan, il n'est pas juste demandé de savoir si nous savons faire passer chaque test mais aussi comment nous prévoyons leur enchaînement, comment nous nous positionnons dans l'espace, etc. Selon le lieu de stage, ces compétences implicites peuvent commencer à s'obtenir en seconde année. Pour ma part, avec la pratique, j'ai réellement pris conscience de leur présence uniquement cette année. Même si elles peuvent s'acquérir par tâtonnement, il est préférable que les difficultés soient anticipées. En effet, l'imprécision peut parfois engendrer des fragilités dans la garantie du cadre et, de ce fait, entraîner un manque de contenance de l'enfant.

Lors de la présence d'une stagiaire, il est aussi à prendre en compte que la relation thérapeutique n'est plus basée sur une dyade mais sur une tryade. Du tiers est donc introduit dans la relation.

En dehors de ce cadre pratique, le psychomotricien en lui-même représente le cadre. En effet ses références théoriques, sa posture, ses capacités expressives, etc., font partie du cadre.

Plus précisément, le psychomotricien est garant du cadre et des limites. Cette fonction peut sembler compliquée à assumer puisqu'elle implique de savoir quelles règles poser et comment les poser. L'interdit suprême concerne l'intégrité physique de l'enfant, comme de la nôtre et de celle du matériel. Il peut arriver qu'il soit testé pour vérifier la solidité du cadre et sa fiabilité. Il peut aussi exister d'autres règles, selon la tolérance à la frustration du sujet. Lorsque le cadre est testé, suivant le comportement, l'acte peut être une demande de limites. Il peut aussi signifier une détresse, comme Léo dans sa fuite du rangement.

C'est par nos références théoriques que nous pouvons penser et donc donner une signification à ces comportements. Le cadre théorique nous permet aussi de poser des hypothèses sur le fonctionnement psychomoteur du sujet, ce qui permet de guider notre projet.

Cependant le vécu du patient peut être aussi mis en sens, en équipe, lors de réunion de synthèse. Par ce biais, une contenance⁹⁰ globale peut s'appliquer.

Nous avons vu que la prise en compte du cadre, à tous ses niveaux, permet au psychomotricien de contenir le vécu, dans notre cas agressif ou violent de l'enfant. Il permet aussi de lui donner des repères spatio-temporels qui seront au fur et à mesure intégrés et appliqués à son vécu corporel (au niveau du dedans/dehors et donc moi/non-moi, au niveau de la structuration temporelle). Ce socle permet de donner à l'enfant une sécurité de base, nécessaire à tout début de relation.

. Mise en place et entretien d'une alliance thérapeutique

J'ai pu remarquer que la relation thérapeutique a évolué au fil des séances, autant pour Marc que pour Léo.

⁹⁰ Toujours dans le même sens de Bion dans le livre Potel C. (2010) b

Au début du bilan, Léo nous a montré une attitude passive, que nous aurions pu assimiler à de la timidité. A ce moment précis, nous apprenions à nous connaître. Chacun de nous était dans l'observation des comportements de l'autre. Progressivement, la retenue n'était plus possible et Léo est passé dans une activité de plus en plus explosive. Léo acceptait les jeux à trois et l'exploration.

Lors du compte-rendu oral du bilan, assis au bureau, dans une attitude effondrée, Léo ne nous a pas transmis d'attente particulière pour ses séances futures. Il est vrai que la plupart du temps, au départ, les enfants ont du mal à comprendre l'intérêt de la psychomotricité. Madame F. a donc essayé de lui expliquer ce que nous allions tenter de travailler ensemble. Son explication est restée sur des situations très concrètes comme essayer de canaliser son attention. Léo a acquiescé mais son expression faciale semblait dire qu'il n'avait pas, tout à fait, compris.

Lorsque nous avons commencé les séances, Léo était dans un refus catégorique de nos propositions. Il était dans une maîtrise de la relation qui pouvait aussi se traduire de différentes manières : soit nous jouions côte à côte, chacun de notre côté, soit les jeux nous mettaient en opposition, soit ils nous séparaient par une muraille.

Petit à petit, une confiance mutuelle s'est installée. Nous nous sentions plus ou moins dans une relation sécurisée car les règles commençaient à être respectées. Je pense aussi que l'écoute de l'autre a été capitale pour mettre en place cette confiance.

Dans cette relation, l'exploration se diversifiait. Par exemple, chacun notre tour, nous pouvions nous laisser écraser par la *physioball* sans aucune appréhension. Actuellement, Léo a accès au jeu d'équipe et préfère même être avec Madame F. ou moi-même.

La relation que nous avons établie avec Léo reste, tout de même, fragile. Pour cause, je pense que nos objectifs doivent être accordés avec ce que Léo est capable de supporter. Par exemple, l'apprentissage des lacets et la rééducation de l'écriture semblent être compliqués, car Léo marque son opposition par des comportements agressifs. Je pense aussi que ces objectifs ne correspondent pas à ses attentes implicites, du moins, pour le moment.

L'évolution de la relation est nettement plus différente pour Marc. D'abord, quand nous l'avons rencontré, les manifestations de sa maîtrise étaient beaucoup plus importantes. En effet, l'hyperkinésie de Marc, ses réactions tonico-émotionnelles, ses hurlements, ses « chut » ou « merde » nous coupaient la parole et nous plaçaient dans une posture d'impuissance. Notre aide était à chaque fois refusée ; c'est lui, tout seul, qui faisait. Sa seule attente envers nous était que nous fassions attention à lui. De plus, son exigence envers lui-même comme envers nous était très élevée.

Lorsque nous lui avons fait le compte-rendu oral du bilan, la question de savoir quoi lui dire s'est posée⁹¹. Pour moi, Marc a conscience qu'il présente des difficultés mais il est compliqué pour lui de les élaborer. Je pense que la cause à ce mécanisme de défense concerne l'altération de son image du corps.

Au niveau des séances, nous l'avons vu, une demande a émergé de Marc. En effet, son besoin d'espace était nécessaire pour que la relation entre nous soit plus stable. Il a alors été plus simple pour lui d'élaborer des jeux à trois. Cependant, nous étions soit en opposition, soit chacun avec une place bien définie.

Ces deux évolutions marquent, plus spécifiquement, le développement des différents sous-composants de l'alliance thérapeutique.

L'alliance thérapeutique est une « sorte de contrat entre le patient et le thérapeute passant par des éléments de la « relation réelle » sur laquelle se fondent la possibilité d'engager durablement le traitement, l'assurance qu'il ne déviara pas de son but et les chances de sa réussite »⁹².

