



**HAL**  
open science

**Appuis psychocorporels et dynamique psychomotrice :  
réflexion sur l'expérience corporelle en thérapie  
psychomotrice auprès d'enfants suivis en Centre  
Médico-Psycho-Pédagogique**

Virginie Patroix

► **To cite this version:**

Virginie Patroix. Appuis psychocorporels et dynamique psychomotrice : réflexion sur l'expérience corporelle en thérapie psychomotrice auprès d'enfants suivis en Centre Médico-Psycho-Pédagogique. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02939562

**HAL Id: dumas-02939562**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02939562>**

Submitted on 15 Sep 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.



IFP de la Pitié- Salpêtrière  
Faculté de Médecine Sorbonne Université  
91, Bd de l'Hôpital  
75634 PARIS Cedex 13

Appuis psychocorporels et dynamique psychomotrice

Réflexion sur l'expérience corporelle en thérapie psychomotrice auprès  
d'enfants suivis en Centre Médico-Psycho-Pédagogique

Mémoire présenté pour le Diplôme d'Etat de psychomotricien  
Session de juin 2020

Référent Mémoire :  
Magali CHATAGNAT

Nom de l'étudiant :  
Virginie PATROIX



# Remerciements

---

Merci à tous ceux

– professionnels, tuteurs, formateurs, écrivains, patients, amis, aimants –

qui m'ont accompagnés par leurs

– savoirs, pratiques, partages, confiance, lectures, relectures, bienveillance, soutiens, rires, amours –

dans mes réflexions et tout au long de l'écriture de ce mémoire.

## Précautions de lecture

---

Compte tenu de la crise du COVID 19, mon stage a été suspendu en mars 2020. Les observations cliniques, notamment pour Edison, dont le soin en psychomotricité a débuté en cours d'année, sont ainsi moins nombreuses que souhaité, notamment pour considérer des évolutions.

Lorsque nous parlons dans ce mémoire de dynamique psychomotrice entravée, il faut bien entendu souligner qu'en ce qui concerne l'enfant, celui-ci est en évolution permanente ; son processus de construction n'est pas totalement figé (Roussillon et al., 2014). Pour autant nous proposons dans cet écrit l'idée qu'à tous les âges de la vie une dynamique psychomotrice peut-être restreinte dans son mouvement et son déploiement.

A différentes reprises nous allons évoquer la relation mère-bébé au sein de ce mémoire. Les différentes notions conceptualisées autour des appuis psychocorporels et de la fonction contenantante prennent ancrage dans les relations premières. Le terme de mère renvoie ici à la fonction maternante ou parentale ; cette fonction concerne les personnes qui assurent les soins premiers de l'enfant (Ciccione & Lhopital, 2019).

# SOMMAIRE

---

Remerciements .....	3
Précautions de lecture .....	4
SOMMAIRE .....	5
INTRODUCTION .....	8
PARTIE CLINIQUE .....	11
Chapitre I : Présentation du lieu de stage .....	12
I.    Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques .....	12
II.   L'équipe du CMPP .....	12
A.    Composition de l'équipe.....	12
B.    Fonctionnement de l'équipe .....	13
III.  Accueil et suivi des enfants .....	13
IV.  Cadre thérapeutique du soin en psychomotricité .....	13
A.    La salle de psychomotricité.....	13
B.    Le bilan en psychomotricité.....	14
C.    Le soin en psychomotricité.....	15
Chapitre II : Présentation d'Anna et d'Edison .....	16
I.    Anna ou les mouvements retenus .....	16
A.    Présentation d'Anna.....	16
B.    Des éléments de son histoire.....	18
C.    Son bilan psychomoteur .....	18
D.    Illustration de sa dynamique psychomotrice .....	19
II.   Edison ou l'excès de mouvements .....	21
A.    Présentation d'Edison .....	21
B.    Des éléments de son histoire.....	22
C.    Son bilan psychomoteur .....	23
D.    Illustration de sa dynamique psychomotrice .....	24

PARTIE THEORIQUE .....	26
Chapitre I : Mouvement dans la dynamique psychomotrice .....	27
I. Définitions .....	27
A. Mouvement .....	27
B. Dynamique.....	27
II. Mouvement et vie .....	28
III. Le sujet en mouvement .....	29
Chapitre II : Les symptômes psychomoteurs, quand la dynamique psychomotrice se désorganise .....	30
I. Les symptômes psychomoteurs .....	31
II. L'inhibition psychomotrice d'Anna .....	32
III. L'agitation psychomotrice d'Edison .....	33
IV. Anna et Edison, quand les appuis psychocorporels font défaut .....	35
A. L'angoisse et un manque de sécurité interne.....	35
B. Des appuis psychocorporels fragiles, quelques apports théoriques .....	37
V. La dynamique psychomotrice entravée .....	43
Chapitre III : L'expérience corporelle en thérapie psychomotrice .....	44
I. La thérapie psychomotrice selon les auteurs .....	44
II. De l'importance de l'expérience corporelle en relation, de la médiation et de la modulation corporelle .....	46
A. L'expérience corporelle en relation .....	47
B. Le médiateur comme appui de l'expérience corporelle en thérapie psychomotrice.....	48
C. La modulation du mouvement dans l'expérience corporelle .....	52
III. L'engagement corporel du psychomotricien .....	53
A. Construire sa structure corporelle et s'ajuster à l'autre .....	54
B. Proposer un support contenant et des limites .....	57
DISCUSSION .....	60
I. Engageons la discussion.....	61
II. L'expérience de la contenance.....	62
A. Construire des espaces pour constituer un contenant .....	62

B.	Lire des histoires et en représenter ses contenus.....	64
C.	La construction d'un corps solide.....	65
III.	L'expérience des limites .....	67
A.	La limite dans les temps de l'histoire et l'expérience de destruction .....	67
B.	La limite dans l'alternance du mouvement.....	70
IV.	L'expérience de modulation .....	72
A.	L'étayage et le rythme pour un mouvement plus ample.....	73
B.	Du mouvement esquissé au déploiement des possibilités .....	75
V.	Le renforcement des appuis et la remise en mouvement de la dynamique psychomotrice .....	77
VI.	Retour sur les hypothèses et limites.....	79
	CONCLUSION.....	81
	BIBLIOGRAPHIE.....	84
	ANNEXES .....	I
	Table des matières .....	III



# INTRODUCTION

---

Ma découverte de la psychomotricité a eu lieu lors de ma prise de poste en tant qu'assistante sociale en pédopsychiatrie. Jeune diplômée, et pourtant déjà peu sûre de mon choix d'orientation professionnelle, j'ai appris à découvrir la psychomotricité au travers des échanges en réunion d'équipe et le partage avec les différentes psychomotriciennes que j'ai pu rencontrer. J'ai pu progressivement comprendre que je n'étais pas, en tant qu'assistante sociale, à l'endroit où je souhaitais pour accompagner les personnes.

Le chemin vers la psychomotricité fut encore long. Déroutée par le concours d'entrée et l'impossibilité alors de suspendre mon travail, j'ai décidé, toutefois, d'avancer dans la voie de la reconversion en suivant des études de psychologie en parallèle de mon travail. Afin de découvrir de l'intérieur la psychomotricité et de cheminer professionnellement j'ai suivi trois semaines de formation auprès d'ESEC Formation (Entre Sens & Etre en corps). Cette expérience a confirmé mon envie de me tourner professionnellement vers la psychomotricité ; c'était par et avec le corps qui expérimente, ressent, reçoit, exprime, que je voulais travailler.

Voici à présent venu le moment d'interroger l'accompagnement en psychomotricité à travers cet écrit final. Je crois qu'il est l'occasion, en empruntant une des voies de la psychomotricité, de lui définir des contours, un socle pour construire ma future pratique. Le travail de l'écriture permet une mise en forme de la pensée. En cela il est exigeant et me confronte à la peur de l'échec, là où je voudrais qu'il soit créativité. J'ai envie de raconter la psychomotricité comme une poésie et de lui donner sens par toutes les mises formes que j'ai pu traverser durant ces trois années de formation ; circuler, signer, imprimer, sculpter, dénouer, rythmer, ...

C'est à partir de mon stage de troisième année en Centre Médico-Psychopédagogique (CMPP) que j'ai choisi de travailler pour ce mémoire. Je vous propose de partir à la rencontre d'Anna et d'Edison. L'une et l'autre à la fois très différents et très similaires. Similaires car présentant tous deux des symptômes psychomoteurs qui prennent forme dans leur(s) mouvement(s). Différents parce que l'une esquisse quelques mouvements ; murmurés, retenus, contenus ; l'autre projette ses mouvements, impulsifs, accélérés, effrénés.

En construisant ce mémoire, en lisant et en les observant, j'ai suivi l'hypothèse que l'un comme l'autre manquaient d'appuis psychocorporels. En référence à une lecture psychodynamique du sujet ma première hypothèse est la suivante : les symptômes d'Anna et Edison sont le signe d'un manque d'appuis psychocorporels. Ce manque d'appuis ne leur permet pas de composer avec l'angoisse (venant d'éléments internes) et les potentielles « menaces » du monde externe. Face aux angoisses « *[le] corps avec ses propres armes, aux prix d'efforts intenses, tente de pallier le manque de sécurité interne* » (Potel, 2015, p. 118).

Une deuxième hypothèse s'est dessinée : lorsque les symptômes deviennent trop envahissants (et constituent les principaux moyens de réponses face aux stimulations internes et externes), la dynamique psychomotrice du sujet est entravée. La dynamique psychomotrice est liée au mouvement, à l'élan de vie. Lorsque que je parle de dynamique psychomotrice entravée, j'entends cet élan comme amoindri. Les possibilités du sujet à jouer du déséquilibre du mouvement de la vie sont entravées. Les possibilités d'un mouvement pluriel et coloré sont atteintes.

Je me suis alors interrogée sur la manière dont la psychomotricité pouvait contribuer aux renforcements des appuis psychocorporels et soutenir une remise en mouvement de la dynamique psychomotrice.

J'ai d'abord pensé dialectiser la mise en mouvement du corps avec la mise en mouvement du psychisme, mais cette hypothèse ne m'a pas convenue car elle me semblait trop éloignée d'une lecture globale du sujet qui nous est chère en psychomotricité.

C. Potel écrit : « *ce qui est intéressant dans le travail psychothérapeutique corporel, c'est que l'expérience du corps n'est pas obligatoirement « extraordinaire* » » (Potel, 2015, p. 113). Ce terme d'expérience du corps m'a permis d'avancer. Ce dont je souhaitais témoigner était de l'expérience corporelle comme thérapeutique : sortir un tapis, s'asseoir dans le coin des livres, sauter au centre de la pièce, lancer un ballon, souffler des bulles de savons, se mettre en cercle, construire une cabane, jouer des histoires, les représenter, etc. Mettre en jeu son corps et mettre du jeu dans son corps.

Il fallait donc s'interroger : en quoi était-elle thérapeutique ? Dans quel cadre ? Par quels appuis ? Comment était-elle pensée ? Comment le psychomotricien s'y impliquait ? Comment la permettait-il ? Comment la contenait-il ?

Il était également important que ces réflexions se précisent dans un cadre thérapeutique. Il existe différents champs d'intervention en psychomotricité qui ne reposent pas entièrement sur les mêmes postulats théoriques. Etant en stage auprès d'une psychomotricienne qui exerce en thérapie psychomotrice et étant moi-même sensible à ce type d'intervention, j'ai choisi de questionner ces différentes notions au sein de ce cadre.

La problématique, fil conducteur de ce mémoire, sera donc celle-ci : Comment l'expérience corporelle, en thérapie psychomotrice, permet le renforcement des appuis psychocorporels du sujet et la remise en mouvement de sa dynamique psychomotrice ?

Pour chercher à répondre cette question la méthodologie, de ce mémoire, suivra, en partie, la logique de son élaboration.

Dans une première partie clinique, nous nous intéresserons aux cadres du lieu de mon stage et nous partirons à la rencontre d'Anna et Edison.

Dans une deuxième partie théorique nous questionnerons, dans un premier chapitre, la notion de mouvement et de dynamique. De quel mouvement s'agit-il ? En quoi la dynamique psychomotrice lui est-elle rattachée ? Comment le mouvement est-t-il lié à l'être humain et à son développement psychomoteur ?

Nous interrogerons, dans un deuxième chapitre, la notion de symptômes (en prenant pour référentiel une grille de lecture psychodynamique du sujet). En quoi seraient-ils le signe d'un manque d'appuis psychocorporels ? Comment les appuis psychocorporels se construisent-ils dans le développement du sujet ? Et en quoi les symptômes psychomoteurs peuvent-ils entraver la dynamique psychomotrice du sujet ?

Dans un dernier chapitre nous explorons l'expérience corporelle en thérapie psychomotrice. Nous définirons des contours à la thérapie psychomotrice en appuis sur quelques auteurs, et nous verrons comment l'expérience corporelle peut y prendre forme et comment le psychomotricien y est engagé.

La dernière partie sera consacrée à la discussion qui cherchera à relier ces différents éléments théoriques, à l'aide de vignettes cliniques d'Anna et d'Edison, afin d'éclairer la problématique de ce mémoire. Ici nous voyagerons dans les espaces, nous deviendrons conteur, joueur et explorateur. Il s'agira aussi de négocier, contourner, soutenir, porter, partager, limiter, ouvrir, faire circuler. Comme le fait si bien la psychomotricité.

## PARTIE CLINIQUE

---

Dans cette première partie nous considérerons, dans un premier chapitre, le cadre du stage : description du CMPP, son fonctionnement organisé autour du soin psychique de l'enfant et le cadre thérapeutique de la psychomotricité au sein de cette structure (salle, bilans et soins). Le second chapitre sera consacré à la présentation d'Anna et Edison : présentations générales, éléments de leurs histoires, bilans psychomoteurs et illustrations de leur dynamique psychomotrice ; l'une marquée par l'inhibition psychomotrice et l'autre par l'agitation psychomotrice.

# Chapitre I : Présentation du lieu de stage

Qu'est-ce qu'un CMPP ? Comment le lieu qui m'a accueilli en stage est-il pensé et organisé ? Comment s'organise la psychomotricité au sein de cet établissement ? Selon quel(s) cadre(s) (matériel, organisationnel et orientation clinique) ?

## **I. Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques**

Les CMPP sont des centres de consultation, de diagnostic et de soins ambulatoires recevant des enfants et adolescents de 0 à 20 ans, ainsi que leur famille. Ils assurent la prise en charge d'enfants présentant des troubles du développement psychique et ont pour mission leur réadaptation et leur maintien, autant que possible, dans leur milieu familial, scolaire ou professionnel, et social.

Le CMPP dans lequel j'ai effectué mon stage de troisième année dépend d'une association reconnue d'utilité publique. L'association s'est construite, depuis les années 50, autour du soin psychique de l'enfant. Elle a pour volonté de proposer un espace de soin pour les enfants en souffrance psychopathologique dans le respect de leur développement. L'ancrage de sa réflexion et de sa pratique s'inscrit dans une perspective pédopsychiatrique psychanalytique et psychodynamique, tout en ayant à cœur de se référer aux avancées des neurosciences.

## **II. L'équipe du CMPP**

### **A. Composition de l'équipe**

Différentes professions sont présentes au sein du CMPP afin qu'un accompagnement pluriel de l'enfant et de sa famille soit possible : médecins pédopsychiatres/ psychiatres, psychothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, assistante sociale et secrétaires médicales. Le CMPP est dirigé sur le plan médical par un médecin psychiatre qui est aussi consultant sur l'institution.

