



HAL
open science

Groupe Habilité & Motricité. Animer un groupe d'entraînement aux habiletés sociales : place du psychomotricien

Apolline Andreu-Balan

► To cite this version:

Apolline Andreu-Balan. Groupe Habilité & Motricité. Animer un groupe d'entraînement aux habiletés sociales : place du psychomotricien. Psychologie. 2020. dumas-02884933

HAL Id: dumas-02884933

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02884933>

Submitted on 30 Jun 2020

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

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

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Groupe Habileté & Motricité

**Animer un groupe d'entraînement aux habiletés sociales : place du
psychomotricien**

ANDREU-BALAN Apolline

Née le 21/04/1997 à Bordeaux (33)

Juin 2020

Directrice de Mémoire : Séverine RICARD

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement Mme Séverine Ricard pour m'avoir guidée et accompagnée lors de ce stage ainsi que dans la rédaction de ce mémoire à travers ses précieux conseils, ses encouragements et sa disponibilité.

Je remercie également Mme Normand, enseignante à l'IFP de Bordeaux et psychomotricienne en Équipe Spécialisée Alzheimer pour sa disponibilité et son accompagnement tout au long de mon stage ainsi que pour ses conseils à l'égard de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie aussi Mme Foury, psychomotricienne en Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents pour le partage de son expérience et son accompagnement durant cette année.

Je tiens à remercier particulièrement les participants du groupe ainsi que leurs familles pour leurs contributions dans la rédaction de ce mémoire. Par ailleurs, je remercie également l'ensemble des enfants et des familles qui m'ont permis d'assister aux séances de psychomotricité.

Je remercie toute ma famille pour son soutien et son accompagnement dans la rédaction de ce mémoire mais aussi durant toute la durée de mes études.

Je remercie aussi l'ensemble des professeurs pour m'avoir guidée durant la formation.

Et enfin, je souhaite remercier chaleureusement mes amis et tout particulièrement Camille, Emma, Elodie, Adeleen et Lucie pour m'avoir soutenue dans la rédaction de ce mémoire ainsi que durant ces trois ans.

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION..... | 5 |
| PARTIE I : LES HABILETES SOCIALES..... | 7 |
| A. LE CERVEAU « SOCIAL » : COGNITION, COMPETENCE, HABILETE SOCIALES..... | 7 |
| B. HABILETES SOCIALES | 11 |
| C. ENTRAINEMENT AUX HABILETES SOCIALES..... | 18 |
| PARTIE II : PLACE DU PSYCHOMOTRICIEN AU SEIN D'UN GROUPE D'ENTRAINEMENT AUX HABILETES SOCIALES..... | 21 |
| A. LE CADRE THERAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITE..... | 21 |
| B. INTÉRÊT D'UNE PRISE EN CHARGE GROUPELE EN PSYCHOMOTRICITÉ..... | 24 |
| C. LE CORPS : UNE NOTION CENTRALE..... | 27 |
| D. LE JEU POUR ENTRAINER LES HABILETES SOCIALES | 41 |
| PARTIE III : CREATION D'UN GROUPE D'ENTRAINEMENT AUX HABILETES SOCIALES..... | 47 |
| A. CHOIX DES ADOLESCENTS DU GROUPE | 47 |
| B. PROTOCOLE D'ENTRAINEMENT AUX HABILETES SOCIALES | 56 |
| C. ETUDE DE CAS DE MIKA..... | 66 |
| DISCUSSION..... | 76 |
| A. MA PLACE DE STAGIAIRE | 76 |
| B. LES LIMITES | 77 |
| C. LES PISTES D'AMELIORATION..... | 78 |
| CONCLUSION..... | 79 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 80 |
| ANNEXES..... | 87 |

INTRODUCTION

Les groupes d'entraînement aux habiletés sociales sont de plus en plus nombreux à voir le jour : il y a ceux créés pour les patients psychiatriques (Lieberman, 2005) ou bien ceux appliqués à l'autisme (Baghdalli & Brisot-Dubois, 2011), ou encore ceux destinés aux enfants/adolescents ayant des troubles neurodéveloppementaux (Fallourd & Madieu, 2017).

Mais qu'entendons-nous par habiletés ? Habiletés sociales ? Pourquoi et comment les entraîner ? Et par qui ? Tant de questionnements auxquels nous allons tenter de répondre dans ce mémoire.

Le terme « *habileté* » est une traduction du terme anglais « *skill* ». *Habileté* signifie « qualité de ce qui est habile » et renvoie à divers niveaux d'équivalences que sont l'adresse ou bien la dextérité.

Les habiletés sociales désignent quant à elles les capacités d'adaptation du sujet dans le domaine des activités et des interactions sociales. « D'une façon générale les habiletés sociales sont intégrées par les individus sans qu'ils aient conscience d'avoir appris un répertoire de comportements consistant en une combinaison d'éléments tels que le contact visuel, la posture, les gestes. » (Cuny, 2012).

Nous pouvons donc comprendre que les groupes d'entraînement aux habiletés sociales ont été créés dans le but d'entraîner les capacités d'adaptation du sujet dans les situations sociales.

Lorsque je me suis intéressée à ce sujet, j'ai observé que la plupart des groupes d'entraînements aux habiletés sociales étaient animés par des psychologues, des orthophonistes ou bien des ergothérapeutes. J'ai constaté que peu de psychomotriciens étaient présents dans l'animation de ce type de groupe. Ainsi, il m'aît paru pertinent de s'intéresser à la place qu'il occupe dans ces groupes.

Par ailleurs, j'ai remarqué, lors d'un stage effectué durant ma deuxième année de formation, qu'il était parfois difficile de se faire comprendre et d'entrer en communication avec certains enfants lors de séances. Cette incapacité à pouvoir interagir en partageant des codes sociaux communs venait impacter la prise en charge psychomotrice avec ces enfants.

Ces constats ont soulevé des questionnements qui m'ont interpellée et ont piqué mon intérêt quant au rôle que le psychomotricien pouvait jouer auprès de ces enfants dans la prise en charge des difficultés d'interactions.

Ainsi, je me suis intéressée au protocole d'entraînement aux habiletés sociales basé sur des techniques cognitivo-comportementales et à sa mise en place dans le cadre de séances de psychomotricité.

Dans ce mémoire, nous nous attacherons à répondre à la question suivante : Dans quelles mesures, le psychomotricien est-il apte à animer un groupe d'entraînement aux habiletés sociales.

Afin de traiter le sujet et de répondre aux questionnement émis, un plan de recherche a été établi. Il consiste d'abord par la mise en œuvre d'un questionnaire auto et hétéro-évaluatif. Nous avons également recueilli diverses informations à travers l'observation des participants et lors d'entretiens avec les parents de ces derniers. La recherche empirique a été complétée par de nombreuses lectures sur le sujet des habiletés sociales et de leur entraînement.

Ainsi, à travers ce mémoire j'ai souhaité démontrer que le psychomotricien pouvait jouer un rôle important et était apte à animer ce type de groupe en s'appuyant sur la mise en jeu du corps.

Nous verrons dans un premier temps qu'il est nécessaire d'établir une présentation des habiletés sociales et de leurs rôles dans le développement de l'individu afin de mettre en exergue leur nécessaire utilisation pour une communication efficace.

Nous devons également tenter d'analyser la place qu'occupe le psychomotricien dans ce type de groupe avant de présenter son rôle dans un protocole d'entraînement aux habiletés sociales auprès de trois adolescents.

PARTIE I : LES HABLETES SOCIALES

A. LE CERVEAU « SOCIAL » : COGNITION, COMPETENCE, HABLETE SOCIALES

« Autrui, pièce maitresse de mon univers » - (Tournier, 1972)

Si l'on s'appuie sur la citation de Michel Tournier, l'autre occupe une place nécessaire dans la vie d'un individu. L'Homme se construit et se développe en relation. Par conséquent, il a besoin de l'autre pour y parvenir.

Winnicott l'a très bien formulé « un bébé seul n'existe pas ». (Garret-Gloanec & Pernel, 2010) Avec cette affirmation, nous comprenons que le bébé a besoin de sa mère pour exister. En d'autres termes, le sentiment d'exister provient de la présence de l'autre.

L'Homme se construit dans la relation à travers plusieurs éléments tels que le regard et le langage, dans un processus de socialisation. Selon Bursztein, c'est un « être social ». (Bursztein, 2008). Il cherche à tisser des liens sociaux avec ses pairs grâce à la construction d'un savoir-faire acquis dès son plus jeune âge favorisant ainsi les interactions sociales avec son entourage. Ces interactions impliquent le cerveau « social » (Brothers, 1990), défini par un ensemble de mécanismes intervenant dans les tâches sociales. Afin de favoriser ces interactions, l'individu construit diverses habiletés qui seront mises en jeu dans la relation avec ses pairs.

1. Le concept de cerveau « social » : zones cérébrales impliquées dans les tâches sociales

Le cerveau « social » est un terme emprunté au domaine des neurosciences. Il a été décrit pour la première fois en 1990 par Brothers suite à des travaux menés auprès d'une population de primates. Ces recherches ont permis de mettre en évidence des régions cérébrales impliquées dans les interactions sociales.

Le cerveau « social » est donc basé sur un ensemble de circuits qui collecteraient des afflux d'informations diversifiées depuis les différentes aires sensorielles, la zone du sillon temporal supérieur, jusque vers les différentes aires corticales, selon les aspects du traitement de l'information et de la réponse qui sont nécessaires. (Trouvé, 2012)

Parmi ces structures neuroanatomiques, plusieurs auteurs ont mis en évidence le rôle des aires sensorielles, du sillon temporal supérieur (STS), de l'amygdale, du cortex préfrontal et des neurones miroirs lors d'interactions sociales.

a. Aires sensorielles :

Les aires sensorielles jouent un rôle clé dans le processus des interactions sociales puisqu'elles permettent la détection et la perception des stimuli sociaux. J'exposerai plus loin dans

mon écrit la perception de ces stimuli sociaux dès les premières semaines de vie du nourrisson, en évoquant le développement de l'enfant.

b. Sillon temporal supérieur :

Le sillon temporal supérieur détient un rôle majeur dans le circuit neuronal du « cerveau social ». Son implication dans la perception sociale chez l'homme a été mise en évidence par Howard et son équipe en 1996. (Howard, et al., 1996)

Par la suite, plusieurs auteurs ont exposé son implication dans le traitement des informations sociales : au niveau de la perception des mouvements du visage, des yeux, de la main, ainsi qu'au niveau de la voix. (Perrett, et al., 1985) ; (Pernet, Mcaleer, Latinus, Gorgolewski, & Charest, 2015) ; (Srinivasan, Golomb, & Martinez, 2016)

D'autres auteurs ont montré que le STS était impliqué dans des processus beaucoup plus complexes de la cognition sociale avec notamment un rôle joué dans la compréhension des actions (Pelphrey, Morris, & McCarthy, 2004) et la déduction des états mentaux d'autrui. (Ciaramidaro, et al., 2007)

Trouvé (2012) lui attribue la fonction de zone carrefour collectant des afflux d'informations diversifiées depuis les différentes aires sensorielles. Le STS assure la synthèse et une première élaboration de ces différentes sensorialités. Suite à cette première élaboration, il transmet ces différentes informations aux autres aires corticales telles que l'amygdale, la zone du lobule pariétal inférieur et du pied de la frontale ascendante, la zone de l'hippocampe et pour terminer les zones du traitement cognitif.

c. Amygdale :

Cette structure appelée noyau est connue pour son implication dans le décodage et la gestion des émotions. Ce noyau joue également un rôle essentiel dans les comportements sociaux. En effet, sa fonction principale semble être de lier les représentations perceptives à la cognition et au comportement sur la base de la valeur émotionnelle ou sociale des stimuli. (Adolphs, 2001)

Il se situe sur la face interne du lobe temporal. Il fait partie intégrante d'un ensemble appelé le système limbique impliqué dans les émotions.

L'amygdale reçoit différentes informations, qualifiées d'afférences, provenant de tous les organes sensoriels. Ce noyau a pour fonction d'attribuer une signification affective aux différentes afférences qu'il reçoit. Des recherches ont démontré que l'amygdale était impliquée dans le traitement des émotions négative ou positive. (Phelps & Ledoux, 2005)

Lorsque l'individu se trouve en danger par exemple, l'amygdale est responsable, en lien avec les autres centres cérébraux, du déclenchement de réponses physiologiques de la peur. Il intervient aussi dans la reconnaissance du regard, composante essentielle dans la relation à

autrui. (Burstejn) Son altération a donc des retentissements importants chez l'individu et peut entraîner chez lui un défaut de signification émotionnelle des perceptions sensorielles, notamment une difficulté à déchiffrer les émotions du visage.

d. Cortex préfrontal :

Le cortex préfrontal (CPF) comporte plusieurs zones participant au traitement cognitif. C'est dans cette zone corticale que se mettent en place les fonctions exécutives de haut niveau telles que le raisonnement, la planification ou le jugement.

Son implication dans la prise de décision et les comportements sociaux ont été mis en évidence suite à des recherches menées auprès de Phinéas Gage. C'est un monsieur connu pour son importante blessure au niveau du crâne qui a causé de nombreuses lésions au sein de son cortex frontal. Suite à ces lésions, des troubles du comportement social et des déficits dans la prise de décision rationnelle ont été observés et mis en évidence par Adolphs et son équipe en 1994. (Adolphs, Tranel, Damasio, & Damasio, 1994)

Suite à ces travaux, des études en imagerie cérébrale ont été menées sur le cortex préfrontal afin de déterminer son implication dans les processus de cognition sociale. Il s'est avéré que cette région du cerveau jouait un rôle fondamental dans des processus complexes de mentalisation et de théorie de l'esprit. En effet, des auteurs ont montré l'activation du CPF lorsque l'individu pense aux états d'esprit d'autrui. (Molenberghs, Johnson, Henry, & Mattingley, 2016)

e. Neurones miroirs :

Les neurones miroirs ont été mis en évidence par Giacomo Rizzolatti et son équipe en 1996. (Mathon, 2013) Ces chercheurs ont mis en évidence, dans la région frontale prémotrice du cortex du singe, des neurones qui s'activent à fois lorsque l'individu exécute une action et aussi lorsqu'il regarde un autre individu exécuter la même action. Ces travaux ont été confirmés chez l'homme par la suite.

Il s'est aussi avéré que ces neurones ne s'activaient pas seulement dans l'observation d'une action. En effet, des recherches ont montré que ces neurones étaient impliqués également dans certaines situations mettant en scène des émotions : les mêmes zones cérébrales sont activées quand nous observons une autre personne éprouvant une émotion et lorsque nous éprouvons nous-mêmes cette émotion. Bursztejn (2008) évoque le phénomène de « contagion émotionnelle ».

Par l'observation de l'individu et de ses traits du visage, il est alors possible de comprendre et de partager ses ressentis. Autrement dit, ces processus en miroir permettent à l'individu d'éprouver et d'accéder à l'empathie : c'est-à-dire à la capacité de percevoir et reconnaître les émotions d'autrui.

Pour les neuropsychologues, les échanges dits d'interactions sociales réciproques » comportent :

- la reconnaissance de l'autre comme interlocuteur
- le traitement sensoriel et temporel des informations échangées
- leur retentissement émotionnel
- le choix d'une réponse communicative et affective adaptée ainsi que son ajustement avec les positions de l'interlocuteur.

C'est donc l'organisation neuronale spécifiquement impliquée dans la réalisation de ces fonctions qui constitue le cerveau « social ». (Trouvé, 2012)

La réalisation de ces fonctions fait appel à plusieurs notions telles que : la cognition sociale, les compétences sociales et les habiletés sociales.

2. Cognition, compétence, habileté « sociales » :

Cognition sociale, compétence sociale, habileté sociale, trois notions qui sont, selon les auteurs et les domaines d'étude plus ou moins équivalents.

Afin de mieux comprendre ces notions, je vais tenter de les définir dans un premier temps. Notre hypothèse ici sera de dissocier ces trois notions tout en gardant à l'esprit qu'elles sont intimement liées les unes aux autres. Cette démarche de dissociation nous aidera par la suite à la compréhension des habiletés sociales exposées dans ce mémoire.

a. Cognition sociale :

Dans le domaine des neurosciences, le terme de « cognition sociale » désigne l'ensemble des capacités fondamentales de l'homme à percevoir, catégoriser, mémoriser, analyser, raisonner et se comporter envers autrui. (Frith, 2008) La cognition sociale a pour but la perception et la compréhension du monde social. Elle regroupe l'ensemble des processus mentaux qui sont mis en jeu dans les interactions sociales. Parmi ces processus, deux niveaux peuvent être exposés :

- les processus de bas niveau : les fonctions attentionnelles, exécutives et de traitement de l'information sociale, ou un peu à part la pragmatique du langage,
- les processus de haut niveau : l'empathie ou la théorie de l'esprit.

b. Compétence sociale :

La compétence sociale peut se définir par la mise en jeu des différents processus de la cognition sociale, exposés précédemment, en contexte et de manière adaptée.

Pour Talavera, (Talavera & Perez-Gonzalez, 2007) la compétence sociale : « implique l'ensemble des conduites adoptées, dans un certain contexte, par un individu (qui exprime ses sentiments, ses attitudes, ses désirs, ses opinions ou ses droits) de manière adaptée à la situation (dans le contexte familial, scolaire, professionnel, etc.) ».

Il s'agit de comportements sociaux de base, comme repérer l'humain du non-humain, être capable de reconnaître un visage ou une émotion humaine au cours d'une interaction, adapter un discours.

c. Habiletés sociales :

Les habiletés sociales représentent un processus plus complexe, centré sur la gestion des comportements de l'individu, en situation sociale dans les relations interpersonnelles.

De nombreuses définitions existent aujourd'hui concernant les habiletés sociales, j'ai donc choisi de présenter ici une définition de Baghdadli et Brisot-Dubois (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011): « Les habiletés sociales sont les comportements verbaux et non verbaux résultant de processus cognitifs et affectifs permettant de s'adapter à l'environnement. Il s'agit donc d'un ensemble de capacités qui nous permettent de percevoir et de comprendre les messages communiqués par les autres, de choisir une réponse à ces messages et de l'émettre par des moyens verbaux et non verbaux, de façon appropriée à une situation sociale. »

Pour Liberman (Liberman, De Risi, & Mueser, 2005), ces habiletés peuvent avoir deux fonctions :

- *une fonction instrumentale* : elle a pour but d'acquérir un bien-être physique ou matériel.
- *une fonction socio-affective* : elle se met au service de la création et du maintien de relations amicales, sentimentales ou familiales, permettant à l'individu de développer un réseau social de qualité.

Nous avons vu que les habiletés sociales pouvaient avoir différentes fonctions mais nous verrons dans la partie suivante qu'il existe plusieurs types d'habiletés sociales suivant le contexte de l'interaction sociale.

B. HABLETES SOCIALES

Selon Liberman (2005), les habiletés sociales sont intégrées par les individus qui sont rarement conscients d'avoir appris un répertoire comportemental complexe, consistant en une combinaison de petits éléments tels que le contact visuel et les gestes de la main. Pourtant, ce sont toutes ces pratiques spécifiques et variées qui participent à une rencontre sociale réussie.

1. Les différentes phases de l'interaction sociale :

Liberman explique dans son ouvrage que l'interaction sociale peut être décomposée en trois phases nécessitant chacune un ensemble d'habiletés distinctes :

- 1^{ère} phase : capacités de perception :

C'est-à-dire les habiletés nécessaires pour saisir et percevoir l'information sociale utile contenue dans les situations sociales. Ces capacités de perception comprennent par exemple la

reconnaissance des sentiments et des souhaits exprimés par autrui, une écoute correcte de ce que l'autre dit. Cette phase permet « d'évaluer » la situation. De bonnes capacités de perceptions conduiront l'individu à délivrer des réponses adaptées socialement.

- 2^{ème} phase : capacités d'élaboration :

Il s'agit ici de sélectionner les pratiques sociales les plus adaptées à la situation. Pour cela, l'individu va devoir choisir parmi plusieurs options celle qui sera la meilleure pour atteindre l'objectif souhaité. Cette étape met donc en jeu la résolution de problème.

- 3^{ème} phase : capacités d'émission :

Ici, il s'agit de s'intéresser à « ce qui » est dit et la « façon » dont le message est transmis. Le message verbal constitue un aspect important de la communication, mais notre façon de communiquer de façon non verbale est tout aussi importante, sinon plus.

La façon de communiquer est déterminée par des pratiques non verbales et paralinguistiques. Pour une communication efficace, les composants non verbaux tels que les expressions appropriées du visage, les gestes, les postures, le contact visuel et la distance entre les personnes, sont d'une grande importance. De même, pour les pratiques paralinguistiques telles que l'intensité de la voix, la fluidité, le rythme du débit, l'émotion et le temps de réponse.

L'individu acquiert différentes habiletés sociales essentielles grâce aux interactions entretenues avec ses pairs. Nous aborderons ces différentes classes d'habiletés sociales à travers des définitions dans la partie suivante.

2. Les différents types d'habiletés sociales :

Les habiletés sociales ont été étudiées par de nombreux auteurs, plusieurs catégorisations ont été proposées dans la littérature. Celles-ci diffèrent en fonction de l'axe de travail et le modèle sur lesquels les auteurs se positionnent. Il n'y a pas de consensus établi pour les définir. Nous allons donc essayer ici de définir les six habiletés les plus communément abordées et exposées dans le comportement social de l'être humain.

a. Habileté relationnelle :

Les habiletés relationnelles peuvent être définies par la capacité d'un individu à entrer en contact avec un pair, ou bien par son aptitude à adopter des comportements ajustés et à les adapter face à son interlocuteur afin d'établir une communication efficace.

Séance « se faire des amis » : Durant cette séance, les habiletés relationnelles de chaque participant sont mises en jeu à travers des jeux de rôle au cours desquels chaque participant est amené à faire connaissance avec un autre participant.

b. Habileté émotionnelle :

Les habiletés émotionnelles peuvent se définir par « la manière dont les individus identifient, expriment, comprennent, utilisent et régulent leurs émotions et celles d'autrui ». (Mikilajczak, Quoidbach, Kotsou, & Nelis, 2014)

Elles constituent l'ensemble des émotions qui peuvent être émises et reçues par un individu. Elles permettent la compréhension cognitive et métacognitive de ses propres émotions et de celles des autres. (Mayer, Salovey, & Caruso, 2004)

Séance « Les émotions » : Durant la séance, les participants sont amenés à reconnaître sur eux et sur l'autre certaines émotions à travers des jeux.

c. Habileté langagière :

Les habiletés langagières reposent sur nos aptitudes concernant la communication verbale et non verbale. Ces habiletés permettent de communiquer de manière appropriée le message souhaité en utilisant les différentes modalités disponibles. En effet, plusieurs dimensions sont sollicitées dans la communication :

- la dimension verbale : sens des mots contenus dans l'énoncé
 - la dimension non verbale : caractéristiques corporelles accompagnant l'énoncé
 - la dimension para-verbale : caractéristiques vocales de l'énoncé
- la dimension pragmatique : analyse de l'usage du langage

Séance « Se présenter » : Chaque participant est amené à se présenter, plusieurs éléments sont travaillés tels que : la prise de parole, le respect des tours de parole, l'écoute de l'autre, la clarté du message communiqué. La psychomotricienne et moi-même sommes attentives aux attitudes de chaque participant, à savoir les gestes, la posture et le regard accompagnant le discours et leur cohérence avec le message oral transmis.

d. Habileté comportementale :

Les habiletés comportementales concernent tous les comportements verbaux et non verbaux mis en jeu dans la communication. C'est la manière d'être et d'agir d'un individu.

Séance «se présenter » : Chaque participant est amené à interviewer l'autre. Nous filmons les saynètes. Au visionnage, chaque participant doit repérer les comportements qui lui semblent adaptés et inadaptés à la situation proposée.

e. Habileté cognitive :

Cette habileté peut être définie comme étant une compétence permettant la résolution des problèmes sociaux, c'est-à-dire, la résolution de situations pour lesquelles l'organisme a un but mais pas de moyen connu pour y parvenir. (Baghdadli & Brisot- Dubois, 2011)

Séance « comment se faire des amis » : Les participants évoquent le fait qu'ils ont envie de se faire des amis. Cependant, ils ne savent pas comment s'y prendre. Proposition et élaboration des différents moyens pour y parvenir avec le groupe.

f. Théorie de l'esprit (ToM pour « Theory of Mind »):

Cette habileté renvoie à la capacité d'attribuer et d'inférer des états mentaux aux autres (des pensées, des sentiments, des croyances, des intentions ou des désirs) et de les utiliser pour expliquer, comprendre, prédire, anticiper et juger leurs comportements et donc s'y adapter. Cette aptitude à prévoir et adopter les perspectives des autres, à voir les choses de leur point de vue est connue sous le terme de « théorie de l'esprit » (ToM pour « theory of mind »).

Cette habileté comprend deux niveaux de compréhension des états mentaux d'autrui :

- Niveau d'ordre 1 : capacité de comprendre, d'inférer l'état mental de l'autre avec qui je suis en relation (individu B).
- Niveau d'ordre 2 : capacité de comprendre qu'un individu B peut interpréter l'état mental d'un autre individu C.

Séance « se faire des amis » : Deux participants sont amenés à effectuer un parcours tour à tour. Puis après leur passage, chaque adolescent propose des pensées, des intentions, des sentiments que l'autre a pu ressentir lors de l'exécution du parcours. Ici, nous abordons la nécessité de se mettre à la place de l'autre à travers le jeu, puisque c'est un élément essentiel à l'établissement d'une relation amicale.

Pour donner suite à la définition des différentes habiletés, il semble pertinent de poursuivre cet écrit par la présentation de leur construction et leur enjeu dans le développement de l'enfant.

3. Enjeu dans le développement :

Dès son plus jeune âge, le petit homme a besoin de sa mère (ou figure d'attachement) pour se développer et se construire. Les interactions avec celle-ci seront déterminantes et participeront à son bon développement psychomoteur. Le nourrisson est plongé dans un bain social dans lequel il va rapidement évoluer. Bien avant l'acquisition du langage, le nourrisson est très sensible à la tonalité affective et au contenu émotionnel des échanges.

Nous allons aborder ici le développement de la socialisation et de la communication chez le nourrisson et l'enfant. Ensuite nous aborderons l'importance de l'environnement et des stimulations sociales extérieures dans le développement de ces habiletés et enfin l'importance de leur rôle dans la relation avec les pairs.

a. Dès la naissance :

La socialisation est un processus qui se met en place très tôt dans le développement de l'enfant. Dans son article sur le développement social et intersubjectif, Bursztein (2008) reprend le développement de la communication sociale chez l'enfant. Selon lui, les recherches sur le développement précoce montrent qu'une grande partie des compétences sensori-motrices mises en évidence chez les nouveau-nés et les nourrissons est au service de l'établissement des interactions avec leur environnement humain.