L'un des premiers aspects logiques de cette alliance est donc d'élaborer une collaboration mutuelle pour atteindre des objectifs. Cette collaboration nécessite donc un accordage entre les attentes du patient et les nôtres. Les attentes des autres partenaires comme la famille, l'école et le reste de l'équipe sont aussi à prendre en compte. En effet, dans le cas du SESSAD, la demande ne vient pas directement de l'enfant mais du milieu qui les entoure.

Dans le cas de Léo et de Marc ces attentes portent principalement sur l'atténuation des difficultés comportementales et relationnelles pour le maintien en

⁹¹ Cf. *supra* p 27

⁹² Gaudriault P., Joly V. (2013), p 57

milieu scolaire. L'avantage dans notre cas est que cette demande ne nous est pas adressée spécifiquement mais à l'ensemble de l'équipe. Ainsi, je pense que les objectifs peuvent être plus individualisés et suivre les besoins exprimés.

Ainsi, au début des séances, je pense que le comportement de Marc et de Léo représentait, en partie, l'expression de leur besoin. Ceux-ci englobaient le besoin d'attention, le besoin de repères et de contenance mais aussi le besoin d'expression. Dans ce même mouvement, je pense que certains actes agressifs de Léo ont pu marquer un refus, non élaborés. En effet, je pense que même si notre aide a été acceptée, lui, ne songeait pas à apprendre à faire ses lacets ou à mieux écrire. Ces objectifs n'étaient pas une priorité pour lui. De plus, je pense que son image du corps était encore trop fragile pour pointer ses difficultés. Nos attentes étaient donc en décalé avec les siennes.

A plus long terme, je pense que Marc et Léo peuvent être capables de formuler des demandes, plus explicites, en fonction de leur quotidien. Cette étape serait une finalité de l'adhésion du patient à son projet.

Un autre aspect de l'alliance thérapeutique concerne la mise en confiance. En effet, au début de leur suivi Marc et Léo étaient, tout deux, plus ou moins méfiants. Ce sentiment pouvait être, à certains moments, réciproque puisque Marc et Léo montraient, parfois, des mouvements agressifs. Nous voyons que l'établissement de cette relation de confiance semble fondamental pour la poursuite du suivi. Ce besoin de sécurité, assuré par l'engagement du psychomotricien, permet la diversification des explorations.

. L'implication du psychomotricien

L'implication ou l'engagement corporel est une des compétences propres du psychomotricien. En effet, le psychomotricien est tout autant engagé dans la relation que son patient par ses gestes, ses représentations, ses postures, ses émotions, sa tonicité. Cette « relation réelle »⁹³ est une expérience neuve et constructive pour le développement des représentations du patient. De plus, notre implication permet de guider nos faits et gestes, en fonction de ce que nous percevons du sujet.

⁹³ Corraze J., Gatecel A., Giromini F. et al. (2013), p 292

En lien avec les divers modes de communication, le dialogue tonico-émotionnel participe à la compréhension empathique de l'enfant. CORRAZ J. définit la relation empathique comme étant « un mode de communication avec une dimension consciente double d'identification et de différenciation, exigeant un contrôle de la première. On appréhende l'autre dans sa propre perspective, dans son état mental, qui est au centre de la relation avec sa composante cognitive et affective, tout en préservant sa propre différence »⁹⁴. Pour lui, l'affect est seulement appréhendé mais non partagé. Or, en séance, des représentations et des émotions fortes peuvent nous parvenir face à un patient.

Prenons pour illustration le début du suivi de Léo. Mes propositions étaient à chaque fois refusées. Pourtant, au départ j'avais proposé de séparer les séances en trois parties. Ainsi lui comme moi pouvions, chacun notre tour, proposer un jeu. Les fins de séance étaient réservées à un temps plus calme de relaxation et de verbalisation. Pendant plusieurs séances, mes essais étaient sans succès. Léo reportait de « dix minutes » en « dix minutes » mon temps de proposition. Ce comportement induisait, chez moi, un grand sentiment d'impuissance.

J'ai conscience que ce sentiment n'était pas totalement imputable à ma personnalité et mon histoire, par contre avec du recul, je me demande si Léo ne me faisait pas vivre ce qu'il vivait. En effet, la décision d'être avec nous ne lui appartenait pas. S'il s'était laissé guider dans mes propositions, il aurait été moins acteur. Peut-être même qu'il ressentait un sentiment d'impuissance face à son agressivité.

Nous voyons, ici, que l'écoute de nos sensations et émotions peuvent permettre de comprendre les besoins du patient mais aussi, par extension, de guider notre ajustement. Ainsi « A travers le prisme sensori-émotionnel - les émotions, sensations, réactions affectives, impressions corporelles, qui se synthétisent dans ce qu'on pourrait appeler l'intuition clinique -, ce que j'ai vécu est devenu une boussole autre que celle de la connaissance « diagnostique », une boussole sensible et affinée par l'expérience »⁹⁵. Mon vécu serait donc en lien avec la notion de contre transfert-corporel de POTEL C. Dans ce cas, ces représentations et émotions peuvent, comme j'en ai fait l'hypothèse, être en lien

⁹⁴ *Ibid.*, p 303

⁹⁵ Potel C. (2015), p 117

avec la relation directe mais aussi être en lien avec un vécu primitif. Sachant que le père de Léo est violent, ce sentiment d'impuissance peut donc aussi être rattaché à la violence subie, antérieurement.

Ces affects ou représentations, éprouvés lors de la relation thérapeutique, sont en premier lieu inconscients. Par notre formation spécifique, ces vécus peuvent être travaillés et élaborés. Ils deviennent alors l'un de nos principaux outils.

Parfois, il peut être compliqué d'être impliqué dans la relation thérapeutique et de trouver une juste distance relationnelle. En effet, je pense que les vécus transmis par nos patients peuvent, parfois, être trop violents pour nous, car faisant trop écho à notre histoire. Nous ne pouvons pas alors les intégrer et les transformer. Ainsi, nous pouvons être amenés à un état de sidération. Parfois, je me suis aperçue que j'étais passée par cet état lorsque nous nous remémorions la séance avec Madame F. Ce vécu s'est surtout déroulé au début du suivi de Marc. Pour cause, son explosivité et son insécurité m'ont envahie. Je pense aussi qu'en miroir, je ne pouvais plus symboliser ce qu'il se passait puisque Marc passe souvent par l'agir.