## B. Fonctionnement de l'équipe

Du fait des temps partiels des différents professionnels la structure a mis en place deux temps de réunions d'équipe hebdomadaires. Ces temps de réunions institutionnelles permettent de réfléchir, en croisant les regards, aux demandes et projets de soins. Ils permettent également d'organiser le fonctionnement pratique de l'équipe. En dehors de ces échanges institutionnalisés les professionnels échangent régulièrement, lors de temps informels, autour de suivis communs ou de leurs pratiques. Les échanges formels et informels sont nécessaires pour la construction d'une **cohésion** d'équipe qui assure une **cohérence** pour les soins des patients.

## III. **Accueil et suivi des enfants**

Le soin au CMPP a lieu à la demande des parents. Les adresses des familles sur le CMPP sont diverses : lieu de scolarisation de l'enfant, services sociaux et protection maternelle et infantile, médecins généralistes et pédiatres, sur démarche personnelle. Les demandes de soins sont accueillies par le secrétariat du CMPP. Une liste d'attente est mise en place sur le CMPP du fait d'un nombre important de demandes de soins et des possibilités d'accueil sur la structure.

Lorsque la famille peut être reçue elle est accueillie une ou plusieurs fois par un médecin pédopsychiatre, ou psychiatre, qui deviendra le consultant référent de l'enfant. Il indique par la suite un ou plusieurs suivi(s), individuel ou groupal, avec les différents professionnels du CMPP, en fonction de la **problématique** de l'enfant et de ses **besoins** et en **accord** avec l'enfant et sa famille.

## IV. **Cadre thérapeutique du soin en psychomotricité**

### A. La salle de psychomotricité

La salle de psychomotricité est une sorte de caverne d'Ali –baba qui lors de sa découverte ouvre en grand les yeux des enfants.

La pièce est de taille moyenne ; de fait nous devenons régulièrement déménageurs de matériels et **créateurs d'espaces** adaptés en fonction de la **mise en jeu corporelle** que nous imaginons. Il y a néanmoins l'espace fixe du bureau où nous recevons les parents et où nous commençons les séances avec les enfants. Ce **temps d'ouverture** nous permet de demander à l'enfant comment il se sent, d'évoquer la séance précédente et de décider de ce que nous pourrions faire lors de cette nouvelle séance.

Dans la salle il se trouve des modules **multifonctions** (cabanes, parcours moteurs, coin lecture, délimitation de terrain, ...), des cerceaux accrochés au mur, une toupie rangée sous l'évier, une petite table et des petites chaises (multifonctionnelles également), des tapis qui se déplient, des couvertures qui bordent, deviennent toiture, ou ours tapit dans une grotte.

Nous avons un tableau noir pour : inscrire nos scores, dessiner, représenter, jouer. Une étagère en hauteur qui permet de retrouver des constructions d'une fois sur l'autre. Une étagère pour les histoires. Et deux grands placards muraux agencés par catégories : jeux moteurs et de construction (raquettes, « speedball », ballons, balles, briques, kapla, etc.), jeux sensoriels (plumes, balles à picots, tissus de différentes matières, etc.), jeux de support symbolique (animaux, playmobils, dinettes, etc.), et jeux de sociétés.

## B. Le bilan en psychomotricité

Les bilans en psychomotricité sont **prescrits** par les médecins consultants du CMPP. Les psychomotriciens de la structure sont régulièrement sollicités et ont également une liste d'attente.

Le temps de bilan initie la **rencontre** de l'enfant et de ses parents. Ma tutrice de stage propose de répartir le bilan sur deux séances. Un temps d'**échange** avec les parents est instauré lors de la première séance. Il permet à la psychomotricienne de se **présenter** et d'introduire plus amplement le travail en psychomotricité. Il lui permet également de **recueillir** la demande des parents pour ce soin et leurs observations sur la problématique de leur enfant. La psychomotricienne peut aussi s'informer sur l'anamnèse de l'enfant et son développement psychomoteur. A la fin de ce temps d'échanges la psychomotricienne propose à l'enfant de rester seul avec elle pour démarrer les épreuves de bilan ; la plupart des enfants accepte de laisser repartir leur parent en salle d'attente.

La **passation** se compose d'observations psychomotrices et de protocoles standardisés. Les domaines explorés sont les suivants : l'organisation tonico-motrice (motricité globale, motricité fine, motricité faciale, tonus), la latéralisation, le schéma corporel et l'image du corps, la spatialisation (orientation et organisation spatiale), l'organisation temporelle et l'organisation graphique.

Cette première rencontre entre l'enfant et la psychomotricienne donne la possibilité à l'enfant de connaître le champ sur lequel il va pouvoir s'engager avec elle. Par son implication, son écoute, ses propositions d'explorations, le psychomotricien **précise ainsi son domaine d'intervention et les limites** de celui-ci (Calza & Contant, 2007).

### C. Le soin en psychomotricité

Le soin en psychomotricité est garanti par différents composants qui **encadrent** et **soutiennent** la relation thérapeutique. Ils sont un **appui** et exercent **une fonction contenante** pour le psychomotricien qui est lui-même amené à être support d'appui et contenant auprès des patients, comme nous l'expliquerons ultérieurement.

Il y a tout d'abord la **prescription médicale** qui est garante de l'indication de soins en psychomotricité. Il y a le **temps** de la séance (l'heure) et le **lieu** (le CMPP et à l'intérieur la salle de psychomotricité) qui apportent repères, contenance et continuité. Il y a le **secret professionnel**, la **sécurité** du matériel, le fait de ne pas se faire mal à soi et aux autres, qui sécurisent la relation thérapeutique. Mais aussi les autres professionnels qui gravitent autour de l'enfant qui jouent un rôle de **tiers** dans la relation thérapeutique. Et enfin, ou bien sur, le psychomotricien avec son **équipement psychocorporel** ainsi que ses **références théoriques**, qui guide le soin en psychomotricité.

Du fait de l'orientation thérapeutique du CMPP et du parcours professionnel de la psychomotricienne, auprès de laquelle j'ai effectué mon stage, les séances de psychomotricité proposées aux enfants au CMPP s'inscrivent dans le champ de la **thérapie psychomotrice**.

Dans une continuité, **ce mémoire s'inscrira dans cet axe** d'intervention en psychomotricité. Le dernier chapitre de la partie théorique permettra d'en définir les contours, en appui sur quelques auteurs, et de comprendre comment s'y déploient, plus spécifiquement, l'expérience corporelle et l'engagement corporel du psychomotricien.



Lors de ce premier chapitre de la partie clinique, nous avons pu observer l'organisation du CMPP et le cadre thérapeutique de la psychomotricité (cadre matériel et psychique, rencontre de la famille et de l'enfant autour du bilan psychomoteur, et soins inscrits dans le champ de la thérapie psychomotrice). Le second chapitre de la partie clinique est consacré aux descriptions des fonctionnements psychomoteurs d'Anna (marqués par l'inhibition psychomotrice) et d'Edison (marqués par l'agitation psychomotrice), dans leur présentation actuelle, dans leur développement et à l'aide d'illustrations cliniques.

## Chapitre II : Présentation d'Anna et d'Edison

Pourquoi Anna et Edison sont-ils reçus au CMPP et en psychomotricité ? Comment Anna et Edison se présentent-ils ? Quelles données de leur histoire nous sont confiées ? Quels éléments se sont dessinés de leur fonctionnement psychomoteur durant leur bilan en psychomotricité ? Comment pourrions-nous illustrer leur dynamique psychomotrice actuelle ?

### **I. Anna ou les mouvements retenus**

Lorsque je rencontre Anna, en septembre 2019, elle est âgée de cinq ans. Elle est suivie au CMPP depuis septembre 2017. Un mutisme extra-familial et une **inhibition psychomotrice** sont à l'origine de la **demande de soins** en CMPP. Le médecin psychiatre évoque un diagnostic de trouble de l'**angoisse de séparation**. Un travail individualisé en psychomotricité est mis en place depuis janvier 2018.

#### A. Présentation d'Anna

Avec Anna tout est sous **contrôle**. Chacun de ses mouvements se déroule dans une **lenteur** qui permet sa maîtrise, de son initiation à sa conclusion.

Lorsque nous allons chercher Anna en salle d'attente, elle est toujours très calme, voire **ralentie**. Elle range avec application et **prudence** les choses dont elle s'est servie. Elle **murmure** un petit bonjour du bout des lèvres et se déplace d'un pas lent,

sans bruit, jusqu'en salle de psychomotricité. Son corps est comme **recroquevillé** sur lui-même. Elle tient parfois son pull dans la bouche et tire sur ses manches pour en cacher ses mains.

Anna semble avoir toujours besoin d'un temps d'apprivoisement lorsque nous la retrouvons.

Elle semble régulièrement **apeurée** et inquiète. Une tour de kapla qui s'effondre, une roulade à effectuer à l'envers, tout ce qui est inattendu, ou qui pourrait la mettre en difficulté, provoquent un **arrêt** momentané de ses mouvements et elle affiche alors de grands yeux inquiets. Avec une prise en compte de son vécu et des encouragements, elle peut repartir dans l'exploration proposée.

Elle se saisit, par ailleurs, de l'espace de thérapie psychomotrice qui lui est proposé en partageant son univers et certains de ses questionnements. Avec du soutien dans la verbalisation, elle nous raconte **ses peurs** : les squelettes qui n'ont pas de cheveux, les panthères noires, les garçons. Elle nous dit qu'elle « voudrait apprendre à être courageuse » et qu'elle grandit ; grandir c'est « colorier sans dépasser, s'occuper de sa petite sœur, protéger les plus petits que soi, manger toute seule à la cantine et apprendre ».

Sa maman explique qu'Anna aime venir en psychomotricité ; elle évoque la veille le rendez-vous à venir et elle lui raconte toujours ce qu'elle y fait. Lors d'un entretien avec la maman d'Anna, celle-ci nous explique qu'Anna est très vite **débordée** par ses émotions, face aux comportements des autres ou lors d'une confrontation à une difficulté. Pour exemple, lorsqu'Anna n'arrive pas à enfiler son pantalon, elle s'effondre en pleurs. Elle est très vite bousculée dans la gestion des liens avec les autres enfants (à l'école ou en relation avec ses cousins) ; elle pleure ou s'isole. Anna a d'ailleurs pleuré lors de cet entretien sans parvenir à mettre des mots sur ce qui la débordait.

Il me semble qu'Anna vient convoquer la petite fille en moi ; son attitude corporelle « me traverse le corps », réveille ma mémoire corporelle (Potel, 2015). Elle convie en moi des **mouvements de protection** et une certaine **retenue**. Je remarque, lors de mes premières séances avec elle, que lorsque nous jouons je maîtrise ma voix pour qu'elle reste douce et je retiens des enjeux trop pulsionnels dans mon jeu, par peur de la brusquer. Néanmoins, il se dessine régulièrement sur le visage d'Anna une certaine malice et un **plaisir à jouer ensemble** qui offre un **passage** vers la créativité, l'invention et l'imagination, qui nous permet de **mettre du jeu dans son corps** et dans nos relations.

## B. Des éléments de son histoire

Les données concernant l'histoire d'Anna, son anamnèse et les éléments du bilan psychomoteur qui suivront ont été recueillis auprès de ma tutrice de stage et dans le dossier patient du CMPP.

Anna est l'aînée d'une fratrie de deux enfants (sa petite sœur a un an). Le couple parental est séparé. Elle est décrite par sa mère comme une petite fille discrète, qui parle peu, pas très à l'aise sur le plan corporel (chutes fréquentes, manque d'adresse).

Il est rapporté par la maman d'Anna que la grossesse s'est bien passée mais que l'accouchement a été déclenché en urgence à 37 semaines pour une insuffisance hépatique de la mère. Anna est décrite comme un bébé **calme**. Elle est **hypertonique** au niveau des jambes et cherche rapidement à se mettre debout. Le quatre-pattes a lieu dès quatre mois et demi. Elle tient debout à six mois et marche à un an. Anna est allaitée jusqu'à ses un an. Le **sevrage** motivé par la prise d'un traitement médicamenteux de la mère est décrit comme **difficile** pour Anna. La crèche démarre à l'âge de vingt mois. La propreté est acquise à deux ans mais Anna souffre régulièrement de **constipation**. L'arrivée de la petite sœur a été compliquée pour Anna qui aurait fait beaucoup de **colères** dès la grossesse de sa mère. Ce qui ne serait plus le cas actuellement.

## C. Son bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur d'Anna a été réalisé à la fin de l'année 2017. Anna a alors trois ans et demi. Elle est en petite section de maternelle et elle commence apparemment tout juste à s'y intégrer. Le bilan a lieu sur deux séances à une semaine d'intervalle. Anna est accompagnée de sa maman aux deux rendez-vous. Nous en voyons ici un résumé.

Anna durant le bilan reste toute intimidée, elle ouvre de grands yeux et porte ses doigts dans la bouche. Elle répond à quelques questions par des hochements de tête. La séparation d'avec sa maman, au moment de la passation des épreuves, est redoutée mais possible.

Anna est coopérante et **engagée** dans la relation tout en restant **réservée**. Elle participe aux items proposés en restant relativement silencieuse avec beaucoup

de **prudence** et une certaine **lenteur**. Elle s'appuie beaucoup sur la stagiaire présente et l'imite.

Son niveau d'acquisitions psychomotrices dynamiques est fragile ; les équilibres sont précaires et le repoussé du sol insuffisant. Les coordinations de gestes sont appliquées et efficaces mais manquent de fluidité. Les réactions toniques et syncinésies sont anormalement nombreuses au cours des réalisations et des manipulations. L'intégration du schéma corporel est correcte pour son âge. Le prégraphisme est adapté pour son âge, mais la pression sur l'outil scripteur est très légère et le tracé tremblant. Le mutisme n'est pas retrouvé dans le cadre de ces rencontres même si Anna reste majoritairement silencieuse.

En conclusion, nous pouvons dire que le bilan ne met pas en avant de retard dans les acquisitions psychomotrices. Néanmoins il souligne des **assises psychomotrices** globalement **fragiles**, un manque d'assurance et un investissement très prudent de l'environnement et des expériences psychomotrices. Une proposition de thérapie psychomotrice est faite à Anna afin de renforcer ses acquisitions et ses assises psychomotrices et de la soutenir dans son intégration sociale.

#### D. Illustration de sa dynamique psychomotrice

Dans cet extrait, d'une séance de septembre 2019, Anna choisit de construire un château avec des lego. En appui sur nos questions (de la psychomotricienne et de moi-même) elle nous raconte que c'est l'histoire d'une princesse et de ses amis les animaux. Ils habitent tous ensemble dans un château. Un lion apparaît rapidement dans l'histoire ; un lion qui veut dévorer les habitants du château. C'est Anna qui joue les différents personnages en lego de l'histoire. Notre étayage consiste ici à soutenir la narration et le déroulement de l'histoire ; nous pourrions dire à mettre du jeu dans ce qu'Anna construit.

J'ai choisi cet extrait car il me semble qu'il illustre le manque d'appuis psychocorporels internes d'Anna, qu'elle vient mettre en représentation dans une construction hermétique. Il montre aussi comment les aspects pulsionnels sont recherchés et mis à distance. Il me semble que cela illustre la façon dont Anna retient ses élans et des impulsions, au risque que rien ne puisse se jouer (nous sommes ici présentes, ce qui apporte davantage de jeu dans son histoire. Sans cela,

Anna peut donner l'impression de manquer de richesse imaginative, qui semble plus retenue qu'inexistante).