Pour compléter ces travaux, Burnett et Blackmore ont, dans l'article intitulé « the development of adolescent social cognition », repris le développement social de l'enfant, de la naissance à l'adolescence. (Burnett & Blakemore, 2009)

A partir de ces deux articles, il est alors possible d'établir une sorte de chronologie du développement de la communication sociale :

- Dès les premiers jours de vie : le bébé pourrait différencier les êtres humains des objets, et rapidement un visage joyeux d'un visage triste.
- À partir de 3 semaines de vie : le sourire présenté par le nouveau-né serait assimilable à un signal social, destiné à attirer l'attention de son entourage proche.
- Dès 8 semaines : il affiche les expressions émotionnelles prototypiques (joie, tristesse, peur, colère, surprise, intérêt et dégoût), et fait preuve de capacité de discrimination à l'égard de la tonalité émotionnelle des stimuli visuels (expression du visage) et auditifs (intonation de la parole).
- À l'âge de 5 mois : il discrimine des expressions vocales de joie et de colère, il est aussi capable d'apparier des expressions faciales et vocales de son entourage.
- Autour d'1 an : le bébé commence à attirer et à mobiliser l'attention de ses figures d'attachement par les vocalisations et le pointage.
- A partir de 2 ans et demi : l'enfant accède à des stratégies sociales plus complexes, incluant la capacité de mentir ou de se moquer. Il apprendra progressivement à les utiliser de façon

efficace selon le contexte dans le but de préserver de bonnes relations sociales avec les adultes et ses pairs.

- Vers l'âge de 4 ans : se fait la constitution de la théorie de l'esprit de premier ordre grâce aux interactions précoces et l'accordage affectif (Stern,2003) de l'enfant avec son entourage. Ceci permettant la maturation des processus cognitifs dédiés aux échanges sociaux. A ce stade l'enfant est en capacité de comprendre et d'inférer l'état mental d'autrui.
- A partir de 5 ou 6 ans : l'enfant est capable d'utiliser le mensonge dans le but de protéger autrui d'une vérité pouvant être elle-même plus blessante. L'apparition, à cette tranche d'âge, de sentiments comme la culpabilité ou l'embarras confirme cette prise en compte des émotions et sentiments d'autrui.
- L'âge de 7 ans : la maturation de la théorie de l'esprit se poursuit avec succès aux tests de deuxième ordre. A ce stade, l'enfant est en capacité de comprendre qu'un individu B peut interpréter l'état mental d'un autre individu C.
- Au cours de l'adolescence (entre 14 et 18 ans) : le sujet devient capable de résister à l'influence des pairs quant à ses propres choix, facilitant ainsi les processus d'individualisation et d'autonomisation. Cette capacité à ignorer les influences de ses pairs permettra de limiter à l'âge adulte, les prises de risque liées en partie au regard d'autrui.

b. Importance de l'environnement dans le développement des habiletés sociales

« Si le développement de la relation à autrui s'appuie sur des mécanismes neurophysiologiques et cognitifs, probablement en grande partie prédéterminés, l'importance que jouent les signaux d'ordre émotionnel, souligne en même temps l'importance de la dimension relationnelle et affective comme co-déterminant de ce développement ».

Cette citation de Bursztein (2008) vient pointer ici l'importance de l'autre dans le développement social de l'enfant. En effet dans les premières heures de vie, les interactions qui se mettent en place entre la mère et son bébé sont avant tout des affects, des sentiments et des émotions.

Peter Hobson (cité par Bursztein, 2008) insiste sur l'importance critique des relations interpersonnelles pour que se développent la symbolisation, la capacité de représenter sa propre pensée et d'attribuer un *soi* à d'autres personnes. Pour cet auteur, la représentation des états

mentaux s'élabore au travers de ces expériences d'échanges interpersonnels et n'est pas le seul produit de mécanismes cognitifs.

Pour continuer dans cette direction, Fonagy (cité par Bursztein, 2008) a mis en évidence une corrélation positive entre le type d'attachement « sécure » et la capacité à mettre en œuvre la théorie de l'esprit de manière plus efficiente. En effet, des enfants ayant bénéficié d'un attachement de type « sécure » obtiennent des résultats meilleurs aux tests de théorie de l'esprit que ceux obtenus auprès d'enfants ayant bénéficié d'un attachement de type « évitant » ou « ambivalent ».

Une autre expérience très connue sous le nom de « Still face » a été réalisée par Gusella en 1988. (cité par Bursztein, 2008) Cette expérience met en jeu un parent avec son bébé en interactions réciproques. Il est demandé à l'adulte de cesser toutes interactions avec son bébé et d'adopter une attitude neutre, sans expression, afin d'observer la réaction du nourrisson. Il a été mis en évidence que dès la 6^{ème} semaine de vie, les bébés soumis à cette expérience montrent des réactions émotionnelles. Selon l'âge du nourrisson, diverses manifestations sont observées telles que des regards, des sourires, des vocalisations. Face à l'absence de réaction du parent, les bébés arrêtent toutes tentatives d'entrée en relation et adoptent une attitude passive et de repli.

Cette expérience met en évidence la sensibilité du nourrisson à la réciprocité des interactions et ses attentes en termes de qualité d'interaction principalement avec la figure maternante. Apparaît également à cette période le principe de « référence sociale ». Ce concept fut proposé par Klinnert et al. en 1983. (cité par Bursztein, 2008) Il s'agit de l'habitude prise par le jeune enfant de se référer, par le regard, à l'attitude faciale émise par sa figure d'attachement afin de jauger la sécurité d'une situation inattendue, ambiguë ou angoissante dans laquelle il se retrouve. Son comportement sera alors dicté par l'attitude rassurante ou non de cette personne référence.

Ces différents auteurs ont œuvré pour démontrer le rôle indispensable de l'entourage, et notamment la figure d'attachement, dans la construction et le développement des compétences et des comportements sociaux du nourrisson.

c. Importance de ces habiletés dans la relation avec les autres :

Dès lors que l'enfant a bénéficié de toutes ces modalités, il va être en mesure de mettre au service ces compétences afin d'établir des relations avec ses pairs. Une des habiletés qui lui sera indispensable dans la communication est la ToM.

En effet, l'acquisition de la ToM est une étape fondamentale dans le développement des habiletés sociales : un mode de communication adapté ne peut s'établir que si l'on est capable de concevoir que l'autre a des états mentaux, qui peuvent être éventuellement différents des siens.

Autrement dit, la ToM permet à des individus de se décentrer de leurs propres pensées. Elle permet également d'attribuer à autrui des intentions, et ainsi d'interpréter les comportements humains pour finalement interagir avec d'autres.

Les habiletés sociales sont donc des compétences à mettre en œuvre avec une ou plusieurs autres personnes. Ces compétences sont composées d'un savoir-faire (comportement adéquat) et d'un savoir-être (attitude adaptée) dont le but est d'être accepté par les pairs. (Ahade & Corato, 2018) L'enfant va par exemple utiliser les formules de politesse, attendre son tour de parole, se soucier des autres, se faire des amis, résoudre des problèmes. Il va les mettre en jeu dans les interactions de la vie quotidienne.

Durant l'adolescence, les relations sociales prennent une grande importance dans la vie des individus.

Cependant, ces habiletés font défaut (maladresse relationnelle, compréhension littérale, incoordination motrice) dans certaines pathologies (schizophrénie, spectre du trouble autistique, trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, etc..). En effet, selon Attwood, (cité par Ahade & Corato, 2018) plus de 90 % des jeunes Asperger sont victimes, à différents degrés, de harcèlement. L'adolescence peut ainsi représenter pour eux une période extrêmement douloureuse. Ces difficultés conduisent à un isolement, un sentiment de solitude, une frustration et une faible estime de soi. (Anderson, Pourre, Maffre, & Raynaud, 2011)

Afin d'accompagner le développement de ces habiletés défaillantes chez ces personnes, des méthodes d'entraînement ont vu le jour.

C. ENTRAINEMENT AUX HABLETES SOCIALES :

« Les habiletés sociales pour une communication efficace ». Liberman (2005)

L'entraînement aux habiletés sociales est la méthode par laquelle on peut enseigner aux patients comment étendre leurs répertoires comportementaux et réussir dans des situations sociales où ils avaient jusque-là échoué.

1. Présentation de la méthode d'entraînement aux habiletés sociales :

Liberman (2005) nous rappelle que la prise de conscience d'un processus d'apprentissage dans l'acquisition ou l'utilisation de pratiques sociales apparaît ordinairement quand un individu est confronté à une situation inhabituelle ou difficile qui requiert des réponses sociales ou émotionnelles nouvelles. En effet, pour préparer certaines situations sociales nouvelles ou qui présentent un défi (prendre la parole devant tout le monde, entretien d'embauche, etc...), il n'est pas rare que les individus répètent ce qu'ils vont dire, allant jusqu'à s'exercer devant un tiers.

Contacter des personnes expérimentées afin de les observer ou d'apprendre d'elles, est aussi une pratique courante dans ce type de situations. Ces stratégies permettent d'expérimenter une nouvelle façon de parler que l'on utilise ensuite dans une situation donnée. Ainsi, il est alors possible d'anticiper sur la façon dont les autres peuvent agir.

Dans l'entraînement aux habiletés sociales, on utilise de manière systématique les méthodes spontanées qu'utilisent les individus dans la société.

L'acquisition de ces habiletés à traiter efficacement de nouvelles situations est mise en jeu dans ces entraînements mais avec des patients spécifiques afin de leur enseigner des comportements sociaux efficaces :

- observer un tiers dont le comportement est adéquat (utilisation d'un modèle)
- pratiquer cette habileté sociale par le biais d'une simulation (répétition comportementale)
- obtenir un retour de la part des autres, des remarques et des suggestions en vue de progresser (renforcement social)

Lieberman (2005) affirme que l'utilisation d'un modèle, la répétition comportementale par les jeux de rôles et le renforcement social sont des ingrédients de l'apprentissage qui forment l'ossature de l'entraînement aux habiletés sociales.

Baghdadli et Brisot-Dubois (2011) ont, elles aussi défini ces groupes dans leur ouvrage : « C'est une intervention spécifique qui vise à enseigner des habiletés interpersonnelles à des individus et à promouvoir la généralisation et le maintien de ces habiletés. Cette approche comprend un ensemble de techniques comportementales et cognitives, provenant des principes de l'apprentissage social et visant à améliorer la communication, l'expression des sentiments et la qualité des interactions. ».

La méthode d'entraînement aux habiletés sociales se pratique en groupe et comporte des objectifs précis.

2. Objectifs généraux :

Chaque professionnel animant un groupe de cette sorte devra établir des objectifs personnalisés à chaque participant et à l'ensemble du groupe. Ces objectifs seront déterminés par diverses paramètres tels que l'âge, la personnalité, la pathologie, les centres d'intérêt, les difficultés rencontrées, etc.

Cependant, il est possible de cibler des objectifs communs à l'ensemble de ces groupes. F. Cuny (Cuny, 2012) a choisi, dans son article, de présenter plusieurs points tels que :

- Rendre le patient socialement compétent dans les situations d'interactions.
- Favoriser la participation sociale de chaque individu dans son cadre de vie.
- Soutenir les habiletés existantes.
- Promouvoir l'acquisition de nouvelles habiletés.
- Favoriser la généralisation des acquis dans un contexte de vie quotidienne

Après avoir exposé les habiletés sociales et la méthode qui permet de les entraîner chez des individus rencontrant des difficultés dans les interactions sociales. Nous pourrions nous questionner quant au rôle que le psychomotricien peut jouer dans ce type de groupe. Et aussi comment il serait possible pour lui d'entraîner les différentes habiletés sociales en gardant sa spécificité.

PARTIE II : PLACE DU PSYCHOMOTRICIEN AU SEIN D'UN GROUPE D'ENTRAINEMENT AUX HABILETES SOCIALES

Psychomotricité - Ce terme « accole deux mots non pas pour moderniser une conception dualiste de l'âme et du corps par une pirouette linguistique, mais pour désigner deux aspects d'un même objet d'étude ». (IFP, s.d.)

A. LE CADRE THERAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITE

Le cadre est la condition préalable à la mise en place d'une prise en charge en psychomotricité. Il est présent à travers différents éléments dont l'engagement particulier du psychomotricien dans la thérapie.

1. La mise en place du cadre en psychomotricité

Potel définit le cadre dans la thérapie psychomotrice selon deux modalités. Cette auteure évoque le cadre selon une dimension très concrète, comprenant différentes conditions d'espace, de matériel, de temps, d'encadrement, c'est le cadre physique. (Potel, *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, 2010) Ce cadre est mis en place dès le début de la prise en charge. Il est pensé par le thérapeute en fonction des besoins et des spécificités de chacun. Il participe à l'établissement de repères fixes. L'instauration de rituels concourt au sentiment de contenance et de sécurité des patients. Ce sentiment de sécurité et de prévisibilité apparaît nécessaire à la mise en place d'un acte thérapeutique.

Les adolescents entrent dans la salle, Mathias s'assoit sur le gros fauteuil, Mélina sur une chaise et Mika sur le gros ballon. Au fil des séances, j'ai remarqué que les participants se tournaient toujours vers les mêmes supports pour s'asseoir.

Dans le cadre du groupe d'entraînement aux habiletés sociales, les participants se sont saisis de ce cadre concret et notamment du matériel. J'ai observé que des rituels de placement s'étaient mis en place au cours des séances. Chaque participant retrouvait toujours le même support sans s'être concerté entre eux. Ils ont investi la salle et se sont approprié les supports qui leur convenaient le mieux.

Par ailleurs, la mise en place du cahier de bord a permis de faire le lien entre la maison et le groupe, tel un « objet transitionnel », selon les termes de Winnicott. C'est un cahier dans lequel le participant pouvait retrouver un récapitulatif de la séance et des notions abordées, ainsi que l'exercice proposé pour généraliser les notions à la maison.

Toutefois, ce cadre physique n'est pas suffisant dans la mise en place d'un cadre thérapeutique. Potel définit une autre dimension plus subtile qui intègre cette fois le psychomotricien et sa réflexion.

Cette dimension participe au cadre psychique « comprenant des postulats théoriques qui permettent la mise en pensée de son travail [du psychomotricien] auprès des patients. Le psychomotricien part du corps, de la motricité de l'enfant, de sa tonicité, de son implication corporelle et de l'inscription du corps dans l'espace. Et dans ce dispositif théorique il y intègre son propre corps, son propre investissement spatial, ses propres mouvements, sa propre tonicité, ses propres ressentis et éprouvés corporels. »

Cette capacité à être attentif à l'autre et à soi lui permet d'établir une double écoute participant aux notions de contenance et de disponibilité. Cette autre dimension du cadre fait intervenir l'engagement particulier du psychomotricien dans la prise en soin.

2. L'engagement du psychomotricien

L'engagement du psychomotricien dans la thérapie est particulier en comparaison avec l'engagement des autres professionnels de santé.

Une des spécificités de l'approche psychomotrice tient à l'implication corporelle qui s'inscrit de façon explicite dans le cadre thérapeutique. (Gentis, 2015) Cette implication corporelle s'effectue sur des attributs spécifiques du corps : sensorialité, gestualité, expressivité, activités sensorimotrices ou perceptivomotrices.

Selon Potel, c'est l'investissement corporel du thérapeute qui organise l'axe de la thérapie. Et c'est cette dimension qui différencie le psychomotricien des autres professionnels. « Le psychomotricien se réfère d'entrée de jeu au corps [...], un corps médiateur de la relation et de l'expression humaine. Le corps est « sa base de données », nécessaire et fondamentale. ». Le psychomotricien partage des domaines théoriques avec de nombreux autres professionnels, toutefois c'est sa manière de travailler qui constituera une grande différence dans le cadre même du processus thérapeutique. (Potel, 2006)

Le psychomotricien va percevoir chez le patient des signes corporels et émotionnels avec lesquels il va entrer en résonance afin de pouvoir y apporter une réponse tant au niveau sensoriel et corporel qu'au niveau du langage. (Moyano, 2012)

Par ailleurs, le psychomotricien tiendra compte de son vécu subjectif. « Nous réagissons aux expressions, aux attitudes, avec une sensibilité extrême, en accord avec un code secret qui n'est écrit nulle part, connu de personne mais compris par tous. Que faisons-nous de toutes les informations que nous recevons, que notre compétence et/ou incompétence nous permet de saisir ? [...] La difficulté à gérer une telle complexité est le creuset même de la psychomotricité » (Contant & Calza, 1994)

Le psychomotricien s'engage tout entier dans la relation, son écoute attentive vis-à-vis de ses propres ressentis est une de ses spécificités. Cette écoute est précieuse, et à la base de la relation thérapeutique. Elle lui permettra d'adopter le positionnement adéquat à l'égard de son

patient et de lui-même. C'est tout au long de ses études que le psychomotricien expérimente et développe une écoute à l'égard de lui-même. « Par sa formation, qui a aiguisé, affûté en lui tout ce qui est du domaine des sensations et des émotions liées au corps et avant tout à son propre corps, il va utiliser ces informations, les écouter et s'en servir ». (Potel, 2006)

3. La thérapie psychomotrice :

La thérapie psychomotrice ne peut avoir lieu qu'à condition d'avoir établi, au préalable, un cadre sécurisant et contenant. En effet, c'est dans un cadre sécurisant que le patient va pouvoir exprimer quelque chose de lui dans la rencontre avec l'autre.

Selon Potel (2010), la thérapie psychomotrice consiste à favoriser le jeu du corps vecteur d'expression ; proposer un lieu d'expériences, où sensation et perception pourront s'organiser dans un système symbolique et aider à la transformation des éprouvés en représentation. Le travail du psychomotricien réside dans l'accompagnement de ce processus. Il prête son appareil à penser aux patients pour leur permettre d'intégrer leurs éprouvés et de les assimiler. Le psychomotricien est alors un soutien pour la construction identitaire du patient dont les bases narcissiques sont souvent ébranlées.

L'importance de la relation en thérapie psychomotrice est décrite par Moyano (2012). Selon lui, la relation thérapeutique est une relation d'implication. Il évoque le concept d'« implication corporelle » qu'il définit comme une relation partagée entre l'enfant et le psychomotricien. Il énonce que pour construire et étayer son système de représentation, l'enfant va utiliser le thérapeute comme « premier support relationnel ».

De plus, il affirme que dans cette relation intersubjective, les affects de chacun sont mis en jeu dans une construction nouvelle pour l'enfant. « L'enfant se construira dans cette relation réelle qui n'est pas la reviviscence d'une expérience passée, mais qui se veut une fondation affective et effective dans les processus d'organisation du corps, de l'espace et du moi ». Dans cette citation, Moyano (2012) reprend le terme psychanalytique « moi » qui signifie la personnalité de l'individu, il affirme donc que les processus d'organisation de la personnalité du sujet sont mis en jeu dans la relation de l'enfant avec le psychomotricien.

Cette thérapie psychomotrice peut être proposée en thérapie individuelle ou groupale. Giromini évoque le groupe comme une entité très intéressante pour le psychomotricien.

En effet, le groupe offre un espace d'échanges riche pour les individus, servant de support pour le thérapeute. « Notre spécificité réside dans l'écoute et l'attention particulières portées aux manifestations psychocorporelles et à leurs significations, d'autant plus riches qu'elles sont mises en évidence et favorisées par les interactions et interrelations au sein du groupe ». (Giromini, 2015)

Dans le groupe d'entraînement aux habiletés sociales, le psychomotricien ne vise pas les compétences sociales directement, mais le plaisir de fonctionner pour soi et avec les autres à travers des jeux en relation avec ses pairs. En d'autres termes, l'intervention psychomotrice répond à la nécessité de restituer un rôle d'acteur au patient et de développer dans un cadre cohérent une estime de soi ajustée. (Lapasset, 2005) Le groupe constitué de plusieurs adolescents permet d'aborder ces problématiques. De plus, ce cadre groupal met l'accent sur les liens entre le sujet, ses symptômes et son environnement

La prise en charge groupale apparaît alors comme un mode de prise en charge approprié dans le cadre de l'entraînement aux habiletés sociales. Le groupe offre des possibilités que nous allons énoncer dans la partie suivante.

B. INTÉRÊT D'UNE PRISE EN CHARGE GROUPALE EN PSYCHOMOTRICITÉ

1. Le groupe

a. Définitions :

Le groupe est un concept qui peut être défini dans plusieurs contextes. D'après le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales, (CNRTL, s.d.) le groupe est un « ensemble d'êtres animés ou de choses rapprochées formant un tout », c'est une première définition qui met en évidence la notion d'entité de personnes ou de choses.

Une deuxième définition, nous intéressera davantage en lien avec notre sujet, elle définit le groupe comme un « ensemble de personnes ou de choses ayant des caractéristiques communes ».

b. Les différents types de groupes

Le concept du groupe a été abordé par plusieurs auteurs tels qu'Anzieu et Martin. Ils ont dégagé au sein de ce concept plusieurs classifications des groupes humains. Ils ont décrit dans leur ouvrage une déclinaison du groupe : la foule, la bande, le groupement, le groupe primaire ou restreint et le groupe secondaire. (Anzieu & Martin, La dynamique des groupes restreints, 1968) Nous allons ici développer les deux dernières classes :

(i) Le groupe primaire ou restreint :

Homans, en 1950, (cité par Anzieu & Martin, 1968) propose une définition de cette notion de groupe restreint : « un petit groupe consiste en un certain nombre de personnes qui communiquent entre elles pendant une certaine période, et assez peu nombreuses pour que chacune puisse communiquer avec toutes les autres, non pas par personnes interposées mais face à face. ».

Le groupe primaire présente donc plusieurs caractéristiques à savoir :

- le nombre restreint de membres, ce petit effectif permet une perception individualisée de chacun, favorisant ainsi les échanges interindividuels ;
- la poursuite en commun et de façon active des mêmes buts ;
- la présence de relations affectives pouvant devenir intenses entre les membres (sympathie, antipathie, etc.) et constituer des sous-groupes d'affinités ;
- une forte interdépendance et des sentiments de solidarité, la différenciation des rôles entre les membres ;
- la constitution de normes, de croyances, de signaux et de rites à travers un langage et des codes propre au groupe.

Cependant toutes ces caractéristiques ne sont pas nécessairement présentes simultanément au sein du même groupe.

Le groupe restreint est donc caractérisé par les liens personnels intimes, chaleureux, chargés d'émotion, entre tous les membres, la solidarité et l'obtention des avantages mutuels y sont spontanées, non calculés.

C'est à cette notion que nous nous référerons pour la suite du mémoire.

(ii) Le groupe secondaire ou organisation :

Le groupe secondaire ou organisation est un système social qui fonctionne selon des institutions (juridiques, économiques, politiques, etc.) à l'intérieur d'un segment particulier de la réalité sociale (marché, administration, sport, etc.).

Dans ce groupe, les relations entre les membres sont indirectes et passent par un intermédiaire. Les relations sont froides, impersonnelles, rationnelles, contractuelles, formelles, les communications écrites l'emportent sur les échanges parlés.

À la suite de la définition des deux types de groupes, nous pouvons considérer que le groupe constitué pour l'entraînement aux habiletés sociales est un groupe primaire. Nous allons maintenant aborder son intérêt dans la thérapie psychomotrice.

2. Intérêt du groupe en psychomotricité :

a. La place du psychomotricien dans le groupe

Que ce soit en individuel ou en groupe, la pratique du psychomotricien se réfère aux mêmes fondements. En effet, le psychomotricien est dans les deux cas, attentif à l'acquisition et à l'évolution des fonctions psychomotrices, est aussi aux expériences vécues par enfant. Grâce à son observation, le psychomotricien tente de comprendre ce qui est mis en jeu dans l'expression de l'action. Son regard se tourne vers plusieurs aspects corporels tels que le tonus et l'engagement corporel de l'enfant dans l'action. Il apprécie également la manière dont l'enfant occupe et investit l'espace qui l'entoure.

Selon Potel, (2010) le psychomotricien propose de :

- donner un espace de « parole corporelle » à un patient qui est encore dans un « acting permanent »
- donner un lieu de régression, contenue par la relation thérapeutique
- permettre que les comportements, agis essentiellement par le corps et la motricité, puissent trouver une écoute « spécifique » par le thérapeute
- donner toute leur place aux symbolisations primaires qui se vivent dans et par le corps, et qui ont une valeur véritablement intégrative.

Par le corps, le psychomotricien peut apporter un regard différent au sein du groupe, une façon de comprendre le groupe en rapport avec le corps. Le rôle du psychomotricien est d'être à l'écoute des mouvements amenés dans le groupe et de chercher à y répondre de manière appropriée. La verbalisation est un outil clé du psychomotricien, verbaliser ce qui se passe en séance de groupe est important. Cela permet à chacun de mettre des mots sur ce qu'il vit, ce qu'il ressent, car mettre en mots c'est aussi mettre à distance.

b. Le groupe en psychomotricité

Le groupe en prise en charge psychomotrice est de plus en plus courant. Seul 17% des professionnels travaillent exclusivement en séance individuelle. (Grabot, 2002)

En effet, le groupe est un support intéressant en psychomotricité. Plusieurs fonctions peuvent lui être attribuées. Ces fonctions vont être recherchées dans le travail du psychomotricien permettant une action structurante pour le sujet.

Le groupe détient plusieurs fonctions énoncées ci-dessous.

(i) Fonction contenantante :

Selon Anzieu « Le groupe est une enveloppe qui fait tenir l'ensemble des individus ». (Anzieu, 1999) Ici, cet auteur fait référence à l'action contenantante de la peau. Il associe alors dans cette citation l'enveloppe corporelle à l'enveloppe groupale, telle une enveloppe vivante, dotée

d'une membrane à double face. Une face tournée vers l'extérieur, c'est-à-dire vers les autres et une face tournée vers soi.

Cette fonction contenante se met en place à travers des éléments physiques tels que le cadre, le matériel, la salle, l'horaire, les membres du groupe, les thérapeutes et aussi par des éléments plus subtils concourant à la mise en place d'un sentiment de sécurité du groupe. Ces éléments font appel à la disponibilité, la bienveillance et l'engagement de chaque personne. Le psychomotricien, du fait de sa spécificité s'engage psychiquement et corporellement dans le groupe.

(ii) Fonction socialisante :

Le groupe possède un rôle social important, des interactions riches et diversifiées sont possibles par les émotions et les sentiments qu'éprouvent chacun des membres, créant ainsi une forte interdépendance entre eux.

Le groupe permet d'expérimenter les normes sociales (respect des règles, des autres, des limites, du cadre, etc.), et ainsi donne à l'individu la possibilité de s'adapter à la vie en société.

(iii) Fonction d'individuation/identificatoire :

Le groupe offre à chaque membre de nombreuses possibilités d'identifications, en articulant l'individuel et le collectif. Il fournit aux individus la possibilité de se différencier de l'autre tout en conservant un lien avec le groupe.

Le groupe, « est celui qui va accompagner la construction et la consolidation du Moi corporel et la structuration psychomotrice. ». (Leplat, 2005) Par sa richesse d'expériences corporelles et émotionnelles, il va servir d'étayage au développement et au remaniement constant du schéma corporel et de l'image du corps. Mettant en avant le lien corps/esprit, ces deux notions sont fondamentales en psychomotricité.

Le groupe, du fait de ses différentes fonctions, apparaît être un mode de prise en charge intéressant pour le psychomotricien et notamment pour entraîner les habiletés sociales. Par ailleurs, le psychomotricien pourra également s'appuyer sur un élément fondamental dans sa prise en charge : le corps.