Il semble important d'avoir conscience de ces manifestations pour pouvoir y remédier. Le simple fait de pouvoir l'élaborer permet de prendre de la distance par rapport à la relation. L'appui sur l'équipe peut être une possibilité mais, parfois, non suffisante. En dernier recours et sans amélioration, je pense que cette situation n'est bénéfique ni pour le patient, ni pour le professionnel ; un arrêt du suivi peut donc être envisagé.

CORRAZ J.⁹⁶ nous informe que la distance relationnelle est assurée par le contrôle des émotions. « Ce contrôle maîtrisé (effortfull control) appartient à la capacité d'inhiber une réponse dominante spontanée et d'y substituer une réponse parfaitement orientée. »⁹⁷ Il me semble tout de même compliqué de se couper de ses émotions tout en restant dans une relation authentique. Par cette méthode, je pense que notre engagement peut être entravé. Je ne partage donc pas cette vision.

⁹⁶ Corraze J., Gatecel A., Giromini F. et al. (2013)

⁹⁷ *Ibid.*, p 303

En revanche, je pense que la capacité empathique, induit la mise en distance de ce vécu, notamment, par l'identification de nos émotions. Cette capacité permet, entre autre, d'éviter les passages à l'acte et d'être dans la loi du Talion⁹⁸.

Par le dialogue tonico-émotionnel, le corps du psychomotricien peut avoir pour fonction de symboliser le comportement de l'enfant. Cette interprétation corporelle peut-être tout aussi efficace que l'interprétation verbale et surtout moins violente.

Le dialogue tonico-émotionnel est aussi la base du *holding* qui permet de répondre de façon ajustée aux besoins du patient. L'implication permet, de ce fait de le contenir psychiquement et physiquement entraînant petit à petit une sécurité de base.

b. La relation thérapeutique lors de l'accompagnement groupal

. Un cadre et des limites spécifiques au groupe

Dans notre groupe à médiation aquatique, on peut noter des différences au niveau du cadre par rapport à l'accompagnement individuel.

D'abord, le lieu de rencontre est différent. Il a donc dû être pensé, ne serait-ce que pour le trouver. La piscine ne se situe pas dans un lieu public. Cependant, elle appartient à une autre institution, dirigée par le même organisme que le SESSAD. Nous devons donc prendre en considération les autres patients accueillis dans l'établissement. Cette donnée introduit donc la notion du vivre ensemble.

L'avantage du bâtiment est que les différents espaces sont séparés. Ainsi, l'espace de verbalisation est complètement différencié des autres espaces. La présence des vestiaires différenciés, juxtaposés aux douches communes permet aux enfants de se repérer dans le temps et dans l'espace.

De plus, cette composition permet que chaque individu puisse se différencier des autres. En effet, la balnéothérapie présente trois vestiaires qui contiennent des cabines séparés par des rideaux : le temps du vestiaire correspond à l'ultime étape de différenciation. A l'arrivée, cette séparation des espaces permet, peu à peu, d'amener l'enfant d'un espace individuel à l'espace groupale. Dans ce sens,

⁹⁸ Selon la définition du Larousse en ligne, la loi du talion correspond à une « punition identique à l'offense »

la transition ne semble pas trop poser de problèmes. L'inverse paraît plus problématique, ou du moins, l'était au début.

La sortie de l'eau était compliquée pour Ludovic. Le moment était retardé, indéfiniment, nous mettant en retard. Ludovic semblait avoir besoin d'une présence contenante pour l'aider dans ce processus de séparation.

Au niveau des douches, le processus semblait devenir compliqué pour Maëlle, Arthur et même, parfois, pour Octave. En effet, ils ne pouvaient pas s'empêcher de s'arroser ; ce qui, je pense leur permettait de maintenir le lien entre eux. Celui-ci pouvait se transformer en collaboration contre le cadre.

Une fois dans les vestiaires, l'absence visuelle de l'autre pouvait induire des conflits entre les enfants, des cris et des sons de sonnette. Il est vrai que la peur d'être abandonné peut être réactivée à ce moment-là. Le cadre a donc dû être repensé pour que Ludovic soit dans un vestiaire, seul, avec la présence d'une adulte qui le soutienne. L'autre adulte disponible contiendrait l'angoisse des deux autres garçons dans l'autre vestiaire.

Au fur et à mesure, ces différents espaces et temps ont été intégrés par les enfants ; ce qui a pu leur amener un sentiment de sécurité.

La répartition du temps a déjà été, légèrement, abordé lors de la présentation du cadre spatial.

Au sein du bassin, trois autres temps principaux ont été aménagés. Au départ, nous en avons instauré trois. En premier, se trouvait les temps d'exploration individuel, puis il y avait le jeu de groupe, et nous finissions par la relaxation. Ces différents temps ont été modifiés car nous nous sommes aperçues qu'il était compliqué de rassembler tous les membres du groupe en milieu de séance. Ainsi, le temps d'exploration s'est étendu à la globalité du groupe et s'organisait, parfois, sous forme de jeu. Le temps de relaxation final a été conservé car il était apprécié des différents enfants. De plus, il permettait de préserver un temps plus individuel, à la fin, pour préparer la séparation.

La mise à disposition du matériel a aussi été repensée. En effet, nous pensions qu'introduire du matériel pouvait disperser les enfants. Il aurait donc été compliqué d'instaurer des liens. Or ce phénomène s'est réalisé dans le sens inverse. Pour cause, l'eau ne devait pas être un matériel assez sensible pour être

un objet unificateur⁹⁹. Petit à petit, nous avons donc introduit des objets, comme un ballon commun ou des frites. Par contre, seul un type d'objet était utilisé durant toute la séance. Ce matériel nous a permis d'identifier, plus précisément, des buts communs au groupe. Il nous a donc rassemblés et contenus.

Une autre différence identifiable par rapport à l'accompagnement individuel concerne les conditions d'encadrement. En effet, une des caractéristiques de notre groupe est qu'il est dirigé par un trinôme co-thérapeutique associant une psychomotricienne et une éducatrice spécialisée. Dans ce sens, il est nécessaire de penser la place de chacune, ainsi que notre organisation. Celle-ci peut être amenée à être remaniée au besoin.

Dans notre groupe, l'exemple le plus flagrant concerne la sortie du bassin. En effet, nous n'avons pas anticipé que les temps de douche et d'habillage, en autonomie, seraient autant compliqués. Nous avons donc décidé que chaque intervenante sortirait en décalé. Ainsi nous pourrions mieux accompagner les enfants dans les temps de séparation.