*Anna est assise, les jambes repliées sous elle. Elle a demandé les lego et construit à présent des murs. Son rythme est lent et il faut lui poser plusieurs questions pour comprendre qu'elle souhaite construire un château. Son histoire se construit au fur et à mesure de nos questions et de ses trouvailles dans la boîte des lego. Il s'agit donc du château de la princesse et progressivement de celui aussi des amis- animaux de la princesse. Anna construit un bloc de lego qu'elle veut fermer par-dessus pour constituer le toit. Nous lui proposons de créer une porte (un espace qui permet une circulation entre le dedans et le dehors) afin que la princesse et les animaux puissent entrer dans le château. Anna est d'accord ; nous installons une porte. Anna fait entrer en scène un lion. Un lion qui veut attaquer les habitants du château pour apaiser la faim qui tenaille son estomac. Dans ce château, sorte de cube très hermétique et face à un lion qui pousse des rugissements dignes d'un lionceau, la princesse a peu à craindre pour sa survie. Nous intervenons dans l'histoire pour jouer la satisfaction des animaux et de la princesse d'être bien en sécurité. Mais Anna tient à faire entrer le lion dans le château, sans savoir comment s'y prendre (aucune faille dans la construction et un lion peu intimidant). Sonner à la porte ne fonctionne pas ; les animaux n'ont pas l'intention de lui ouvrir. Je lui propose une idée : si le lion veut vraiment entrer, il peut peut-être se déguiser afin de tromper la princesse et les animaux. Anna est d'accord. La psychomotricienne sort de la pâte à modeler pour la réalisation du costume. Nous formons un costume d'éléphant, modèle de déguisement choisi par Anna. Lorsque le lion, déguisé en éléphant, sonne à la porte du château, les animaux et la princesse le laissent entrer. Le lion dévoile son identité. Malheur. Nos cœurs battent la chamade, le suspens est à son comble, nous nous préparons à un carnage ! Dans un élan commun, la psychomotricienne et moi-même mimons les animaux et la princesse qui hurlent « au secours ». Mais Anna garde toute tranquillité puisqu'elle décide que tous les protagonistes de l'histoire deviennent amis. Patatra, notre espoir d'un lion dévorateur s'effondre. Nous tentons de comprendre : « Mais... et le lion qui a faim et qui a cherché à tromper les animaux pour les dévorer, comment peuvent-ils devenir amis ? » En guise de réponse, Anna construit une piscine en dehors du château, grâce au costume éléphant du lion - qui est alors définitivement mis à nu - : « ben, ils jouent dans la piscine ».*

## II. Edison ou l'excès de mouvements

Edison est âgé de cinq ans et demi lorsque je le rencontre. Il est en grande section de maternelle. Edison a été orienté sur le CMPP par l'école pour des **difficultés d'écoute**, une certaine **nervosité** et **agressivité** devant la moindre **frustration** (un comportement déjà signalé en crèche). Le bilan psychomoteur datant de mai 2018 préconise un suivi pour cet enfant mais des difficultés d'accompagnements ont empêchés sa mise en place durant cette période. Le travail individualisé en psychomotricité a pu s'installer à partir du mois de décembre 2019. Edison est accompagné au CMPP une fois tous les quinze jours par une éducatrice (qui intervient dans la cadre d'une mesure éducative). Les séances où cela n'est pas le cas, Edison est souvent absent. Pour cet enfant, le médecin psychiatre évoque un diagnostic de **trouble hyperkinétique**.

### A. Présentation d'Edison

Edison se présente comme un petit garçon attachant, **souriant** mais **agité**. Dans la salle d'attente, il **se disperse** : il utilise une chaise pour chacun de ses cahiers d'école, une pour sa veste et une pour son sac. Durant les séances, Edison se montre assez **impulsif** ; j'ai le sentiment de devoir être sur le qui-vive en permanence et de m'apprêter continuellement à devoir le rassembler et le contenir.

Lorsqu'il arrive en salle de psychomotricité, en s'installant au bureau, il attrape de manière compulsive tout ce qui se présente devant lui (feuilles, crayons, trombones, jeux laissés, ...). Edison parle beaucoup, de manière fébrile et avec tout son corps. Par moments, il **bégaie** tellement il s'empresse. Malgré cette agitation et cette apparente dispersion, Edison montre de bonnes capacités d'apprentissage (il peut tout en parlant et en bougeant beaucoup, dessiner, assembler, imaginer, ...). Edison se montre assez **exigeant** dans ses productions et il supporte difficilement de ne pas réussir. Il demande à faire seul, veut faire plusieurs fois, et il montre de l'impatience rapidement. Il semble qu'Edison est un important besoin de **contrôle**.

A la fin des séances, au moment de nous dire au-revoir, après nous avoir serré la main, Edison se jette dans nos jambes pour nous faire un câlin. Les séparations sont possibles mais provoquent de l'émotion.

Il me semble qu'Edison vient convoquer mon cadre interne, mes capacités à être **contenante**, à **supporter** et à soutenir une transformation. Je suis toujours un peu inquiète qu'il déborde et qu'il y ait un « point de non-retour » dans son excitation. En même temps son empressement, son envie débordante et ses demandes d'essayer et de s'y appliquer avec détermination, sont touchantes. Je suis très attentive à l'habileté de la psychomotricienne d'accueillir et de cadrer avec douceur et fermeté.

## B. Des éléments de son histoire

Les données concernant l'histoire d'Edison, son anamnèse et les éléments du bilan psychomoteur qui suivront ont été recueillis auprès de ma tutrice de stage et dans le dossier patient du CMPP.

Edison est fils unique d'un couple séparé. La mère a une fille aînée d'une autre union, restée en Guinée. Edison vit seul avec sa mère.

Edison est né prématurément à huit mois de grossesse, avec un poids de naissance de deux kilogrammes. Des difficultés respiratoires sont évoquées et une hémorragie à la délivrance a eu lieu. L'accouchement se fait par voie basse mais la mère est séparée d'Edison les trois premiers jours. Ils sortiront de la maternité à J+10. Il n'y a pas d'allaitement mais la mère tire son lait le premier mois. Edison souffre de **coliques** et de **régurgitations** durant la première année. Le sommeil et l'alimentation s'améliorent ensuite. La mère décrit un **bébé très tonique**, en bonne santé générale. Edison est gardé en crèche à partir de six mois. Après un passage à quatre pattes, il a marché dès neuf mois et le langage est apparu également tôt. La propreté est acquise avant l'entrée en maternelle. Edison n'avait pas de doudou mais une tétine jusqu'à ses trois ans. L'entrée à l'école s'est bien passée. Des difficultés sont apparues depuis. La mère parle d'un enfant « **inépuisable** », sociable mais rapidement dans la confrontation, **intolérant à la frustration**. Les sorties à l'extérieur de la maison sont apparemment très difficiles.

### C. Son bilan psychomoteur

Le bilan d'Edison a lieu en mai 2018 ; il est alors âgé de quatre ans. Le bilan est réalisé sur deux séances à une semaine d'intervalle. Edison est accompagné de sa mère pour les rendez-vous. Nous en voyons ici un résumé.

Il faut rassurer Edison pour qu'il accepte de venir dans la salle de psychomotricité mais une fois dans la salle il est **difficile** d'en partir, de **se séparer**. Edison réagit très vivement lors des deux fins de séances de bilan (colère et pleurs).

Durant le bilan, en présence de la mère, Edison essaye rapidement de rentrer dans l'exploration de la salle et du matériel. Il accepte malgré tout de venir s'asseoir aux côtés de sa mère au début pour entreprendre un dessin. Il réalise son dessin avec application (sa maman) puis se lève vers le gros ballon, puis vers les tiroirs qu'il ouvre spontanément. Il essaye de sortir de la salle pour aller voir dans les autres bureaux. Son **exploration** est **solitaire** et **ne tient pas compte de la permission** ou non des adultes. Il faut intervenir et aller le chercher pour qu'il revienne. Très fâché, il chiffonne son dessin et le jette à la poubelle. La psychomotricienne parvient à le calmer en démarrant la passation après le départ de la mère.

Seul, Edison se montre très **enthousiaste** et **participatif**. Il exécute certaines consignes spontanément ou sur démonstration. Très joueur et probablement dans une certaine **maîtrise**, Edison veut refaire sur la psychomotricienne les propositions qu'elle lui fait. Il refuse d'être aidé s'il ne parvient pas à la réalisation d'une consigne. Il s'empare du matériel très librement et a parfois **des difficultés à attendre** les explications ou à accepter le refus ou de différer. Il réagit vivement, boude (« c'est pas juste, je ne veux plus jouer avec toi »), tape (lève la main sur la psychomotricienne, jette les chaises ou chaussures au travers de la pièce). Les réactions tonico-émotionnelles sont très démonstratives.

Au niveau de la motricité globale, Edison est à l'aise sur le plan dynamique. Les praxies courantes (marche, course, saut) sont adaptées pour l'âge. Les équilibres statique et dynamique sont corrects. Les capacités de coordination et de dissociation doivent se renforcer. L'examen du tonus et la présentation d'Edison révèlent un **niveau tonique soutenu**. Au niveau de la motricité fine, la dextérité et l'agilité sont adaptées pour son âge. La prise de l'outil scripteur et la pression réalisée sur la feuille sont adaptées. L'épreuve des somatognosies montre une connaissance encore basique des différentes parties du corps, les jambes se confondent avec les pieds et les bras avec les mains.



En conclusion, Edison montre un bon niveau d'acquisition psychomotrice pour son âge et de compréhension. Sa **difficulté** réside essentiellement à **supporter la frustration, la limite, l'attente**. La **question de la séparation** paraît centrale. Un suivi individuel en psychomotricité pourrait permettre de travailler autour des enveloppes et de la contenance corporelle afin d'aider Edison à se sécuriser et à mieux accepter les limites.

#### D. Illustration de sa dynamique psychomotrice

Dans cet extrait, d'une séance de janvier 2020, Edison se met en colère parce qu'il n'est pas satisfait d'un dessin qu'il a réalisé. Il semble que cet extrait illustre d'une part la suractivité d'Edison et un manque de limites internes (il s'empare du matériel, s'agite de manière verbale et motrice, montre de l'impulsivité), d'autre part, sa difficulté à supporter la frustration et un besoin de contrôle.

*Edison entre dans la salle en sautillant et en parlant. Il se souvient que les séances commencent par un temps au bureau (moment durant lequel la psychomotricienne prend des nouvelles de l'enfant, propose que nous nous remémorions la séance précédente et que nous choisissons ce que nous allons faire lors de cette nouvelle séance). A peine installé au bureau, Edison attrape un trombone, ouvre de petits tiroirs, trouve la petite chaussure pour apprendre à faire les lacets, puis s'empare des feuilles qu'il trouve sur la table. Il veut alors faire un dessin. La psychomotricienne lui demande de nous expliquer ce qu'il veut dessiner avant de lui donner des feutres. Edison s'impatiente, il veut les crayons. La psychomotricienne lui réexplique qu'il faut qu'il décide avant de ce qu'il veut faire. Edison dit qu'il veut dessiner une princesse. Nous choisissons nous aussi ce que nous allons crayonner pour accompagner ce temps de dessin. Chacun dispose d'une feuille pour dessiner. Edison commence la représentation de sa princesse, tout en gigotant (à genoux sur chaise, puis debout par terre, puis à nouveau assis). Il nous explique ce qu'il fait tout en dessinant : une grande robe bleue, des pieds, un visage souriant et de longs cheveux dorés. Mais cela ne lui va pas. Edison dit que son dessin est moche, il essaye de le froisser, retenu par la psychomotricienne. Il s'en saisit alors et le jette par terre. Je le ramasse et lui demande ce qui ne va pas sur ce dessin. Les cheveux ne conviennent pas. Edison a les bras fermés, le visage boudeur et*

*en colère. Nous tentons de l'aider à reprendre le dessin, redoublons d'ingéniosité pour lui proposer de transformer les cheveux, dessiner un autre dessin au dos de la feuille, échanger nos feuilles, ... mais « non, non et non », le dessin est jeté par terre, rejeté.*

Ce second chapitre, de la partie clinique, nous a permis d'illustrer la dynamique psychomotrice d'Anna et celle d'Edison. Anna est suivie en psychomotricité pour une inhibition psychomotrice. Son bilan psychomoteur souligne des assises psychomotrices fragiles. Edison est quand à lui suivi pour une agitation psychomotrice. Son bilan psychomoteur indique des difficultés en lien avec les limites et la frustration. Ces enfants apparaissent à première vue très différents. Pour autant, leurs symptômes psychomoteurs pourraient être le signe commun d'un manque d'appuis psychocorporels et leur dynamique psychomotrice semble pour eux deux entravée par un fonctionnement symptomatique.

## PARTIE THEORIQUE

---

Dans cette partie théorique nous allons considérer, dans un **premier chapitre**, le mouvement, son lien avec la dynamique psychomotrice du sujet comme élan vital et son inscription dans l'évolution du sujet.

Dans un **deuxième chapitre**, nous allons observer que les symptômes psychomoteurs d'inhibition et d'agitation psychomotrice peuvent être le signe d'un manque de sécurité interne. Lorsque le sujet n'a pas suffisamment intégré d'appuis psychocorporels il peut avoir l'impression d'être débordé par l'angoisse. Des mécanismes de défense peuvent alors se mettre en place. Nous verrons comment, s'ils sont trop envahissants, ils peuvent entraver la dynamique psychomotrice du sujet.

Nous aborderons la notion d'appuis psychocorporels et déploierons quelques concepts qui y sont rattachés (importance du portage, la fonction tonique et le dialogue tonico-émotionnel, l'intégration de l'enveloppe et des limites).

Dans un **troisième et dernier chapitre**, nous nous intéresserons à l'expérience corporelle en thérapie psychomotrice. La thérapie psychomotrice se propose de rencontrer le sujet dans son corps. Les expériences corporelles sont un support pour le remaniement de la dynamique psychomotrice du sujet. Elles prennent forme en relation, au travers de médiations et d'invitation à la modulation corporelle. Le psychomotricien s'implique corporellement et psychiquement et déploie des possibilités d'ajustement psychocorporel aux besoins du patient. Il s'engage aussi dans une fonction contenante et limitante sur laquelle le patient peut prendre appui.

A certains endroits, durant la partie théorique, des références à Anna et Edison seront mentionnées, elles seront encadrées dans des zones de texte afin de les différencier des apports théoriques.

# Chapitre I : Mouvement dans la dynamique psychomotrice

Quelles définitions pourrions-nous donner au mouvement et à la dynamique ? En quoi le mouvement est-il au plus proche de la notion de vie ? De quelle manière est-il inscrit dans l'évolution du sujet ?

## I. Définitions

### A. Mouvement

Le mouvement peut être défini largement comme le « *Déplacement (d'un corps) par rapport à un point fixe de l'espace et à un moment déterminé.*<sup>1</sup> » Le mouvement s'apparente donc à une **modification**. Il recouvre des notions spatiales et de temps.

Selon différentes acceptations, il est défini comme un **déplacement**, une **action**, une modification. Il peut donc être rapproché du **changement**, de l'**évolution**, de la transformation.

Sur le plan physiologique, le mouvement est la résultante de la contraction musculaire. Le muscle travaille toujours en relation (et contre) un minimum de résistance externe (par exemple la gravité) ou interne (tonicité des muscles antagonistes) et en synergies dans des « dynamiques de groupe » (Scialom et al., 2015).

### B. Dynamique

La dynamique est relative à la **force**, au **mouvement**, à l'énergie, à l'**évolution**<sup>2</sup>. Ainsi, selon ces définitions, considérer un **individu** dans une dynamique c'est considérer qu'il est **en mouvement**, qu'il **évolue** en permanence.