C. LE CORPS : UNE NOTION CENTRALE

Selon Potel, (2010) l'intérêt du psychomotricien pour le corps est particulier et complet. D'une part, il s'intéresse à toutes les composantes anatomo-physiologiques dont dépend la fonctionnalité corporelle, à savoir tout ce qui a trait au mouvement, à la motricité, au tonus, et d'autre part, le psychomotricien est attentif à ce que le corps traduit de l'intention, du désir, de l'expression de l'être.

En d'autres termes, le psychomotricien s'intéresse à la manière dont l'être s'incarne dans ses gestes, ses déplacements, son occupation de l'espace, ses sensations, ses perceptions et ses

émotions. Le psychomotricien rejette donc le clivage corps/esprit souvent évoqué dans notre société et défend l'idée du lien entre une fonctionnalité corporelle et la vie psychique du sujet.

Le psychomotricien part du principe que le corps est le socle d'une construction identitaire, porteur d'une identité différenciée, objet d'appropriation autant physique que psychique.

1. Le corps : une notion complexe

Le corps est une notion complexe à définir dans la mesure où il est avant tout une expérience.

Le psychomotricien appréhende le corps comme étant la manière dont l'être incarne le monde. D'après Scialom, le psychomotricien exerce son art thérapeutique par sa présence, sachant trouver le chemin corporopsychique propre à chaque patient pour l'amener à rétablir une « tension d'existence » suffisamment autonome. (Scialom, 2015)

Merleau-Ponty qualifie dans un même mouvement le sujet et le corps. Le sujet est incarné, il habite son corps, non comme lieu matériel quelconque, mais comme mode d'existence visible dans le monde. Le corps est le mode d'inscription primordiale du sujet dans le monde, tout en étant un élément de ce monde. Il révèle la réversibilité fondamentale du sens. Le sujet n'est que dans son incarnation, dans sa manière d'être au monde. Le sujet est par son corps sans pour autant y être réduit. (Gatecel, 2013)

Le corps apparaît comme une notion complexe : lieu d'expériences ou bien manière dont l'être incarne le monde. Mais pour le psychomotricien c'est aussi un support de connaissances et de compétences pour le sujet.

2. Le corps : support de compétences

Le nourrisson explore son environnement à travers les différents sens dont il dispose. C'est à partir des sensations qu'il perçoit le monde qui l'entoure et qu'il parviendra petit à petit à se le représenter. La boucle sensation-perception-représentation est une manière d'intégrer le monde qui nous entoure et donc une source d'apprentissage pour l'enfant.

Le corps est aussi un support d'apprentissage dans l'imitation. Nous verrons que l'imitation est une manière pour l'enfant d'intégrer de nouvelles acquisitions.

a. Boucle sensation-perception-représentation

Dès sa naissance, le bébé éprouve des sensations. Pomerleau et Malcuit considèrent le bébé comme un être compétent. « La compétence de base est entendue comme un ensemble de comportements (actions et réactions) que le jeune enfant, en se fondant sur son équipement biologique de départ, est susceptible de manifester, quand les circonstances, le contexte et les conditions environnementales s'y prêtent. ». (Pomerleau & Malcuit, 2012)

Les compétences que pointent ces deux auteurs, sont des compétences en lien avec les sens du jeune enfant. Les sensations qu'il éprouve peuvent-être de diverses sortes à savoir :

- extéroceptives : issues des informations tactiles, visuelles, auditives, gustatives et olfactives.
- proprioceptives : sensibilité profonde, sensation en lien avec le système vestibulaire de l'oreille interne, nécessaire à l'équilibre statique, dynamique et aux coordinations sensori-motrices.
- intéroceptives : issues des informations provenant des organes.

Au début de sa vie, le bébé reçoit une multitude de stimulations sensorielles qui n'ont aucun sens pour lui. Pour Piaget, la relation entre les différentes modalités sensorielles s'effectue progressivement. Les relations entre elles s'opèrent petit à petit, s'organisent et prennent progressivement du sens. (Piaget, 2015)

Les différents signaux sensoriels, extéroceptifs, proprioceptifs et intéroceptifs, prennent peu à peu une signification. Le jeune enfant va ainsi pouvoir les combiner, c'est l'inter-sensorialité pour ensuite les mettre en mémoire. La sensation se transforme alors en perception.

En d'autres termes, la perception résulte d'une stimulation sensorielle transmise par voie nerveuse au cortex. Le cerveau traite l'information qu'il reçoit et va lui donner une signification à partir d'un vécu et d'une mémoire propre à l'individu. Cette sensation est alors analysée, identifiée et reconnue. Nous pouvons dire que la perception serait une sensation colorée par notre vécu. Les perceptions sensorielles rassemblées forment la perception amodale.

C'est Stern qui développe cette notion qu'il décrit comme « une aptitude innée, programmée, qui conduit le nourrisson à traiter des informations reçues dans une modalité sensorielle donnée et à les traduire dans une autre modalité sensorielle ». (Stern, 2003) La perception amodale permet :

- la transmodalité : transfert d'une modalité sensorielle à une autre
- l'intermodalité : correspondance entre tous les organes sensoriels

Le cerveau va ainsi pouvoir lier, rassembler ce qui a été perçu par les organes sensoriels. Les différents sens vont alors se coordonner, se superposer dans une expérience consensuelle vers un même objet. Pour qu'une intégration globale soit possible, Stern précise que cette perception amodale doit s'appuyer sur des affects.

A partir de l'inter-sensorialité, le bébé va pouvoir élaborer une représentation cohérente du monde qui l'entoure ainsi que de son propre corps. (Potel, Saint-Cast, & Vacher, 2013).

En effet, c'est à partir des expériences corporelles (sensorielles, motrices, affectives et relationnelles) que le sujet pourra accéder à la connaissance de son propre corps. Cette connaissance du corps s'appuie sur les représentations du sujet qui viennent donner un sens à la sensation, et l'incluent dans une tonalité affective, une modalité de percevoir. (Bénaïdès, 2015)

Pour comprendre comment le bébé parvient à élaborer une représentation de son corps et de ce qui l'entoure à partir de ses expériences corporelles, Piaget a développé plusieurs stades. Nous allons nous intéresser à la première période qu'il a décrite à savoir le stade sensori-moteur. Il correspond au développement et à la coordination des capacités sensorielles et motrices du bébé. (Thomas & Michel, 1994)

Piaget décrit les premières réactions circulaires sensation-mouvement-représentation par la succion. Selon lui, la tétée est la première coordination mature établie grâce à la boucle sensori-motrice. C'est à partir de cette expérience que la construction des premières représentations du corps s'opère de façon parcellaire.

A la fin de ce stade, le bébé, à travers les premières réactions circulaires par la répétition d'un acte parviendra à faire le lien entre le mouvement et la sensation grâce à la boucle sensori-motrice. Le bébé va donc commencer à avoir des représentations mentales de son corps, des personnes et des objets qui l'entourent.

Ces acquisitions sont possibles lorsque le bébé est baigné dans un environnement soutenant et bienveillant. Cette boucle est sollicitée par le sujet durant toute sa vie, lui permettant d'intégrer les choses qui l'entourent.

En psychomotricité, le psychomotricien se sert aussi de cette boucle pour travailler avec l'enfant. Afin d'accompagner l'enfant dans les différentes acquisitions, le psychomotricien a en tête que « la sensation, l'éprouvé, ne se suffisent pas à eux-mêmes » et qu'il est nécessaire « que le thérapeute accompagne les mouvements d'intégration des éprouvés dans le champ des émotions, des affects, des pensées. ». (Rodriguez, 2012)

Dans le cadre de la reconnaissance des émotions et des manifestations physiques associées, des échanges ont lieu. Méлина rencontre des difficultés à associer des émotions à leurs manifestations corporelles. Je lui demande alors ce qu'elle perçoit dans son corps lorsqu'elle est contente ou triste. Elle ne sait pas répondre.

La psychomotricienne propose alors de courir dans la salle et de prendre un temps ensuite pour constater les différentes manifestations corporelles. Au départ, Méлина ne ressent aucun changement. Je l'invite à être attentive à sa respiration, à son rythme cardiaque. Elle ne perçoit pas non plus de changement dans son corps. Mika propose donc de placer la main sur le cœur afin d'évaluer le rythme cardiaque. Méлина parvient à constater une accélération des battements de son cœur.

A travers cette vignette clinique, j'ai voulu montrer qu'il était parfois nécessaire de repartir à un stade très archaïque de la sensation brute afin de pouvoir la percevoir et la représenter.

Ce schéma sensation-perception-représentation est à la base d'une séance de psychomotricité, le psychomotricien va essayer de reproduire cette boucle à travers les différentes propositions faites à l'enfant. De plus, la verbalisation est un outil clé lors des séances, la mise en mots des expériences vécues participera à l'élaboration de représentations mentales.

Les expériences corporelles vécues par le jeune enfant permettent donc d'établir cette boucle et seront aussi à la base de la capacité d'imitation de l'autre.

b. Observation et imitation de l'autre

Plusieurs définitions peuvent être retrouvées sous le terme imitation. « L'imitation est la reproduction motrice en réponse à la perception d'un mouvement » (Nadel, 2005). « L'imitation est un acte par lequel un modèle est reproduit » (Piaget, 1994)

Nous allons nous intéresser ici à l'imitation comme un moyen de développement de la théorie de l'esprit chez le tout petit.

Nadel reprend dans son ouvrage, la théorie de Meltzoff et Moore concernant les mécanismes mis en jeu dans l'imitation faciale précoce. (Nadel J. , Chapitre II : La théorie du "like me", précurseur de la compréhension sociale du bébé : imitation, intention et intersubjectivité, 2002) (Meltzoff, 2002) D'après ce modèle théorique, l'imitation du bébé dépendrait d'un processus de cartographie transmodale active (Active Intermodal Mapping, AIM). L'imitation serait un processus d'appariement à la cible : le comportement cible est spécifié visuellement et les mouvements produits par l'enfant procurent un feed-back proprioceptif qui peut être comparé à la cible spécifiée visuellement.

AIM énonce qu'une telle comparaison est possible parce que les actions humaines, qu'elles soient perçues ou produites, sont représentées dans un cadre supramodal commun aux deux types de perception (proprioception et vision). Ici, Nadel fait référence à la perception amodale développée dans la partie précédente qui permet d'associer les perceptions entre elles. (Schéma de l'hypothèse en annexe 1)

De plus, dans cette théorie est développée la notion de « babillage du corps ». Cette notion fait référence aux mouvements du corps engendrés par le fœtus durant la période prénatale. Ces mouvements procurent des expériences qui associent les mouvements musculaires aux configurations corporelles qui en résultent. Ainsi, les nouveau-nés acquièrent de nombreuses informations à travers ce babillage du corps. Avec une pratique suffisante, ils cartographient un « espace d'action » (act space) qui permettrait à de nouvelles configurations de se placer dans cet espace.

Enfin, quand les bébés observent l'action d'un adulte, ils peuvent l'imiter parce que le babillage corporel a permis d'identifier les mouvements qui résulteront de cette configuration des parties du corps.

C'est à partir de ces études menées sur le bébé et ses capacités d'imitation que Nadel proposera sa théorie prenant en compte l'équipement inné, l'expérience de soi et l'inférence à propos des autres comme les bases au développement de la théorie de l'esprit.

« Ainsi, selon ma théorie développementale, trois facteurs donnent au bébé humain un point de départ pour une théorie de l'esprit :

- L'équipement inné : Les bébés reconnaissent les équivalences entre les actions observées et exécutées. C'est un état initial, comme le montrent les données sur l'imitation néonatale (Meltzoff et Moore, 1977, 1983; 1997 cités par Nadel, 2002). Les perspectives les plus récentes en neuro-imagerie sont compatibles avec cette idée nativiste (Decety, cité par Nadel, 2002)
- L'expérience de soi : L'expérience quotidienne permet d'établir la relation entre les états corporels et les expériences mentales. Par exemple, l'expérience quotidienne des expressions émotionnelles personnelles et les efforts pour réaliser des objectifs permettent au bébé d'enregistrer la relation systématique entre les états mentaux sous-jacents et les comportements corporels de surface (par exemple, un état émotionnel et une expression faciale).
- L'inférence à propos des autres : Quand les enfants voient les autres faire « comme moi », ils supposent que les autres ont la même expérience mentale que celle qui se déroule pour eux avec cet état comportemental. Cela donne aux bébés une base pour comprendre les autres en établissant une connexion interpersonnelle profonde avant l'accès au langage. »

D'après Nadel (2002), les enfants n'ont pas la théorie de l'esprit de l'adulte préchargée dans l'esprit. Elle peut se développer sur la base de la perception visuelle des autres comme étant « comme moi ».

Dans cette perspective, les bébés acquièrent des connaissances sur les autres par analogie à soi, c'est le fondement du développement social du bébé.

Durant les six premiers mois, les progrès de l'imitation se manifestent par un déclin des mouvements non sociaux (protusion de la langue) et à l'inverse, l'apparition d'imitations de mouvements sociaux tels que les postures corporelles et leur utilisation dans les situations sociales. Ces postures corporelles viennent en réponse à des stimuli sociaux détectés grâce aux capacités perceptives sociales (préférence pour le visage humain, détection du mouvement biologique, capacité d'anticipation d'évènement sociaux). (Nadel & Poirier, 2002)

Selon Nadel, il s'agit de la première méthode d'apprentissage chez le petit. Durant la prime enfance, elle participe au développement de la socialisation. D'après elle, « cette forme d'imitation précoce permet la mise en place de schémas moteurs qui seront utilisés par la suite et elle contribue aussi à une forme primitive d'échange social. Elle peut ainsi être à l'origine de l'intersubjectivité qui constituera le socle des liens sociaux ». (Nadel, 2016)

L'imitation a été abordée par de nombreux auteurs dans plusieurs contextes. L'imitation est une conduite qui détient plusieurs rôles. En plus d'avoir une fonction communicative, l'imitation est aussi un moyen d'apprentissage.

L'apprentissage par observation est un apprentissage au cours duquel les humains ou les animaux apprennent à reproduire un comportement présenté par un modèle, il est aussi appelé modelage (Bandura 1969). L'imitation apparaît donc comme une source d'apprentissage à partir de l'autre et notamment à partir du corps de l'autre. Cette forme d'apprentissage est présente dans les groupes d'entraînement aux habiletés sociales.

L'imitation se présente comme un processus permettant d'intégrer un comportement sans passer par la recherche ou la répétition. Elle permet aussi de multiplier l'occasion d'apprendre et est un moyen d'apprentissage des comportements nouveaux pour l'enfant. (Nadel, 2011)

Nous avons vu précédemment que la contribution du couplage perception-action était importante dans le développement de l'enfant. Aussi, entraîner les enfants à imiter permettrait le renforcement de ce couplage, et l'apprentissage de répertoires moteurs.

D'après Nadel, entraîner l'enfant à l'imitation permettrait d'enrichir son répertoire moteur et l'image motrice. Par conséquent, un bon répertoire moteur permettrait de mieux imiter et d'apprendre de nouvelles actions à partir des actions déjà présentes dans ce dernier.

L'imitation est une pratique assez dévalorisée dans nos cultures alors qu'elle est source d'énormément de processus chez l'enfant.

Baudier regroupe dans un article toutes les fonctions de l'imitation qui seront utiles au psychomotricien. « Reconnue et valorisée comme moyen d'apprentissage, appelée aussi apprentissage par observation, l'imitation sociale est dénigrée car associée au manque d'imagination et de créativité, voire à la bêtise. Or l'imitation n'est pas qu'une copie servile. A un âge où la distinction entre moi et autrui n'est pas encore totalement achevée, elle permet de comprendre l'autre, de s'y intéresser. Elle permet d'expérimenter le moi et l'autre puisque les rôles d'imitateurs et d'imités s'inversent sans cesse. Tantôt un enfant a l'initiative *« je suis moi, moi qui saisit un ballon »*, par exemple, tantôt l'autre qui précédemment l'imitait *« je saisis aussi un ballon, je ressens donc la même chose que l'autre »* a à son tour, l'initiative du jeu. C'est cette expérimentation motrice du soi et de l'autre qui conduit progressivement au dédoublement indispensable à la co-construction de l'individualité et de l'altérité. Les travaux de Decety

montrent que les mêmes régions du cortex sont activées quand on imite et quand on est imité, avec en plus, lorsqu'on est imité, l'activation du lobule pariétal inférieur droit, région qui intervient dans la conscience de son propre corps ». (Baudier, 2008)

L'utilisation de l'imitation dans les groupes d'entraînement aux habiletés sociales se révèle très intéressante. Tout d'abord, du fait de sa présence dans les processus d'apprentissage de la perception sociale chez le tout petit et, aussi du fait de son implication dans l'apprentissage de nouveaux répertoires moteurs à partir de l'autre.

Dans le groupe d'entraînement aux habiletés sociales, le psychomotricien peut utiliser l'imitation pour permettre à l'enfant de se rendre compte d'un comportement. Le psychomotricien renvoie en miroir un comportement dont le patient n'a pas conscience.

Un jeu de rôle est mis en place entre Mélina et Mika, ils se présentent l'un à l'autre en se serrant la main. Puis entament une discussion, Mika bouge dans tous les sens, et Mélina ne le regarde pas dans les yeux quand elle lui parle.

Ils regagnent leurs places et nous en discutons tous ensemble. La psychomotricienne et moi-même reproduisons la scène de l'échange. Les participants rient. Ils rapportent que la psychomotricienne ne me regarde pas quand elle me parle et que je bouge beaucoup pendant la conversation.

Aussi, dans le groupe, les participants s'imitent entre eux à certains moments. Le psychomotricien peut encourager cette imitation et suggérer d'observer comment font les autres. C'est un moyen d'explorer différents mouvements, attitudes, déplacements et c'est aussi une manière de valoriser le participant, à travers l'adhésion des autres à sa proposition. Il se sentira ainsi encouragé à exprimer sa créativité.

Nous avons considéré dans cette partie, le corps comme étant un support pour l'acquisition de compétences. Nous avons vu qu'il était la manière dont l'être humain s'incarner dans le monde. En psychomotricité, le corps est appréhendé comme un moyen d'expression du sujet. Nous allons aborder à présent le corps comme outil de communication.

3. Le corps comme outil de communication

La communication est un phénomène social avec des règles et des codes qui rendent possibles et prévisibles les relations entre les membres d'une même culture. Cette communication se compose d'un langage verbal et d'un langage non verbal, ce sont deux aspects complémentaires dans la transmission d'un message souhaité.

Selon Corraze, le terme de communications non verbales s'applique aux gestes, à la posture, l'orientation du corps, la singularité somatique naturelle ou artificielle, voire à des

organisations d'objets, des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise. (Corraze, 1980)

Le psychomotricien ne néglige aucun des deux aspects de la communication. Cependant, son support de travail est avant tout le corps, donc il apportera une attention particulière à la communication non-verbale. C'est ce que nous allons détailler dans les parties suivantes.

a. Fonctions de la communication non-verbale :

Les communications non verbales sont en rapport étroit avec le langage articulé. Elles ont trois fonctions :

- Elles s'y superposent : elles illustrent le langage verbal, en l'accompagnant de gestes. Elles permettent de réguler le discours, en rapport aux informations que donne l'autre. Elles constituent un paralangage par la modification physiologique de la voix, qui ajoute des informations au langage (intonation, amplitude, rythme, silence).
- Elles s'y substituent : des gestes, appelés emblèmes par Ekman (cité par Sage, 2008), peuvent remplacer un mot ou une phrase (« bravo », « au revoir »). Cela entend qu'ils soient connus par tous les membres d'un groupe. Ces emblèmes permettent la cohésion du groupe et la reconnaissance des étrangers.
- Elles peuvent être indépendantes : pour certains auteurs, les observations ont montré que l'homme utilise des communications non verbales en dehors du langage, comme chez les animaux. Par exemple, les émotions communiqueraient quelque chose, indépendamment du langage, et pourraient même parfois l'empêcher (exemple : sidération).

Les émotions font partie des communications non-verbales. D'après le Larousse, une émotion est une « réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement. » (Larousse, s.d.)

La communication non-verbale détient ces trois fonctions lorsque l'individu a accès au langage. Pour le bébé, elle constitue le mode d'interaction avec son entourage.

b. Le corps du bébé : un moyen de communiquer

La communication non verbale est la forme de communication du bébé. Durant les premiers mois de sa vie, le bébé communique avec son entourage à travers le canal tonique, le regard et la voix.

« Wallon accorde une place primordiale aux émotions en les plaçant au cœur des premiers processus de personnalisation. Selon lui, cette primauté émotionnelle va de pair avec l'importance du mouvement chez le jeune enfant, puisque qu'il constitue le témoin principal de sa vie psychique jusqu'à l'acquisition du langage. Il permet au jeune enfant d'extérioriser ses émotions et ses

besoins. Cette forme d'expressivité première est non verbale, mimico-faciale et posture-gestuelle. Dès les premiers jours, les cris, les mimiques et la motricité corporelle du nouveau-né lui permettent d'exprimer ses états internes. Bien avant d'avoir prononcé son premier mot, le nourrisson construit progressivement un répertoire large de signaux posturo-mimo-gestuels à valeur communicative [...] Cette communication première, qualifiée souvent de « non intentionnelle » s'effectue à travers l'ensemble du corps. » (Zacharopoulou-Sapalidou & Garitte, 2008)

Selon Wallon, le bébé parvient à communiquer avec son environnement par l'intermédiaire de son corps et de sa motricité, et notamment par l'intermédiaire de sa posture et donc du tonus.

Le tonus apparaît comme un moyen de communication pour le bébé. Il peut être défini par l'état de tension légère et de résistance à l'étirement, caractéristique des muscles du squelette, il est la toile de fond de toute activité motrice et permet le maintien de l'équilibre et de la posture.

D'après Wallon, le tonus constitue un système d'expression précoce des émotions entre la mère et son bébé, considérant ainsi le tonus comme le support des émotions. Il développe le concept de « dialogue tonique ».

Un peu plus tard, De Ajuriaguerra reprend le concept de « dialogue tonique » et développe le concept de « dialogue tonico-émotionnel » en 1977.

Marcelli et Bachollet donnent une explication de ce concept dans leur article : « pour J. De Ajuriaguerra, le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge. S'intéresser au dialogue tonico-émotionnel porte donc tout naturellement à s'intéresser à la manière dont les émotions peuvent être transmises entre deux partenaires. ». (Bachollet & Marcelli, 2010)

Le tonus apparaît comme le moyen privilégié du bébé pour communiquer ses émotions avec son entourage. Un état hypertonique sera alors observé lorsque le bébé pleure trop longtemps sans obtenir le secours et la satisfaction de ses besoins. A l'opposé, un état de bien-être sera accompagné d'une hypotonie agréable.

Si le tonus se montre être un moyen privilégié du bébé pour communiquer ses états internes, il n'est cependant pas réservé à la communication du tout petit. En effet, c'est aussi l'outil de communication privilégié dans la relation entre le psychomotricien et son patient. C'est dans l'échange des messages reçus entre eux, que le psychomotricien décidera de l'action et de l'organisation de la conduite thérapeutique à mener. C'est un véritable outil thérapeutique pour la thérapie psychomotrice. (Albaret, Giromini, & Scialom, 2012)

c. La communication non-verbale : vers une utilité sociale

Bien que le tonus occupe une place de choix dans la relation thérapeutique, le psychomotricien reste toutefois attentif aux autres éléments de la communication non-verbale tel que le regard, la distance, la prosodie, la posture et l'expression faciale.

Ce sont des éléments clés qui participent à la communication. Ils sont régis par des normes sociales présentes dans notre société (regarder la personne quand je lui parle, adapter ma posture et la distance face à mon interlocuteur, etc.). Si l'utilisation de ces éléments n'est pas en adéquation avec ce qui est socialement « attendu », des jugements et des moqueries peuvent être dirigés à l'égard de la personne. Cette personne peut être considérée comme socialement inadaptée et souffrir d'un isolement de la part de ses pairs.

Dans les Groupes d'Entraînement aux Habilités Sociales (GEHS), les trois adolescents souffrent tous du manque de relations sociales et amicales. Nous avons choisi d'évoquer avec eux les différentes composantes non-verbales de la communication sociale à savoir le regard, la distance, la prosodie. De plus, nous avons travaillé sur le thème des émotions et notamment sur les éléments non-verbaux donnant des indices sur l'état émotionnel de l'autre et de soi.

(i) Le regard

Le regard est une composante importante de la communication non verbale. C'est, entre autres, par ce biais, dans notre société, que se passe l'intention d'entamer, de poursuivre ou d'interrompre une interaction. La durée du regard est également un paramètre important et porteur d'intentionnalité. Ainsi, regarder trop peu ou trop longtemps peut être mal perçu par l'interlocuteur. Avoir à faire à une personne qui semble « absente » de la relation, dont le regard n'est pas un moyen d'être en lien, est déroutant et peut mener l'interaction entamée à l'échec. (Motet-Fèvre & Ramos, 2017)

Dans le groupe d'entraînement aux habiletés sociales, le regard est un axe de travail dans les jeux de rôle notamment. Les participants expérimentent le fait de regarder l'autre et d'être en retour regardé.

Mika et Mélina expérimentent le regard à travers des saynètes durant lesquelles ils s'interrogent sur leur identité (prénom, âge, goûts, activités sportives, etc.). Ils regagnent leur place et s'expriment sur la difficulté qu'ils ont de regarder dans les yeux. Plusieurs ressentis sont évoqués : la gêne, la timidité. Mathias, assis sur le fauteuil affirme que c'est très difficile pour lui de regarder son interlocuteur. Il y arrive seulement quelques instants. La psychomotricienne propose un exercice, une alternative à « regarder dans les yeux » : regarder les sourcils de son interlocuteur plusieurs fois dans la conversation. Chaque participant expérimente les deux postures (observer les sourcils de l'autre et être observé). Le fait de regarder les sourcils est moins « gênant » d'après Mika. Mélina quant à elle, n'arrive pas à discerner si son interlocuteur regardait ses yeux ou ses sourcils, elle trouve que c'est une « bonne » astuce.

Le recueil des ressentis est important et permet de discuter des alternatives dont disposent le sujet par rapport au comportement considéré comme socialement adapté tel que « regarder dans les yeux mon interlocuteur quand je lui parle ».

Une autre dimension essentielle de la communication non verbale concerne la distance entre deux individus en interaction.

(ii) La distance

La situation des individus dans l'espace constitue aussi une part des communications non verbales. Les distances interpersonnelles varient selon l'âge, le sexe, le statut social, la culture des interlocuteurs. Il existe une « bonne » distance, dépendante du caractère social ou individuel. La promiscuité peut générer des comportements pathologiques.