De plus, la co-thérapie nécessite aussi un temps d'harmonisation. Après chaque séance, nous nous réunissions donc pour harmoniser notre ressenti et notre lecture de la séance. Ce temps permet, entre autre, de penser les vécus des enfants. Il participe donc à leur contenance et permet aussi notre adaptation à leur comportement.

Une autre caractéristique du groupe est que plusieurs enfants sont accompagnés. Il est donc nécessaire d'instaurer des règles de vie commune. « La fonction de l'animateur est avant tout celle de garant du cadre spécifié par ses objectifs : il peut ainsi introduire le groupe à la (re)connaissance des règles qui soutiennent son intégrité et à la conscience de la participation de chacun à la constitution du groupe »¹⁰⁰.

Cette fonction a parfois été compliquée à mettre en place surtout quand Maëlle passait à l'acte¹⁰¹. Dans ces situations, Maëlle était en souffrance. Le reste du groupe était aussi concerné par cette souffrance. En effet, il pouvait la regarder figé, ou la provoquer,... Je pense que le reflet que Maëlle, leur

⁹⁹ Cf. *infra*, p 80

¹⁰⁰ Ouchacoff L. (2015), p148

¹⁰¹ Cf. *supra*, p 36

renvoyait était insurmontable pour eux, comme pour moi d'ailleurs, engendrant soit une sidération, soit une excitation. Devant la multiplication de cet évènement, nous avons décidé de mettre en place un contrat entre nous et Maëlle. Par ce bais, du sens a pu être posé sur son comportement et le nôtre. Je pense aussi qu'ainsi nous avons tenté de lui faire prendre conscience que l'instauration de règles communes, appliquées autant par les enfants que par nous-mêmes, permet de préserver l'intégrité du groupe.

. Instauration d'une dynamique de groupe

« Le groupe est un système d'interdépendance entre les participants qui poursuivent des buts communs et dont les interactions mettent en jeu des rôles, des normes et des valeurs. Les « forces » de consensus, de convergence et de cohésion qui concourent à l'efficacité du groupe et les forces qui nuisent à son efficacité, tensions, oppositions, divergences, s'équilibreraient naturellement, cet équilibre assurant la conservation du groupe et l'atteinte de ses objectifs. »¹⁰²

La dynamique de groupe correspond donc à l'ensemble des interactions qui régissent le groupe. Elles influencent les comportements de chaque membre, créant ainsi une dynamique d'adaptation. De ce fait, chaque groupe a une identité propre et des caractéristiques propres.

Dans notre groupe, j'ai remarqué que des interactions spécifiques s'étaient créées dès la première séance de présentation. Celle-ci s'est déroulée dans la salle de réunion du SESSAD. L'objectif était que tous les membres puissent se rencontrer et comprendre le but du groupe.

J'ai pu remarquer que Maëlle était déjà dans une sorte de collage à l'adulte. En effet, j'ai l'impression qu'elle voulait coller à son désir. Je pense que ce comportement a pu être renforcé par le fait que le groupe était dirigé, uniquement, par des encadrantes et qu'elle soit la seule fille du groupe. Maëlle s'était sûrement identifiée à l'une d'entre nous. Nous pouvions, à ce moment-là, la caractériser comme étant une des plus adaptée du groupe.

¹⁰² Ouchacoff L. (2015), p139

Ludovic et Arthur n'étaient pas dans ce cas de figure car il a été difficile pour eux de se poser. Je pense que leur similitude a favorisé la construction d'un lien relationnel. Cependant, ce lien s'est manifesté dans une provocation mutuelle, sous forme de jeu, qui a fini par se pervertir. Par la suite, ce type de relation, associant une montée d'excitation, va perdurer. Je suis d'avis que, lors de cette première rencontre, l'excitation de Ludovic et d'Arthur s'est propagée au reste du groupe. Ce débordement a induit, chez Maëlle, une réaction imprévisible: des pleurs.

Concernant Octave, son isolement du groupe, dû lors de cette première séance à son absence, a perduré durant le début de l'accompagnement.

Au bout de plusieurs séances, nous nous sommes vite aperçues que notre objectif principal serait de construire un groupe et de le maintenir. Le but serait alors d'être dans « un partage d'expériences, tel que l'a défini Winnicott, qui est à la base de l'expérience de soi avec les autres. Communiquer sans se perdre, communiquer en étant « existant » à part entière, sans être soumis à la domination de l'autre, sans être soumis à l'intrusion de l'autre, en étant sujet et en supportant que l'autre le soit aussi»¹⁰³. Comme expliqué plus haut, ce partage a nécessité la modification de notre cadre.¹⁰⁴ Je pense que l'utilisation d'un objet était, simplement, un prétexte pour inventer des jeux avec les enfants. Ce sont ces jeux, sous l'influence de l'eau, qui ont été un médiateur.¹⁰⁵

La dynamique de groupe permet d'assurer un certain portage du groupe. En effet, elle peut permettre jusqu'à un certain stade de contenir des vécus émotionnels. Cependant, si l'excitation est trop importante, notamment lors de certains jeux comme celui du chasseur, et que le cadre n'assure pas sa fonction de pare-excitation, cette dynamique peut avoir un effet inverse.

Même si l'instauration de ces relations a été périlleuse, le groupe a vécu, voir a survécu, du début à la fin, décrivant une évolution. Cette évolution s'est déroulée suivant les étapes décrites par OUCHACOFF L.¹⁰⁶ comprenant la

¹⁰³ Potel C. (2015), p 186

¹⁰⁴ Cf. *supra*, p 70

¹⁰⁵ Médiateur : au sens où il met le sujet en relation avec le monde extérieur.

¹⁰⁶ Ouchacoff L. (2015)

phase d'engagement, suivi de la phase de différenciation, puis de la phase d'affiliation et la phase de résolution. Gardons à l'esprit que ces phases ne sont pas totalement clivées.

Durant la phase d'engagement, les interactions induisent « un sentiment de dépersonnalisation »¹⁰⁷. Ceci correspond en partie, je pense, à la première séance que je vous ai décrite. Cependant, je pense que ces moments de dépersonnalisation ont pu ressurgir dans les moments de séparation jusqu'à ce que notre organisation et objectifs soient modifiés. Ainsi « La régression fait surgir des défenses à types d'évitement, d'agressivité, d'effondrement, de repli sur des objets, de façon ritualisé »¹⁰⁸.