---

<sup>1</sup> Source CNRS, URL : <https://www.cnrtl.fr/definition/mouvement>, consultée le 16.04.2020

<sup>2</sup> Source Larousse, URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dynamique/27078>, consultée le 16.04.2020

## II. Mouvement et vie

« *Dancez, dancez, sinon nous sommes perdus* » disait la chorégraphe Pina Bausch<sup>3</sup> : mettre en mouvement son corps pour que la vie se mette en mouvement.

Il existe un rapport très fort entre mouvement et vie. En effet, « *il n'y a pas de vie sans mouvement, et l'arrêt de son mouvement propre pour toute matière vivante, c'est la mort* » (A. Lapiere et B. Aucouturier cités par Margot Fréret, 2016 p. 40). Le mouvement est donc le **propre du vivant**. Il permet de **se sentir exister**, se sentir **présent dans le temps et l'espace**.

Dans la perspective de Spinoza, l'homme est une puissance d'exister et c'est la pulsion de vie qui est l'affect primaire. La pulsion de vie est pour lui un « effort pour préserver son être ». Le terme d'effort souligne le dynamisme qui habite chaque sujet et qui est une affirmation active de son existence (Scialom et al., 2015).

Nous pouvons aussi relier ici la pulsion de vie à l'idée d'élan vital (terme de Bergson qui caractérise une tendance créatrice de la vie).

Le mouvement induit également dans ces évolutions et ces modifications psychocorporelles, une instabilité, qui entraîne un **besoin d'équilibration**, auquel le sujet doit trouver une **réponse psychomotrice**.

Au terme *réponse psychomotrice*, nous pourrions attacher le terme d'*acte psychomoteur*. « **L'acte est un engagement du corps, créatif, qui engage la personne dans ses sensations, ses perceptions, dans toute sa globalité « psychomotrice ».** » (Potel et al., 2013, p. 20) et qui pourrait fournir une réponse garantissant le maintien de l'équilibre psychomoteur dans une dynamique d'évolution<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Source : <https://www.franceculture.fr/conferences/institut-francais-de-la-mode/pina-bausch-dancez-sinon-nous-sommes-perdus>

<sup>4</sup> Nous pourrions rapprocher cette notion d'équilibre à celle de l'équilibre sensori-tonique (A. Bullinger), qui serait comme une toile sur laquelle nous pouvons nous adosser. Celle-ci est étirée et maintenue par trois points de fixation : le milieu biologique le milieu physique et le milieu humain. Un bon équilibre sensori-tonique fournit la capacité de vivre des expériences sans se désorganiser émotionnellement. Plus les points sont solides et suffisamment éloignés, plus la surface d'équilibre est large et stable. (Cours de Meurin, B. (2019) « Option : Approche sensori-motrice ». Médecine Sorbonne Université, IFP de la Pitié- Salpêtrière).

L'homme dispose d'une manière spécifique de se donner un monde, d'y aller et venir, de produire son unité sans cesse menacée et à refaire, d'agir sur ce monde par sa motricité en se rapprochant et en s'éloignant de ce qui l'intéresse. **Sentir et se mouvoir** ne font qu'un ; ils sont une forme de **présence au monde** et déjà un mode d'**engagement dans l'action** (Robinson, 2014).

*« Nos façons d'être, de nous présenter, de ressentir, sont portées, façonnées et modulées par leur ancrage corporel [...] le corps [...] se construit dans l'échange, et la perception [...] c'est déjà agir, en se sens que c'est mettre en forme le corps, l'orienter et l'organiser »* (Lesage, 2017, p. 55).

Le **mouvement** est à la fois ce qui **signe la vie** et ce qui pousse le sujet à **évoluer** dans la **recherche d'un équilibre nouveau**. Il semble donc inhérent au sujet et **appui** de sa **construction** psychomotrice.

### III. Le sujet en mouvement

Le mouvement est **inscrit dans l'évolution** du sujet. *« À la naissance, le corps est là, informe et en formation et formule sa présence par le mouvement et l'agitation »* (Ajuriaguerra, 2008, p. 163)

Le sujet vient **se signifier par le mouvement**. En retour, le mouvement par les modifications de sensations qu'il produit, va stimuler la **perception** du sujet qu'il a de lui-même et de son environnement. Tout au long de la vie, connaître et ressentir son corps est un processus constant de renouvellement et de mouvance qui construit l'identité corporelle<sup>5</sup>.

Dans le **développement psychomoteur** de l'enfant, le mouvement s'enrichit, se contrôle, s'automatise (en suivant les lois céphalo-caudale et proximo-distale), il répond à une nécessité et permet à l'enfant de se construire et d'évoluer.

Le **développement de la motricité soutient une exploration de soi-même et l'exploration de l'environnement**. Dans l'acte moteur, le vécu de la perception et des sensations permet l'élaboration du sentiment de soi.

---

<sup>5</sup> Cours de Duvernay, J. (2018). « Psychomotricité et construction psychocorporelle ». Médecine Sorbonne Université, IFP de la Pitié- Salpêtrière.

« Le corps, dans le mouvement, dans les expériences, dans l'activité sensorimotrice, permet à l'enfant de découvrir, d'assouvir sa curiosité, de prendre conscience d'un entourage avec ses aspérités et ses reliefs. [...] Le passage par le corps, et par l'acte, est nécessaire à la mise en place du langage et de la représentation. » (Potel et al., 2013, p. 22)

Ainsi le mouvement, le fait de se mouvoir, d'être en acte, permet au sujet de se développer en rapport à son propre corps et à l'environnement.

Nous pouvons souligner qu'A. Bullinger a contribué à montrer combien par le mouvement le bébé pouvait construire des représentations (notamment de son propre corps mais aussi de son environnement). « *La constitution de représentations plus ou moins stables de ces trois entités (le corps, l'objet représenté et l'espace) se réalise à travers des coordinations qui constituent une étape importante du développement* » (Bullinger, 2007a, p. 25). Le concept d'instrumentation décrit « *la manière dont le bébé parvient à faire de ses systèmes sensori-moteurs des outils qui lui permettent de comprendre et d'agir sur son milieu* » (Bullinger, 2007b, p. 49).

**Parfois le mouvement prend une inscription particulière dans le corps ; il se limite ou se fait trop présent. Il devient le symptôme d'une souffrance du sujet. Alors la dynamique (le mouvement, l'élan) du sujet dans sa globalité psychomotrice est entravée.**

## Chapitre II : Les symptômes psychomoteurs, quand la dynamique psychomotrice se désorganise

Comment les symptômes psychomoteurs sont-ils définis ? Comment pourrions-nous décrire l'inhibition psychomotrice et l'agitation psychomotrice ? Selon une lecture psychodynamique des symptômes, en quoi s'inscrivent-ils dans des mécanismes de défense ? En quoi les symptômes sont-ils le signe d'un défaut d'appuis psychocorporels ? Comment les appuis psychocorporels se construisent-ils dans le développement du sujet ? En quoi un fonctionnement psychomoteur marqué par des symptômes voit sa dynamique psychomotrice entravée ?

## I. Les symptômes psychomoteurs

« Les symptômes psychomoteurs comme une agitation psychomotrice, une incoordination psychomotrice, de la lenteur, une impulsivité, une indistinction droite – gauche, des syncinésies, un tremblement, etc. peuvent se retrouver dans une multitude de tableaux cliniques. » (Scialom et al., 2011, p. 258).

Ils sont des signes ; nommés indices subjectifs lorsqu'ils sont fournis par le patient ou manifestations objectives lorsqu'ils sont observés par le soignant et ils sont l'indication d'un trouble éventuel (*Ibid.*, 2011).

Les symptômes psychomoteurs peuvent **entraver le fonctionnement global** de l'individu (comme dans les pathologies lourdes organiques ou génétiques, les organisations de la personnalité du côté de la psychose, de l'autisme, ...) ou **toucher le fonctionnement psychomoteur du sujet** sans en entraver tous les secteurs.

Dans ce dernier cas, **selon une lecture psychodynamique des troubles**, nous pourrions dire que **les symptômes s'inscrivent dans des mécanismes de défenses** du sujet ; ils ne sont pas isolés du fonctionnement global de la personnalité et ils désignent une souffrance, un mal-être chez le sujet (Potel, 2019).

Les mécanismes de défense sont une protection de l'individu face à un danger qu'ils tentent de maîtriser, de contrôler, de canaliser.

Ils sont nombreux et variés. Ce terme peut-être utilisé dans des acceptations un peu différentes ; d'une manière générale il peut définir l'ensemble des processus défensifs de la psyché (Anzieu et al., 2003).

L'**inhibition** et l'**agitation** psychomotrices présentées par Anna et Edison sont les **symptômes** pour lesquels ils viennent consulter au CMPP. Éléments présentés comme générant **une souffrance** et des **difficultés d'adaptation et d'intégration dans leurs environnements sociaux**.

Ces symptômes appartiennent aux symptômes psychomoteurs décrits plus haut. Ils pourraient être considérés comme les versants d'une même pièce car ils concernent tous les deux **le mouvement psychomoteur du sujet** ou plutôt sa **façon d'être en mouvement**. Ils sont par ailleurs reliés par le **couple inhibition/impulsion**.



L'**inhibition** est un mécanisme adaptatif qui **réfrène**, suspend, **retient** (Larousse, s. d.-b).

Elle permet l'**ajustement** du couple impulsion/inhibition qui autorise le mouvement et l'action. Elle permet l'attention sélective, la flexibilité mentale, un contrôle des pulsions et autorise l'ajustement anticipatif d'un comportement ou d'une action.

L'**impulsion** est une poussée (Larousse, s. d.-a), un **élan**, qui permet l'action.

Cet élan **doit être régulé** par les mécanismes d'inhibition pour permettre l'adaptation des fonctionnements et des comportements de l'être humain à des contraintes tant intrinsèques qu'extrinsèques.

L'**inhibition** devient **pathologique** lorsqu'elle est en **proportions insuffisantes ou excessives** et à partir du moment où elle **entrave** le bon développement (psychique, moteur, biologique) d'une personne et se **répercute** dans sa **vie** quotidienne.

## II. L'inhibition psychomotrice d'Anna

L'inhibition excessive est généralement décrite comme un **ralentissement du rythme** et un **hypercontrôle** des **mouvements** et de la **parole**.

Il y a une **retenue globale** de la personnalité et une **mise en réserve des potentialités** qui aboutissent à une **diminution des moyens** dont le sujet dispose pour faire face à une situation<sup>6</sup>.

La sphère motrice est peu investie ; il y a **peu de mouvements spontanés**, des gestes maladroits, des **difficultés à engager le corps** dans l'action et à faire preuve d'initiative motrice. Il y a une lenteur et une retenue du geste. L'inhibition limite l'expression libre et la créativité. Il est souvent observé des **réactions de prestances**.

---

<sup>6</sup> Cours de Renault- Dulong, A. (2019). « *Sémiologie : Inhibition* ». Université Médecine Sorbonne, IFP de la Pitié Salpêtrière.

Dans l'inhibition psychomotrice, il y a quelque chose qui se ferme, un corps qui se recroqueville, qui semble se désarmer ou devenir hermétique dans un hyper contrôle du geste. Il y a une lenteur dans les gestes et les déplacements, comme si chaque mouvement trop brusque pouvait créer de l'effondrement ou un débordement.

S. Freud écrit au sujet des inhibitions « *qu'elles sont des limitations des fonctions du moi, soit par mesure de précaution, soit à la suite d'un appauvrissement en énergie* » (Freud, 1965).

Pour lui, l'inhibition est à mettre **en lien avec l'angoisse**.

Le processus de défense face à l'angoisse, qui est un vécu de danger, est comme une tentative de fuite et une répression de pulsions, qui aboutissent à une restriction de l'organisation du sujet et à la formation de symptômes.

Pour C. Chiland, « *l'inhibition peut être nommée symptôme dans la mesure où elle tente comme le symptôme, d'éviter la survenue de l'angoisse* » (cité par Guilleminot & Crombez, 1989, p. 62)

Le corps d'Anna semble refermé sur lui-même. Son rythme corporel est lent et chacun de ses gestes sont maîtrisés. Elle présente des réactions de postures ou gestuelles (cache ses mains dans ses manches, mange son pull). Elle dit souvent qu'elle ne sait pas ou elle n'ose pas se lancer dans une activité motrice ; elle réfrène son investissement dans l'action. Elle est en ce sens limitée dans son expression corporelle et verbale.

### **III. L'agitation psychomotrice d'Edison**

Dans la littérature scientifique, l'agitation psychomotrice se décline sous différentes notions : hyperkinésie, impulsivité, instabilité, hyperactivité.

Les difficultés de contrôle de l'impulsion se traduisent par une agitation, une instabilité, un besoin de mouvement permanent (Albaret et al., 2018).

M. Berger explique qu'il y a plusieurs hypothèses actuelles (génétiques, neurophysiologiques, psychodynamiques) sur ce trouble du mouvement. Cependant, « *aucune de ces théories ne semble permettre de saisir l'ensemble de la clinique et*

*des processus psychiques observés chez l'enfant instable, [...] étant donné le polymorphisme des situations cliniques » (Berger, 2013, p. 18).*

Pour F. Giromini et M. Coutolleau « *l'hyperactivité peut se manifester par une suite continue de petites activités que le sujet peine à mener à terme et qui se succèdent au rythme d'une **impulsivité motrice difficile à contenir**. L'agir est continu. Le sujet semble vouloir fuir ce temps de latence qui pourrait prendre place entre deux occupations. Ce profil psychomoteur est fréquemment accompagné d'une forme d'**anxiété** » (Pireyre, 2015, p. 296).*

C. Potel (2019) explique que cette agitation exprime un débordement d'excitation, qui passe par l'acte à la place de la pensée, d'un processus d'élaboration et de représentation. **L'angoisse** créée par ce débordement est **évacuée par l'agitation**.

S. Miglioranza (2006) explique que les enfants qui sont dans le registre de l'instabilité psychomotrice sont comme dépassés par l'espace qu'ils ne peuvent pas organiser.

Le **manque de limites** internes et externes de ces enfants fait que dans leurs jeux tout est dans l'action et « *dans un certain rapport de force : l'enfant exprime par cette suractivité une demande informulée de contenant* » (*Ibid.*, p. 105). L'agitation psychomotrice est pour elle une posture qui montre et cache à la fois une incapacité à gérer le jaillissement pulsionnel.

Edison montre de l'impulsivité ; il enchaîne les activités motrices jusqu'à qu'une limite extérieure vienne border, pour un temps, son mouvement. Il se précipite aussi bien dans ses gestes qu'au niveau verbal. Il explore les différents espaces du CMPP comme pour en trouver les contours. Il semble disperser ses affaires à l'image de sa propre difficulté à limiter et à contenir.

## IV. Anna et Edison, quand les appuis psychocorporels font défaut

Comme expliqué précédemment (I. Les symptômes psychomoteurs), nous proposons une lecture du symptôme psychomoteur comme inscrit dans un processus de défense.

Dans cette logique, nous inscrivons l'inhibition et l'agitation psychomotrice d'Anna et d'Edison dans cette continuité.

Ce que nous pouvons noter de commun à l'inhibition et l'agitation psychomotrice (au-delà de leur attache au mouvement) est la **présence** d'une anxiété ou **d'une angoisse** et d'une tentative de la contrôler et de la fuir.

Cette angoisse pourrait venir signer un **manque de sécurité interne**.

### A. L'angoisse et un manque de sécurité interne

Le mot **angoisse** vient du latin « *angustia* »<sup>7</sup> qui signifie **resserrement**, qui peut faire référence à une sensation corporelle d'oppression.