Les différentes distances relationnelles entre les individus, les codes sociaux et l'empreinte culturelle façonnent le rapport au corps et à l'espace de l'être humain. Hall a développé la notion de proxémique (ou proxémie) à travers le concept de « bulle », je présenterai ici l'adaptation de ce concept par Mabilhot. Il présente quatre sortes de distances relationnelles : la distance intime, la distance personnelle, la distance sociale et la distance publique. (Mabilhot, 2012)

- La distance intime (0-45 cm) comme son nom l'indique, est la distance réservée aux relations intimes avec le partenaire amoureux ou les enfants. Dans cette bulle, toute intrusion représente une menace éventuelle pour l'intégrité de l'individu et constitue une agression.
- La distance personnelle (45-125 cm), c'est la zone qui marque l'affectivité et la proximité dans la vie publique. Cette distance est retrouvée notamment dans les relations amicales.
- La distance sociale (125-360 cm), c'est la distance des relations interpersonnelles directes, sans être intimes, ni amicales.
- La distance publique (3,6 m et plus), c'est la distance qu'entretiennent les individus en société sans lien apparent.

Selon la distance que l'individu établit dans la relation avec l'autre, il est possible de percevoir quels liens il entretient avec son interlocuteur. Le psychomotricien est attentif au positionnement de son patient dans l'espace et dans la relation. Comme nous l'avons détaillé précédemment, le psychomotricien va devoir prendre en compte cette notion de distance et la valeur qu'elle communique afin de s'ajuster à son patient.

Dans le groupe d'entraînement aux habiletés sociales, la distance entre les personnes est un axe de travail, puisqu'elle détient une connotation sociale. Le psychomotricien va proposer des mises en situation afin d'appréhender la gestion de la distance dans la relation à l'autre. C'est à travers l'expérience que, le psychomotricien va accompagner les participants à investir une distance relationnelle dans laquelle ils se sentent bien et qui est en adéquation avec le type de

relation entrepris. La verbalisation des ressentis à la suite de l'expérience sera également un outil du psychomotricien afin de pouvoir adapter les propositions. L'imitation et l'utilisation de la vidéo sont des moyens d'appréhender ces distances relationnelles.

Un élément important de la communication non verbale concerne la prosodie.

(iii) La prosodie :

La prosodie peut se définir comme l'intonation de la voix. Elle peut renseigner à la fois sur la nature de la phrase, c'est la prosodie grammaticale, et sur l'émotion, c'est la prosodie émotionnelle, de la personne. Elle regroupe quatre éléments :

- La hauteur (sons aiguës ou graves)
- Le rythme (sons rapides ou lents)
- L'intensité (sons forts ou faibles)
- La tonalité (montante ou descendante)

La prosodie peut être modulée selon le type de phrase ou l'état émotionnel de l'individu. Elle permet à la fois de rendre les propos énoncés plus « vivants » et donc plus intéressants. À l'inverse, une voix monotone, sera perçue comme plus ennuyeuse. Elle permet également de renseigner l'interlocuteur sur l'état émotionnel de celui qui s'exprime.

Un des objectifs en GEHS est d'identifier les signaux permettant de décoder la prosodie et de faire le lien avec le type de phrase et l'émotion exprimée. Ces notions peuvent être abordées par le jeu de rôle. C'est une proposition assez riche pour le psychomotricien car ce jeu permet de mettre en scène les notions abordées, ici, la prosodie et aussi, d'apprécier la créativité des deux volontaires à travers l'histoire qu'ils ont inventée et construite à deux.

La prosodie nous informe donc sur plusieurs paramètres et surtout sur l'état émotionnel de la personne. Il existe d'autres composantes permettant de traduire les émotions de l'autre à partir de différentes manifestations corporelles.

d. Les émotions : expression par le corps

Les expressions émotionnelles sont diverses chez l'être humain. Nous avons déjà abordé la prosodie et la distance interindividuelle qui sont deux éléments renseignant sur l'état émotionnel du sujet.

À présent nous allons aborder les expressions corporelles témoignant d'une émotion.

(i) La mimique

Les mimiques, aussi appelées expressions faciales fournissent des indices relatifs à l'état émotionnel de la personne. En fonction des émotions, les traits du visage, la bouche et les sourcils

bougent. Les messages verbaux sont nuancés par les expressions du visage, qui donnent l'intensité voire l'intention. (Motet-Fèvre & Ramos, 2017)

En groupe d'entraînement aux habiletés sociales, les jeux de mime, les jeux de rôle et le recours à la vidéo permettent de faire prendre conscience aux participants de leur propre mimique faciale et de celles des autres durant les échanges et la relation à l'autre.

Chaque membre du groupe fait des propositions de mimiques en lien avec une émotion. Les autres doivent faire le lien entre l'expression faciale du participant et l'émotion correspondante. Mélina propose des expressions en lien avec des émotions telles que la joie, Mika affirme que c'est grâce au sourire qu'il a reconnu l'émotion de la joie. Concernant la colère, il a plus de difficultés à trouver. Le visage de Mélina paraît plutôt neutre, pas de mouvement de sourcils particulier.

L'attention portée au niveau du visage et plus particulièrement aux mimiques, renseigne sur l'état émotionnel de la personne. Si nous nous intéressons à la posture du corps nous pouvons également récolter des indices relatifs aux émotions.

(ii) La posture

D'après Sage, (Sage, 2008) la posture est la position du corps ou de ses parties par rapport à un système de repères déterminés. Il s'agit donc de l'orientation des éléments corporels, par rapport à un autre élément ou au reste du corps, ainsi que de l'orientation du corps d'un individu par rapport à ceux de ses interlocuteurs (Corraze, 1980 cité par Sage).

Le corps, par la façon dont il est « installé » donne des renseignements sur notre engagement dans l'acte de communication.

Selon Sage, la posture est à considérer comme une attitude particulière dotée d'une émotion.

La posture est sous-tendue par le tonus musculaire. Selon Paillard (1974, cité par Sage 2008), chaque espèce est marquée par des contraintes environnementales. Deux activités posturales permettent de lutter contre ces contraintes :

- L'activité posturale antigravitaire - A.P.A. - est responsable du positionnement des différentes parties du corps qui permet une position érigée, son maintien et sa stabilité. Il s'agit d'une réaction d'équilibration propre à chaque espèce ;
- L'activité posturale directionnelle - A.P.D. - permet l'orientation du corps ou d'une de ses parties vers une stimulation. Elle ne peut se manifester sans l'A.P.A.

Dès 1932, James (1932, cité par Sage, 2008) a montré que la posture donnait des indications sur la communication et notamment sur les émotions. L'orientation du tronc informe sur le sens de la posture, mais les bras et les mains lui donnent son sens final et précis.

Coulson (2004, cité Sage, 2008) a étudié les associations qu'il était possible de faire entre la posture et l'émotion. Pour chaque émotion (joie, surprise, colère, peur, dégoût et tristesse) une posture a été identifiée comme typique de l'émotion grâce à ses travaux. Par exemple, la joie est associée à une posture particulière : la tête et le tronc en franche extension vers le haut, les bras en l'air tendus. Les postures décrites sont les stéréotypes posturaux souvent utilisés par les mimes ou les acteurs.

Dans le groupe d'entraînement aux habiletés sociales, le psychomotricien va être attentif aux différentes postures prises par les adolescents. De plus, il va les amener à en prendre conscience à travers des exercices de mimes ou bien par l'observation de modèles.

Sage (2008), à travers une étude a émis l'hypothèse, en comparant les postures de l'enfance et les postures socialisées de l'adulte, de l'existence d'un apprentissage de la communication non-verbale des émotions à travers la posture.

Dans le groupe, nous avons donc utilisé la posture comme moyen d'appréhender les émotions lors de jeux de rôles et de jeux moteurs.

Le corps est donc un support essentiel dans les groupes d'entraînement aux habiletés sociales, c'est à partir de lui que le psychomotricien travaille avec le groupe. Et c'est en ayant recours au jeu que les différentes notions abordées peuvent être expérimentées.

D. LE JEU POUR ENTRAINER LES HABILITES SOCIALES

Nous avons vu dans la partie précédente que tous les éléments constituant la communication non-verbale étaient expérimentés à travers le jeu.

Le jeu est un outil majeur en psychomotricité. C'est pourquoi, nous allons maintenant présenter l'intérêt du jeu en psychomotricité et l'intérêt de jouer dans le GEHS.

1. Définition

Dans le langage courant le jeu peut être considéré et défini comme une « activité d'ordre physique ou mental, non imposée, ne visant à aucune fin utilitaire, et à laquelle on s'adonne pour se divertir, en tirer un plaisir ». (Larousse, s.d.)

En psychomotricité, le jeu adopte d'autres caractéristiques, c'est un véritable outil de travail pour le psychomotricien.

Piaget (cité par Albaret, Giromini & Scialom, 2015) définit le jeu comme étant une activité à la fois expressive et indispensable au développement de l'enfant.

2. L'intérêt du jeu en psychomotricité

« Par ses aspects sensoriels, moteurs, intellectuels, symboliques, affectifs, sociaux le jeu semble être très proche de ce que l'on peut nommer l'activité psychomotrice. » (Henneçon, 2000)

D'après la définition de Piaget, le jeu est une activité indispensable au développement de l'enfant, puisqu'il constitue le mode d'expression et d'échange de ce dernier avec son environnement. Le jeu est fondamentalement psychomoteur. De l'intégration sensori-motrice au développement de la représentation, il convoque l'enfant dans sa dynamique évolutive.

Joly développe le concept de carrefour psychomoteur « l'enfant qui joue met, dans le même temps et le même mouvement, au travail sa curiosité et ses apprentissages cognitifs, sa sensori-motricité et le plaisir bien tempéré de son corps en relation, autant que sa vie pulsionnelle, affective et représentationnelle ». (Joly, 2015)

Le jeu se révèle être une activité psychomotrice par excellence, plusieurs auteurs ont su montrer l'intérêt de celui dans la pratique psychomotrice. Pour Potel, « le jeu est l'un des moteurs puissants d'intégration, d'élaboration et de transformation d'expériences concrètes en « matière symbolique », 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 se pense. Le jeu permet la compréhension, l'intériorisation. C'est le maillon essentiel vers l'abstraction. » (Potel, 2010)

Pour Joly, « le jeu fait partie du développement de l'enfant. Il va participer à la construction et à l'évolution des compétences psychomotrices, intellectuelles, affectives, au développement de la créativité et de la socialisation. Le jeu est un moyen d'apprentissage pour l'enfant, et lui permet de grandir. Il intervient dans la construction de l'identité du sujet. » (Joly, 2015)

Selon Piaget (cité par Albaret, Giromini & Scialom, 2015) chaque stade de développement (sensorimoteur, pré-opératoire, opératoire concret, formel) est lié à un type de jeu (jeux d'exercices, jeux symboliques, jeux de règles). Le jeu serait donc un révélateur du psychisme de l'enfant, autant de son intelligence que de sa vie affective.

Désobea, dès 1970, introduit le jeu comme technique de soin chez les enfants présentant des troubles du comportement ou de la personnalité, car il présente un intérêt majeur dans le développement harmonieux de l'enfant dans la mesure où il lui permet d'expérimenter, de développer et d'acquérir (Albaret, Giromini, & Scialom, 2015):

- la maîtrise de son corps et de l'espace par l'exercice de sa motricité ;
- le développement des stratégies cognitives ;
- la résolution de conflits émotionnels

De plus, le jeu donne la possibilité à l'enfant de développer son imagination créative, sa capacité à penser et à s'exprimer. Il favorise sa socialisation en lui apprenant à communiquer et à respecter autrui comme lui-même.

Le jeu est une des principales médiations en thérapie psychomotrice. En psychomotricité, la médiation peut être définie comme « une proposition de rencontre autour d'un objet

d'investissement partageable et partagé. Elle se définit par un lieu, un temps, une personne qui la représente (le thérapeute) et une activité (l'objet d'intérêt). C'est, pour reprendre les termes de WINNICOTT, une zone transitionnelle intermédiaire entre le soi et l'autre, une zone exploratoire de création commune, dont les buts vont tendre vers la représentation symbolique des affects et des éprouvés ». (Potel, 2010)

D'après Potel (Potel, 2006), nous pouvons noter trois objectifs d'une médiation qui sont :

- favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant ;
- proposer un lieu d'expériences, où sensations et de perceptions pourront s'organiser dans un système symbolique ;
- aider à la transformation des éprouvés en représentations.

La rencontre entre le psychomotricien et son patient est possible dans le jeu, une rencontre marquée par l'investissement des deux acteurs dans une co-construction. Le psychomotricien dispose de différentes catégories de jeux, en fonction des objectifs thérapeutiques établis.

Giromini (cité par Albaret, Giromini & Scialom, 2015) a mené une étude dans les années 2000 autour des principaux jeux les plus rencontrés en thérapie psychomotrice. Les jeux sont regroupés en six catégories :

- les jeux sensori-moteurs : font appel à la mobilisation directe du corps, sans scénario défini, c'est la sensation qui est recherchée avant tout.
- les jeux pré-symboliques : ce sont des activités où il y a une amorce de sens, soit parce que des personnages sont définis ou un scénario de base est évoqué, mais dont l'expression reste « brute », associées à des fortes émotions où l'implication corporelle reste importante et souvent pulsionnelle
- les jeux symboliques : activités sous-tendues par un scénario repéré comme tel. La mise en action du scénario implique le langage ou une activité créatrice (saynète, dinette, pâte à modeler)
- les jeux moteurs : activités où l'enfant met ses compétences physiques en jeu et où il cherche à se valoriser à travers elles.
- les jeux cognitifs : font appel à la compétence intellectuelle de l'enfant

- les jeux d'expression artistique : font appel à une activité artistique reconnue comme telle (mime, musique, danse, théâtre, peinture, modelage)

Le jeu revêt donc des formes diverses et variées qui sont autant d'expressions de la personne, de son histoire, comme de son lieu social. Il n'y a pas lieu de hiérarchiser ses formes, en considérant par exemple qu'un jeu serait meilleur qu'un autre d'un point de vue thérapeutique. Il est préférable de les saisir à partir de ce qu'ils apportent dans la dynamique de construction ou d'étayage du sujet qui les met en œuvre.

L'enfant peut jouer en psychomotricité en privilégiant tour à tour les aspects moteurs, sensori-moteur, cognitif, artistique, symbolique ou présymbolique. Cherchant l'exploit, la sensation, la puissance de sa pensée ou bien encore la féerie ou la fantaisie du jeu de rôle. (Albaret, Giromini & Scialom, 2015)

Dès lors, développer la capacité à jouer se pense non seulement au travers d'un contenu ludique à décrypter, ou d'un apprentissage moteur à construire ou reconstruire, mais aussi en tant que dynamique vivante partagée mettant en jeu la puissance d'agir du corps et de la pensée pour que du jeu s'installe, là où auparavant il y avait surtout de la pauvreté et de la rigidité.

Après avoir développé l'intérêt du jeu dans le développement de l'enfant et dans la pratique psychomotrice en général, nous allons aborder le jeu dans l'entraînement aux habiletés sociales.

3. Le jeu pour entraîner les habiletés sociales.

Le jeu est intéressant dans les groupes d'entraînement aux habiletés sociales, dans le sens où il est « l'un des moteurs puissants d'intégration, d'élaboration et de transformation d'expériences concrètes en « matière symbolique ». Les notions théoriques abordées en groupe vont pouvoir être expérimentées dans la relation à l'autre puis transformées, intégrées en matière « symboliques » à travers l'expérience du jeu.

Le jeu est une activité ludique considérée comme une source d'apprentissage pour l'enfant. C'est par le jeu que le sujet « construit sa relation au monde et aux autres, et, ce faisant, se construit comme être social ». (Brougère, 2000, cité par Albaret, Giromini & Scialom, 2015).

Le jeu produit l'existence de règles implicites ou explicites partagées : « les règles d'un jeu sont absolument impérieuses et indiscutables. Aussitôt que les règles sont violées, l'univers du jeu s'écroule. Il n'y plus de jeu ». (Huizinga, 1951 cité par Albaret, Giromini & Scialom, 2015) En ce sens, le jeu participe à l'intériorisation des règles et des limites.

Le cadre du jeu offre à l'enfant des possibilités et des limites participant à sa construction identitaire. Ce cadre participe à la socialisation, au travers du jeu, l'enfant fait l'expérience de l'autre comme individu différent de lui. Il prépare en quelques sortes l'enfant à la vie sociale.

Piaget (Piaget, 1994) a développé trois types de jeux : jeu d'exercices (dès les premiers mois), jeu symbolique (dès la deuxième année), jeu de règles (dès 4 ans, prépondérant à partir de 7 ans). Le jeu de règles persiste à l'âge adulte et se développe durant toute la vie. Selon Piaget, l'explication à cette double situation, apparition tardive et survivance au-delà de l'enfance est simple : le jeu de règles est l'activité ludique de l'être socialisé.

Les jeux de règles font leur apparition vers 4 ans, simultanément à l'établissement des liens privilégiés avec les pairs. « De même, que le symbole remplace l'exercice simple dès que surgit la pensée, de même la règle remplace le symbole et encadre l'exercice dès que certaines relations sociales se constituent ».

Les jeux de règles supposent un certain niveau de maturation cognitive et psychoaffective comme la capacité de se décentrer sur le point de vue de l'autre et bien sûr l'acceptation de la norme du groupe. Ils participent à la socialisation, et la décentration conduit l'enfant à percevoir des relations d'égalité et de réciprocité avec ses pairs.

Les jeux de règles participent à l'acquisition des différentes habiletés sociales, notamment à la théorie de l'esprit du fait du processus de décentration qu'ils génèrent chez l'enfant. En effet, à travers les jeux et l'imitation, l'enfant parvient peu à peu à inférer les états mentaux de l'autre. De plus, par le phénomène de socialisation, l'enfant développe des habiletés sociales en lien avec son environnement. Et c'est dans le jeu, que l'enfant va pouvoir les expérimenter.

Dans le groupe d'entraînement aux habiletés sociales, nous avons proposé des jeux de règles sous différentes formes, jeux de rôle, mimes, jeux de coopération, jeux moteurs.

A travers ces jeux, les participants sollicitent diverses capacités dans la relation à l'autre. Par exemple, les jeux de rôles requièrent des habiletés langagières (engagement, maintien de la conversation, respect des tours de parole, etc.), mais aussi des habiletés relationnelles (regarder son interlocuteur, exprimer son désaccord, etc.).

De plus, outre les habiletés que ce jeu requiert, il permet également au participant de développer une meilleure estime de soi.

Un article concernant l'utilisation du jeu de rôles au sein d'un GEHS a montré « qu'il [le jeu de rôle] augmente la conscience de soi et permet une revalorisation de sa personne avec une meilleure estime de soi ». Un « travail d'acteur » est demandé au participant lors des saynètes. Ce travail d'acteur vient renforcer cette conscience de soi et place le participant au cœur de sa prise en charge. Par ailleurs, le groupe offre la possibilité de « prendre conscience que des expériences positives avec les autres sont possibles. ». (Fagot, Salle-Collemiche, Poinso, & Naudin, 2014)

De même, les jeux de coopération lors de parcours moteurs nécessitent diverses habiletés, habiletés cognitives (résoudre un problème : aller d'un point A à un point B avec un matériel restreint à disposition) comportementales et relationnelles.

Je propose un jeu de coopération à Mika et Mélina. Ils possèdent trois briques. Ils sont contraints de se déplacer ensemble en marchant sur les briques. Le début du parcours est matérialisé par la porte d'entrée et la fin par le bureau.

Mélina et Mika se concertent et proposent des solutions. Ensuite, ils argumentent et défendent chacun leur proposition. La solution de Mélina est adoptée. Elle entreprend le parcours. Mika observe et suit Mélina. Ils arrivent ensemble au point d'arrivée.

Le psychomotricien propose donc des situations et des expériences recourant aux habiletés sociales et motrices à partir de jeux mobilisant le corps dans une dimension relationnelle. Il accompagne l'expressivité et la créativité de chacun en s'engageant psychiquement et corporellement dans le groupe.

Nous avons vu à travers cette deuxième partie comment le psychomotricien pouvait proposer un suivi orienté sur l'accompagnement des habiletés sociales en séance de groupe.

Dans la partie suivante, nous aborderons le groupe ainsi que le protocole mis en place par la psychomotricienne et moi-même à partir des éléments que nous avons développés jusqu'ici.

PARTIE III : CREATION D'UN GROUPE D'ENTRAINEMENT AUX HABILETES SOCIALES

A. CHOIX DES ADOLESCENTS DU GROUPE

Le groupe a débuté mi-octobre 2019 au sein du cabinet libéral. Jusqu'en décembre, le groupe était constitué de trois adolescents : Mélina, Mika et Mathias. Pendant les vacances de Noël, Mathias a pris la décision de quitter le groupe. Un autre adolescent, Oscar, devait rejoindre le groupe mais il ne l'a jamais fait.

1. Présentation des enfants du groupe

Tous les participants ont rencontré la psychomotricienne lors d'un rendez-vous préalable, afin de se présenter, d'aborder ses difficultés et de discuter de l'intérêt du groupe. Je n'ai pas pu être présente lors de ces rendez-vous.

Je vais ici, présenter chaque participant et exposer leurs difficultés. J'ai choisi de vous présenter Mélina, Mika et Mathias en détaillant le contexte familial, le compte rendu de l'examen psychomoteur, le diagnostic et les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne.

a. *Présentation de Mélina :*

(i) Contexte familial :

Mélina est née le 19 octobre 2007, elle est âgée de 12 ans lors de notre première rencontre. Dès l'âge de 12 mois, les premiers troubles de la relation sont repérés. Elle est alors suivie dans un centre médico-psychologique pour enfant pour une suspicion de trouble envahissant du développement (TED) jusqu'à l'âge de 12ans. (TED ancienne terminologie qui n'est plus utilisée de nos jours. Le TED est maintenant regroupé dans la catégorie trouble du spectre autistique).

Lors de notre rencontre Mélina est scolarisée en classe de 6ème et bénéficie d'une AESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap) 10 heures par semaine. Ses parents se sont séparés en fin d'année 2018, elle a une grande sœur de 15 ans scolarisée en classe de 3ème. Mélina possède à présent une belle famille du côté paternel. Cette réorganisation de la famille ne semble pas perturber Mélina d'après ses parents. C'est une jeune fille très studieuse qui montre une certaine autonomie et maturité au quotidien. Ses parents ne sont pas très présents car ils travaillent beaucoup. Elle a donc une baby-sitter pour la déposer chez elle après l'école et l'emmener au rendez-vous des différentes prises en charge dont elle bénéficie.

A partir de 2012, le suivi institutionnel a pris fin pour être remplacé par un suivi en libéral. Différents suivis sont alors mis en place en orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, psychologie et pédopsychiatrie.

Mélina bénéficie d'une prise en charge individuelle en psychomotricité depuis 2012 au cabinet. En 2017, afin de travailler sur la gestion des émotions et les interactions sociales, un suivi en binôme avait été mis en place. Le dernier bilan psychomoteur réalisé date de 2018.

(ii) Compte rendu du bilan psychomoteur :

L'examen psychomoteur révèle un trouble développemental de la coordination associant trouble de la programmation du geste moteur, difficultés visuo-spatiales et graphomotrices. Mélina présente des difficultés à s'autoévaluer et à considérer ses difficultés. La gestion des émotions et les interactions sociales apparaissent aussi comme une source de difficultés.

(iii) Diagnostic :

Mélina présente un trouble de la coordination. Le diagnostic du trouble développemental de la coordination a été posé en 2018, mis en évidence par l'examen psychomoteur.

Le trouble de spectre autistique n'a pas été confirmé. Cependant elle présente certaines particularités de fonctionnement s'y référant (rigidité cognitive, difficultés dans les interactions sociales et la communication).

(iv) Difficultés dans la vie quotidienne :

Mélina rencontre des difficultés sur le plan scolaire. Des aménagements (ordinateurs, cours écrits à l'ordinateur) ont été mis en place, toutefois la présence d'une AESH semble nécessaire pour l'aider en classe. Au niveau des relations avec ses pairs, Mélina semble être en difficulté. Elle est mise à l'écart par les autres mais affirme ne pas être affectée par cet isolement.

La psychomotricienne demande à Mélina comment ça se passe au collège avec ses camarades. Mélina répond de façon brève, que ça se passe bien. La psychomotricienne lui demande alors si elle a des amis dans sa classe. Mélina répond que non, ses amies sont en classe de 5^{ème}. Entre midi et deux, elle mange souvent seule mais que ce n'est pas grave d'après elle. La psychomotricienne lui demande alors ce qu'elle ressent dans ces moments, est-ce qu'elle n'est pas un peu triste. Mélina affirme qu'elle ne ressent rien et qu'elle n'est pas triste.

b. Présentation de Mika :

(i) Contexte familial :

Mika est un adolescent âgé de 13 ans, scolarisé en classe de 4^{ème}. Mika et ses parents se rendent au cabinet pour la première fois en septembre 2018. Mika vit avec ses deux parents dans la maison familiale. Il a deux grandes sœurs du côté paternel issues d'un premier mariage. Je détaillerai davantage le contexte familial et les éléments d'anamnèse dans la partie consacrée à l'étude de cas de Mika.

(ii) Compte rendu du bilan psychomoteur :

Le bilan psychomoteur évoque un trouble développemental de la coordination et un trouble de l'attention sans hyperactivité. De plus, la mise en situation d'évaluation lors des

épreuves psychomotrices a révélé chez Mika une peur importante face à l'échec accompagnée d'un manque réel de confiance en lui et d'une faible estime de lui-même.

(iii) Diagnostic :

C'est donc en 2018, que le bilan psychomoteur révèle un Trouble Développementale de la Coordination (TDC) avec trouble visuo-spatial. La pédopsychiatre confirme et pose le diagnostic de TDC associé à un Trouble Déficit de l'Attention (TDAH), présentation inattentive prédominante.

(iv) Difficultés dans la vie quotidienne :

Le collège est une période compliquée pour Mika qui est souvent mis à l'écart. Il souffre de solitude, et c'est très difficile à gérer pour lui. Du côté des apprentissages scolaires, il accumule du retard et se dévalorise énormément. Des aménagements scolaires ont été mis en place pour aider Mika. Les traitements prescrits pour son TDAH ont dû être arrêtés à cause des effets secondaires majorés.

Séance « se présenter » : Mika se présente au groupe, il mentionne son trouble de l'attention et sa dyspraxie et affirme que ça lui pose beaucoup de difficultés à l'école. Il évoque sa grande fatigabilité lors des devoirs à effectuer à la maison. Il dit qu'il n'a pas d'ami, que les autres ne veulent pas être amis avec lui. Parfois, il s'aperçoit par l'intermédiaire des réseaux sociaux que certains camarades de classes organisent des sorties au cinéma sans qu'il ne soit convié. Il peut dire que cet isolement le pèse et le rend triste.

c. Présentation de Mathias

Mathias se rend pour la première fois au cabinet en septembre 2019, dans le but d'intégrer le groupe.

(i) Contexte familial :

Mathias est un adolescent âgé de 13 ans. Il vit avec ses parents et ses quatre sœurs. C'est un jeune homme timide et peu bavard. Il est très peu à l'initiative des conversations, répond aux questions mais enrichit très peu. Il présente une faible estime de lui-même et un réel manque de confiance en lui. Sa manière d'être en relation et sa manière d'appréhender l'environnement ont suscité des questionnements chez ses parents, qui ont ensuite décidés de prendre rendez-vous au Centre Ressource Autisme (CRA).