Ces moments peuvent aussi être associés, je pense, à la phase de résolution car elle induit une angoisse de séparation. Rappelons, cependant que cette phase n'a pas pu être vécue puisqu'elle est corollaire à la fin du groupe.

La phase de différenciation était surtout présente dans les jeux mettant en relief la compétition, par exemple, lors du « 1, 2, 3 soleil ». Dans ces moments, je pense que la présence d'un arbitre aurait été nécessaire pour temporaliser le sentiment de menace, lié à la frustration de l'échec.

La phase d'affiliation commence à apparaître car le cadre du groupe est beaucoup moins testé, volontairement. De plus, la coopération entre enfant émerge et les jeux de groupe, sans compétition, deviennent possibles.

Actuellement, je pense que ces liens établis dans le groupe sont défendus par chacun. En effet, si les liens sont mis à mal par un enfant, d'autres peuvent s'associer contre lui. Il en devient même un bouc émissaire. Je pense notamment à une séance où Ludovic nous avait arrosés, sans faire exprès, alors que nous étions entrain de faire une chaine avec des frites. Arthur et Maëlle se sont associés contre lui. Cependant, cette alliance, nouvellement formée, a été compliquée à contenir car elle s'est retournée contre le cadre du groupe.

Ces alliances peuvent aussi se manifester sous forme d'encouragement, permettant à l'individu de dépasser ses limites. Ainsi, Arthur pouvait prendre sa place dans le groupe, à sa façon, et dépasser, un peu, ses peurs de l'eau.

¹⁰⁷ *Ibid.*, p151

¹⁰⁸ *Ibid.*

Nous voyons que par la dynamique de groupe, les enfants peuvent tester différents liens entre eux et différentes places. L'important est que ces relations se déploient dans un environnement, sécurisé par le cadre.

. L'appui sur les pairs

La principale différence entre l'accompagnement individuel et l'accompagnement groupal est que l'enfant n'est pas la seule source d'attention du psychomotricien. Cet événement peut être difficile à vivre, surtout, si l'enfant est suivi par ailleurs en individuel avec la même thérapeute.

Par exemple, nous avons pu observer que Maëlle tentait de retrouver le lien privilégié, établi avec Madame F., lors des séances individuelles. Durant la mise en place de notre contrat, elle a demandé spécifiquement d'avoir un temps plus individuel avec cette dernière. Son comportement était-il donc dû à de la jalousie ? Maëlle avait-elle pu suffisamment bénéficier d'attention et de sécurité pour pouvoir être en groupe avec Madame F. ? Etait-elle prête ? Par ailleurs, le groupe peut-il permettre une séparation d'une relation, apparemment, fusionnelle ? Je n'ai pas forcément de réponse à ces questions. Quoiqu'il en soit, je pense qu'il a été nécessaire que Maëlle fasse le deuil de ce type de relation durant le groupe. Ainsi elle a pu en découvrir de nouvelles.

En effet, en groupe, la relation thérapeutique ne concerne pas seulement le lien enfant-thérapeute mais plutôt le lien enfant-enfants-thérapeutes. Le groupe introduit donc du tiers.

Parmi ses vertus thérapeutiques, il y a son intervention « dans le processus de personnalisation : l'individu devient une personne, un « semblable », par le jeu des investissements et des identifications»¹⁰⁹. Le psychomotricien n'est donc pas le seul à représenter le miroir de l'enfant. Tous les autres membres peuvent être investis de cette façon. Le groupe thérapeutique aurait donc un impact sur l'image du corps du sujet.

Par imitation de l'autre, l'enfant continue à se construire. Il apprend à travers l'autre. Pour exemple concret, en piscine, lorsque nous avons un temps d'exploration en duo, il peut arriver qu'un enfant ait envie de faire comme son

¹⁰⁹ *Ibid.*, p145

voisin. Dans le cas d'Octave, l'observation de l'autre lui a permis d'essayer de nouvelles explorations, comme aller dans le grand bassin ou s'allonger dans l'eau.

Cet apprentissage peut aussi s'appliquer à des expériences plus subtiles : la relation. Ainsi, Ludovic a pu, à certains moments, venir jouer avec nous.

N'oublions pas que l'apprentissage peut se faire aussi par essai-erreur dans un cadre sécurisant. Dans ce cas, c'est la réponse de l'interlocuteur qui permet l'apprentissage.

En ce qui concerne l'identification l'enfant en présence de ses pairs peut comparer ce qui les rapproche mais aussi ce qui les différencie.

Ainsi, je pense que lorsque Maëlle passait à l'acte, chaque enfant pouvait se reconnaître dans cet acte. Par ce biais, et avec accompagnement, je pense qu'ils peuvent alors élaborer une partie de leur vécu. A contrario, le reflet renvoyé à Maëlle ne venait pas uniquement des thérapeutes mais aussi de tous les autres enfants : il était multiple. L'incompréhension qui se lisait sur leur visage, leurs verbalisations renvoyaient du sens à Maëlle. Cependant, dans son cas, ce retour était trop dur à supporter. Il amplifiait donc son excitation.

En autre illustration clinique, lors d'une de nos dernières séances, Ludovic a été intégré au reste du groupe. Ce vécu a, semble-t-il, induit de l'enthousiasme puisqu'il avait réussi à faire comme les autres, c'est à dire pouvoir rester allongé sur les frites, seul, à côté des autres enfants.

« La relation met en jeu le sujet cible de la demande et la technique comme adaptation de moyens à une fin. Si la relation a une priorité chronologique absolue sur la technique, elle ne cesse d'y participer et l'accompagne tout au long du parcours. »¹¹⁰ Cette citation permet d'appuyer sur l'interrelation entre la relation et la médiation. C'est cette association qui est thérapeutique pour le sujet.

3. La médiation thérapeutique un outil de construction et de symbolisation

¹¹⁰ Corraze J., Gatecel A., Giromini F. et al. (2013), p 297

Nous avons choisi d'amputer les médiations au reste du dispositif thérapeutique car nous pensons qu'il serait plus aisé d'identifier les processus s'y rapportant.

a. Généralités sur les médiations thérapeutiques

Par le biais d'objets médiateurs ou le biais de pratiques corporelles, «la médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre»¹¹¹. Dans cet espace de rencontre, le sujet et son thérapeute engagent une partie d'eux-mêmes : c'est un espace transitionnel. Ainsi, les médiations sont des espaces d'expériences communes avec pour objectifs « de proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions ; de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant ; d'aider à la transformation des éprouvés en représentations. »¹¹². Nous pouvons donc assimiler deux buts aux médiations : la symbolisation des vécus et leur expression

En symbolisant les vécus corporels du sujet, les médiations participent à la représentation du corps en relation. En ce sens, elles contribuent à la construction de l'image du corps.