L'angoisse accompagne la vie humaine et elle n'est pas un signe pathologique en soi.

La capacité à la ressentir et à la supporter, sans se désorganiser et chercher à la supprimer absolument, est même un indicateur d'une suffisante santé psychique.

L'angoisse possède une fonction d'alerte pour prévenir des dangers auxquels le sujet peut-être confronté. Elle se distingue de la peur et de l'effroi par la nature du danger qu'elle prévient ; elle est ressentie face à un danger interne (Roussillon et al., 2014).

Il y a « *autant de formes d'angoisses que de sujets angoissés* » écrit A. Ferrand (*Ibid.*, p. 219), même si trois formes d'angoisse peuvent être décrites en psychopathologie clinique : primitives, différenciation/séparation, différence des sexes.

---

<sup>7</sup> <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/angoisse>

Concernant Anna et Edison, il est intéressant de noter un parallèle entre ces deux enfants. Le bilan psychomoteur d'Anna indique une inhibition psychomotrice et le diagnostic mentionné par le psychiatre est un trouble de l'angoisse de séparation. Pour Edison, le bilan psychomoteur note la question de la séparation comme centrale et le diagnostic évoqué par le psychiatre est un trouble hyperkinétique.

Aussi, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'à des endroits différents, la question de la séparation est compliquée pour eux mais plus largement nous pourrions proposer l'idée que ce serait un **manque de sécurité interne et d'appuis psychocorporels** qui ferait défaut dans la gestion de l'angoisse.

Les appuis sur lesquels ils pourraient s'étayer pour faire face à l'angoisse ne seraient pas suffisamment solides.

La manifestation de **ce possible défaut d'appuis se déployant par l'inhibition ou l'agitation**, dans des formes de mouvement différentes.

En lien avec les anamnèses d'Anna et Edison, nous pourrions émettre l'hypothèse qu'un manque d'appuis psychocorporels était déjà présent dès leurs premiers mois (lorsqu'ils étaient bébés, notamment pour Edison). En effet, Anna et Edison sont chacun décrits comme des bébés hypertoniques, ayant marché très tôt, avec pour Edison des manifestations somatiques (régurgitations, coliques).

Cette manière d'être au monde et dans leur corps peut être une tentative de venir pallier un sentiment de sécurité interne insuffisant, le sentiment angoissant de ne pas être suffisamment tenu et porté, psychiquement et corporellement.

C. Potel (2015) explique – en appui sur les travaux de D. Winnicott – qu'une étape essentielle pour l'enfant est la capacité d'être seul en présence de l'autre.

Cette étape précède celle de l'acceptation de sa solitude et de sa finitude. L'enfant doit progressivement (à partir de deux – trois ans) apprendre à faire l'expérience d'une solitude partagée, d'une solitude en présence d'un autre ; c'est-à-dire qu'il soit capable de jouer, de se concentrer, d'être présent à soi, sans se confondre avec l'autre. Il faut qu'il y ait dans cet espace partagé, en proximité et à distance, une place pour chacun.

Le déploiement d'une pensée autonome, individuée, ne peut exister sans un espace contenant/contenu, un dedans/dehors délimité.

*« Si l'enfant peut faire cette expérience de solitude « partagée », c'est parce qu'il a eu en quantité et en qualité « assez de l'autre », qu'il a intégré, qu'il a puisé **des réserves d'appuis**, cette réserve constituant le **socle de sa sécurité interne** et de sa continuité » (Ibid., p. 186).*

Ainsi **plus les appuis sont solides** au mieux **les évènements de la vie**, les émotions, les conflits, les chagrins, les joies, **pourront se déployer** sans la crainte d'un effondrement interne.

## B. Des appuis psychocorporels fragiles, quelques apports théoriques

Plusieurs auteurs ont théorisé à ce sujet ; leurs travaux sont riches et nombreux. Dans l'optique d'éclairer la problématique de mon écrit, je ne présenterai que certaines de ces notions. Les écrits montrent combien la notion d'appui est fondatrice dans l'évolution psychomotrice et dans toutes les étapes de la vie.

La notion d'appui renvoie à la notion de sécurité corporelle et psychique.

### a. *L'importance du portage*

Le bébé confronté à la pesanteur doit se sentir porté et contenu. Avant de pouvoir se tenir, il a d'abord besoin d'être tenu.

Selon D. Winnicott (Lefèvre, 2011), la constitution du Moi de l'enfant dépend du holding et du handling parental.

Le **holding** fait référence aux comportements de maternage et au **portage** ; à la manière dont l'enfant est **tenu, porté, soutenu** tant **physiquement** que **psychiquement**, par sa mère ou toute autre figure qui occupe une « fonction maternante ».

Ainsi, le holding fait partie des besoins de base de l'enfant ; il permet au bébé de faire l'**expérience de la sécurité** et il joue un **rôle de pare-excitation** pour celui-ci.

Le concept de pare-excitation est utilisé par Freud pour désigner une fonction qui protège l'organisme des excitations provenant du monde extérieur.

Quant au **handling**, c'est une notion qui décrit la façon dont la mère **aborde** et **manipule** le corps de son bébé.

Le handling constitue également un élément essentiel de la construction de l'individu car il permet au bébé de ressentir le **sentiment d'un corps unifié** grâce à des soins corporels adaptés.

S. Robert-Ouvray (2007a) développe la notion de **holding moteur** pour décrire l'ensemble des **situations relationnelles** mettant en jeu les corps moteurs du bébé et de sa mère.

Nous pourrions dire que le holding moteur est la façon dont le parent offre un **maintien corporel** (dans toutes les dimensions du système sensoriel de base proprioceptive) adapté au besoin du bébé.

Il est un **support** du **processus d'intégration** et de la **communication émotionnelle**.

#### ***b. Une fonction tonique opérante grâce à un dialogue tonico-émotionnel de qualité***

Le tonus est « *un état de tension active, permanente, involontaire* » (Scialom et al., 2015, p. 161) qui varie en fonction de l'état de vigilance, des émotions et des actions volontaires ou involontaires, automatiques ou réflexes, qui l'augmente ou le diminue. Il constitue la trame-support de l'existence. Dans son lien avec la proprioception, le tonus participe à la sensation interne du corps propre, de la perception et de la conscience de soi. Nous pouvons alors parler de fonction tonique.

S. Robert-Ouvray (2007b) parle de la **double polarité psychocorporelle** comme d'une capacité du bébé à faire la différence entre les bonnes et les mauvaises sensations. De manière innée, l'enfant possède **deux positions toniques** globales : augmentation de la tonicité ou abaissement de la tonicité.

Cette capacité lui permet d'associer une tension à pôle agréable ou désagréable et d'y associer une tonalité affective et des représentations.

Le bébé perçoit la détente musculaire lorsqu'il est porté et associe cette détente à une sensation de plaisir et à un sentiment de sécurité. Il va alors diminuer ses propres tensions. A l'inverse, quand une sensation de déplaisir l'envahit (comme la faim) sa tension corporelle augmente.

L'état tonique du bébé lui permet d'exprimer sa vérité psychocorporelle et ainsi la personne qui prend soin de lui peut avoir une **représentation de son état psychocorporel** et y répondre. Grâce à ce moyen de communication par le tonus musculaire, l'enfant gagne en autonomie et un dialogue tonique va pouvoir se mettre en place avec un autre.

Le **dialogue tonique** est décrit par H. Wallon dès 1930 comme une communication non-verbale qui s'établit entre le nouveau-né et sa mère permettant des **ajustements corporels et posturaux interactifs** (Bachollet & Marcelli, 2010).

Dans le portage, la mère s'adapte à l'état tonique du bébé, puis elle apaise progressivement son tonus – ce que le bébé pourra alors suivre en abaissant son tonus – permettant ainsi au bébé de retrouver une sensation de bien-être. Le **sentiment de sécurité interne** s'étaye ainsi sur le dialogue tonico-émotionnel.

C'est en 1977 que J. de Ajuriaguerra approfondit le terme de dialogue tonique de H. Wallon en décrivant le **dialogue tonico-émotionnel** « *comme le reflet des états émotionnels des deux partenaires d'une interaction avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre* » (Ibid., p. 14). J. de Ajuriaguerra ajoute ici une connotation affective dans ce dialogue en considérant le lien entre tonus et émotions.

Par l'**accordage**, qu'il se crée entre les deux partenaires de la dyade, le bébé va pouvoir se **représenter la variation tonique** et l'**intégrer**.

S. Robert-Ouvray (2007a) décrit également la notion d'**enveloppe tonique** qui constitue la première enveloppe corporelle du bébé. C'est une tonicité en état d'alerte en réponse aux stimulations externes et internes. Cette hypertonie vient **doubler l'action pare-excitante** de la mère.

Dans un premier temps, défense et protection (contre des sensations internes pour la première et contre des sensations externes pour la deuxième) sont liées. Mais elles vont progressivement se différencier et contribuer à la **construction des limites**.

De l'hypertonie pare-excitante et de la fonction pare-excitante de la mère vont naître les capacités de l'enfant à dire non, à **se protéger**, à **s'opposer** et à **se différencier**.

Pour Anna et Edison, nous pouvons nous questionner sur la différenciation de ces fonctions et sur la qualité du dialogue tonico-émotionnel précoce.
---



C. Potel (2019) explique que le tonus tient une place fondamentale pour la **construction identitaire** du sujet. De la qualité du portage et de l'adossement qu'offre la figure d'attachement au bébé, dépendent la construction d'une **tonicité axiale**. Plus cette tonicité axiale est renforcée, plus le bébé va pouvoir développer des désirs, de la curiosité, permettre leur réalisation et tester ses capacités d'action.

La tonicité axiale est en effet un **point d'ancrage physique et psychique** et le point d'appui indispensable aux fonctions instrumentales qui permettent la réalisation et les capacités d'action sur son environnement. Ce qui permet à l'enfant de se sentir agent, acteur et de gagner en autonomie et donc en individualité.

### ***c. Une fonction d'appui issue de la régularité des expériences sensori-toniques***

M-F Livoir- Petersen (2011) reprend la question des appuis dans les travaux de A. Bullinger. La progression de l'instrumentation permet que les objets ou les éléments de son milieu (les surfaces solides, l'air, l'eau, les sons, etc.) soient pour le bébé des sources de réflexion sensorielle stables. « *La régularité des interactions avec eux leur a conféré une fonction d'appui* » (*Ibid.*, p. 101).

Pour A. Bullinger, **l'appui est la base** sur laquelle on peut (se) reposer, (se) supporter (cela peut-être une surface stable ou une source sensorielle des éléments du milieu ou de l'organisme). « *C'est aux «représentations» de ces relations relativement stables entre l'organisme et le milieu que sera ultérieurement déléguée la fonction d'appui : initialement trouvée dans l'instant de ses expériences ST<sup>8</sup>, la fonction d'appui se déplace vers leurs traces, car son organisme comme son milieu sont changeants* » (*Ibid.*, p. 102).

Ainsi, elle explique que la **consolidation et l'intégration** progressive des **liens sensori-toniques** permettent le déplacement de la fonction d'appui d'une expérience dans l'ici et maintenant vers la mémoire de cette expérience. Le milieu humain, en stabilisant le milieu, facilite cette bascule progressive de la fonction d'appui des sources sensorielles vers **leurs représentations** (notamment la représentation de l'organisme, nommée corps par Bullinger).

---

<sup>8</sup> ST : sensori-toniques

#### **d. L'intégration du sentiment d'enveloppe et des limites**

A. Veesper (Pireyre, 2015) explique que la notion de limite sous-entend les concepts d'enveloppe, de contenant et de contenu. L'enfant construit progressivement une **enveloppe psychocorporelle contenante** grâce à ses explorations corporelles et ses interactions avec l'environnement. Plus l'enveloppe psychocorporelle est riche, plus le sujet a des ressources en lui et il peut s'adapter. Plus l'enveloppe devient respirante (c'est-à-dire ni poreuse, ni rigide, ni éclatée) plus le sujet peut trouver un équilibre.

Cette enveloppe psychocorporelle permet de développer la **différenciation Moi/ non Moi** au niveau corporel et psychique. Elle témoigne de l'étayage corporel de la psyché dans le développement du sujet.

La notion de contenance s'entend comme le sentiment d'avoir un **corps** qui est **délimité** par rapport à l'extérieur. Un corps **qui peut contenir** et qui peut **accueillir** les stimulations internes et externes, sans désorganiser son équilibre.

D. Anzieu a modélisé la notion de **moi-peau** qui serait « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques à partir de son expérience à la surface du corps* » (Anzieu, 1995, p. 61).

Les expériences de contact, du corps à corps avec la mère, dans le cadre d'une situation d'attachement avec elle, permettent au bébé d'acquérir une **perception de la peau comme surface** ; « *ce qui engendre d'une part la notion d'une limite entre l'intérieur et l'extérieur, et d'autre part un sentiment de base lui garantissant l'intégrité de son enveloppe corporelle* » (Ciccone & Lhopital, 2019, p. 167).

Le moi-peau est décrit en huit fonctions, avec l'idée que les processus psychiques s'étayent sur des fonctions biologiques<sup>9</sup>. Nous pouvons en décrire trois

---

<sup>9</sup> Les écrits de B. Lesage (2017) abordent également cette notion d'étayage corporel et psychique, dans une influence réciproque de l'un et l'autre. Les structures corporelles comme matrices psychiques et relationnelles vont construire le sentiment de la continuité d'existence : les appuis et le squelette, les limites et la peau, la contenance et les muscles, l'énergie et les organes, les liens et les flux aux membranes.

qui semblent le plus en lien avec la question de la sécurité, des appuis et des limites :

- La fonction de **maintenance** du psychisme qui se développe par l'intériorisation du holding. « *La perturbation de cette fonction active l'angoisse de perte de l'objet support, et entrave l'autonomisation* » (Ciccone & Lhopital, 2019, p. 168).
- La fonction **contenante** qui se développe par l'intériorisation du handling. La perturbation de cette fonction se traduit par l'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse et permanente ou par l'angoisse d'une enveloppe discontinue et trouée.
- La fonction de **pare-excitation** : le moi-peau serait constitué de deux feuillets, comme la peau, où la partie externe serait une barrière protégeant l'organisme des agressions extérieures. Au départ, assurée par la mère, cette fonction protège l'enfant de l'excès de stimulations. Puis, le Moi-peau va progressivement permettre à l'enfant d'assurer lui-même cette fonction.

Les travaux de D. Anzieu ouvrent sur d'autres conceptualisations de la **notion d'enveloppe**.

Pour résumer cette notion qui a été très largement étudiée et conceptualisée, A. Ciccone explique que « *l'enveloppe résulte de l'intériorisation de l'objet contenant ou de la **fonction contenante de l'objet*** » (Ciccone, 2001, p. 92).

La notion d'enveloppe est ainsi une métaphore qui décrit une fonction psychique.

La **fonction-enveloppe** est une fonction de contenance qui consiste à **contenir et à transformer**.

Ce processus suppose pour lui différentes conditions qui concernent les qualités de l'objet contenant : portage, soutien, holding, présentation des objets (selon les termes de D. Winnicott), capacité de rêverie, fonction alpha (selon les termes de Bion), activité de symbolisation, intégration, et rythmicité qui permettent l'anticipation et l'illusion de continuité contribuant au sentiment d'enveloppe. Ces différentes fonctions occupées par l'entourage vont être progressivement intériorisées et intégrées par le bébé.

La construction d'enveloppe, et des limites interne et externe qu'elle sous-entend, contribue à l'élaboration d'une **sécurité corporelle et psychique** qui participe au sentiment de sécurité interne.