(ii) Compte rendu bilan psychomoteur :

Le bilan psychomoteur réalisé en avril 2018 au CRA révèle de grandes difficultés au niveau de la motricité et de la visuo-construction. Les résultats sont en faveur d'un trouble développemental de la coordination avec un trouble visuo-spatial. Ce trouble impacte les gestes du quotidien ainsi que l'intégration sociale.

(iii) Diagnostic :

Des bilans au CRA ont donc été réalisés en avril 2018 et avril 2019. Ils ont révélé un Trouble du Spectre de l'Autisme sans déficience intellectuelle, anciennement qualifié de syndrome d'Asperger ainsi qu'un Trouble développemental de la coordination avec un trouble visuo-spatial.

(iv) Difficultés dans la vie quotidienne :

Il rencontre de grandes difficultés dans les interactions avec ses pairs et s'isole de plus en plus d'après sa mère. Cette dernière insiste auprès de Mathias pour qu'il participe au groupe. Sa maladresse et ses particularités (hyperréactivité auditive) constituent des facteurs limitant dans l'intégration sociale. Lorsqu'il était encore scolarisé à l'école « classique », il refusait d'aller dans la cour de récréation à cause du bruit trop important. Mathias n'est plus scolarisé et ne souhaite plus aller à l'école. Il a été la cible de moqueries. Il n'a donc plus de contact avec des personnes de son âge, ni de l'extérieur, ce qui vient renforcer son isolement.

Première séance : Mathias observe les autres et les éléments autour de lui. Il se présente de manière très brève : prénom, âge. Son regard peut être adressé mais il change rapidement de direction. Il ne souhaite pas parler de ses difficultés aux autres.

Mathias répond lorsqu'il est sollicité par les autres participants, mais n'est pas à l'initiative de questions. Mathias sourit et fait des propositions sur le thème de la séance. Ses réponses sont pertinentes et plutôt adaptées. Il semble vite mal à l'aise lorsque la psychomotricienne lui en fait part, il présente des réactions de prestances. Lorsque la psychomotricienne lui demande de répéter ce qu'il vient de dire il répond « non rien », et ne souhaite pas répéter par peur de dire des bêtises.

d. Présentation d'Oscar

Oscar est un adolescent âgé de 12 ans, scolarisé en classe de 6ème. Il présente un TDC ainsi que des difficultés relationnelles avec ses pairs. Le diagnostic a été posé il y a quelque mois et Oscar semble avoir du mal à l'accepter. La psychomotricienne a abordé lors du bilan l'intérêt d'intégrer le groupe d'entraînement aux habiletés sociales. Cependant, le regard de l'autre, la non-acceptation de son trouble, ainsi que la peur de rencontrer d'autres adolescents ont contribué au fait qu'il n'ait jamais rejoint le groupe.

2. Troubles neurodéveloppementaux

La définition des troubles neurodéveloppementaux se trouve dans le DSM-5. (American Psychiatric Association, 2015)

« Les troubles neurodéveloppementaux sont un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. Ces troubles se manifestent typiquement précocement durant le développement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire ; ils sont

caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel. La gamme des déficits développementaux est variable, allant de limitations très spécifiques des apprentissages ou du contrôle des fonctions exécutives jusqu'à une altération globale des compétences sociales ou de l'intelligence. ».

Parmi les troubles neurodéveloppementaux, nous pouvons retrouver le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), le Trouble Déficit de l'Attention (TDAH), le Trouble Développementale de la Coordination (TDC).

a. Trouble du spectre de l'autisme

Comme énoncé précédemment, le TSA est un trouble neurodéveloppemental. Par conséquent, les symptômes le constituant apparaissent dès les étapes précoces du développement.

Selon le DSM-5, le TSA est caractérisé par des déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés. Il s'agit notamment de déficits dans les domaines de la réciprocité sociale ou émotionnelle, des comportements de communication non verbale utilisés au cours des interactions sociales, et du développement, du maintien et de la compréhension des relations.

De plus, ce trouble est caractérisé par le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités. Il s'agit notamment du caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage, de l'intolérance au changement, d'intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux dans leur intensité ou leur but.

Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel social, scolaire/professionnel.

Au sein de ce trouble, plusieurs niveaux de sévérité sont établis, nous pouvons en dénombrer trois. La sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs. Ce niveau de sévérité renseigne sur le niveau d'« aide » requis dans chaque domaine tels que la communication sociale et les comportements restreints, répétitifs.

De plus, depuis l'édition du DSM-5, les troubles tels que l'autisme infantile précoce, l'autisme de l'enfance, l'autisme atypique, le syndrome d'Asperger, le trouble envahissant du développement non spécifié, autisme de Kanner, autisme à haut niveau de fonctionnement et trouble désintégratif de l'enfance anciennement mentionnés dans le DSM-IV sont regroupés sous le terme Trouble du spectre de l'autisme.

Le TSA peut être spécifié par la mention avec ou sans déficit intellectuel, avec ou sans une altération du langage, associé à une pathologie médicale ou génétique connue ou à un facteur

environnemental, associé à un autre trouble développemental, mental ou comportemental, avec catatonie.

Chez les jeunes enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme, le manque de compétences sociales et de communication peut gêner les apprentissages surtout ceux qui se font à travers les interactions sociales ou dans un groupe de pairs.

b. Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Selon le DSM-5, le TDAH débute dès l'enfance, avec la présence de plusieurs symptômes avant l'âge de 12 ans.

Le trouble déficit de l'attention est caractérisé par un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement.

L'inattention se manifeste sur le plan comportemental dans le TDAH par une distractibilité, un manque de persévérance, du mal à soutenir son attention et le fait d'être désorganisé.

L'hyperactivité correspond à une activité motrice excessive dans des situations où cela est inapproprié, ou par un excès de « bougeotte », de tapotements des doigts ou de bavardages.

L'impulsivité se réfère à des actions précipitées survenant dans l'instant sans réflexion sur les possibles conséquences et avec un grand risque de causer du tort au sujet. Les comportements impulsifs peuvent se manifester par le fait d'imposer sa présence et/ou de prendre des décisions importantes sans prendre en comptes les conséquences à long terme.

Ces symptômes persistent et occasionnent un retentissement négatif sur les activités sociales et scolaires/professionnelles.

Il existe trois types de présentation du trouble, la présentation combinée, la présentation inattentive et la présentation hyperactive/impulsive :

- La présentation combinée se caractérise par la présence simultanée de critères propres à l'inattention et à l'hyperactivité/impulsivité.
- La présentation inattentive prédominante se caractérise par la présence de critères propres à l'inattention mais pas à l'hyperactivité/impulsivité.
- La présentation hyperactive/impulsive prédominante se caractérise par la présence de critères propres à l'hyperactivité/impulsivité mais pas à l'inattention

De plus, il existe différents niveaux de sévérité : léger, moyen, grave :

- Le niveau de sévérité « léger » se caractérise par peu de symptômes, mis à part ceux nécessaires au diagnostic, les symptômes n'entraînent que des altérations mineures du fonctionnement social et professionnel.

- Le niveau de sévérité « moyen » se détermine par des symptômes sous une forme intermédiaire entre léger et grave.
- Le niveau de sévérité « grave » se définit par plusieurs symptômes présents au-delà de ceux requis pour le diagnostic, ou par la présence de plusieurs symptômes graves, ou une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel entraînée par les symptômes.

Les relations avec les camarades sont souvent perturbées par le rejet par les pairs, la négligence ou les moqueries que subit le sujet ayant un TDAH. Dans sa forme grave, le trouble est particulièrement invalidant, nuisant à l'adaptation sociale, familiale et scolaire/professionnelle.

c. Trouble développemental de la coordination

Le TDC est un trouble neurodéveloppemental moteur. Il est caractérisé par des déficits dans l'acquisition et l'exécution de bonnes compétences de coordination motrice. Les difficultés se manifestent par de la maladresse, de la lenteur et de l'imprécision dans la réalisation des tâches motrices. Ces déficiences des compétences motrices interfèrent de façon significative et persistante avec les activités de la vie quotidienne et ont un impact sur les performances scolaires ou les activités professionnelles, les loisirs et les jeux.

L'Inserm a publié récemment une étude sur le TDC. C'est un établissement public à caractère scientifique et technologique, placé sous la double tutelle du ministère de la Santé et du ministère de la Recherche. Dédié à la recherche biologique, médicale et à la santé humaine, il se positionne sur l'ensemble du parcours allant du laboratoire de recherche au lit du patient. (Inserm, s.d.)

L'étude publiée aborde les termes « dyspraxie » et « TDC ». A savoir que la « dyspraxie » désignée autrefois le terme actuel de TDC dans les classifications scientifiques. (Inserm, 2019)

D'après cette étude, il semblerait qu'en France, le « terme dyspraxie » soit davantage utilisé au sein de la population comme l'indique le nom des principales associations de famille concernées : Dyspraxique Mais Fantastique et Dyspraxie France Dys.

Le préfixe dys- permet un rapprochement avec d'autres troubles neurodéveloppementaux spécifiques dans ce qui est parfois appelé « la constellation des dys » (dyslexies, dyscalculies, dysorthographies).

Diverses recommandations sont formulées quant à la manière de prendre en charge ces trois troubles neurodéveloppementaux.

3. Recommandations & prise en charge

a. Recommandations Haute Autorité de Santé à l'égard du TSA.

La Haute Autorité de Santé publie régulièrement des recommandations de bonnes pratiques à l'égard de certains troubles. Ces recommandations exposent les conduites à tenir et préconisent certains types de prises en charge.

En mars 2012, des recommandations ont été publiées concernant le trouble du spectre de l'autisme : « Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent ». (HAS, 2012)

Des indications concernant les interventions auprès d'enfant/adolescent présentant un bon niveau de fonctionnement, sont formulées dans le domaine des interactions sociales.

Cette partie suggère des interventions spécifiques et structurées pour développer les habiletés sociales :

« Pour les enfants/adolescents avec TED présentant des compétences très hétérogènes selon les domaines de fonctionnement, en particulier pour les enfants/adolescents présentant un bon fonctionnement intellectuel ou un syndrome d'Asperger, il est recommandé de mettre en œuvre des interventions spécifiques structurées, centrées sur le développement des habiletés sociales (habileté de jeu, compréhension des situations sociales, compréhension des émotions, etc.) (grade B). Les thérapies cognitivo-comportementales spécifiquement adaptées aux personnes avec TED peuvent être utilisées chez les enfants/adolescents ayant un bon niveau de développement du langage oral (grade C). ».

b. Recommandations de la Haute Autorité de Santé à l'égard du TDAH

En décembre 2014, l'HAS a publié des recommandations de bonnes pratiques concernant le TDAH. (HAS, 2014)

« La prise en charge du TDAH est globale et doit être adaptée aux types de symptômes de l'enfant, à la sévérité de leurs retentissements et au choix du patient et de ses parents. La prise en charge est destinée à agir à la fois sur les symptômes, sur le retentissement fonctionnel du TDAH (les fonctions sociales, l'estime de soi, les compétences scolaires...) et sur les comorbidités qui y sont associées. Cette prise en charge comprend une prise en charge non médicamenteuse qui peut être associée selon les cas à une prise en charge médicamenteuse. »

Dans les recommandations de bonnes pratiques, les différents professionnels gravitant autour de l'enfant présentant un TDAH sont présentés (orthophoniste, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien). Le psychomotricien « joue un rôle central dans la mise en

œuvre des prises en charge rééducatives axées sur les fonctions motrices et/ou cognitives et la relaxation ».

A travers ces recommandations, l'HAS ne recommande pas spécifiquement de développer les habiletés sociales. Cependant, une étude scientifique très récente, publiée en mars 2020, a permis d'étudier les habiletés sociales chez les enfants avec un TDAH. (Leger, et al., 2020)

Cette étude a été menée afin d'appréhender l'altération des habiletés sociales chez des enfants ayant un TDAH. La démarche a regroupé des enfants avec un TDAH, des enfants avec un TSA et des enfants « témoins ». Les résultats objectivent une altération significative des habiletés sociales dans le groupe des enfants TDAH. Ces résultats apportent des arguments supplémentaires à la présence de perturbations sociales dans le TDAH et permettent de caractériser un profil symptomatique qualitativement similaire à celui du TSA, mais de moindre intensité.

c. Recommandation du groupe d'experts de l'INSERM à l'égard du TDC

L'expertise menée par l'Inserm sur le TDC précédemment citée a émis plusieurs recommandations à savoir :

- « Le groupe d'experts recommande de promouvoir des interventions en groupe pour les enfants présentant un TDC modéré ou léger et des interventions individuelles (ou combinant des interventions individuelles et en groupe) pour les autres. ».
- « Le groupe d'experts recommande de promouvoir des interventions centrées directement sur l'apprentissage des activités qui sont nécessaires à la scolarité ou à la vie quotidienne et qui ont du sens pour la personne (« activités significatives »). Cela favorise l'implication du sujet dans le processus de l'intervention et favorise une amélioration de la participation et de la qualité de vie, qui reste un des objectifs principaux des interventions.

Ces interventions sont réalisées auprès de professionnels formés dans le diagnostic et la prise en soin du TDC, notamment auprès de « professionnels de santé spécialistes du domaine moteur (psychomotricien, ergothérapeute) ».

d. Proposition de prise en charge groupale en lien avec les recommandations

Les trois adolescents présentent des problématiques communes (difficultés avec les pairs, difficultés motrices) qui occasionnent des retentissements négatifs sur la vie quotidienne, l'école et dans les loisirs.

En effet, les adolescents présentant des performances médiocres en sport et en écriture sont jugés moins compétents par les autres, mais aussi par eux-mêmes. Les adultes peuvent interpréter la lenteur et l'imprécision comme de la paresse ou de la mauvaise volonté. Ils sont l'objet de moqueries et de brimades de la part des autres enfants, et se retrouvent exclus des jeux des cours de récréation. Les enfants/adolescents avec un TDC évitent alors certaines activités dans lesquelles ils se trouvent en difficulté par peur du ridicule ou de l'échec. Dans les activités de groupe, ils sont souvent observateurs plutôt que participants.

Les difficultés retrouvées sur le plan moteur viennent donc impacter les relations qu'ils entretiennent avec les pairs, et ces difficultés conduisent à un isolement social.

Par ailleurs, les difficultés qu'ils rencontrent dans le domaine des habiletés sociales ne font qu'aggraver le phénomène de rejet par les autres. Toutes ces composantes viennent fragiliser l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes.

Une proposition de prise en charge groupale a été formulée aux patients et aux parents. Cette prise en charge axée sur les habiletés sociales et motrices a pour but de faire expérimenter des situations de réussite auprès d'un groupe de pairs dans un cadre bienveillant et d'aider l'adolescent à trouver des stratégies et des moyens qui lui sont propres pour investir les relations sociales.

B. PROTOCOLE D'ENTRAINEMENT AUX HABLETES SOCIALES

Selon Baghdadlli et Brisot-Dubois, le groupe d'entraînement aux habiletés sociales « C'est une intervention spécifique qui vise à enseigner des habiletés interpersonnelles à des individus et à promouvoir la généralisation et le maintien de ces habiletés. Cette approche comprend un ensemble de techniques comportementales et cognitives, provenant des principes de l'apprentissage social et visant à améliorer la communication, l'expression des sentiments et la qualité des interactions. ».

Pour créer le groupe, élaborer les objectifs et organiser les séances de prise en charge nous nous sommes appuyées sur le livre N. Fallourd et E. Madiou concernant l'Entraînement aux Habiletés Sociales destiné aux enfants, adolescents ayant des troubles relationnels et présentant des troubles neurodéveloppementaux. (Fallourd & Madiou, 2017) Nous nous sommes également appuyées sur le livre de Baghdadlli et Brisot-Dubois (2011) concernant l'entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme.

1. Participants & intervenants

a. Intervenants

Dans les GEHS, il y a toujours deux intervenants : un animateur et un co-animateur. Ils possèdent tous les deux de bonnes connaissances concernant les troubles des participants afin d'ajuster au mieux le contenu des séances ainsi que leur positionnement.

Au sujet de l'animation, le côté spécifique de l'enseignement des habiletés sociales nécessite une formation. La psychomotricienne et moi-même avons donc suivi une formation intitulée « animer un groupe d'entraînement aux habiletés sociales avec des enfants présentant un TSA » en avril 2019. Par ailleurs, du fait de son expérience, la psychomotricienne détient déjà des compétences relatives aux séances de groupe. Quant à moi, j'ai pu découvrir le mode de fonctionnement d'un groupe d'habiletés sociales lors de la formation. Ma place de stagiaire au sein de ce groupe, m'a donc permis de découvrir et d'apprendre à travers ce protocole très différent des prises en charge que j'avais pu voir auparavant.

Lors des premières séances, la psychomotricienne a pris le rôle de l'animateur. L'animateur s'occupe de l'enseignement théorique et de la mise en pratique à travers les exercices et les mises en situation. Il s'assure de la bonne compréhension ainsi que de l'équilibre dans les temps de parole.

J'ai donc joué le rôle du co-animateur au cours des premières séances. Le co-animateur est chargé d'aider les participants à contrôler leurs postures, à respecter le cadre du groupe ou encore à réguler leur comportement tels que l'agitation, le défaut de concentration, les tensions discrètes. Le co-animateur est aussi dénommé régulateur dans l'ouvrage de Madieu et Fallourd (2017) en raison de sa faculté à réguler les comportements individuels au sein du groupe.

Lorsque je me suis sentie plus à l'aise au sein du groupe et après avoir pris un temps d'observation du rôle d'animateur, nous avons choisi d'intervertir les rôles.

J'occupe le rôle d'animateur, je suis en train d'expliquer la notion théorique du jour concernant « les amis ». Je suis debout et j'écris les propositions des participants au tableau. Mika et Mélina sont assis en face de moi sur des chaises. Mika se repositionne à plusieurs reprises sur la chaise, il manipule sa fermeture éclair et fait du bruit avec sa chaise. La psychomotricienne, co-animatrice du jour, propose alors à Mika de changer de position, ou de prendre une balle anti-stress pour qu'il puisse la manipuler en silence.

Les intervenants ont aussi le rôle de sélection des participants. Nous allons donc évoquer comment la sélection s'est déroulée pour constituer le groupe.

b. Sélection des participants

La psychomotricienne et moi-même avons déterminé le nombre de participants qui nous semblait idéal pour créer le groupe. Nous avons décidé d'accueillir quatre à six adolescents. Cette fourchette nous a paru assez adéquate afin d'impulser une dynamique de groupe, et laisser un espace d'expression suffisant à chacun au sein du groupe. Mika, Mélina et Mathias ont donc été recruté pour former le groupe.

Le déficit des habiletés sociales touche une diversité de troubles de la santé mentale (TDAH, TSA, trouble anxieux, trouble des conduites, etc.). 30 à 70% des enfants et adolescents

suivis en soins pédopsychiatriques ambulatoires présenteraient un déficit des habiletés sociales. (Parker, Rubin, Erath, Wojslawowicz & Buskirk, 2006 cités par Madiou & Fallourd, 2017)

Face à la diversité de profils cliniques, nous avons décidé de proposer cette thérapie sans distinction nosologique, avec pour argument principal que l'hétérogénéité constitue une force dans les apprentissages. En effet, l'aisance d'un participant dans un domaine servira de support à un autre participant qui rencontre des difficultés dans ce même domaine. Ainsi, cela permet au deuxième participant de disposer d'éléments concrets d'un pair référent et par ailleurs, donne la possibilité au premier participant d'expérimenter une position socialement valorisante. Cette expérience constitue un levier motivationnel non négligeable au développement de nouvelles compétences sociales. (Lessard & Coutu, 2011)

Cette expérience peut s'observer entre les participants présentant un TSA et un TDAH et de manière réciproque. La rigidité cognitive caractéristique des participants TSA sert d'exemple pour ce qui est relatif au respect des règles sociales, alors que la flexibilité des participants TDAH, c'est-à-dire leur capacité d'adaptation et de réactivité face aux nouvelles situations, introduit un peu de souplesse dans l'adoption des comportements sociaux.

De plus, une hétérogénéité est à prendre en compte au sein même des profils des participants. Certains présentent des problèmes d'intériorité et d'autres plutôt des problèmes d'extériorité. Par conséquent, cette diversité au sein même des participants permet de se rapprocher au plus près de la réalité et donc de l'environnement social assez disparate dans lequel sont baignés les participants.

La séance vient de débuter, chacun raconte comment s'est déroulée la semaine. Mélina et Mathias racontent très brièvement leur semaine. La psychomotricienne doit poser des questions pour en savoir un peu plus. J'écoute et j'observe les échanges. Mika tente à plusieurs reprises de s'exprimer, il coupe la parole à Mélina. Celle-ci s'arrête alors de parler et ne manifeste rien à l'égard de Mika. La psychomotricienne explique à Mika qu'il doit laisser Mélina s'exprimer et qu'ensuite il pourra à son tour prendre la parole.

Cette vignette clinique met en lumière les deux problèmes abordés précédemment concernant l'hétérogénéité au sein des profils des participants, des problèmes d'intériorité et d'extériorité. Ici, on peut distinguer l'impulsivité de Mika face à l'inhibition de Mélina.

Concernant l'âge des participants, dans la mesure où les habiletés sociales sont relativement dépendantes de l'âge des individus, nous avons été attentives à regrouper des adolescents d'âge équivalent. De la même manière, nous avons regroupé des adolescents dont le niveau d'efficacité cognitive était aussi homogène. De ce fait, nous avons pu adapter notre discours ainsi que la pédagogie utilisée lors de nos interventions.

c. Construction du groupe & démarches accomplies

La mise en place d'un programme d'Entraînement aux Habiletés Sociales (EHS) nécessite plusieurs étapes indispensables, à savoir la phase d'évaluation, l'élaboration des objectifs et des thèmes abordés.

d. Recrutement

La sélection des participants se déroule en respectant les modalités énoncées dans la partie précédente (âge, niveau d'efficacité cognitive, trouble neurodéveloppementaux), et à travers l'analyse de chaque dossier fourni par le professionnel prescripteur et l'appréhension de l'indication posée pour l'EHS. Dans un deuxième temps, un entretien individuel est proposé afin de valider la pré-sélection, durant lequel une évaluation sera menée dans le but d'évaluer les forces et les faiblesses sociales de chaque participant.

e. Évaluations

L'évaluation permet dans un premier temps l'ajustement du programme au profil de chaque participant et dans un second temps, elle servira de support afin d'évaluer l'efficacité thérapeutique du programme. Une évaluation à la fin du programme devait être réalisée. Les participants se voient proposer deux types d'évaluation en début de programme, une auto-évaluation et une hétéro-évaluation.

f. Création d'un questionnaire

Nous avons choisi de proposer aux participants un questionnaire afin d'établir une sorte d'état des lieux concernant leurs habiletés sociales. Ce questionnaire a été proposé sous forme d'auto-évaluation aux participants et également à la thérapeute dans le but d'établir une hétéro-évaluation de chacun d'eux. (Voir annexe 2)

Nous avons choisi d'établir notre questionnaire à partir de deux échelles : l'Évaluation des Habiletés Sociales nécessaires aux Relations Interpersonnelles (EHSRI) de Gattegno et De Fenoyl, ainsi que de l'échelle d'affirmation de soi de Cungi et Rey. (Voir annexes 3 et 4)

L'EHSI a été conçue en 2004 dans le cadre d'une étude sur les groupes d'entraînement aux habiletés sociales de personnes atteintes du syndrome d'Asperger, afin de mesurer les progrès des participants à ce type de groupe. Elle se compose de vingt-quatre items, décrivant les comportements mis en jeu dans les interactions sociales.

Les domaines de compétences sont classés en huit rubriques, abordant les versants réceptif et expressif de la communication : conversation, communication non verbale, expression de pensées et sentiments neutres, expression de pensées et sentiments positifs, expression de pensées et sentiments négatifs, réception de pensées et sentiments neutres, réception de pensées et sentiments positifs, réception de pensées et sentiments négatifs.

Un score total est comptabilisé à la fin du questionnaire, plus le comportement est adapté, plus le score est important. La cotation de chaque item va de 0 à 4 :

- Aucun point n'est attribué aux comportements perçus sévèrement inadaptés
- 1 point est attribué aux comportements perçus moyennement inadaptés
- 2 points sont attribués aux comportements perçus légèrement inadaptés
- 3 points sont attribués aux comportements perçus adaptés
- 4 points sont attribués aux comportements perçus adaptés et constants

L'échelle d'affirmation de soi a été créée quant à elle en 2001. Elle permet d'évaluer le niveau d'affirmation de soi chez la personne évaluée. Elle se compose de 14 items se référant aux compétences sollicitées par l'affirmation de soi : être à l'aise en situation relationnelle, manifester son opinion, formuler et refuser des demandes, engager, poursuivre et arrêter une conversation, recevoir et faire des critiques ou des compliments et réagir de façon adéquate aux comportements agressifs.

Le patient s'attribue une note entre 1 et 8 selon son aisance à réaliser la compétence. Un score total est comptabilisé, plus le score est élevé, plus le niveau d'affirmation de soi est bon :

- Score inférieur à 39 : le comportement est très inhibé. La personne est très gênée dans le contact avec autrui et a tendance à éviter toute situation relationnelle contrariante.
- Score compris entre 40 et 70 : le comportement est inhibé. Toutefois, la personne arrive à affronter des situations relationnelles contrariantes.
- Score supérieur à 70 : le comportement est affirmé. La personne ne présente pas de difficulté majeure d'un point de vue relationnel.

Pour notre programme nous avons choisi de croiser les différents items de ces deux échelles afin d'établir une seule grille d'évaluation. Nous avons repris le même principe de cotation de l'EHSRI (0,1, 2, 3 ou 4 points attribués, plus le score est important, plus le comportement est adapté socialement), et par souci de compréhension pour les participants nous avons associé à chaque chiffre un adverbe permettant de qualifier chaque item (jamais, parfois, souvent, très souvent, toujours).

Le questionnaire se présente sous la forme de 25 items, abordant les versants expressifs et réceptifs de la communication (items issus de l'EHSRI), ainsi que les compétences requises pour l'affirmation de l'estime de soi et d'autres items sur les habiletés nécessaires pour établir des relations amicales. En effet, lors des échanges avec les adolescents concernant leurs difficultés et les attentes qu'ils avaient envers ce groupe, l'envie d'établir des relations amicales a été souvent évoquée. Nous avons donc axé les items sur ce versant.

J'ai tenté de regrouper les items par type d'habileté sociale (langagière, émotionnelle, relationnelle, cognitive, théorie de l'esprit). L'habileté comportementale n'est pas évoquée dans

le questionnaire, en revanche, elle est évoquée avec le participant lors des échanges afin de connaître la façon dont il se perçoit dans tout ce qui se réfère à la manière d'être et d'agir.

C'est un questionnaire qui comporte des biais, au vu du nombre d'items et aux proportions non équivalentes d'items regroupés dans chaque habileté. Toutefois, il m'a aidé à mettre en lumière les besoins de chaque participant à partir d'éléments existants recueillis.

A partir de ces éléments recueillis, j'ai pu avancer dans ma démarche clinique et réfléchir aux objectifs de chacun avec la psychomotricienne.