Les médiations sont un support d'expression des besoins, des angoisses et des souffrances, encore non assimilables. Par leur expression un processus de symbolisation est installé.

Cette symbolisation est permise, en premier lieu, par la mise en acte. En effet, la symbolisation primaire correspond au « processus par lequel les traces perceptives sont transformées en représentation de chose »¹¹³. Cette symbolisation s'appuie aussi sur les propriétés sensori-motrices de l'objet médiateur. En effet, cet objet peut être « saisissable »¹¹⁴, c'est-à-dire qu'on peut l'attraper, consistant par sa texture et ses couleurs, « animable »¹¹⁵ par le mouvement du sujet, « indestructible »¹¹⁶ dans toute circonstance,

¹¹¹ Potel C. (2010) b, p 252

¹¹² *Ibid.*, p 254

¹¹³ Boutinaud J. et al. (2014), p 282

¹¹⁴ Roussillon (2013), p 65

¹¹⁵ *Ibid.*, p 66

¹¹⁶ *Ibid.*

« transformable »¹¹⁷ selon la créativité du sujet, il peut conserver la forme imprimée, « sensible »¹¹⁸ et « réceptive »¹¹⁹ en se modifiant selon le mouvement qu'imprime le sujet, « prévisible »¹²⁰, c'est-à-dire toujours soumise aux mêmes lois, ... L'objet médiateur est un représentant des représentations.

Ensuite, associé à la relation thérapeutique, ces expériences sont élaborées à un niveau plus secondaire puisque le psychomotricien met en mot le vécu corporel.

Les parties qui vont suivre, vont me permettre d'illustrer et de compléter ces généralités. Ainsi, nous pourrions dégager l'apport et les limites du jeu spontané, comme de la médiation aquatique à la gestion de l'agressivité.

b. Le jeu spontané

Par le travail avec Léo et Marc, je me suis rendue compte que le jeu spontané permet la rencontre du thérapeute avec le patient. Il existe une condition pour l'établissement de cette rencontre : la disponibilité du thérapeute.

Je trouve que cette médiation peut nous mettre dans une posture d'insécurité puisque rien ne peut être programmé. Nous devons donc faire confiance au processus *a minima*.

Je pense que cette période d'incertitude peut être indispensable car elle installe le patient dans une position d'acteur. Si nous lui laissons la possibilité de jouer spontanément, nous lui donnons un moyen d'exprimer ses attentes. Ainsi, la thérapie psychomotrice consiste à « prendre l'activité psychomotrice de l'enfant non plus comme la finalité d'une rééducation, mais comme la médiation de cette thérapie. L'activité psychomotrice, perturbée, ou non, devient le terrain de la rencontre thérapeutique parce qu'elle est l'expression même de l'enfant »¹²¹.

De ce fait, le jeu crée ce support à la relation, cette aire transitionnelle dont nous avons parlé dans la partie précédente.

Ainsi, Marc et Léo ont pu faire l'expérience de mettre en acte leur vécu corporel, non élaboré.

¹¹⁷ *Ibid.*, p 67

¹¹⁸ *Ibid.*

¹¹⁹ *Ibid.*

¹²⁰ *Ibid.*, p 68

¹²¹ Désobeauf F. (2008), p 60

Pour Léo, la mise en acte est passée, dans un premier temps à travers les jeux de construction, comme la création de muraille, de château, de maison, ou alors à travers la réalisation de tours côte à côte... Ceux-ci lui ont certainement permis de représenter, une différenciation entre lui et moi et donc, de symboliser des limites corporelles.

La destruction de ces constructions lui ont aussi permis d'exprimer son agressivité, non élaborée. Par les propriétés des objets médiateurs (indestructible et transformable), nous avons pu expérimenter la possibilité de réparation.

Ces mises en acte, soutenues par nos verbalisations ont permis, petit à petit, la représentation et l'intégration des vécus. Les limites un peu plus intégrées, Léo a pu accéder aux jeux de combats. Par ce biais, l'agressivité pouvait s'exprimer tout en étant contenue par le cadre du jeu. L'élaboration de l'agressivité a permis que les décharges tonico-émotionnelles soient moins intenses car un peu plus maîtrisées.

Pour Marc, au départ, la représentation par le jeu était compliquée. Ses pulsions étaient agies sans retenue, et sans élaboration. Les jeux qu'il a pu mettre en place en salle de psychomotricité, représentaient surtout son besoin d'attention et son besoin de se mesurer à l'autre ou à soi même. Ces jeux de compétitions ont perduré et se sont multipliés au *city-stade*. Je pense que c'était aussi une façon de représenter son agressivité, contenue dans le jeu.

Ainsi, nous pouvons voir que :

« Le jeu est l'un des moteurs puissants d'intégration, d'élaboration et de transformation d'expériences concrètes en « matières symboliques », qui vont nourrir l'intelligence du sujet et le rendre à même d'établir des concordances entre ce qui se vit, se touche, se sent, s'éprouve, et ce qui se pense. Le jeu permet la compréhension, l'intériorisation. C'est l'un des maillons essentiels vers l'abstraction »¹²².

¹²² Potel C. (2010) b, p 240

Les expériences par le jeu permettent donc une représentation des vécus corporels. Par leur intégration, l'image du corps se développe assurant aux enfants une plus grande sécurité. L'agressivité ou la violence peuvent en être, de ce fait, diminuées.

De plus, l'agressivité peut s'exprimer autrement que par le passage à l'acte, c'est-à-dire à travers le jeu. Elle n'est donc pas réprimée et peut, surtout, devenir élaborée.

Parfois, il peut être compliqué pour le patient de représenter ce qu'il vit, par le jeu.

Par exemple, Léo avait du mal à planifier ses constructions. Il changeait tout le temps d'idée, et finissait par juste étaler le sable. La construction de ses tours était désorganisée, engendrant une tour instable.

Dans ces cas, notre implication permet de soutenir les reproductions et de contenir l'enfant afin que le jeu soit plus élaboré.

c. La médiation aquatique

« L'eau a des caractéristiques physiques qui déterminent des conditions spécifiques pour le corps. Ces conditions ont des effets physiologiques (respiration, rythme cardiaque, température), mécaniques (ralentissement des mouvements, allègement du poids, informations concernant l'équilibre, etc.), psychologiques (anxiété, angoisse, excitation, calme, etc.). Ces effets vont forcément intervenir directement sur la façon de communiquer, d'entrer et d'être en relation avec soi, avec les autres. »¹²³

En agissant sur le vécu du corps en relation, nous allons voir que la médiation aquatique impacte, dans le même mouvement, la relation, l'image du corps et le tonico-émotionnel. De ce fait, nous pouvons nous douter qu'elle peut avoir un effet sur la gestion de l'agressivité et de la violence.