## V. La dynamique psychomotrice entravée

Nous avons vu que lorsque le sujet n'a **pas suffisamment intégré d'appuis psychocorporels**, il peut avoir l'impression d'être débordé par l'angoisse.

Des **mécanismes de défense** peuvent alors se mettre en place.

Une défense est toujours utile car elle protège le sujet.

Mais « **utilisée de façon massive, permanente, exclusive, elle empêche le développement** et produit elle-même des souffrances plus importantes que celles contre lesquelles elle est censée protéger » (Roussillon et al., 2014, p. 233).

S. Robert-Ouvray (2002) indique que la **souffrance psychomotrice** témoigne de la perte d'un bien qu'est le processus d'intégration des sensations, qui permet l'accès à l'équilibre tonique, à l'étayage, à la globalisation psychocorporelle, ainsi qu'à l'identité.

Ainsi, les mécanismes de défenses utilisés de manière permanente peuvent créer des souffrances et **appauvrir les possibilités d'adaptation et d'évolution** du sujet.

Les réponses psychomotrices ne sont pas adéquates pour équilibrer le sujet et c'est **toute la dynamique psychomotrice** qui est **affectée**.

C'est la **dynamique**, telle que nous l'avons décrite - **comme moteur d'évolution** – qui est **restreinte**.

C'est aussi **le mouvement**, qui signifie le sujet et le situe dans l'espace et le temps, qui est **entravé**.

« Dans la pathologie les corps se figent, les disponibilités s'étiolent, le mouvement devient compact, **perd de sa richesse** à tous points de vues : le rapport

*au temps, à l'espace et les qualités du geste s'appauvrissent. Le sujet se restreint globalement, suspend ou limite ses interactions et ses échanges, ce qui se marque au niveau du corps lui-même. » (Lesage, 2017, p. 74).*

La perte de la richesse du mouvement **diminue les possibilités de se découvrir soi-même, d'agir (et d'interagir) dans son environnement.**

La **pluralité de l'expérience corporelle** est moins accessible ou bien essentiellement investie sous un même angle. Dans l'inhibition, elle l'est par un mouvement prudent, voire évité, et dans l'agitation, par un mouvement excessif, qui limite sa conscience et une représentation de l'action.

Qu'entendons-nous par expérience corporelle et comment se déploie-t-elle dans la cadre de la thérapie psychomotrice ? Le dernier chapitre de cette partie théorique propose d'explorer ces questions mais aussi d'observer comment le psychomotricien s'y engage. Avant cela, nous définirons des contours à la thérapie psychomotrice.

## Chapitre III : L'expérience corporelle en thérapie psychomotrice

Comment pourrions-nous définir la thérapie psychomotrice ? Comment relation et expérience corporelle se nouent ? Qu'est ce que les médiateurs et en quoi sont-ils support de l'expérience corporelle ? Dans quel espace s'inscrivent-ils ? De quelle manière le psychomotricien s'engage-t-il auprès du patient ? Comment s'ajuste-t-il et en quoi est-il un support contenant et limitant ?

### **I. La thérapie psychomotrice selon les auteurs**

F. Desobeau (2008) indique que la thérapie psychomotrice se propose de **rencontrer le sujet dans son corps**, à l'endroit où il en est, tant dans son processus de construction psychique et corporel que dans ses modes de relations à son entourage et aux objets qui l'entourent.

Le psychomotricien dans le cadre de la thérapie psychomotrice est ainsi à l'**écoute** des modes particuliers d'être et d'expression du sujet rencontré ; l'activité motrice du sujet lui révèle son niveau de maturation et exprime toutes sortes de maladresses, de souffrances et les blocages qui perturbent la façon dont il s'engage dans le monde.

Le psychomotricien compose donc à partir de ce qu'il perçoit de l'activité motrice du sujet, il va chercher à le **rejoindre**, le rendant ainsi **acteur** du soin psychomoteur. Nous pouvons ajouter que ce passage d'une position de patient à une position d'acteur correspond à une perception de l'homme comme puissance d'agir et de penser (en se référant à Spinoza) (Scialom et al., 2015).

Le sujet est pris en compte dans sa **globalité** et avec l'idée sous-jacente qu'il est en perpétuelle **évolution**, dans un processus continu de construction physique et psychique. Nous retrouvons ici l'idée d'une **dynamique**.

La rencontre avec le psychomotricien se produit à un instant T de sa vie, au moment où des manifestations corporelles viennent entraver son processus de maturation, de développement, de fonctionnement, et d'interaction, et créer ainsi une souffrance.

S. Robert-Ouvray (2002) explique que le psychomotricien accepte le patient sans jugement et qu'il se propose **comme un étayage**. En accueillant les tensions corporelles du patient, qui est alors reconnu et entouré, il **contribue à ce qu'elles se transforment et s'organisent** dans un remaniement psychocorporel.

Selon C. Ballouard (2003) la thérapie psychomotrice a tout d'abord pour objectif de **favoriser l'intégration psychomotrice** par un mouvement d'appropriation et d'assimilation.

En passant par une **expérience nouvelle** qui joue sur l'apprentissage, la découverte et l'intégration, le psychomotricien contribue à l'intégration d'une fonction, de la plus motrice à la plus symbolique.

Pour lui, la thérapie psychomotrice vise également une **harmonie du sujet** et un mieux être, en considérant l'individu dans sa globalité : mouvement et pensée, intelligence et affectif, comportement et conscience, biologique et psychique.

Pour C. Potel (2019) ce qui est au centre de la thérapie psychomotrice, ce ne sont pas les fondamentaux du sujet (tonus, temps, espace, limites du corps, schéma corporel et image du corps), en tant que repères, qui sont à restructurer mais leur **inscription dans un registre symbolique**.

Soit parce que les repères sont installés mais qu'ils ne sont pas utilisables (la problématique identitaire étant majeure), soit parce qu'un symptôme touche une des fonctions repères du sujet, soit malgré des repères bien en place ; le **sentiment de sécurité interne** du patient est **fragile**.

Pour elle, les thérapies psychomotrices privilégient les processus de construction des fondations du sujet. Le psychomotricien est engagé autant du côté des **acquisitions**, des **expériences** et de la **structuration**, que de celui de la **construction** identitaire.

Plusieurs auteurs (André & Benavides, 1993; Gatecel, 2012; Potel, 2019) expliquent que la thérapie psychomotrice permet au patient d'**exister corporellement dans le lien à l'autre**.

Les expériences corporelles proposées au sujet sont un support pour la construction de l'identité, pour le **remaniement de la dynamique psychomotrice** et son **intégration dans l'environnement**.

Ce que les thérapies psychomotrices visent est un « *changement à un niveau profond, non seulement en termes de comportement et d'adaptation mais en termes d'image de soi, d'image du corps, de sentiment de soi.* » (Potel, 2019, p. 354).

Et c'est le passage « *par les éprouvés corporels, contenus dans la relation au thérapeute, qui va mettre ou remettre en construction cette appropriation du soi* » (Potel, 2015, p. 35).

## **II. De l'importance de l'expérience corporelle en relation, de la médiation et de la modulation corporelle**

Pour accompagner le patient dans ces différentes dimensions, le psychomotricien lui propose un travail corporel « *qui passe par le corps, les éprouvés, les jeux qui se vivent dans le mouvement, le tonus, et les expériences partagées* » (Potel, 2019, p. 350). Il considère que c'est à partir du corps en relation que s'organise le travail de

thérapie psychomotrice. Il va employer différentes médiations au service de la relation, du dispositif thérapeutique et de la remise en mouvement de fonctions psychomotrices. L'expérience corporelle proposée peut aussi tendre vers une modulation des qualités gestuelles et de l'expression corporelle.

#### A. L'expérience corporelle en relation

Plusieurs auteurs s'accordent à penser que la **relation** entre le patient et le psychomotricien est un **élément fondateur** des thérapies psychomotrices. C'est aussi à partir de la façon dont le corps se vit en relation que se construit le travail de thérapie psychomotrice (André & Benavides, 1993; Ballouard, 2003; Calza & Contant, 2007; Desobeau, 2008; Gatecel, 2012; Potel, 2019).

Ainsi, C. Ballouard écrit que le domaine de la psychomotricité est « *celui de la vie psychique, à travers et par la mise en œuvre du corps en mouvement, en expression et en relation* » (Ballouard, 2003, p. 3).

A. Gatecel écrit que « *c'est bien le **corps en relation** qui est la base de la thérapie psychomotrice* » (Gatecel, 2012, p. 33). Elle explique que la thérapie psychomotrice s'organise par la relation, « *pour peu que le psychomotricien s'y laisse impliquer suffisamment pour accepter d'être utilisé comme un « médium malléable » » (Ibid., p. 35). A travers cette relation psychomotrice vont se construire pour le patient des capacités d'accéder à la représentation. Le sujet « va utiliser le psychomotricien **comme support** relationnel, générateur dans les interactions de traces mnésiques mais aussi affectives » (Ibid., p 35).*

C. Reignoux (Gatecel, 2012) explique que le psychomotricien est au plus près du **mouvement dans la relation** qui devient contenante dans une compréhension mutuelle entre le psychomotricien et le patient. La psychomotricité permettrait au patient d'**exister corporellement** dans la relation à l'autre.

Pour J. Boutinaud, le psychomotricien s'engage dans l'expérience proposée au patient de « *façon active autour d'une dynamique qui met en œuvre une véritable*



« **motricité en relation** » » (Boutinaud, 2009, p. 154). Le thérapeute est un support d'étayage ; il reprend et transforme certaines propositions du patient « *plus ou moins engrainées par la pathologie pour **relancer** la recherche d'un plaisir à être* » (Ibid., p. 154). Un espace de créativité se déploie dans un mouvement de va et vient entre ce qui vient du patient et ce qui vient du psychomotricien.

Le psychomotricien propose au patient de s'engager dans un travail de liaison par « **l'expérience du corps en relation** » (Ajuriaguerra, 2008, p. 23). Ce travail de liaison est un pont entre « *les éprouvés sensoriels du corps en mouvement avec l'éprouvé émotionnel et affectif dans le lien à l'autre* » (Desobeau, 2008, p. 62).

F. Giromini et M. Coutolleau expliquent que la psychomotricité oriente sa prise en charge sur l'attention au **corps vécu** : « *devenir conscient du corps, c'est d'abord ancrer le psychisme dans une matérialité [...] C'est aussi être capable de percevoir des sentiments primordiaux et des émotions – précurseurs d'une part importante de nos comportements – et d'acquérir ainsi progressivement la possibilité de choisir ces comportements pour qu'ils deviennent cohérents avec les besoins, les désirs et les aspirations du sujet.* » (Pireyre, 2015, p 284).

Solliciter le corps en psychomotricité c'est ainsi offrir au patient la possibilité d'**expérimenter sa corporéité**. Ce qui importe c'est le « *temps corporel vécu* » (Ibid., p 286) ; c'est-à-dire vivre son corps à travers des activités et l'expérimenter consciemment. Ses activités proposées nous pouvons les regrouper sous le terme de médiateur, qui soutient la rencontre et l'expérience corporelle.

## B. Le médiateur comme appui de l'expérience corporelle en thérapie psychomotrice

L'expérience corporelle proposée en psychomotricité prend généralement appui sur des médiateurs : jeu de faire semblant, travail de conscience corporelle, relaxation, toucher thérapeutique, cirque, mime, percussions, danse, etc.

Ils sont un moyen de rencontre du sujet, un support d'expressivité du patient, un étayage pour la mise en jeu du corps et un support au processus de symbolisation.

« *Le psychomotricien sait faire, de son corps et de multiples situations, des médiations. Pour faire émerger le dialogue du corps, pour engager des éprouvés différents, pour insinuer du rapprochement comme de la distance, de l'espace transitionnel.* » (Cologne, 2010, p. 3)

#### **a. Les types de médiateurs**

M. Rodriguez (Vachez-Gatecel & Valentin Lefranc, 2019) différencie plusieurs types de médiateurs ; objet **concret** (jouet, pâte à modeler, instruments de musique, jeux divers, etc.), objet **culturel** (peinture, théâtre, conte, etc.) et **technique corporelle** (danse, relaxation, yoga, escalade, etc.).

Nous pouvons également apporter une distinction entre des médiations dites **impressives** et celles dites **expressives**. Les médiations impressives proposent de porter l'attention sur les ressentis corporels, au travers d'un travail de conscience corporelle par exemple. Les médiations expressives soutiennent l'expressivité du sujet comme dans la danse par exemple.

Une médiation importante en psychomotricité est aussi celle **du jouer**. F. Joly, parle du jeu comme d'un **carrefour psychomoteur** où « *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* » (Fabien JOLY, 2010, p. 37).

F. Joly a conceptualisé le « jouer-avec » : les expériences médiatisées s'appuient sur « *une attitude thérapeutique d'implication et d'engagement dans la médiation sous diverses formes «d'être-avec», de «faire ensemble», et de «jouer-avec»* » (Fabien JOLY, 1993, p. 42). Le travail du jouer dans la pratique psychomotrice est une motricité ludique en relation où le psychomotricien et le patient se rencontrent et co-construisent une expérience.

Les séances en psychomotricité avec Anna et Edison s'articulent autour du « jouer-avec ». Comme nous le verrons dans la partie discussion, les expériences corporelles proposées sont co-construites et sont diversifiées : constructions d'espaces, jeu de ballons, mise en jeu d'histoire, proposition d'expressivité corporelle, etc.

### ***b. Les médiateurs comme supports du processus thérapeutique***

Selon le parcours et les affinités du psychomotricien et selon ce pour quoi le patient montre une compétence et/ou de l'intérêt, les séances de thérapies psychomotrices prennent des couleurs différentes.

Les médiateurs perçus sous l'angle psychomoteur sont riches, au-delà d'être des appuis créatifs et ludiques, ils disposent de **qualités différentes**, exploitables par le psychomotricien pour travailler avec le patient sur des **axes psychomoteurs fragilisés**.

Pour ne citer qu'un exemple, nous pourrions parler de la percussion qui permet de travailler le rythme (qui est central dans la structuration du mouvement et l'organisation du geste), la distance relationnelle, la communication, l'engagement du corps dans l'espace, la régulation tonique, la temporalité des mouvements, le travail des appuis, la mémorisation la coordination, etc.

Les travaux de R. Roussillon (Brun et al., 2013) sur les médiations thérapeutiques et les processus de symbolisation, nous montrent que la médiation permettrait une **mise en forme**, un travail d'**appropriation créative**, et de **mise en sens**, et offrirait ainsi un **appui au processus de symbolisation**.

C'est M. Milern qui a introduit la notion de médium malléable (notion prolongée et renouvelée par R. Roussillon). Le médium malléable désigne un objet matériel qui a des qualités sensorimotrices, c'est un attracteur et une matière à symbolisation. L'objet médiateur n'est pas thérapeutique en soi ; c'est parce qu'il est pris dans la relation thérapeutique qu'il devient un appui de transformation.

Selon M. Rodriguez (Vachez-Gatecel & Valentin Lefranc, 2019), nous pourrions distinguer quatre fonctions au processus thérapeutique de médiation.

La première fonction serait une fonction de séduction ; le médiateur serait **attracteur** pour le professionnel et le patient (nous savons combien certaine médiation comme la danse ou le cirque sont particulièrement utilisées par les psychomotriciens). Le médium permettrait une attention conjointe du thérapeute et du patient, tout en étant un objet tiers dans la relation.

La deuxième fonction serait une fonction provocante, au sens d'**affecter** ; il permettrait d'activer ou de réactiver des éprouvés sensori-moteurs, émotionnels et corporels.