(i) Auto-évaluation :

Cette évaluation est donc réalisée par le participant lui-même à l'aide d'une échelle. Il s'attribue une appréciation selon les compétences ou les situations présentées. La question de la conscience ou non des troubles de la personne peut constituer un biais dans cette auto-évaluation.

(ii) Hétéro-évaluation :

Cette évaluation est réalisée par le thérapeute à travers des outils tels que les échelles et son regard clinique en début de programme. Puis, cette évaluation continue tout au long des séances à travers l'observation clinique du participant.

Nous avons décidé de remplir également le questionnaire utilisé lors de l'auto-évaluation pour chaque participant, afin de comparer les éléments perçus par les participants et les éléments perçus à travers l'appréciation du thérapeute.

g. Résultats des évaluations initiales

J'ai choisi de présenter dans ce mémoire les résultats obtenus par Mélina et Mika puisque ce sont eux que j'ai pu suivre le plus longtemps lors de ce stage. Ces résultats ont permis d'établir les aspects à travailler et à enrichir au cours des séances à travers la formulation d'objectifs.

(i) Résultats concernant Mélina

Le questionnaire a été complété par Mélina et par la psychomotricienne en début de programme. A travers les échanges et l'observation clinique de la psychomotricienne et de la mienne, nous avons pu établir les forces et les faiblesses sociales de Mélina.

De plus, la comparaison des deux types de questionnaire a permis d'explorer la conscience de Mélina vis-à-vis de ses troubles.

Le questionnaire d'auto-évaluation a révélé des faiblesses au niveau des habiletés relationnelles et émotionnelles, ainsi que dans les tâches recourant à la théorie de l'esprit. Les habiletés langagières sont efficaces dans le respect des tours de parole et l'écoute, cependant, elles le sont moins lorsque Mélina doit engager elle-même l'action, son inhibition ressort dans ce domaine.

Le questionnaire d'hétéro-évaluation a lui aussi révélé des faiblesses similaires, par ailleurs, il met en exergue la non-conscience de Mélina face à certaines de ses difficultés.

L'évaluation à travers l'observation clinique est assez concordante avec les éléments recueillis précédemment. La non-conscience de certains éléments relatifs aux émotions a pu être relevée ainsi que son déficit dans le domaine de la théorie de l'esprit qui la pénalise dans la relation à l'autre.

(ii) Résultats concernant Mika

Le questionnaire d'auto-évaluation a montré des faiblesses au niveau des habiletés langagières et relationnelles.

Le questionnaire d'hétéro-évaluation a aussi pointé des difficultés dans les habiletés langagières et relationnelles. Mika n'a pas non plus forcément conscience de ses difficultés dans le domaine des habiletés langagières, notamment lorsqu'il s'agit de respecter les tours de parole et d'écouter l'autre. En revanche, Mika est plutôt à l'aise lorsqu'il réalise l'action : prendre la parole, entamer la discussion. De plus, les habiletés émotionnelles sont plutôt efficaces chez lui.

M. Léger (2020) a publié un article, précédemment cité, abordant l'altération des habiletés sociales chez des enfants ayant un TSA et un TDAH. L'étude a permis de montrer l'existence d'un paradoxe chez la personne présentant un TDAH.

En effet, d'après l'étude menée, les personnes ayant un TDAH expriment le fait que ce trouble, permettrait finalement, par une spontanéité et une curiosité augmentées, d'avoir un comportement de type « prosocial ». Il est vrai que cette tendance à aller vers l'autre, à créer la relation est réelle. Toutefois, elle est contrebalancée par des difficultés à maintenir cette relation dans un échange de qualité et dans la durée.

Cette capacité des personnes avec TDAH d'être prosociales, confrontée à leur vision positive biaisée de leurs habiletés sociales et donc, leur incapacité à percevoir leur échec de communication, peut alors maintenir leur mauvaise adaptation dans le domaine de l'intégration sociale.

Pour tenter d'illustrer ces propos je vais vous présenter une vignette clinique :

Mika mentionne qu'il n'a pas d'ami. Pourtant, il fait des efforts et va vers les autres. Il ne comprend pas pourquoi les autres ne veulent pas parler avec lui. Il aimerait connaître d'autres camarades mais ne sait pas comment procéder. Plus tard dans la séance, des jeux de rôle sont proposés, Mika doit aller aborder Mélina car il a envie de la connaître. Il se présente et dit « Bonjour, je m'appelle Mika et j'ai 13 ans ». Au cours des échanges, Mika pose des questions les unes à la suite des autres sans rebondir sur les réponses données par Mélina. Parfois, il ne semble même pas écouter la réponse formulée. Des moments de silence apparaissent lorsque Mika est à court d'idée.

Nous pouvons retrouver chez Mika cette tendance à aller vers l'autre et cette envie de communiquer, ainsi que cette incapacité à percevoir son échec de communication. En effet, il ne semble pas se rendre compte que sa manière d'établir la relation est à l'origine de cet échec.

L'évaluation à travers l'observation clinique souligne de bonnes compétences en termes de théorie de l'esprit, et d'habiletés émotionnelles. A l'inverse, des difficultés dans d'autres domaines ont été repérées. En effet son impulsivité vient fragiliser le domaine des habiletés langagières, relationnelles et comportementales.

h. Élaboration des objectifs

L'élaboration des objectifs se fait en prenant compte de l'entretien, des difficultés rapportées par l'entourage et le participant, des résultats aux évaluations ainsi que des éléments recueillis à travers l'observation clinique de chaque participant.

Des objectifs propres à chacun sont instaurés ainsi que des objectifs communs au groupe.

Il est nécessaire de préciser que les objectifs établis en début de programme peuvent évoluer en fonction des demandes des participants et de la progression du groupe.

(i) Objectifs instaurés pour Méлина

Les aspects à travailler et à enrichir chez Méлина portent sur les habiletés langagières, les habiletés émotionnelles, les habiletés relationnelles et la théorie de l'esprit.

Nous avons donc instauré plusieurs objectifs se reportant à ces quatre domaines.

- Apprendre les règles conversationnelles à savoir initier, maintenir et terminer une conversation.
- Aider le participant à prendre conscience de l'impact des différents aspects de la communication non verbale et lui apprendre à les utiliser, à savoir la prosodie, le contact visuel, les expressions faciales, la gestuelle et la distance physique.
- Apprendre à gérer les relations avec autrui, et l'affirmation de soi dans la perspective d'établir des relations amicales.
- Apprendre à identifier, repérer et évaluer des émotions sur soi et sur autrui
- Prendre conscience de ses difficultés

(ii) Objectifs instaurés pour Mika

Je détaillerai le projet thérapeutique et les objectifs instaurés pour Mika dans la partie suivante consacrée à une étude de cas le concernant.

(iii) Objectifs communs

Nous verrons avec l'étude de cas de Mika que les participants présentent des objectifs communs dans plusieurs domaines. Cependant, dans le domaine des habiletés langagières nous pouvons remarquer que Méлина et Mika rencontrent des difficultés différentes mais qui se

complètent. Ici, nous pouvons rappeler une notion développée dans la partie recrutement, à savoir, l'apport mutuel qui peut être mis en place entre les personnes présentant un TSA et celles présentant un TDAH. D'une part, le respect des tours de parole et de l'écoute de l'autre dont Mélina fait preuve peut servir d'exemple concret pour Mika. D'autre part, l'aisance de Mika dans sa manière d'initier la conversation peut-être aussi une source d'exemples concrets pour Mélina.

Les objectifs communs portent sur :

- Le soutien des habiletés déjà existantes et des habiletés motrices
- Les règles conversationnelles
- L'appréciation de la communication non-verbale de soi et de l'interlocuteur
- Le repérage et la gestion des émotions
- Comment gérer les relations avec autrui et établir une relation amicale
- Prendre conscience de ses difficultés et trouver des moyens pour minimiser leurs impacts dans les relations aux autres

Les différents objectifs ont été abordés à travers les différents thèmes des séances.

i. Thèmes abordés

A partir des objectifs, nous avons constitué plusieurs thèmes que nous avons choisi de traiter lors des séances. Chaque thème a été traité sur au moins deux séances. Les thèmes que nous avons pu travailler au cours des huit rencontres sont : « Savoir se présenter », « Communication non-verbale : regard, distance, posture », « Émotions : repérer, identifier et gérer » et enfin « Se faire des amis », thème qui regroupe l'ensemble des notions abordées. (Tableau récapitulatif des séances voir annexe 5)

j. Matériel

Lors des séances nous avons utilisé les éléments présents dans la salle de psychomotricité.

Pour l'enseignement théorique nous avons utilisé un tableau. Pour la partie pratique et les jeux nous avons utilisé le matériel que l'on peut habituellement trouver dans une salle de psychomotricité (ballon, plots, cerceaux, briques, obstacle, etc.).

Nous avons également créé des supports sur le thème des émotions (photos d'un visage correspondant à une émotion) ainsi qu'un thermomètre émotionnel. Ce thermomètre est retrouvé dans plusieurs protocoles tels que celui de E. Madieu et N. Fallourd (2017) ainsi que dans celui de Baghdadlli et Brisot-Dubois (2011). Il permet au participant d'identifier l'émotion qu'il ressent sur l'instant présent et de la déplacer sur un curseur afin d'en indiquer l'intensité. Ensuite, il le montre au groupe et explique son ressenti s'il le désire.

Et enfin, nous avons utilisé des vidéos illustrant le schéma de résolution de problèmes tel qu'il est expliqué dans le programme Baghdadlli et Brisot-Dubois (2011).

2. Présentation du protocole de travail

La séance est organisée en plusieurs temps :

a. Accueil des participants :

C'est un temps au cours duquel les participants se saluent et prennent place dans la salle, chacun prend la parole pour évoquer la semaine précédente. Une fois que tout le monde a pu s'exprimer, nous faisons un tour de thermomètre émotionnel.

b. Récapitulatif de la séance précédente :

Les participants rappellent le thème et les notions travaillées, ils présentent l'exercice en lien avec ces notions qu'ils ont réalisé chez eux.

c. Partie théorique

La partie théorique s'illustre par la présentation du thème, des notions et de l'objectif du jour et la définition de la notion par les membres du groupe à partir d'un brainstorming. Enfin, les propositions sont discutées tous ensemble.

d. Partie pratique

Des exercices sur la notion du jour sont proposés à partir de modèles. Le « modelage » consiste à imiter un comportement cible réalisé par un ou plusieurs sujets modèles, les membres du groupe (binôme adulte-adulte, adulte-adolescent, adolescent-adolescent) ou personnage de vidéos. Nous avons décidé de filmer cette partie pratique afin de l'utiliser lors de l'étape d'après.

Après avoir visionner une vidéo d'une discussion. Les participants doivent autour d'un jeu de rôle, mettre en pratique ce qu'ils ont observé : faire preuve d'écoute et d'intérêt pour l'autre. Ils sont également invités à faire le même exercice lors d'un jeu moteur durant lequel Mélina guide et Mika effectue le parcours les yeux bandés et inversement.

e. Feed-back :

Le terme « Feed-back » désigne le retour sur une expérience. « Le but est de recueillir les ressentis du patient et de lui permettre de progresser dans l'apprentissage par le biais d'un retour d'informations positif et constructif. ». (Albaret, Giromini, & Scialom, 2015)

Nous analysons tous ensemble les exercices grâce au visionnage des vidéos, chaque participant est amené à critiquer ce qu'il a réalisé ou vu et à justifier ses propos. Les animateurs donnent également leur avis vis-à-vis des prestations.

Nous visionnons une vidéo de Mélina interviewant Mika. Mika commente la vidéo. Il relève des points positifs tels que : la possibilité de regarder Mélina de temps en temps. Il peut critiquer sa posture, il peut s'apercevoir qu'il se balance et qu'il bouge beaucoup. Les autres participants aident Mika à trouver des moyens pour réduire ses gestes et lui apporter d'autres solutions.

***f.* Clôture de la séance :**

La séance se clôture par un résumé de la séance, l'identification des points positifs et négatifs, le recueil des ressentis et enfin un tour de thermomètre émotionnel. Pour généraliser les notions traitées en groupe, un exercice à réaliser chez soi est donné pour la prochaine séance. Les difficultés des participants sont prises en compte dans le choix de l'exercice, nous ne donnons pas d'exercices nécessitant d'écrire.

A travers cette partie, nous avons pu appréhender l'élaboration et la mise en place du protocole. Nous allons maintenant évoquer le cas de Mika.

C. ETUDE DE CAS DE MIKA

J'ai fait le choix d'approfondir le cas de Mika déjà évoqué précédemment. Cet adolescent illustre bien mon propos et la place particulière du psychomotricien dans un groupe d'entraînement aux habiletés sociales. Dans une première partie, je présenterai des éléments d'anamnèse, puis je rapporterai les grandes lignes du bilan psychomoteur et de la synthèse des équipes éducatives ensuite j'énoncerai le projet de prise en charge de Mika en psychomotricité.

Enfin, je présenterai une synthèse des séances et montrerai à travers quelques éléments conclusifs les changements positifs observés dans son comportement au sein du groupe d'entraînement aux habiletés sociales.

1. Anamnèse

Mika est né prématurément à 36 semaines d'aménorrhées à la suite d'un accouchement déclenché. Il est suivi en service de néonatalogie durant 14 jours à la suite d'une détresse respiratoire à la naissance. C'est un enfant très attendu et c'est l'unique enfant du couple.

L'acquisition de la posture assise et de la marche ne posent pas de problème. Cependant, à l'entrée en maternelle, des difficultés de socialisation sont rapportées par les parents : *s'isole, mord, s'oppose à ses pairs, cherche la présence de l'adulte pour se rassurer*. De plus, Mika présente des signes importants de fatigue : *s'endort en classe*.

Un suivi en Centre Médico-Psychologique (CMP) est alors mis en place avec des séances de psychomotricité et de psychologie. Un Trouble Déficit de l'Attention (TDAH) est alors suspecté,

mais les professionnels évoquent surtout un enfant dépressif sans jamais mentionner de troubles des apprentissages (dysgraphie, dyspraxie).

Des difficultés motrices sont observées dès la grande section lors des séances de sport : raideur, maladresse, qui se confirment à l'école primaire. L'isolement social et la dévalorisation en classe de CP sont très présents, de plus les professeurs rapportent qu'il ne « tient pas en place » et suit ses distractions.

Alors que Mika est âgé de 10 ans, les parents décident de mettre un terme à la prise en charge en CMP. Ils se tournent vers un suivi pluridisciplinaire en libéral.

Ainsi, dès son plus jeune âge, les difficultés relationnelles sont présentes, repérées, associées à un profil anxieux et des troubles moteurs.

La pédopsychiatre de Mika prescrit un traitement (Ritaline) dans le cadre de son TDAH. Plusieurs traitements ont été essayés mais de nombreux effets indésirables restent présents chez Mika (état dépressif, prise de poids, etc.). En Février 2020, le traitement est arrêté et Mika est mis sous antidépresseurs.

Ces éléments d'anamnèse vont être complétés par le bilan psychomoteur présenté ci-après.

2. Bilan psychomoteur

Le dernier bilan a été effectué en septembre 2018 à la demande de la pédopsychiatre de Mika dans le cadre d'un diagnostic de Trouble Développemental de la Coordination (TDC) et de Trouble Déficit de l'Attention (TDAH).

Mika se décrit comme maladroit, il raconte ses difficultés organisationnelles, son attention labile et sa grande fatigabilité. A plusieurs reprises, il évoque son manque de confiance en lui et ses relations compliquées avec ses pairs.

Par ailleurs, Mika se montre particulièrement anxieux et peu sûr de lui lors du bilan. Les échecs répétés, en motricité et équilibre notamment, l'affectent énormément. Il peut se montrer triste voire apathique. De plus, la psychomotricienne observe un ralentissement idéo-moteur lors du second rendez-vous (traitement arrêté et modifié par la suite).

Il se sent incompris, peu reconnu dans ses difficultés et doute de sa réussite malgré la mise en place d'aménagements scolaires prévus.

L'évaluation de l'écriture avec le test du BHK ado révèle des difficultés importantes chez Mika notamment au niveau de la vitesse d'écriture (-4,19 E.T). En termes de fatigabilité, il se plaint très rapidement de douleurs à la main. Les stratégies de mémorisation sont faibles. Par conséquent, elles lui font perdre beaucoup de temps.

Les difficultés praxiques de Mika ne lui permettent pas d'accélérer le geste et de préserver la qualité de son écriture qui, dès qu'il accélère, devient illisible.

Concernant la motricité de Mika, il a des difficultés au quotidien pour faire les lacets notamment. Il est maladroit, renverse régulièrement ses affaires ou son repas. Il sait faire du vélo. Il s'est également mis au skate mais se montre en échec dans tous les sports de ballon.

Le tonus de Mika apparaît mal régulé avec un fond hypertonique. Il a des difficultés à relâcher volontairement certaines parties du corps et apparaît crispé.

Le test du MABC-2 révèle des difficultés dans l'ensemble des items : dextérité manuelle, viser-attraper, équilibre.

En termes de dextérité manuelle, Mika est en échec important (-3 E.T), le déliement digital est faible, les coordinations bimanuelles très peu performantes. Dès qu'il s'agit de tenir un objet et de réaliser un geste, il a tendance à le faire tomber. La maîtrise des outils tels que les ciseaux, la règle, le compas, apparaît également pénalisée.

En termes d'équilibre, Mika ne s'aide ni des bras pour compenser ni du regard. Les sauts à cloche pied sont impossibles, les sauts pieds joints en zigzag sont très compliqués.

Les épreuves consistant à viser sont dans la norme mais dès qu'il s'agit d'attraper un ballon, il n'anticipe pas la position de son corps dans l'espace ni la trajectoire du ballon et échoue.

Mika obtient un score global au MABC-2, équivalent à - 3 E.T mettant en évidence un TDC. Tous les gestes fins sont parasités par un manque de précision évident ; afin de réaliser le geste attendu, Mika se montre particulièrement lent.

L'évaluation visuo-spatiale et visuo-constructive à l'aide de la figure de Rey et du test de la Nepsy 2 mettent en évidence des difficultés d'organisation spatiale majeures.

Mika n'a aucune vision globale de la figure, le sens de lecture est aléatoire, non automatisé de gauche à droite. La figure se présente comme une juxtaposition de détails. Le temps de copie est rapide, Mika ne persévère pas et a tendance à abandonner rapidement. Quant à la restitution de mémoire, Mika se bloque et perd ses moyens. Il ne parvient pas à mobiliser son attention afin de restituer le moindre détail et abandonne l'exercice.

Le test démontre une attention labile et couteuse qui lui permet difficilement de mémoriser. D'autre part, son manque de confiance et sa peur de l'échec entraînent un abandon de l'exercice.

Concernant la reproduction de figures en 3D à l'aide de cubes, Mika se démobilité rapidement. Il essaie et n'ayant pas de stratégie opérante, abandonne et souffle. La manipulation ne lui permet pas d'accéder à la représentation.

L'évaluation du schéma corporel démontre une connaissance des parties du corps (sur lui, sur modèle ou sur autrui) correcte pour son âge. Le dessin du bonhomme est quant à lui plutôt immature en lien avec une faible intégration du schéma corporel. L'imitation de geste est possible mais lente, en effet il faut un temps assez conséquent de réflexion à Mika afin de positionner tel ou tel membre dans la bonne position. Par ailleurs, Mika présente une faible intégration des notions droite/gauche avec un accès à la réversibilité peu efficient, reproduit encore en miroir.

Les épreuves attentionnelles auditives proposées dans le test de Stamback attestent d'une forte impulsivité motrice que Mika ne parvient pas à inhiber. De plus, une forte dégradation des résultats au fil du temps et de l'allongement des séquences rythmiques est à noter. Mika se démobilise très rapidement. Il obtient un score inférieur à celui de la norme de son âge. (-2,46 E.T).

Les résultats du bilan permettent d'affirmer que Mika présente un TDC entraînant des répercussions dans plusieurs domaines moteurs : difficultés de coordination globale, trouble de l'équilibre, motricité fine périlleuse et écriture très lente et non automatisée.

S'y ajoutent des difficultés visuo-spatiales et visuo-constructives qui l'empêchent d'organiser son quotidien, son espace ou de reproduire quelconque figure complexe.

L'attention de Mika apparaît très labile, associée à une grande fatigabilité. Toutes coordinations motrices lui demandent un effort important d'anticipation et de planification, ce qui entraîne une surcharge cognitive majeure. Il se montre alors très lent, et finit par se décourager.

Mika manque de confiance en lui, se déprécie et se montre confronté à l'échec de manière pluriquotidienne ce qui renforce sa faible estime de lui-même.

Il semble important de trouver des activités qui le valorisent et qui le motivent (skate par exemple) afin qu'il renoue avec un sentiment de réussite.

3. Synthèse des équipes éducatives

La première équipe éducative (classe de 5^{ème}) a débouché sur plusieurs aménagements avec la mise en place d'un ordinateur, la nécessité d'éviter l'écriture, la communication des leçons au préalable, l'adaptation des évaluations pour limiter l'écrit, la mise à disposition d'écrits adaptés et aérés, la possibilité d'effectuer les devoirs écrits sur l'ordinateur ou rédigés par les parents et pour finir la nécessité d'éviter les doubles tâches cognitives.

La psychomotricienne n'avait pas pu être présente à cette réunion, cependant elle a pu participer à la deuxième équipe éducative en septembre 2019.

Suite à cette deuxième équipe éducative (rentrée classe de 4^{ème}), les aménagements déjà en place sont reconduits. D'autres sont ajoutés, notamment la dispense d'EPS à l'année, et l'achat d'un ordinateur à utiliser comme support en classe.

Cependant, les aménagements mis en place afin de soulager Mika ne sont pas suffisants à eux seuls pour son épanouissement. En effet, Mika n'est pas intégré en classe. Il se retrouve souvent seul. Il n'arrive pas à se positionner et créer du lien. Les tentatives sont très maladroites et induisent un rejet de ses pairs.

La psychomotricienne est intervenue afin de proposer la mise en place d'un suivi en groupe. Du fait de son trouble important de la coordination et de son discours très autocentré, il rencontre en effet des difficultés pour se situer parmi les autres. Il a un manque de confiance en lui important et il n'arrive pas à se projeter. Il est beaucoup dans la plainte. Ce groupe mettrait de travailler l'aspect moteur et les habiletés sociales qui sont sources de difficultés chez Mika.

Suite à cette préconisation, et à sa validation par prescription de la pédopsychiatre, Mika a donc intégré le groupe d'entraînement aux habiletés sociales en octobre 2019.

4. Projet de prise en charge en psychomotricité

Le bilan psychomoteur réalisée en 2018 a pointé la nécessité de proposer à Mika des activités qui le valorisent afin qu'il renoue avec un sentiment de réussite. D'autre part, il apparaît également nécessaire de proposer à Mika une prise en charge axé sur l'engagement moteur afin d'améliorer ses capacités motrices telles que les coordinations, l'équilibre et également travailler sur son impulsivité motrice. Le but étant qu'il parvienne à prendre confiance en ses capacités motrices et ainsi qu'il gagne davantage confiance en lui.

Par ailleurs, l'indication de groupe axé sur le travail des habiletés sociales s'avère être intéressant pour amener Mika à se décentrer. De plus, le groupe paraît intéressant puisqu'il offre des possibilités d'interaction avec des pairs dans un cadre contenant. Mika pourra ainsi travailler sur son impulsivité, l'affirmation et l'estime de soi.

Les axes de la prise en charge de Mika dans le groupe d'entraînement aux habiletés sociales ont été également mis en place en prenant en compte l'évaluation initiale (observation, questionnaires).

Le projet de prise en charge s'oriente donc vers :

- Un travail des capacités motrices à travers la mobilisation du corps dans des jeux moteurs, de coopération et les jeux de rôles
- Un accompagnement dans la prise de conscience des difficultés, de l'impact des communications non verbales et de leur utilisation dans l'interaction avec les pairs.
- Un travail autour de l'impulsivité motrice et verbale avec des exercices mettant en jeu des habiletés langagières, conversationnelles, relationnelles et comportementales.

5. Synthèse des rencontres avec Mika

a. Le cadre des séances :

Le suivi en groupe est nouveau pour Mika et c'est un cadre qu'il semble apprécier. J'ai l'habitude de patienter dans le couloir du cabinet avant que la séance ne débute. J'ai eu donc l'occasion d'apercevoir l'arrivée de Mika plusieurs fois. Il entre souriant et de bonne humeur dans l'enceinte du cabinet.

Au début, les échanges entre nous sont timides, je pose des questions assez générales pour tenter d'établir un climat agréable, cependant les réponses à mes questions sont brèves et les regards fuyants.

Au fil des séances, je remarque que nos échanges dans le couloir sont de plus en plus spontanés et riches. Les regards sont plus adressés et la discussion est fluide.

J'ai donc rencontré Mika un mercredi sur deux durant une heure dans le contexte d'entraînement aux habiletés sociales. Durant les 8 séances réalisés, Mika a pu mettre au travail les éléments pointer dans les objectifs.

Chaque séance comportait un thème. Les deux premières séances ont été consacrées à la présentation du groupe et des participants. La troisième et la quatrième séance ont introduit la communication non-verbale dans l'interaction (regard, distance, posture).

La cinquième et sixième séances ont été consacrées au thème des émotions (communication non verbales et expressions émotionnelles).

Les deux dernières séances ont permis de reprendre l'ensemble des éléments abordés dans les séances précédentes afin de les utiliser dans le cadre des relations amicales.

Le structure des séances reste la même quel que soit le thème. Mika a très vite intégré le déroulement typique d'une séance, avec des temps de partage avec l'ensemble du groupe et des temps de mobilisation dans les jeux.

b. La place de Mika dans le groupe

Mika a su prendre sa place au sein du groupe au fil des séances. Lors de la première séance, il est plutôt discret et timide face aux autres participants. Je perçois de la gêne à travers des réactions de prudence. Il est cependant capable de prendre la parole devant tout le monde afin de se présenter et d'expliquer ses difficultés.

Son discours et ses interventions sont assez égocentrés lors des premières séances. Il utilise un vocabulaire péjoratif lorsqu'il s'agit de qualifier ses comportements ou son attitude. Il est également souvent dans la plainte et évoque à de nombreuses reprises son trouble de l'attention qui le handicape beaucoup.

Lors des temps d'échanges, l'impulsivité de Mika est très présente. Il intervient sans regarder autour de lui si quelqu'un d'autre est en train de s'exprimer, il coupe la parole aux autres. Mika peut s'imposer dans la discussion mais ne prend pas en compte les autres participants. Par ailleurs, son agitation motrice se traduit par des manipulations bruyantes ou des chutes d'objets, et aussi par des déplacements. Mika s'impose malgré lui à travers ses interventions et son agitation constante.

Peu à peu, Mika découvre qu'il partage les mêmes difficultés que Mélina et Mathias, dans les relations avec les autres adolescents et à l'école. Il est attentif aux histoires de chacun, s'intéresse aux autres alors qu'il était jusque-là centré sur lui et ses échecs.