Le but de cette partie n'est pas d'exposer toutes les possibilités de travail dans l'eau décrites par POTEL C¹²⁴. à savoir les expériences sur la verticalité

¹²³ Potel C. (2015), p 320

¹²⁴ Potel C. (2014)

dans l'eau, l'immersion, l'eau comme représentant de l'enveloppe, l'expiration et les sons sous l'eau, l'apnée, les caresses et les massages de l'eau, la relaxation en milieu aquatique et l'expérience de l'eau comme espace transitionnel. Il est vrai qu'au départ, nous étions parties sur l'exploration de ces différentes thématiques. Cependant, ce chemin de travail n'était pas adapté aux enfants de notre groupe. En effet, je pense que l'objet médiateur qui nous unissait, c'est-à-dire l'eau, présente la particularité d'être insaisissable et de ne pas conserver des formes imprimées. L'objet médiateur était trop partiel. Pour cause, je pense que l'absence de certaines propriétés médiatrices n'était pas assez compensée par le groupe. Des objets ont donc été rajoutés.

Comprenons que l'eau n'était pas inadaptée. D'une part, par son enveloppement, l'eau permettait la représentation de l'enveloppe entourant le groupe et les individus. Ceci peut expliquer, de ce fait, les comportements induits par la sortie de l'eau. Pour cause la sortie peut engendrer un sentiment de perte d'enveloppe. A l'extrême, cette enveloppe peut aussi, d'une certaine façon, isoler un enfant lorsqu'il s'immerge.

Par exemple, lors d'une séance sur l'immersion Arthur allait sous l'eau, sans s'arrêter, et se coupait de ce qu'on lui proposait. Peut être que l'immersion pouvait avoir aussi une fonction de pare-excitation.

Quoiqu'il en soit, je pense que par le biais de l'enveloppement, l'eau a participé à la construction de notre identité groupale.

De part sa propriété indestructible, l'eau amortissait les mouvements agressifs interrelationnels. Elle pouvait même en être, directement, le réceptacle. Ces mouvements ont pu se manifester sous la forme de jeu d'éclaboussure mais aussi par la mise en place de jeu d'équipe.

Un autre apport de la médiation aquatique est qu'elle propose de multiples expériences affectives et toniques. En effet, d'un côté, elle peut amplifier les émotions requises par le jeu. Des débordements émotionnels peuvent parfois surgir. D'un autre côté, lors des temps calmes, elle peut, selon les enfants, apporter la détente. Il est possible que la médiation aquatique induise aussi des angoisses. Je pense à Maëlle qui lorsqu'elle buvait la tasse avait peur de

s'étouffer, ou à Octave qui s'accrochait au départ aux barres du bassin, dû à des déséquilibres. Ainsi, la piscine peut devenir un véritable lieu d'expression de ces expériences, vécues en interaction, favorisant alors les processus de symbolisation.

L'eau est, tout comme les membres du groupe et le psychomotricien, le miroir de l'enfant. En effet, « ces conditions dans lesquelles nous plonge l'eau, ont un effet loupe sur nos tensions, nos blocages, qui se sont inscrits dans notre corps, qui ne nous gêne pas (ou peu) habituellement, qui constituent les marques corporelles de notre histoire »¹²⁵. L'eau participe donc à la représentation de ces traces engendrant, parfois les émotions décrites dans le précédent paragraphe. Par ce biais, elle a un impact sur l'image du corps

Les dispositifs thérapeutiques permettent à l'enfant de vivre des expériences en relation et garantis par la sécurité du cadre. Ils lui permettent peu à peu de symboliser son vécu et de construire plus stablement son image du corps. Nous devons bien garder à l'esprit que ce processus peut prendre beaucoup de temps et d'énergie.

¹²⁵ *Ibid.*, p 47

CONCLUSION

Pour Marc comme pour Léo nous avons vu en quoi des difficultés dans les interactions précoces et les situations traumatiques, induites, par exemple, par l'abandon ou les violences parentales, peuvent impacter la mise en place de la relation à soi et aux autres. En effet, l'absence de sécurité de base est provoquée par un manque de portage et surtout de contenance. A partir de cette souffrance, se construisent des moyens de défenses corporelles contre l'anéantissement. Ces moyens concernant l'image du corps et le tonus peuvent se manifester par de l'hyperkinésie, par exemple. De plus, nous avons vu que le passage à l'acte caractérisait notre clinique. Cette difficulté d'élaboration est en lien avec une carence en soins maternants et se traduit par des troubles tonico-émotionnels.

Le but pour nous est donc d'instaurer une relation sécurisante en lien avec une médiation spécifique. L'adaptation du cadre peut sembler nécessaire mais sa stabilité est indispensable. Le choix de la médiation a aussi son importance. Pour cause, elle doit correspondre à chaque sujet de la relation thérapeutique pour pouvoir permettre une zone d'échange. Je pense que le respect du rythme de l'enfant est aussi une condition pour le rendre acteur et donc participant de sa prise en charge, comme pour Léo. La différenciation des espaces peut aussi permettre que l'enfant ne se sente pas envahi. Ainsi, selon les besoins de l'enfant, en termes de sécurité et de dépendance¹²⁶, nous privilégierons soit un accompagnement individuel, soit un accompagnement groupal. Dans tous les cas, l'expérience de relation amène peu à peu l'enfant à symboliser ses vécus par l'acte diminuant alors les passages à l'acte. L'agressivité n'est pas un

¹²⁶ Au sens de chez Winnicott dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*

comportement à réprimer. Nous devons lui donner l'occasion de s'exprimer d'une autre façon car elle est importante dans le développement de l'individu. De plus, l'intégration de nouveau modèle permettra de conforter la construction de l'image du corps.