La troisième fonction serait une fonction de **transformation**, qui partirait de l'éprouvé brut et le relierait à la représentation de choses puis de mots. Cette fonction de transformation est un processus de symbolisation. La première forme de symbolisation est dite primaire ; elle prend appui sur des objets et des mises en acte. La deuxième forme de symbolisation est la symbolisation secondaire qui est la transformation de la représentation de choses en représentation de mots.

La quatrième fonction serait **symbolisante**.

L'**engagement corporel**, que ces médiateurs supposent, vient soutenir l'investissement de la personne toute entière.

Les médiateurs favorisent ainsi le **déploiement de l'expression du corps et de sa fonctionnalité**, au service d'une construction « *d'être soi* » (Potel, 2019).

### ***c. Les médiateurs inscrits dans un espace intermédiaire***

Les expériences corporelles proposées au patient par le biais d'un objet médiateur s'inscrivent également dans ce que D. Winnicott nomme une **aire intermédiaire d'expérience** (Winnicott, 1975) qui se situe entre la réalité intérieure et la vie extérieure du sujet.

Cette aire s'apparente à un lieu de repos qui soulage des tensions suscitées par la relation entre la réalité du dedans et la réalité du dehors. Elle est en continuité avec l'aire de jeu du petit enfant et perdure toute la vie dans les espaces créatifs du sujet. Le jeu créatif est en relation avec le rêve et la vie, dans un intermédiaire.

Ainsi en proposant des expériences corporelles qui invitent à jouer avec soi et avec un ou des autres, nous donnons la possibilité au patient de **vivre des**

**expériences** qui dans cet **entre-deux** (entre la réalité interne et la réalité extérieure) lui permettent d'être créatif.

Ce que D. Winnicott nomme **créativité est inhérente au fait de vivre**, c'est la possibilité de trouver un **espace de liberté** (entre le poids de la réalité extérieure et les exigences de la réalité intérieure) ; nous pourrions dire un espace de respiration. La créativité pour lui permet d'utiliser sa personnalité toute entière et de se découvrir soi.

Ces expériences nouvelles intermédiaires sont **réfléchies** (au sens de la fonction miroir ou réflexive de l'environnement : dans le regard du thérapeute le patient se voit lui-même, ce qui permet une mise en forme, une représentation) et **contenues par le thérapeute** qui accompagne cette découverte.

F. Giromini (Lesage, 2017) situe la psychomotricité dans cet espace transitionnel parce qu'elle s'inscrit dans le lien entre les expériences vécues et la représentation symbolique.

Pour elle, la **psychomotricité**, dans sa dimension thérapeutique, est **médiatrice en soi** par sa fonction miroir, sa fonction expressive et sa fonction créatrice, en supposant que c'est la **corporéité du psychomotricien** – c'est-à-dire l'ensemble des corps : réel, biologique anatomique, physiologique, imaginaire et émotionnel, symbolique et relationnel – en tant qu'instrument de la relation à l'autre **qui en est le médiateur**.

### C. La modulation du mouvement dans l'expérience corporelle

B. Lesage (2017) soutient l'idée qu'il est important dans un travail psychocorporel d'ouvrir les individus « à la **richesse d'un répertoire de qualités gestuelles** qui sont autant de nuances dans l'expressivité, dans la perception de soi, du monde et dans la relation » (*Ibid.*, p. 211).

L'idée est qu'une qualité gestuelle modifie l'état psychique (le terme « état psychique » recouvre ici l'émotion, la cognition, la qualité de présence et de relation).

Lorsqu'il parle de **qualité gestuelle**, B. Lesage s'inspire des travaux de Laban et de la grille de l'Effort<sup>10</sup>. Dans le cadre de ce mémoire, nous ne pourrons pas entrer dans le détail de la systématique de Laban. Nous pouvons dire (avec le risque de réduire la richesse de ces travaux) que quatre facteurs sont observés dans la dynamique de mouvement : **flux, poids, espace et temps**.

Le **flux** peut être contrôlé ou condensé lorsque l'on peut maintenir une action ou la stopper à tout moment. A l'inverse, on parle de flux libre quand il est difficile de suspendre son mouvement.

La qualité de **poids** (la façon dont nous répondons à la pesanteur) se distingue selon un poids dit fort ou un poids léger.

L'**espace** comprend plusieurs aspects tels que les **niveaux**, les **plans** (sagittal, frontal, horizontal), les **directions**, l'espace de la **kinesphère** (proche, intermédiaire, lointaine) et l'**intention** spatiale (espace direct ou indirect).

Le **temps** peut être qualifié selon un mouvement soudain ou continu, qui se nuance par sa vitesse et sa durée (Lesage, 2006).

L'expérience corporelle ne peut prendre forme et devenir thérapeutique pour le patient sans l'implication corporelle du psychomotricien. Nous allons donc explorer dans la partie suivante, comment le psychomotricien s'engage dans la thérapie psychomotrice. En construisant une qualité corporelle (explorations, expérimentations, écoute de soi et de l'autre), il va pouvoir s'ajuster à un autre et se proposer comme un support contenant et d'appui.

### **III. L'engagement corporel du psychomotricien**

L'engagement du psychomotricien dans la thérapie psychomotrice passe par son **implication corporelle et psychique**.

---

<sup>10</sup> A. Loureiro de Souza a également exploré les travaux de Laban et la grille de l'Effort, notamment au sein de son ouvrage « Effort, l'alternance dynamique dans le mouvement ».

Pour J. Boutinaud, la thérapie psychomotrice ouvre sur un espace d'exploration où le corps est convoqué au premier plan. Elle est « *un lieu d'expérimentation active, soutenue et encouragée par un praticien qui s'engage et s'implique psychiquement et corporellement dans le processus afin de servir de support d'étayage et d'identification* » (Boutinaud, 2009, p. 146). Le corps du psychomotricien est, pour lui, un acteur du travail thérapeutique.

De fait, tout au long de sa carrière (et en premier lieu durant sa formation spécifique) le psychomotricien construit sa dynamique psychomotrice, il développe une **qualité d'écoute corporelle** de soi et de l'autre.

Il cherche à **s'ajuster** corporellement et émotionnellement au patient à la recherche d'un accordage pour le soutenir dans son développement.

Le psychomotricien propose un **étayage** au patient afin que les tensions corporelles et émotionnelles s'organisent et se transforment dans un remaniement psychocorporel.

#### A. Construire sa structure corporelle et s'ajuster à l'autre

##### a. **Construire une qualité corporelle**

F. Giromini (Lesage, 2017) explique que le psychomotricien développe durant sa formation (et nous pourrions ajouter tout au long de sa carrière professionnelle) une **conscience du corps** et une **expressivité corporelle**, en expérimentant sur lui-même et avec d'autres sa propre **structure corporelle**, sa **fonction tonique**, sa **posture**, ses **gestes** et leurs organisations, la façon dont son corps s'organise dans l'espace et dans l'action. Il aiguise aussi une conscience de ses fonctions sensorielles et les expérimentent. Il va ainsi partir à la rencontre de ses propres appuis corporels, **expérimenter sur soi et avec d'autres** le sentiment de continuité d'existence et de continuité de soi.

Nous pourrions dire que sa palette psychocorporelle ou sa corporéité se colore, s'élargit, lui permettant de développer des attitudes d'**observations**, des attitudes

corporelles, mais aussi des **possibilités de s'ajuster à un autre**, de moduler, et de s'adapter aux situations rencontrées.

### ***b. S'ajuster au patient, quelques apports théoriques***

- *Le dialogue tonico-émotionnel :*

Le psychomotricien prend appui sur le dialogue tonico-émotionnel qu'il construit avec le patient afin de s'ajuster à lui et de lui proposer des expériences constructrices. Le dialogue tonico-émotionnel est la pierre angulaire du travail thérapeutique en psychomotricité. Le psychomotricien, à l'écoute de son corps et de celui du patient, va sans cesse chercher à s'accorder et s'ajuster au niveau tonique et émotionnel face à son partenaire pour faire émerger un véritable dialogue corporel et à aider le patient à trouver ou retrouver un accordage, un équilibre tonico-émotionnel. En appui sur le corps du thérapeute, le patient cherche à renouer avec son propre corps<sup>11</sup>.

- *Le contre-transfert émotionnel :*

S. Robert-Ouvray introduit la notion de **contre-transfert émotionnel** pour nommer la **relation d'ajustement** entre le patient et le psychomotricien : « *Dans ce travail de psychomotricité nous sommes dans un dialogue tonique et nous allons répondre par un ajustement corporel, en nous positionnant de manière à être à la fois semblable et différent d'autrui. Notre niveau de compréhension est le niveau de notre ressenti émotionnel* » (Suzanne B. Robert-Ouvray, 2002, p. 63).

Le psychomotricien est à l'écoute de la qualité corporelle dans laquelle le patient est au moment de leur rencontre ; dans une écoute sensible de ses déplacements, de ses regards, de ses tensions et détentes et de ses mouvements.

Le contre-transfert émotionnel du psychomotricien est un **contre-transfert tonique et sensoriel**.

Le psychomotricien par son expérience corporelle propose au patient « *une fluidité tonique et émotionnelle, une congruence et une cohérence interne* » (*Ibid.*, p.

---

<sup>11</sup> Cours de Duvernay, J. (2018). « Le dialogue tonique et tonico-émotionnel ». Médecine Sorbonne Université, IFP de la Pitié-Salpêtrière.



64). En prenant conscience de ce contre-transfert, **le psychomotricien peut adapter ses réponses au patient en lui faisant des propositions ajustées.**

Le psychomotricien en acceptant de sentir les tensions et les détente, le plaisir et le déplaisir, les affects positifs et négatifs, que le patient lui fait éprouver, peut utiliser **ce qui résonne** en lui et ses **possibilités d'étayages toniques et sensoriels** pour participer à une réorganisation psychomotrice.

- *Le contre-transfert corporel :*

C. Potel (2015) parle du **contre-transfert corporel** pour nommer la manière dont le psychomotricien **écoute, réfléchit et agit en fonction du corps du patient**, de sa motricité, de sa tonicité, de son implication corporelle et de la manière dont il inscrit son corps dans l'espace et le temps.

Le psychomotricien est « *inspiré – au sens presque respiratoire du terme – dans ses gestes et dans ses intentions, par la relation à son patient* » (*Ibid.*, p. 115).

Il est **à l'écoute de ce qui s'interagit** et qui n'est pas uniquement l'émotion vécue dans la relation mais aussi ce qui s'éveille pour le psychomotricien en présence du patient.

L'analyse du contre-transfert permet au psychomotricien de **penser la manière dont il s'implique et se positionne corporellement** et de réfléchir aux effets sur le patient.

Ce travail est un processus actif qui comprend à la fois ce qui s'éprouve dans la relation par le psychomotricien et les résonances que cela a sur son corps, mais aussi ce qui se pense en lui au moment présent et dans l'après-coup.

- *L'implication corporelle :*

O. Moyano (cité par (Scialom et al., 2015)) nomme **implication corporelle** la relation partagée entre le patient et le psychomotricien dans le cadre des séances.

**Le patient s'appuie sur le psychomotricien** comme premier support relationnel.

L'affect qui se partage entre eux est un **affect actuel**, nouveau, qui se crée au cœur de leur relation intersubjective, dans un entre-deux, qui **ouvre sur une expérience nouvelle et constructive** pour le patient.

Dans cette relation d'implication, le **psychomotricien est actif** dans les interactions et **le patient exerce ses capacités motrices et psychiques avec lui**. Cette relation est une « *fondation affective et effective dans les processus d'organisation du corps, de l'espace et du moi* » (*Ibid.*, p. 334).

Le psychomotricien est également à l'écoute des signes corporels et émotionnels du patient pour pouvoir entrer en résonance avec eux et leur fournir une réponse sensorielle, corporelle et langagière.

## B. Proposer un support contenant et des limites

Le psychomotricien construit sa qualité corporelle et développe une qualité d'observation et d'écoute de l'autre afin de s'ajuster corporellement et émotionnellement à lui. Mais il s'engage aussi dans une fonction de contenance auprès du patient sur laquelle celui-ci va pouvoir prendre appui.

Les conceptions autour de la fonction contenante sont nombreuses, nous en verrons ici quelques unes. Elles peuvent être un appui théorique pour penser la fonction contenante du psychomotricien.

### **a. L'objet contenant optimal selon A. Ciccone et M. Lhopital**

Ces auteurs (Ciccone & Lhopital, 2019) décrivent des qualités nécessaires à l'objet externe pour assurer sa fonction contenante. Celles que nous pourrions retenir pour notre propos sont les suivantes :

- Le contenant doit avoir des limites par sa matérialité et sa capacité à être présent et attentif à l'autre. Ils se réfèrent ici à D. Meltzer qui parle de la capacité psychique « *d'être présent, de ne pas avoir la tête ailleurs* » (*Ibid.* p 89).
- Le contenant doit être un lieu de confort : ce confort « *concerne les qualités sensorielles (chaleur, douceur de la voix, etc.) et les qualités émotionnelles (quiétude, sérénité, disponibilité, etc.)* » (*Ibid.* p 90). Cette notion pourrait renvoyer à ce qu'explique C. Potel (2019) concernant la contenance en

psychomotricité. Le psychomotricien développe une qualité de présence corporelle qui lui permet de moduler son positionnement dans l'espace, ses appuis, les inflexions de sa voix, sa mélodie, son rythme, pour accueillir les difficultés du patient.

- Le contenant doit pouvoir s'accorder affectivement. En appui sur les travaux de D. Stern, les auteurs expliquent que l'accordage affectif est l'expérience d'un partage intersubjectif de l'affect et de l'émotion. Nous pouvons ici faire un lien avec la notion d'implication corporelle d'O. Moyano que nous avons précédemment évoquée.
- L'objet contenant doit être suffisamment malléable, c'est-à-dire qu'il doit être en capacité de se laisser suffisamment utiliser pour être médiateur de la symbolisation (ce qui nous renvoie ici à la fonction de symbolisation du médium malléable vu précédemment).

#### ***b. La fonction contenante de W. Bion***

Les travaux de W. Bion (Cicccone & Lhopital, 2019) décrivent trois principales notions de la fonction contenante : la **capacité de rêverie**, la **fonction alpha**, et l'**appareil contenant-contenu**. La capacité de rêverie maternelle est un état réceptif de la mère aux identifications projectives du bébé, bonnes ou mauvaises. La fonction alpha permet la transformation par la mère de ce qui n'est pas pensable pour le bébé (éléments beta) en éléments pensables (éléments alpha). Ces éléments alpha sont ensuite réintrojectés par le propre appareil à penser du bébé. Ainsi, le bébé pense d'abord avec l'appareil à penser d'un autre.

D.Calin (2005) rapproche de la fonction contenante de W. Bion ce qu'il nomme la fonction d'apaisement. La fonction d'apaisement tient à la capacité d'une personne d'accueillir les affects d'un autre tels que les angoisses, les tensions, et les excitations, à les absorber, et à les réduire, sans y répondre avec ses propres affects.