Une dynamique de groupe se forme peu à peu. Des affinités naissent entre Mathias et Mika au fil des séances. J'ai pu constater la mise en place de jeux de ballon avant ou après les séances. Ces observations peuvent paraître banales mais elles témoignent d'une évolution au sein du groupe. Alors que chacun s'installait en silence en début de prise en charge, quelques semaines plus tard, des jeux spontanés s'éveillent entre eux.

Lorsque Mika a appris le départ de Mathias, j'ai perçu de la déception et un peu de tristesse chez lui. Cependant, malgré le départ de ce dernier, Mika a pu continuer à investir les propositions amenées dans le groupe et les relations.

Le binôme Mélina-Mika fonctionne bien. Mika laisse une place à Mélina et se contient de plus en plus dans les échanges. Il peut lui venir en aide quand elle est en difficulté et inversement. Mika évolue petit à petit dans l'interaction avec le groupe. Il est de plus en plus à l'aise et ose davantage se mettre en scène dans les jeux de rôles.

c. Accompagnement dans la prise de conscience des difficultés

Mika est arrivé dans le groupe avec ses troubles et ses difficultés qu'il a exposés de prime abord, comme si, les troubles et les difficultés qu'il rencontrait, pouvaient en partie le définir. J'ai eu l'impression qu'une certaine fatalité était présente chez lui à l'égard de ce qui lui « arrivait » (difficultés scolaires, rejet par les pairs, etc.).

Avec la psychomotricienne, nous avons essayé de mobiliser Mika et ainsi lui redonner son rôle d'acteur dans ses choix et dans sa vie au quotidien. Pour y parvenir, nous avons utilisé le jeu, l'imitation et la vidéo.

La verbalisation est aussi un outil important. Mika, après chaque proposition verbalise ses ressentis, ses éprouvés corporels, puis le reste du groupe apporte également ses observations. La confrontation entre les différents points de vue permet parfois de mettre en lumière certains comportements dont il n'avait pas conscience.

Mika a été amené à travailler sur son impulsivité verbale. Dans les échanges et les jeux, Mika a pu expérimenter l'écoute de l'autre et le respect des tours de parole. Afin de l'aider à

visualiser ces temps d'écoute, un objet a été mis en place : la « balle de la parole ». Avec ce repère, Mika a pu visualiser les temps durant lesquels il pouvait s'exprimer et les temps durant lesquels il devait écouter l'autre. Son impulsivité verbale a pu être contenue par l'intermédiaire de cette balle. De plus, cet outil a suscité des rires chez Mélina et Mika lorsque son utilisation n'était pas respectée par la psychomotricienne ou par moi. Ainsi, tout en conservant un aspect ludique, Mika a pu intégrer progressivement des habiletés conversationnelles nécessaires dans les interactions et les relations sociales.

d. Travail autour des communications non-verbales

Les exercices sur les communications non-verbales ont eu plusieurs fins pour Mika. Le premier objectif consistait à lui faire expérimenter les communications non-verbales à travers son propre corps. Nous avons pointé deux aspects fondamentaux de la communication non verbale à savoir qu'elle renvoie des informations à l'interlocuteur (engagement du sujet dans une conversation, manière de communiquer) et qu'elle renseigne sur l'état émotionnel du sujet.

Les jeux de rôles ont été très utilisés. Au départ, Mika n'était pas conscient de toutes les informations qu'il véhiculait à travers sa posture, ses gestes et son regard. L'imitation et le fait de filmer les jeux de rôle lui ont donné la possibilité de regarder son attitude durant des échanges. Grâce à ce retour, il a pu clairement identifier les éléments qui venaient parasiter les interactions.

Les mimes et les devinettes sur les émotions suivis d'un temps de verbalisation ont participé à la transformation des éprouvés corporels en représentation. De plus, le travail sur les émotions s'est également déroulé à travers le thermomètre émotionnel durant toutes les séances. L'identification de l'état émotionnel et l'explication des ressentis au groupe ont participé à une meilleure identification des émotions sur soi. La psychomotricienne et moi sommes parties du principe que le fait de mieux comprendre les émotions sur son propre corps aiderait Mika à mieux les identifier sur l'autre.

Au fil des séances, j'ai remarqué que Mika était davantage attentif à sa gestuelle, sa posture, son regard et qu'il utilisait ces outils de communication à bon escient dans la conversation.

Le deuxième objectif consistait à utiliser la communication non verbale comme un moyen de recueil d'informations vis-à-vis d'autrui. Dans un premier temps, à travers les jeux de rôles, Mika s'est essayé à repérer les éléments non-verbaux exprimés par Mélina. Puis il a tenté de leur attribuer une signification dans le but de s'adapter à ses comportements.

Lors de la dernière séance, Mika est capable de percevoir l'ennui de Mélina lorsqu'il lui raconte ses aventures en skate, il cherche alors des sujets qui pourraient être susceptibles de l'intéresser. Mika parvient à trouver un sujet commun. Je peux apercevoir des rires et des sourires.

A travers les jeux centrés sur le corps, Mika a mis au travail diverses habiletés, à savoir des habiletés émotionnelles, langagières, relationnelles et comportementales, et à également développer sa théorie de l'esprit.

e. Travail autour de la motricité

Mika est en difficulté lorsqu'il s'agit de coordonner ses gestes ou bien lors d'exercices d'équilibre. En établissant un cadre bienveillant et contenant, nous avons invité Mika à s'investir corporellement dans les jeux proposés sans qu'il ne soit limité par le regard de l'autre ou la peur de moqueries.

Tout en gardant à l'esprit les habiletés sociales, nous avons axé la prise en charge sur des activités mobilisant le corps. Les jeux de ballon, les parcours moteurs, les jeux de coopérations ont donc été proposés à Mika.

Je constate au début du groupe que Mika se disperse rapidement lorsqu'un jeu moteur est proposé. Mika monte sur les blocs en mousse, s'écroule sur le gros ballon, shoote dans les balles. Il est alors nécessaire de rappeler les règles du groupe : « je ne me fais pas mal, je ne fais pas mal à l'autre et je ne casse pas le matériel ». Les jeux moteurs apparaissent au début un prétexte pour faire n'importe quoi pour Mika. Cette attitude s'estompe peu à peu, et Mika prend du plaisir à participer aux jeux.

Lors des jeux moteurs tel que les parcours, Mika met en jeu différentes compétences dont les coordinations et l'équilibre qui sont sources de difficultés pour lui. Au départ, j'observe que Mika se précipite pour terminer l'exercice quitte à détruire le parcours mis en place. Je me questionne sur cette attitude : *peut-être qu'il a peur d'échouer et donc préfère terminer rapidement, ou bien peut être que c'est à cause de son impulsivité qu'il ne parvient pas à inhiber.*

Pour accompagner Mika dans le parcours, l'utilisation de la verbalisation et de la guidance verbale apparaît pertinente. En effet, Mika prend davantage le temps de réaliser les différentes étapes du parcours et se montre plus attentif à ses gestes. Il est aussi invité à exprimer ses ressentis.

Au fil des séances, cette précipitation s'est amoindrie. Lors de la dernière séance, je propose un jeu de coopération à Mika et Mélina. Afin de trouver la solution la plus adaptée à la consigne, Mika et Mélina discutent et argumentent leurs propositions. Lorsqu'ils entament la réalisation du jeu, Mika est calme, il est précautionneux dans ses déplacements et ses gestes.

Je constate que la motricité de Mika est moins impulsive et qu'il prend le temps de réaliser les mouvements. Ces situations permettent à Mika de renouer avec un sentiment de réussite et d'augmenter l'estime qu'il a de lui-même. Par ailleurs, avec la réalisation de tâches motrices telles que les jeux de coopération Mika doit mettre en place des stratégies de résolution de problème. Les habiletés cognitives et relationnelles sont alors sollicitées dans les échanges avec Mélina.

6. Conclusion

La prise en charge de Mika éclaire à mon sens, l'intérêt de la place du psychomotricien dans les groupes d'entraînement aux habiletés sociales. Le corps, « base de données » du psychomotricien pour reprendre les mots de Potel, a été mis au centre de cette intervention tel un socle sur lequel il est nécessaire de s'appuyer pour apprendre et communiquer. Les différents champs de la psychomotricité ont été abordés et mis au travail chez Mika à savoir la communication, les émotions, la motricité et la relation.

Le cadre sécurisant et bienveillant offert par le groupe lui a donné la possibilité de s'exprimer sur une autre modalité qu'à son habitude. En effet, le groupe a aidé Mika à se décentrer. Ainsi, il a pu s'investir dans la prise en charge, créer des liens avec des pairs et adopter une attitude dans laquelle il se positionne en tant qu'acteur.

La médiation par le jeu a mis l'accent sur le plaisir et la participation de Mika plutôt que sur ses performances, ainsi il a pu se sentir valoriser.

La prise en charge de Mika ne permet pas de se positionner sur l'amélioration de ses habiletés sociales puisque le protocole a été écourté et que l'évaluation de fin n'a pas été réalisée. Cependant, nous pouvons constater qu'une dynamique de groupe s'est créée entre les trois participants. Par conséquent, je pense qu'il serait nécessaire de proposer à Mika de poursuivre le groupe l'année prochaine au vu des éléments positifs que j'ai constaté durant le suivi.

J'ai appris peu de temps après l'arrêt « brutal » du groupe, à cause du contexte sanitaire, que Mika avait été hospitalisé dans le cadre d'une décompensation dépressive. Cet élément vient renforcer l'impact très négatif de l'isolement social pour Mika.

DISCUSSION

Dans cette partie, j'aborderai ma place de stagiaire, les limites du protocole mis en place et enfin les pistes d'amélioration qui seraient à envisager.

A. MA PLACE DE STAGIAIRE

J'ai eu l'opportunité de réaliser ce stage à la suite d'une formation suivie lors de ma deuxième année d'étude, quant à l'animation d'un groupe d'entraînement aux habiletés sociales auprès de personnes présentant un TSA.

Je constate à présent qu'il existe un écart entre la théorie que j'ai reçue et la pratique que j'ai vécue au sein du groupe. En effet, j'ai dû faire preuve d'adaptation dans le déroulement des séances et dans la mise en œuvre des objectifs.

Ce type de protocole et le cadre groupal étaient deux éléments nouveaux dans mon expérience de stagiaire psychomotricienne.

J'ai par ailleurs pu découvrir lors de mon second stage au sein d'un Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents, un mode de prise en charge groupal complètement différent de celui présenté dans ce mémoire, orienté vers une approche psychanalytique.

Par conséquent, à travers ces deux stages, j'ai pu découvrir et expérimenter deux pratiques différentes dans la manière d'accompagner le groupe et chaque enfant. Ainsi, j'ai eu l'opportunité de croiser les différentes méthodes thérapeutiques utilisées.

Afin d'évaluer les participants en début de programme, j'ai réalisé un questionnaire à partir des problématiques rencontrées et des observations de chaque participant. Je me rends compte, en prenant du recul que ce questionnaire comporte des biais. Je reviendrai sur ces éléments un peu plus tard dans mon développement. La réflexion que j'ai dû mener dans l'écriture de ce mémoire m'amène à revoir le questionnaire d'évaluation. Lors de sa création, je n'avais pas les connaissances actuelles concernant l'entraînement aux habiletés sociales et je ne mesurai pas suffisamment l'intérêt de l'évaluation initiale.

Au début du stage, j'avais coutume de me rendre au cabinet de psychomotricité avant chaque séance afin de les préparer. Ces temps de préparation et d'échanges ont permis d'étayer ma réflexion autour du groupe et des propositions en lien avec les objectifs. Je me suis peu à peu approprié ce protocole et j'ai ainsi pu établir des liens théorico-cliniques lors de sa mise en place, ce qui n'était pas évident pour moi au début.

Plus tard, j'ai pu préparer des activités seule en lien avec les objectifs fixés. Je les proposais par la suite à la psychomotricienne.

Par ailleurs, j'ai appris à me positionner au fil des séances. Au cours des premières séances, j'étais plutôt dans l'observation (en tant que co-thérapeute) et, peu à peu je me suis sentie de plus

en plus à l'aise dans le groupe et j'ai pu prendre la parole devant les participants et animer des séances.

J'ai remarqué que certains participants au départ se référaient davantage à la psychomotricienne lors des propositions. Cette tendance s'est atténuée peu à peu avec mon implication plus marquée dans les exercices, les prises de parole et les jeux.

Ce stage m'a permis de mettre en jeu plusieurs compétences nécessaires au psychomotricien, à savoir des capacités d'adaptation, d'écoute et de contenance.

Par ailleurs, une séance de supervision devait être programmée courant avril avec une psychologue dans le but d'échanger autour du groupe et de notre manière d'appréhender l'entraînement des habiletés sociales. Je pense que la supervision m'aurait permis de me questionner davantage sur ma place de stagiaire et que ça aurait pu m'étayer dans ma réflexion et mon positionnement dans le groupe.

B. LES LIMITES

Grâce à l'expérience vécue à travers ce protocole, j'ai pointé plusieurs limites que je souhaiterai présenter ici.

La première que je souhaiterai présenter concerne le processus de généralisation. Bien que la généralisation des habiletés sociales soit visée au départ, elle s'est avérée être difficile à mettre en place pour les raisons suivantes :

D'une part car les liens avec l'extérieur n'étaient pas assez importants pour certains participants. En effet, certains exercices n'étaient pas réalisés d'une séance à l'autre et le carnet de bord n'était pas investi. Certains participants oublièrent le carnet à la maison. Ce manque d'investissement à l'égard de celui-ci me questionne quant à sa signification. Le carnet est peut-être apparenté à une obligation scolaire. Il serait dans ce cas nécessaire d'en discuter avec l'ensemble du groupe afin de rappeler l'intérêt de ce cahier dans la prise en charge.

D'autre part car la prise en charge de la problématique du sujet s'établit seulement dans un seul contexte. En effet, il serait intéressant de travailler en équipe pour instaurer une prise en charge transversale autour de la problématique de l'adolescent. Ceci permettrait une généralisation dans plusieurs contextes et l'apport d'un regard pluridisciplinaire.

Même si la prise en charge groupale permet de se rapprocher au plus près du contexte écologique (situations d'interaction qui nécessitent des stratégies et l'utilisation des différentes habiletés sociales), elle ne paraît pas suffisante à elle seule pour obtenir la généralisation des comportements dans d'autres contextes.

La deuxième limite est en lien avec la première puisqu'elle concerne la durée du protocole. Le protocole était envisagé sur 14 séances lors de sa mise en place. Nous avons seulement réalisé

8 séances à cause du contexte sanitaire actuel. Je pense que l'évolution et l'amélioration des habiletés sociales dépendent fortement du nombre de séances. Plus les séances sont nombreuses plus les résultats seront satisfaisants.

La troisième limite concerne la mise en place du protocole qui peut paraître assez rigide. J'ai constaté qu'il était souvent nécessaire d'adapter le protocole aux besoins et aux demandes des participants. En effet, le déroulement classique d'une séance n'était parfois pas adapté lors de certaines interventions. C'est pourquoi, nous nous sommes autorisées à ne pas respecter les différents temps de séance normalement prévus dans le protocole de base des entraînements aux habiletés sociales. Je pense que le psychomotricien doit être à l'écoute de ses patients et s'adapter face à eux en répondant à leur besoin. Par exemple, il nous est parfois arrivé de ne pas avoir recours à l'enseignement théorique, mais de commencer la séance par un jeu mobilisant le corps. Je pense que le psychomotricien a sa place dans ce type de protocole du fait de ses capacités d'écoute et d'adaptation.

C. LES PISTES D'AMELIORATION

En prenant du recul, j'ai pu identifier quelques pistes d'amélioration principalement au niveau du nombre et de l'évaluation des participants :

Comme je l'ai mentionné précédemment, le questionnaire d'évaluation comporte des biais. En effet, le nombre d'items est trop restreint. De plus, les proportions entre les différents items ne sont pas équivalentes (exemple : il y a seulement deux items se référant à la théorie de l'esprit et huit pour les habiletés langagières), par conséquent certains items ne sont pas représentatifs de la réalité. Je pense donc qu'il faudrait revoir le questionnaire afin d'homogénéiser le nombre d'items dans le but qu'ils soient plus représentatifs.

Par ailleurs, je pense qu'il serait intéressant de proposer un questionnaire à l'entourage du participant par exemple à la famille et à l'école dans le but de multiplier les évaluations dans plusieurs contextes afin de se rapprocher au plus près des difficultés réelles.

De plus, concernant le nombre de participants, je pense qu'un groupe de trois participants n'est pas l'idéal, comme en témoigne notre expérience, Mika et Mélina se sont retrouvés en binôme dès le mois de janvier. Par conséquent les échanges ont été moins riches qu'en groupe de trois. C'est pourquoi, je pense qu'un groupe de cinq participants pourrait être intéressant. D'une part car assez restreint pour offrir une écoute et un suivi à chaque participant et d'autre part, assez conséquent pour pallier aux départs d'un ou deux participants. Cette alternative permettrait de conserver un groupe et d'éviter de terminer comme dans notre protocole avec un binôme de participants.

CONCLUSION

Nous avons pu démontrer au travers de ce mémoire, dans quelles mesures le psychomotricien était apte à animer un groupe d'entraînement aux habiletés sociales.

Dans un premier temps, ont été exposés les enjeux des habiletés sociales dans le développement et l'intégration sociale d'un individu.

Par la présentation de Mélina, Mika et Mathias, nous avons pu constater les difficultés à utiliser les habiletés sociales, difficultés qui peuvent occasionner chez certaines personnes de l'isolement social, de la souffrance ou une faible estime de soi.

Par la suite, nous avons mis en évidence le rôle du psychomotricien dans l'animation de GEHS à travers le cadre thérapeutique spécifique mis en place, la place centrale donnée au corps dans sa pratique et enfin l'utilisation du jeu comme outil d'entraînement aux habiletés sociales.

Par la réflexion que j'ai menée tout au long de ce mémoire et l'expérience que j'ai vécue, j'ai constaté que le psychomotricien avait un rôle important à jouer dans l'entraînement aux habiletés sociales. En effet, grâce à son approche spécifique centrée sur le corps en relation, il joue un rôle majeur dans l'accompagnement des participants concernant le décryptage et l'utilisation des communications non verbales. Par ailleurs, il induit une meilleure utilisation des habiletés sociales par exemple en travaillant sur la mise en mouvement du corps, lors des jeux, en prenant en compte les ressentis et les éprouvés corporels de chacun. De plus, il induit une utilisation plus adaptée de ces habiletés en travaillant à travers les jeux de rôles sur la prise d'informations contextuelles, la manière d'aborder les situations sociales ou la mise en place de stratégies conférant une meilleure adaptation sociale

Nous avons pu constater une évolution des comportements en lien avec les différentes habiletés sociales qui semble favorable. Toutefois, pour que nous puissions mesurer les améliorations, un protocole d'une durée plus longue doit être préconisé.

Par ailleurs, afin d'observer une évolution positive de ces habiletés et permettre leur généralisation dans plusieurs contextes, il apparaît nécessaire que cette prise en charge psychomotrice s'inscrive dans une démarche globale incluant tous les acteurs gravitant autour de l'enfant/adolescent (parents, enseignants, autres professionnels de santé).

Pour finir, il aurait été intéressant de pouvoir observer différents groupes avec différentes populations afin d'appréhender la place multiple que peut prendre le psychomotricien dans ce cadre spécifique.

BIBLIOGRAPHIE

- Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinon in Neurobiology*, 11, 231-239.
- Adolphs, R., Tranel, D., Damasio, H., & Damasio, A. (1994). Impaired recognition pf emotion in facial expressions following bilateral damage to the humain amygdala. *Nature*, 372, 669-672.
- Ahade, S., & Corato, C. (2018). *Les groupes d'entrainement aux habiletés sociales pour les personnes présentant un TSA*. Consulté le Février 2020, sur Cairns: <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2018-1-page-34.htm>
- Albaret, J.-M., Giromini, F., & Scialom, P. (2015). Place du jeu en psychomotricité. In J. Albaret, F. Giromini, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement : Concepts fondamentaux* (Vol. 1, pp. 59-73). De Boeck Supérieur.
- Albaret, J.-M., Giromini, F., & Scialom, P. (2015). Programme d'entraînements aux habiletés sociales. In J. Albaret, F. Giromini, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Méthodes et techniques* (Vol. 2). De Boeck Superieur.
- Albaret, J.-M., Giromini, F., & Scialom, S. (2012). Le tonus et la tonicité : Dimensions relationnelles du tonus. In J. Albaret, F. Giromini, & S. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Concepts fondamentaux* (Vol. 1, pp. 175-181). De Boeck Supérieur.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson.
- Andanson, J., Pourre, F., Maffre, T., & Raynaud, J. (2011). Les groupes d'entrainement aux habiletés sociales pour enfants et adolescents avec syndrome d'Asperger : Revue de la littérature. *Archive de Pédiatrie*, 18, 589-596.
- Anzieu, D. (1999). *Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal*. Dunod.
- Anzieu, D., & Martin, J. (1968). *La dynamique des groupes restreints*. Puf.
- Augustin, D. (2012). " Cet objet, il est dur ou il est mou ? " : approche psychomotrice auprès d'un adolescent souffrant d'autisme. *Psychologie*. ffdumas-00845192f
- Bachollet, M., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*(49), 14-19.
- Baghdadli, A., & Brisot-Dubois, J. (2011). *Entrainement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme*. Masson.
- Baudier, A. (2008). Les neurones miroirs . *Evolutions Psychomotrices*, 20(79).
- Bénévidès, T. (2015). Spécificité de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes : Généralités. In J. Albaret, F. Giromini, & P. Scialom, *Manuel D'enseignement De Psychomotricité : Méthodes Et Techniques* (p. 7). De Boeck Superieur.
- Borsali, F. (2015). Apprentissage par observation chez le jeune enfant avec autisme. *Psychologie*. Université Paul Valéry - Montpellier III, 2015. Français. fFNNT : 2015MON30022ff. fftel-01244015f

- Brothers, L. (1990). The social brain : a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Concepts Neurosci*, 27-51.
- Burnett, S., & Blakemore, S. (2009). The Development of Adolescent Social Cognition. *Annals of the New York Academy of Science*, 1167, 51-56.
- Bursztein, C. (2008). Développement social et intersubjectif. In G. Bernard, *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Masson.
- Ciaramidaro, A., Adenzato, M., Enrici, I., Erk, S., Pia, L., & Bara, B. (2007). The intentional network : how the brain reads varieties of intentions. *Neuropsychologia*, 45, 3105-3113.
- CNRTL. (n.d.). Retrieved 2020 Mars, from CNRTL: <https://www.cnrtl.fr/definition/groupe>
- Contant, M., & Calza, A. (1994). *Les troubles psychomoteurs et le thérapeute en psychomotricité*. Masson.
- Contant, M., & Calza, A. (1994). *Les troubles psychomoteurs et le thérapeute en psychomotricité*. Masson.
- Corraze, J. (1980). *Les communications non verbales*. Presses Universitaires de France.
- Cuny, F. (2012). Les groupes d'entraînement aux habiletés sociales. *Annales médico-psychologiques*, 170, 482-484.
- Dhont, J. (2016). L'instance créatrice en psychomotricité, par la médiation du jeu. Médecine humaine et pathologie. ffdumas-01360026f
- Epinoux, N. (2014). Les compétences sociales et l'apprentissage coopératif au collège : enjeux et perspectives. Apprendre à coopérer pour réaliser un projet collectif en EPS et en Sciences Physiques. Education. Université de Bordeaux. Français. ffNNT : 2014BORD0351ff. fftel-01168668f
- Fagot, A., Salle-Collemiche, X., Poinso, F., & Naudin, J. (2014). Place du jeu de rôle dans l'entraînement aux habiletés sociales dans les troubles autistiques. *L'information psychiatrique*, 90, 531-538.
- Fallourd, N., & Madieu, E. (2017). *Animer Des Groupes D'entraînement Aux Habiletés Sociales, Enfants Et Adolescents Avec Troubles Relationnels*. Dunod.
- Foray, M. & Bourdenet, C. (2009). Utilisation de la méthode CO-OP avec un groupe d'enfants porteurs d'un Trouble de l'Acquisition de la Coordination http://www.psychomot.ups-tlse.fr/Foray_Bourdenet.pdf
- Frith, C. (2008). *Social cognition*. Retrieved Février 2020, from The Royal society publishing: <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rstb.2008.0005>
- Garret-Gloanec, N., & Pernel, A. (2010). Un soin psychique au bébé, ça n'existe pas ? Et pourquoi pas ! *L'information psychiatrique*, 86, 813-823.
- Gatecel, A. (2013). Corps réel/corps imaginaire et psychothérapie corporelle. *Psychosomatique relationnelle*, 30-38.