Face à un enfant comme Léo, ou Marc, ou les autres enfants abordés dans ce mémoire, la question de nos propres fragilités refait surface avec force. Il faut être préparé à une telle violence. En effet, tôt ou tard nous sommes confrontés à notre agressivité propre et au défaut de notre estime de nous-mêmes. L'effet miroir du psychomotricien n'est donc pas à sens unique. Dans ces cas-là, je pense qu'il faut trouver une posture d'équilibre entre la réflexion et l'agir. Surtout nous ne devons pas nous laisser submerger par ces questions identitaires qui remettraient donc en question notre identité professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

- Baudier, A., & Céleste, B. (2010). *Le développement affectif et social de l' enfant*. A. Colin. Paris
- Bergeret, J. (1998). Actes de violence : réflexion générale. In *Le passage à l'acte: aspects cliniques et psychodynamiques* (p. 9- 14). Masson, Paris.
- Bergès, J. (2006). Formes actuelles du deuil chez l'enfant. *Journal français de psychiatrie*, n°26(3), p. 24- 27.
- Bernateau, I. (2011). Se séparer, c'est mourir, *Le carnet psy*, n°154, p. 31- 34.
- Bloch, H. (2011). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Larousse, Paris.
- Bonneville C., Ciccone A., Calamote, E. P. et al. (2014). *La violence dans le soin*. Dunod, Paris.
- Boutinaud, J. (2016). *Image du corps: figures psychopathologiques et ouvertures cliniques*. In Press, Paris
- Boutinaud J., Joly F., Moyano O., Rodriguez M. (2014). *Où en est la psychomotricité ? : état des lieux et perspectives : pour une approche psychodynamique*. In Press, Paris.
- Carric, J.C. (2000). *Le développement psychomoteur de l'enfant normal*. Editions Vernazobres-Grego, Paris.
- Clément, C. (2013). *Le TDA-H chez l'enfant et l'adolescent*. De Boeck-Solal, Paris.

- Corraze J., Gatecel A., Giromini F. et al. (2013). La relation en psychomotricité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 287- 307). De Boeck-Solal, Marseille.
- Delion, P., Pireyre, E., (2015). *Clinique de l'image du corps: du vécu au concept*. Dunod, Paris.
- Désobeaup, F. (2008). *Thérapie psychomotrice avec l'enfant: la rencontre en son labyrinthe*: Erès, Ramonville-Saint-Agne.
- DEVOUCHE, E. (2000). Activité d'exploration de manipulation et interactions sociales. In *Le développement psychomoteur du enfant: idées neuves et approches actuelles* (p. 151- 172). De Boeck-Solal, Marseille.
- Fischer, G.-N. (1999). Le concept de relation en psychologie sociale. *Recherche en soins infirmiers*, n°56, p. 4-11.
- Gaudriault, P., & Joly, V. (2013). *Construire la relation thérapeutique: prévenir l'abandon précoce, définir les enjeux du processus thérapeutique*. , Dunod, Paris.
- Guiose, M. (2007). De l'agressivité dans les arts martiaux à la thérapie psychomotrice de la dysgraphie. In *Arts martiaux en psychomotricité* (p. 146- 159). Heures de France, Paris.
- Lemay, M. (1979). *J'ai mal à ma mère: approche thérapeutique du carencé relationnel*. Fleurus, Paris.
- Leyens, J.-P. (1968). L'identification comme processus d'apprentissage. *L'année psychologique*, n°68(1), p 251-267.
- Millaud, F. (1998). Le passage à l'acte : point de repères psychodynamiques. In *Le passage à l'acte: aspects cliniques et psychodynamiques* (p. 15- 24). Masson, Paris.
- Ouchacoff, L. (2015). Prises en charge en groupe. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 137- 154). De Boeck- Solal, Marseille.

- Potel C. (2010) a. *Psychomotricité: entre théorie et pratique*. Edition in press, Paris
- Potel, C. (2010) b. *Être psychomotricien: un métier du présent, un métier d'avenir*. Eres, Toulouse.
- Potel, C. (2014). *Le corps et l'eau: une médiation en psychomotricité*. Eres, Toulouse.
- Potel, C. (2015). L'eau, une médiation thérapeutique transitionnelle. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 318-328). De Boeck-Solal, Marseille.
- Potel, C., & Golse, B. (2015). *Du contre-transfert corporel: une clinique psychothérapique du corps*. Érès, Toulouse.
- Reinalter Ponsin, F. (2013). Le corps en psychomotricité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 202-206). De Boeck-Solal, Marseille.
- Robert-Ouvray, S., Servant-Laval, A. (2013). Le tonus et la tonicité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 145-177). De Boeck-Solal, Marseille.
- Roussillon, R. (2013). Une métapsychologie de la médiation et du médium malléable. In *Manuel des médiations thérapeutiques* (p. 41-69). Dunod, Paris.
- Selmi, F. (2006). Traumatisme infantile et thérapie psychomotrice et de relaxation, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°146, p. 106-119.
- Vachez-Gatecel, A. (Éd.). (2012). Aspect relationnel et formation en psychomotricité. In *La psychomotricité relationnelle* (p. 25-36). Ed. médicales et scientifiques, Paris.
- Viterbo E., Renault M. (2015). John Bowlby (1907-1990). In *Le développement affectif et cognitif de l'enfant* (p. 119-227). Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux.
- Winnicott D. W. (2004). *Agressivité, culpabilité et réparation*. (M. Michelin & L. Rosaz, Trad.). Payot, Paris.

Winnicott D. W., & Sauguet H. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (J. Kalmanovitch, Trad.). Payot, Paris.

ANNEXE

Annexe 1:



Annexe 2 :



Résumé

L'agressivité et la violence sont des comportements communs à tous les individus. Pourtant décriés et rejetés, ils sont fondamentaux dans le développement et dans l'affirmation de soi. Certains enfants peuvent y avoir recours, excessivement, pour pallier un déséquilibre. Dans nos séances, il est parfois compliqué d'établir une relation avec eux. De nombreuses questions et réactions peuvent surgir. Nous pouvons être aussi déstabilisés qu'eux. La psychomotricité, avec ses divers dispositifs thérapeutiques propres, permet d'amener des éléments de réponses pour rétablir une certaine harmonie.

Mots-clés : Violence - Agressivité - Passage à l'acte - Tonus - Relation - Image du corps- Psychomotricité

Summary

Aggression and violence are common to all individuals' behaviors. Yet decried and rejected, they are fundamental in the development and assertiveness. Some children may be used, too, to fix an imbalance. In our sessions, it is sometimes difficult to establish a relationship with them. Many questions and reactions may arise. We can be also that destabilized them. The psychomotricity, with its own therapeutic devices, allows to bring answers to restore some harmony.

Keywords: Violence - Aggression - Acting out - Tone - Relationship - Body image - Psychomotricity