- Gentis, R. (2015). Spécificité de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes. In J. Albaret, F. Giromini, & P. Scialom, *Manuel D'enseignement De Psychomotricité : Méthodes Et Techniques* (Vol. 2, pp. 6-7). De Boeck Supérieur.
- Giromini, F. (2015). Psychomotricité et travail en groupe. In J. Albaret, F. Giromini, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Méthodes et techniques* (p. 144).
- George, L. (2019). En quête de sens : l'aventure psychomotrice au cœur de la symbolisation chez les enfants instables. *Médecine humaine et pathologie*. ffdumas-02291642f
- Grobot, D. (2002). Le psychomotricien et les groupes. *Enfances & Psy*, 19, 109-115.
- Guiragossian, M. (2015) Entraînement des habiletés sociales sur des sujets vivant en foyer d'accueil médicalisé. *Sciences cognitives*. ffdumas-01237034
- HAS. (2012, Mars). *Recommandation de bonne pratique : Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques*. Retrieved Mars 2020, from HAS: https://www.has-sante.fr/jcms/c_953959/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-interventions-educatives-et-therapeutiques
- HAS. (2014, Décembre). *Recommandation de bonne pratique : Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Retrieved Mars 2020, from https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_recommandations.pdf
- Henneçon, J. (2000). Le jeu de l'enfant, activité psychomotrice par excellence. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 124, 55.
- Howard, R.-J., Brammer, M., Wright, I., Woodruff, P.-W., Bullmore, E.-T., & Zeki, S. (1996). A direct demonstration of functional specialization within motion-related visual and auditory cortex of the human brain. *Current Biology*, 1015-1019.
- IFP. (n.d.). Retrieved Mars 2020, from Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux: http://www.ifp.u-bordeaux2.fr/une_profession.html
- Inserm. (2019, Décembre). *Communiqués et dossiers de presse*. Retrieved Mars 2020, from Inserm: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/trouble-developpemental-coordination-ou-dyspraxie>
- Inserm. (n.d.). *L'Inserm en un coup d'oeil*. Retrieved Mars 2020, from Inserm: <https://www.inserm.fr/connaitre-inserm/inserm-en-coup-oeil>
- Joly, F. (2015). *Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*. In Press Eds.
- Lapasset, J. (2005). Entraînement aux Habiletés Sociales : Interventions Psychomotrices, des psychoses chroniques à l'adolescence difficile. *Entretiens de Bichat Psychomotricité*.
- Larousse. (n.d.). Retrieved Avril 2020, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/jeu/44887>
- Larousse. (n.d.). Retrieved Avril 2020, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/emotion/28829>

- Leger, M., Piat, N., Jean, F., Galera, C., Bouvard, M., & Amestoy, A. (2020, Mars). Étude des altérations des habilités sociales chez des enfants ayant un Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité : comparatif avec des sujets contrôles et des sujets présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme. *Encéphale*. Retrieved from Étude des altérations des habilités sociales chez des enfants ayant un Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité : comparatif avec des sujets contrôles et des sujets présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme. Encéphale, <http>
- Leger, M (2016) Étude des habiletés sociales dans le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité : observation et comparaison avec les Troubles du Spectre de l'Autisme. *Médecine humaine et pathologie*. ffdumas-01356328f
- Leplat, F. (2005). Psychomotricité en groupe, psychomotricité de groupe. *Entretiens de Bichat Psychomotricité*, p150.
- Lessard, F., & Coutu, S. (2011). Efficacité d'un programme d'entraînement aux habiletés sociales pour enfants présentant des diagnostics psychiatriques hétérogènes. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 41, 30-39.
- Liberman, R., De Risi, W., & Mueser, K. (2005). *Entraînement aux habiletés sociales pour les patients psychiatriques*. Retz.
- Mabillot, V. (2012). L'espace et le temps : La proxémique. In J.-M. G. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Concepts fondamentaux* (Vol. 1, pp. 258-264). De Boeck Supérieur.
- Mathon, B. (2013). Les neurones miroirs : de l'anatomie aux implications physiopathologiques et thérapeutiques. *Revue neurologique*, 169, 285-290.
- Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215.
- Meltzoff, A. (2002). Chapitre II : La théorie du "like me", précurseur de la compréhension sociale chez le bébé : imitation, intention et intersubjectivité. In J. Nadel, *Imiter pour découvrir l'humain : Psychologie, neurobiologie, robotique et philosophie de l'esprit* (pp. 33-57). Puf.
- Mikilajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., & Nelis, D. (2014). *Les compétences émotionnelles*. Dunod.
- Molenberghs, P., Johnson, H., Henry, J., & Mattingley, J. (2016). Understanding the minds of others : A neuroimaging meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 65, 276-291.
- Motet-Fèvre, A., & Ramos, O. (2017). *Langage, communication et autisme*. Autisme France Diffusion.
- Moyano. (2012). Le concept d'implication corporelle. In J. G. Albaret, & S. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Concepts fondamentaux* (Vol. 1). De Boeck Supérieur.
- Nadel, J. (2002). Chapitre II : La théorie du "like me", précurseur de la compréhension sociale du bébé : imitation, intention et intersubjectivité. In J. Nadel, *Imiter pour découvrir l'humain : Psychologie, neurobiologie, robotique et philosophie de l'esprit* (pp. 33-57). Puf.
- Nadel, J. (2011). *Imiter pour grandir : Développement du bébé et de l'enfant avec autisme*. Dunod.

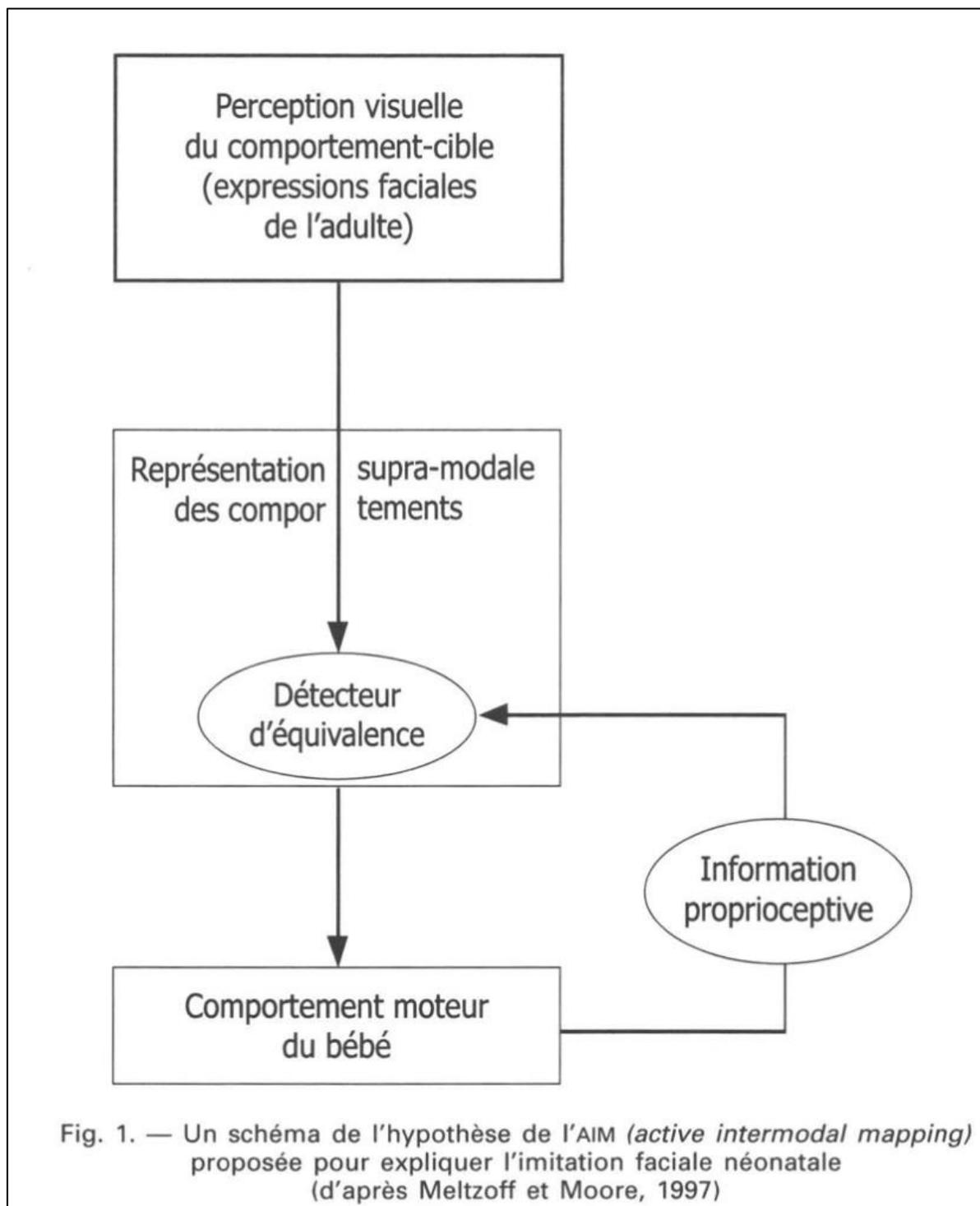
- Nadel, J. (2016). *Imiter pour grandir, développement du Bébé et de l'enfant avec autisme*. Dunod.
- Nadel, J., & Poirier, C. (2002). Chapitre IV : Imiter et être imité dans le développement de l'intentionnalité. In J. Nadel, *Imiter pour découvrir l'humain : Psychologie, neurobiologie, robotique et philosophie de l'esprit* (pp. 83-104). Puf.
- Pelphrey, K., Morris, J., & McCarthy, C. (2004). Grasping the intentions of others: the perceived intentionality of an action influences activity in the superior temporal sulcus during social perception. *Journal of cognitive neuroscience*, 16, 1706-1716.
- Pernet, C., Mcaleer, P., Latinus, M., Gorgolewski, K., & Charest, I. (2015). The human voice areas : Spatial organization and inter-individual variability in temporal and extra-temporal cortices. *NeuroImage*, 119, 164-174.
- Perrett, D.-I., Smith, P.-A., Potter, D.-D., Mistlin, A.-J., Head, A.-S., & Milner, A.-D. (1985). Visual cells in the temporal cortex sensitive to face view and gaze direction. *Proceedings of the Royal Society*, 223, 293-317.
- Petiot, M. & Pezet, C. (2009). Outil d'évaluation de la reconnaissance des expressions faciales émotionnelles. <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/Petiot-Pezet.pdf>
- Phelps, E., & Ledoux, J. (2005). Contributions of the amygdala to emotion processing: from animal models to human behavior. *Neuron*, 48, 175-187.
- Piaget. (1994). La classification de jeux. In Piaget, *La formation du symbole chez l'enfant* (p. 149). Broché.
- Piaget. (2015). La place du jeu en psychomotricité : Définition. In J.-M. G. Albaret, *Manuel d'enseignement en psychomotricité : Concepts fondamentaux* (pp. 60-62). De Boeck Supérieur.
- Poinsignon, M. (2010). Évaluation des habiletés sociales d'enfants intellectuellement précoces de huit à douze ans. Sciences cognitives. ffdumas-01302595f
- Pomerleau, A., & Malcuit, G. (2012). Equipement et compétences du nourrisson : Sensorialité. In J. Albaret, F. Giromini, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- Potel, C. (2006). L'expérience du Jouer : du côté des symbolisations primaires et de la transitionnalité. In C. Potel, *Corps brûlant, corps adolescent: Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents* (pp. 33-38). Eres.
- Potel, C. (2006). Thérapie à médiation corporelle : un abord thérapeutique qui permet que les mots prennent corps. In C. Potel, *Corps brûlant, corps adolescent: Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents* (pp. 39-49). Eres.
- Potel, C. (2010). *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*. Eres.
- Potel, C. (2010). Le corps à l'adolescence. Des médiations corporelles pour les adolescents : de la danse à la relaxation, in *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, sous la direction de C.

- POTEL, Paris, Edition in press p217. In C. Potel, *Psychomotricité : entre théorie et pratique* (p. 217). In Press.
- Potel, C., Saint-Cast, S., & Vacher, A. (2013). Passer par l'acte psychomoteur. *Enfance & psy*, 61, 20-31.
- Risson, M. (2017). Appréciation psychomotrice de compétences émotionnelles chez une personne schizophrène. <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/Risson2017.pdf>
- Rechtman, R. (2018) Cognition sociale et cerveau social dans les troubles du développement de l'enfant. Neurosciences [q-bio.NC]. Université Sorbonne Paris Cité. Français. ffnNT : 2018USPCB005ff. fftel-02178994f
- Rodriguez, M. (2012). De la place du corps dans les thérapies psychomotrices. *Le Journal des psychologues*, 298, 22-25.
- Roger, S. (2014). Psychomotricité et programmes d'intervention globale dans la prise en charge précoce du jeune enfant atteint d'autisme. Illustration pratique en CAMSP. <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/Roger2014.pdf>
- Sage, I. (2008). Quand le corps s'exprime : les postures émotionnelles. *Évolutions Psychomotrices*, 20(79).
- Sainte-Rose, C. (2016). Une enveloppe structurante, le cadre thérapeutique : rôle du cadre thérapeutique en psychomotricité dans le soin groupal en pédopsychiatrie. Médecine humaine et pathologie. ffdumas-01359991f
- Savarieau, E. (2014). "Je suis, Tu es, Nous sommes..." Accueillir, contenir et transformer en groupe de psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. ffdumas-01018670f
- Scialom, P. (2015). Spécificité de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes. In J. Albaret, F. Giromini, & S. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Méthodes et Techniques* (Vol. 2, p. 4). De Boeck Supérieur.
- Simonin, M. (2014). Les enjeux de la prise en charge de l'impulsivité sociale face aux troubles des comportements : Présentation d'un protocole de travail. <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/Simonin2014.pdf>
- Srinivasan, R., Golomb, J., & Martinez, A. (2016). *The journal of neuroscience*, 36, 4434-4442.
- Stern, D. (2003). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Puf.
- Talavera, E., & Perez-Gonzalez, J. (2007). Formation en compétences socio-émotionnelles à travers les pratiques en entreprise. *Revue Européenne de Formation Professionnelle*, 40, 99.
- Texier, M. (2015). S'é-mouvoir : le mouvement en psychomotricité au service de la perception de soi chez les patients psychotiques. Médecine humaine et pathologie. ffdumas-01195844f

- Thomas, R., & Michel, C. (1994). La théorie du développement cognitif de Piaget. In R. T. Michel, *Théories du développement de l'enfant: Études comparatives* (pp. 265-316). De Boeck Supérieur.
- Tournier, M. (1972). Vendredi ou les limbes du Pacifique. In M. Tournier, *Vendredi ou les limbes du Pacifique* (pp. 53-55). Galimard.
- Trouvé, J.-N. (2012). Subjectivité et "cerveau social". In G. Crespin, *Subjectivité et "cerveau social"* (pp. 15-70). Eres.
- Zacharopoulou-Sapalidou, M., & Garitte, C. (2008). Les gestes qui parlent : Etude du développement de la communication gestuelle de l'enfant. *Évolutions Psychomotrices*, 20(79).

ANNEXES

Annexe 1: Schéma de l'hypothèse de l'AIM



Annexe 2 : Questionnaire

| | | Questionnaire | | | | Toujours=4 | Très souvent=3 | Souvent=2 | Parfois=1 | Jamais=0 |
|------------------------|---|---------------|--|--|--|------------|----------------|-----------|-----------|----------|
| | | | | | | | | | | |
| Habilité Langagière | Je peux engager une conversation | | | | | | | | | |
| | Je peux maintenir une discussion | | | | | | | | | |
| | Je peux écouter l'autre et attendre mon tour pour parler | | | | | | | | | |
| | Je peux demander de l'aide à quelqu'un | | | | | | | | | |
| | Je peux faire un compliment | | | | | | | | | |
| | Je peux regarder la personne dans les yeux quand je lui parle | | | | | | | | | |
| | Je peux comprendre qui utilise le second degré/l'ironie | | | | | | | | | |
| | Je comprends pourquoi les gens rigolent à certains moments | | | | | | | | | |
| Habilité Relationnelle | Je peux serrer la main et regarder une personne pour lui dire bonjour et au revoir | | | | | | | | | |
| | Je peux parler à quelqu'un sans m'agiter dans tous les sens | | | | | | | | | |
| | Je peux dire que je ne suis pas d'accord | | | | | | | | | |
| | Je me fais facilement des amis | | | | | | | | | |
| Habilité Cognitive | Je peux résoudre un conflit avec mes camarades | | | | | | | | | |
| | Je peux répondre si quelqu'un me demande de l'aide | | | | | | | | | |
| | Je peux répondre à quelqu'un qui se moque de moi | | | | | | | | | |
| | Je peux répondre à des critiques fausses qui parlent de moi | | | | | | | | | |
| | Je peux répondre à des critiques vraies qui parlent de moi | | | | | | | | | |
| | Je peux réagir face à quelqu'un qui se moque de moi | | | | | | | | | |
| Habilité Émotionnelle | Je peux me rendre compte que je ressens une émotion (tristesse, joie, peur, colère, surprise) | | | | | | | | | |
| | Je peux exprimer des émotions positives (joie, amour, admiration) | | | | | | | | | |
| | Je peux exprimer des émotions négatives (colère, rage, contrariété, tristesse, dégoût) | | | | | | | | | |
| | J'accepte de recevoir des compliments mérités | | | | | | | | | |
| | Je peux parler de mes difficultés | | | | | | | | | |
| Théorie de l'esprit | Je peux me rendre compte que mon camarade ressent une émotion (tristesse, joie, peur, colère, surprise) | | | | | | | | | |
| | Je peux partager une émotion avec mon camarade | | | | | | | | | |

Annexe 3: Echelle d'affirmation de soi (Cungi et Rey)

| Scores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Je me sens à l'aise dans les situations relationnelles | | | | | | | | |
| 2. Je n'éprouve pas de manifestations physiques dans les situations relationnelles (cœur qui bat vite, transpiration, tremblement, serrement de gorge, sensation d'oppression respiratoire, etc...) | | | | | | | | |
| 3. J'ai les idées toujours claires dans les situations relationnelles. | | | | | | | | |
| 4. Je fais facilement des demandes | | | | | | | | |
| 5. Je sais refuser facilement | | | | | | | | |
| 6. Je verbalise facilement mon avis ou mes sentiments quand c'est souhaitable. | | | | | | | | |
| 7. Je sais facilement engager la conversation | | | | | | | | |
| 8. Je suis à l'aise pour poursuivre une conversation | | | | | | | | |
| 9. Je sais arrêter une conversation si c'est nécessaire. | | | | | | | | |
| 10. Je sais recevoir des critiques sans être gêné. | | | | | | | | |
| 11. Je sais faire des critiques sans vexer mon interlocuteur. | | | | | | | | |
| 12. Quand quelqu'un a un comportement agressif (verbalement), avec moi, je sais en général comment faire pour que cela se termine bien. | | | | | | | | |
| 13. Je sais recevoir des compliments sans être gêné. | | | | | | | | |
| 14. Je suis à l'aise pour faire des compliments. | | | | | | | | |

Annexe 4: Grille de cotation de l'EHSRI

| | | | | |
|--|----------|--|----------|--|
| Converser | | | | |
| 1. Engage une conversation | | | | |
| 2. Maintient une conversation | | | | |
| 3. Termine une conversation | | | | |
| Communication non verbale | 0 | | | |
| 4. Regarde l'interlocuteur dans les yeux quand il parle | | | | |
| 5. Exprime oralement une émotion | | | | |
| 6. Serre la main et regarde l'interlocuteur pour dire bonjour et au revoir | | | | |
| Exprimer des pensées et des sentiments neutres | | | 3 | |
| 7. Donne une information sur un évènement passé | | | | |
| 8. Demande une information supplémentaire | | | | |
| 9. Fait une demande d'aide | | | | |
| Exprimer des pensées et des sentiments positifs | 0 | | | |
| 10. Fait des compliments | | | | |
| 11. Exprime des émotions positives (joie, surprise) | | | | |
| Exprimer des pensées et des sentiments négatifs | 0 | | | |
| 12. Exprime un sentiment négatif (tristesse, surprise) | | | | |
| 13. Exprime un désaccord | | | | |
| 14. Demande un changement de comportement | | | | |
| 15. Résout un conflit avec les autres participants | | | | |
| Répondre a quelqu'un qui exprime des pensées et des sentiments neutres | | | 3 | |
| 16. Fait un commentaire sur une information donnée par autrui | | | | |
| 17. Répond à autrui qui donne une information supplémentaire | | | | |
| 18. Répond à la demande d'aide | | | | |
| Répondre a quelqu'un qui exprime des pensées et des sentiments positifs | | | 3 | |
| 19. Reçoit des compliments mérités | | | | |
| 20. Répond à des flatteries | | | | |
| 21. Partage une émotion | | | | |
| Répondre a quelqu'un qui exprime des pensées et des sentiments négatifs | | | | |
| 22. Répond aux critiques vraies | | | | |
| 23. Répond aux critiques fausses | | | | |
| 24. Réagit devant quelqu'un qui est en colère | | | | |

- 0 = comportement sévèrement inadapté
 1 = comportement moyennement inadapté
 2 = comportement légèrement inadapté
 3 = comportement adapté mais variable
 4 = comportement adapté et constant

Annexe 5 : Tableau récapitulatif des séances :

| Séance | Thème | Objectifs | Exercice pratique |
|--------|--|---|---|
| 1 | Se présenter | Faire connaissance et se présenter au groupe. Prendre la parole et parler de soi devant les autres | Jeux moteurs avec ballon |
| 2 | Se présenter | Je pose des questions à l'autre pour mieux le connaître. Utilisation des habiletés comportementales, langagières et relationnelles | Jeux de rôle sous forme d'interview |
| 3 | Communication non-verbale : regard, distance, prosodie | Appréhender le regard, la distance, la prosodie et leur signification, utilisation des habiletés langagières et relationnelles | Jeux de rôle et vidéo des jeux |
| 4 | Communication non-verbale : posture | Appréhender la posture, sa signification sur soi et sur l'autre. Repérage des indices posturaux pendant les interactions | Jeux de rôle, mimes |
| 5 | Emotions | Reconnaitre sur soi les émotions, utilisation habiletés émotionnelles | Mimes, devinettes |
| 6 | Emotions | Reconnaitre sur l'autre les émotions, utilisation habiletés émotionnelles, théorie de l'esprit, habiletés relationnelles | Jeux de rôle, mimes |
| 7 | Se faire des amis | Entamer une discussion dans l'optique de devenir amis. Utilisation de toutes les habiletés précédentes + habiletés cognitives. | Jeux de rôle, parcours moteurs, jeux de coopération |
| 8 | Se faire des amis | Faire preuve d'écoute et s'intéresser à l'autre. Se rendre compte lorsque j'ennui l'autre. Trouver des intérêts communs. Utilisation de toutes les habiletés précédentes. | Jeux de rôle, parcours moteurs, jeux de coopération |

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION..... | 5 |
| PARTIE I : LES HABLETES SOCIALES..... | 7 |
| A. LE CERVEAU « SOCIAL » : COGNITION, COMPETENCE, HABLETE SOCIALES..... | 7 |
| 1. Le concept de cerveau « social » : zones cérébrales impliquées dans les tâches sociales | 7 |
| a. Aires sensorielles..... | 7 |
| b. Sillon temporal supérieur..... | 8 |
| c. Amygdale | 8 |
| d. Cortex préfrontal | 9 |
| e. Neurones miroirs..... | 9 |
| 2. Cognition, compétence, habileté « sociales »..... | 10 |
| a. Cognition sociale..... | 10 |
| b. Compétence sociale | 10 |
| c. Habilités sociales..... | 11 |
| B. HABLETES SOCIALES | 11 |
| 1. Les différentes phases de l'interaction sociale | 11 |
| 2. Les différents types d'habiletés sociales..... | 12 |
| a. Habileté relationnelle..... | 12 |
| b. Habileté émotionnelle..... | 13 |
| c. Habileté langagière | 13 |
| d. Habileté comportementale | 13 |
| e. Habileté cognitive..... | 14 |
| f. Théorie de l'esprit (ToM pour « Theory of Mind »)..... | 14 |
| 3. Enjeu dans le développement..... | 14 |
| a. Dès la naissance..... | 15 |
| b. Importance de l'environnement dans le développement des habiletés sociales | 16 |
| c. Importance de ces habiletés dans la relation avec les autres..... | 17 |
| C. ENTRAINEMENT AUX HABLETES SOCIALES..... | 18 |
| 1. Présentation de la méthode d'entraînement aux habiletés sociales..... | 18 |

| | |
|---|----|
| 2. Objectifs généraux..... | 19 |
| PARTIE II : PLACE DU PSYCHOMOTRICIEN AU SEIN D'UN GROUPE D'ENTRAINEMENT AUX HABILITES SOCIALES..... | 21 |
| A. LE CADRE THERAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITE..... | 21 |
| 1. La mise en place du cadre en psychomotricité..... | 21 |
| 2. L'engagement du psychomotricien | 22 |
| 3. La thérapie psychomotrice..... | 23 |
| B. INTÉRÊT D'UNE PRISE EN CHARGE GROUPELE EN PSYCHOMOTRICITÉ..... | 24 |
| 1. Le groupe..... | 24 |
| a. Définitions | 24 |
| b. Les différents types de groupes..... | 24 |
| 2. Intérêt du groupe en psychomotricité | 26 |
| a. La place du psychomotricien dans le groupe | 26 |
| b. Le groupe en psychomotricité..... | 26 |
| C. LE CORPS : UNE NOTION CENTRALE..... | 27 |
| 1. Le corps : une notion complexe..... | 28 |
| 2. Le corps : support de compétences..... | 28 |
| a. Boucle sensation-perception-représentation..... | 28 |
| b. Observation et imitation de l'autre..... | 31 |
| 3. Le corps comme outil de communication | 34 |
| a. Fonctions de la communication non-verbale | 35 |
| b. Le corps du bébé : un moyen de communiquer..... | 35 |
| c. La communication non-verbale : vers une utilité sociale | 37 |
| d. Les émotions : expression par le corps..... | 39 |
| D. LE JEU POUR ENTRAINER LES HABILITES SOCIALES | 41 |
| 1. Définition..... | 41 |
| 2. L'intérêt du jeu en psychomotricité | 41 |
| 3. Le jeu pour entrainer les habiletés sociales..... | 44 |
| PARTIE III : CREATION D'UN GROUPE D'ENTRAINEMENT AUX HABILITES SOCIALES..... | 47 |
| A. CHOIX DES ENFANTS DU GROUPE..... | 47 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | Présentation des enfants du groupe | 47 |
| a. | Présentation de Mélina..... | 47 |
| b. | Présentation de Mika | 48 |
| c. | Présentation de Mathias | 49 |
| d. | Présentation d'Oscar | 50 |
| 2. | Troubles neurodéveloppementaux..... | 50 |
| a. | Trouble du spectre de l'autisme | 51 |
| b. | Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité..... | 52 |
| c. | Trouble développemental de la coordination..... | 53 |
| 3. | Recommandations & prise en charge..... | 54 |
| a. | Recommandations Haute Autorité de Santé à l'égard du TSA | 54 |
| b. | Recommandations de la Haute Autorité de Santé à l'égard du TDAH | 54 |
| c. | Recommandation du groupe d'experts de l'INSERM à l'égard du TDC..... | 55 |
| d. | Proposition de prise en charge groupale en lien avec les recommandations. | 55 |
| B. | PROTOCOLE D'ENTRAINEMENT AUX HABILETES SOCIALES | 56 |
| 1. | Participants & intervenants | 56 |
| a. | Intervenants..... | 56 |
| b. | Sélection des participants | 57 |
| c. | Construction du groupe & démarches accomplies | 59 |
| d. | Recrutement..... | 59 |
| e. | Évaluations..... | 59 |
| f. | Création d'un questionnaire..... | 59 |
| g. | Résultats des évaluations initiales | 61 |
| h. | Élaboration des objectifs..... | 63 |
| i. | Thèmes abordés | 64 |
| j. | Matériel..... | 64 |
| 2. | Présentation du protocole de travail | 65 |
| a. | Accueil des participants | 65 |
| b. | Récapitulatif de la séance précédente | 65 |
| c. | Partie théorique..... | 65 |

| | |
|--|----|
| d. Partie pratique | 65 |
| e. Feed-back..... | 65 |
| f. Clôture de la séance | 66 |
| C. ETUDE DE CAS DE MIKA..... | 66 |
| 1. Anamnèse | 66 |
| 2. Bilan psychomoteur | 67 |
| 3. Synthèse des équipes éducatives..... | 69 |
| 4. Projet de prise en charge en psychomotricité | 70 |
| 5. Synthèse des rencontres avec Mika | 71 |
| a. Le cadre des séances | 71 |
| b. La place de Mika dans le groupe..... | 71 |
| c. Accompagnement dans la prise de conscience des difficultés..... | 72 |
| d. Travail autour des communications non-verbales..... | 73 |
| e. Travail autour de la motricité..... | 74 |
| 6. Conclusion..... | 75 |
| DISCUSSION..... | 76 |
| A. MA PLACE DE STAGIAIRE | 76 |
| B. LES LIMITES | 77 |
| C. LES PISTES D'AMELIORATION..... | 78 |
| CONCLUSION..... | 79 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 80 |
| ANNEXES..... | 87 |
| ANNEXES 1 : Schéma de l'hypothèse de l'AIM..... | 87 |
| ANNEXES 2 : Questionnaire..... | 88 |
| ANNEXES 3 : Echelle d'affirmation de soi..... | 89 |
| ANNEXES 4 : Grille de cotation de l'EHSRI..... | 90 |
| ANNEXES 5 : Tableau récapitulatif des séances..... | 91 |