La fonction contenante consiste à **recevoir** et à **transformer** en pensées des éléments non pensables. Les psychomotriciens « *font appel à cette capacité personnelle et professionnelle de **contenir** en soi ce qui est à l'autre, d'abriter et*

*d'accueillir ce qui est délié, défait, désaffecté, déshabité, en menace de débordement ou d'engloutissement » (Potel 2019, p 365).*

### **c. Les limites et le cadre**

Le psychomotricien occupe une place également de **tiers**, de **limite**. Comme l'explique C. Potel (2019) pour soutenir les patients dans leur processus de différenciation et de séparation le tiers est indispensable. Le psychomotricien fait donc appel aux **règles**, aux **repères** de temps et d'espace, aux éléments **matériels** ou **symboliques** du cadre. Et surtout, le psychomotricien « *va faire appel, à l'intérieur de lui, à sa propre capacité à être, en même temps, un réceptacle et un séparateur* » (*Ibid.*, p. 367)

Afin que le psychomotricien puisse exercer une fonction contenante et limitante auprès des patients, il s'appuie sur son **cadre interne** (formation et ressources psychomotrices) mais également sur un **cadre externe** qui est garant des soins en psychomotricité (comme nous avons pu le noter en partie clinique<sup>12</sup>).

Au regard des hypothèses proposées dans cette deuxième partie : des appuis psychocorporels fragiles, une richesse du mouvement appauvrie, une dynamique psychomotrice entravée, deux axes de travail semblent se dessiner. D'une part, un travail de renforcement des appuis psychocorporels pourrait venir nourrir le sentiment de sécurité interne. D'autre part, un travail de modulation pourrait enrichir le mouvement et la pluralité gestuelle du sujet. Le tout pourrait soutenir une remise en mouvement de la dynamique psychomotrice du sujet. Ce travail passerait par des expériences corporelles partagées et contenues par un psychomotricien engagé corporellement et psychiquement dans la relation.

---

<sup>12</sup> Réf. Partie Clinique, Chapitre I : Présentation du lieu de stage, IV : Cadre thérapeutique du soin en psychomotricité, C : Les soins en psychomotricité, p 14.

## DISCUSSION

---

Dans cette troisième et dernière partie, en appuis sur des vignettes cliniques d'Anna et Edison, nous considérons : des expériences de contenance au travers de la construction d'espaces et la mise en jeu d'histoires ; des expériences de limites par l'expérience de l'alternance et les repères spatio-temporels ; des propositions de modulation corporelle et d'enrichissement du vocabulaire corporel.

Nous observerons en filigrane comment le psychomotricien peut proposer ces expériences corporelles, comment il peut s'y engager, être un étayage et un support pour le patient, pour permettre le renforcement des appuis psychocorporels du sujet et la remise en mouvement de sa dynamique psychomotrice.

Durant cette partie, nous reprendrons l'insertion de textes encadrés. Ils viendront ici différencier les illustrations cliniques du contenu clinico-théorique.

## I. Engageons la discussion

Nous avons pu relier la dynamique psychomotrice au mouvement à la fois comme élan, organisateur et signifiant.

Nous avons pu observer les dynamiques psychomotrices d'Anna et d'Edison marquées par les symptômes d'inhibition et d'agitation psychomotrice.

Nous avons étayé l'hypothèse que ces symptômes psychomoteurs comme moyen de protection du sujet signaient un défaut d'appuis psychocorporels et nous avons vu comment ces appuis pouvaient se construire.

En s'inscrivant de manière permanente dans le mode de fonctionnement psychomoteur du sujet, les symptômes psychomoteurs l'appauvrissent et entravent la dynamique d'évolution du sujet.

Nous avons pu dessiner des contours à la thérapie psychomotrice en mettant en avant comment s'y déployait l'expérience corporelle et comment le psychomotricien s'y engageait corporellement et psychiquement.

Nous proposons à présent, dans cette troisième et dernière partie, de relier ces différents éléments afin d'observer comment l'expérience corporelle en thérapie psychomotrice permet le renforcement des appuis psychocorporels du sujet et la remise en mouvement de sa dynamique psychomotrice.

Nos **hypothèses** sont les suivantes :

- L'expérience corporelle en thérapie psychomotrice permet de revisiter des fonctions telles que la contenance et les limites et de favoriser leur intégration.
- L'expérience corporelle en thérapie psychomotrice permet, par un travail de modulation corporelle, d'enrichir le vocabulaire corporel de manière à assouplir et étayer un fonctionnement psychomoteur.
- C'est l'alliance d'un renforcement des appuis psychocorporels et de l'enrichissement du vocabulaire corporel qui soutient la remise en mouvement de la dynamique psychomotrice du sujet.
- L'expérience corporelle est proposée en appui sur un médiateur qui soutient l'engagement global du sujet et par un psychomotricien qui s'engage

corporellement dans la relation et dans l'action, de manière ajustée aux besoins du patient.

La discussion prendra appui sur des **illustrations cliniques**. La première partie, « l'expérience de la contenance », sera étayée principalement par des vignettes cliniques d'Anna. La deuxième partie « l'expérience des limites » s'appuiera quant à elle sur des illustrations cliniques avec Edison. Pour « l'expérience de modulation », nous reviendrons sur des séances vécues avec Anna. Comme expliqué en préambule, les observations d'Edison sont moins nombreuses.

Les exemples choisis ont pour objectif de mettre en lumière certaines propositions (quelques choix de médiateurs et d'expériences corporelles) qui permettent d'illustrer nos propos. Pour davantage de clarté, les exemples ne sont pas multipliés et sont rattachés au public rencontrés en stage. Nous sommes assurés que de multiples expériences corporelles sont possibles (et riches) et permettent de revisiter les appuis psychocorporels et de remettre en mouvement la dynamique psychomotrice.

## II. L'expérience de la contenance

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, la contenance se réfère à un sentiment de sécurité et d'enveloppe corporelle et psychique qui contient et limite. Elle permet de faire face aux excitations internes et externes, en maintenant l'équilibre psychocorporel du sujet. La contenance est d'abord tenue par un autre, avant d'être intériorisée par le sujet.

Le psychomotricien en adoptant une **posture** contenant et limitante se propose comme **support** pour **revisiter** et **renforcer** cette fonction de contenance en en soutenant une **appropriation** pour le sujet.

### A. Construire des espaces pour constituer un contenant

S. Miglioranza explique qu'en psychomotricité il « *arrive assez fréquemment que la recherche de sécurité passe par la construction de petits espaces dans*

*lesquels les enfants s'introduisent ou bien installent d'autres objets (animaux, marionnettes, personnages). Ce besoin de délimiter, de partager, de tracer l'espace, c'est un travail de constitution du contenant physique et psychique, de symbolisation, de contention des pulsions, peurs et angoisses » (Miglioranza, 2006, p. 106).*

Durant nos séances, Anna demande et se saisit des propositions où la **construction d'un espace** est en jeu. Dans la partie clinique, une illustration en est fournie<sup>13</sup>. Anna construit régulièrement des espaces dans lesquels elle introduit des personnages, mais également des maisons en briques ou avec des matelas dans lesquelles elle-même s'installe.

Anna construit spontanément des **lieux très hermétiques**. P. Gutton écrit que « *L'objet construit **symbolise le corps** du sujet ; le face-à-face avec la construction est de l'ordre du miroir rendant une image globale du corps de l'enfant* » (P. Gutton cité par Miglioranza, 2006, p. 106).

Ainsi nous pouvons imaginer que les constructions d'Anna sont à **l'image d'une enveloppe corporelle** assez rigide (ce qui est dans la continuité du symptôme d'inhibition observé chez elle).

Le travail que nous effectuons, ici, auprès d'elle, consiste à **nourrir un sentiment de sécurité** en la suivant dans ses productions d'espaces comme constitution de contenants physique et psychique.

C'est aussi en partant de ses constructions solides, que nous **ajoutons de la respiration et de la circulation dans ces espaces** : aménager une porte, disposer un téléphone à l'intérieur de la maison et un autre à l'extérieur pour pouvoir **communiquer** et **jouer** autour des notions de dedans-dehors, des limites et du contenant ; demander si la psychomotricienne ou moi-même pouvons être invitées pour **remettre du mouvement** entre les espaces, etc. ; de manière à ce que l'enveloppe devienne symboliquement respirante.

Comme nous l'avons vu en partie théorique, plus l'enveloppe psychocorporelle est riche, plus le sujet a des ressources en lui et peut s'adapter. Plus l'enveloppe

---

<sup>13</sup> Chapitre II : Présentation d'Anna et Edison, I- Anna ou les mouvements retenus, D- illustration de sa dynamique psychomotrice, p. 19



devient respirante (c'est-à-dire ni poreuse, ni rigide, ni éclatée) plus le sujet peut trouver un équilibre.

Nous pouvons noter qu'en cela, nous nous adaptons aux observations du fonctionnement psychomoteur d'Anna marqué par l'inhibition.

En thérapie psychomotrice, nous l'avons vu, le psychomotricien rencontre le sujet là où il en est. Nous accompagnons le besoin de **répétition** d'Anna dans la construction d'espace pour qu'elle parvienne à **intérioriser** un contenant. Ainsi nous nous ajustons à l'endroit où elle en est.

Pour autant, nous lui proposons des **adaptations** dans les constructions – suffisamment acceptables pour elle – qui permettent qu'un **processus** de symbolisation et de transformation puisse prendre forme.

## B. Lire des histoires et en représenter ses contenus

Anna demande régulièrement une lecture d'un livre. Comme nous en avons eu une l'illustration dans la partie clinique, les histoires qu'elles inventent ou les livres qu'elle choisit regorgent d'éléments agressifs, de dévoration, d'opposition (« caca boudin », « la sorcière Cornebidouille », « le loup et les trois petits cochons », « le roi crocodile »). Ils sont à la fois **recherchés et mis à distance** par Anna (tous les personnages deviennent amis, elle ne semble pas comprendre que le roi ait mangé ses parents, etc.)

Ce médiateur est intéressant car « *Le conte par sa composition même, est en mesure de **contenir** les peurs qu'il fait revenir au jour. Il en fournit un mode d'expression codé, il les nomme et les présentifie à l'intérieur d'un **cadre sécurisant** pour parvenir ensuite à leur donner un traitement* » (Chouvier, 2015, p. 19).

Pour ces lectures, nous créons un espace matérialisé par des tapis et des modules ; **nous délimitons** ainsi un lieu d'écoute permettant l'attention et un cadre sécurisant (nous entrons dans l'histoire et nous en sortons). Nous permettons que se crée un **espace contenant et limitant**, à la fois en appui sur notre cadre interne et en appui sur le cadre matériel et spatio-temporel que nous installons au sein des séances.

Nous permettons une **mise en sens de l'histoire et des éprouvés** en la reprenant, en s'assurant de sa compréhension et en nommant les émotions qu'elle peut faire vivre.

Cela contribue à contenir les émotions tout en leur laissant la possibilité de s'exprimer. « *Le conte se situe au centre d'une rencontre entre l'enfant qui le reçoit et l'adulte qui le propose. Un espace potentiel se crée de la sorte, qui rend possible l'expression émotionnelle* » (Chouvier, 2015, p. 21). Au fur et à mesure de l'année, nous trouvons qu'Anna exprime de plus en plus **d'émotions** à la lecture des histoires ; son visage est **plus expressif**.

La mise en jeu de l'histoire ou sa représentation graphique viennent soutenir un processus de symbolisation et d'élaboration.

Dans ces histoires, il s'agit aussi de personnages qui s'affirment dans l'opposition ou en étant vainqueur sur un autre personnage ; des éléments du côté de la solidité interne sont présents.

Nous avons repéré en partie clinique combien la **gestion des émotions** était compliquée pour Anna (s'effondre en pleurs face à une difficulté ou un trop plein d'émotions). Nous pensons que ce **débordement** est lié à la **fragilité de ses appuis** psychocorporels. Nous pensons que la lecture de ces histoires et leur mise en jeu viennent soutenir un renforcement des appuis psychocorporels par un travail autour des émotions, la **représentation symbolique** de la solidité et la **mise à jour contenue des peurs**.

En annexes<sup>14</sup>, nous pouvons trouver deux représentations de la sorcière cornebidouille qu'Anna a réalisé à plusieurs mois d'intervalles. Elles sont une illustration de l'ouverture progressive qui se produit pour elle ; là où toute agressivité et représentation d'émotions étaient – nous pourrions dire – lissées ou contournées, il apparaît une représentation de la colère de la sorcière.

### C. La construction d'un corps solide

Nous pouvons souligner que certains contes comme « Le loup et les trois petits cochons » permettent de travailler à la fois sur les angoisses et les peurs et sur la construction d'espace.

Cette histoire est connue des enfants et ils aiment l'évoquer ou la demander.

---

<sup>14</sup> : Cf. *infra*, Annexe I et Annexe II p.I, p.II

Dans la mise en jeu de l'histoire, au-delà du loup, ce qui intéresse vraisemblablement les enfants est **la manière dont sont construites les maisons**.

Cette histoire a été mise en jeu avec Anna tout comme avec Edison (nous présenterons des vignettes cliniques de la mise en jeu avec Edison dans la partie suivante).

Lors de la mise en jeu Anna et Edison choisissent de jouer le cochon dont la **maison est la plus solide** : la maison en briques. D'ailleurs ils ne disent pas qu'ils choisissent de jouer le cochon qui construit la maison de briques mais qu'ils veulent « **être la maison en briques** ».

Dans cette histoire explique M. Rossignol (Pireyre, 2015) la maison occupe une place centrale. Ce **conte illustre** les différentes **étapes** de la construction du **moi-peau** ; il représente symboliquement la nécessité de construire un chez-soi, un intérieur et un corps solide, qui résiste aux attaques et à la destruction.

D'un point de vue psychocorporel, en reprenant cette histoire et en la mettant en jeu, nous soutenons la **construction d'une enveloppe corporelle** qui peut contenir l'intérieur du corps, délimiter le dedans du dehors et devenir un lieu de communication et une surface d'inscription (*Ibid.*, 2015).

Dans la mise en jeu, la psychomotricienne et moi-même nous impliquons corporellement, nous mettons nous aussi **en jeu notre propre corps**. Tout en étant un support d'étayage pour Anna et Edison, nous nous proposons aussi comme support d'identification.

*« La mise en jeu de notre propre corps ne vise qu'à être une **amorce du mouvement** : il est par ailleurs souvent rassurant pour certains de ses enfants, si mal à l'aise et si angoissés face à leur corps, de voir que nous prenons le risque de nous mettre en mouvement nous-mêmes et de nous livrer à de telles expériences motrices ; ce n'est pas si dangereux que ça puisque nous nous y risquons nous-mêmes »* (Boutinaud, 2009, p. 154).

Notre engagement corporel et psychique offre aussi une **contenance**. A l'image du holding de D. Winnicott, **nous portons** psychiquement (parfois corporellement) les enfants que nous rencontrons.

Durant les séances, nous permettons des **expériences de sécurité** et nous tenons un **rôle de pare-excitation**. En dehors de la présence des enfants, nous portons la continuité des séances, nous gardons une préoccupation pour le bien-être des patients. Ce portage est aussi garanti par l'ensemble de l'équipe du CMPP (nous parlons alors d'enveloppe institutionnelle<sup>15</sup>).

### III. L'expérience des limites

Pour cette partie, nous nous appuyons sur des séances menées avec Edison. Les limites se réfèrent également à l'enveloppe qui contient, sécurise et délimite. Le travail de la limite se fait à la fois dans le corps et les émotions, mais aussi dans les limites spatiales et temporelles, dans le rythme<sup>16</sup>, dans l'alternance et la recherche de l'équilibre et dans les expériences de construction – destruction – reconstruction.

#### A. La limite dans les temps de l'histoire et l'expérience de destruction

Cette séance commence par la construction de tours en kapla. Edison a besoin d'alterner des moments où il construit sa tour avec des moments où il se lève et se déplace en sautillant dans l'espace de la pièce et entre les tours. A plus d'une reprise, nous pensons qu'Edison risque de faire tomber les tours.

Lors de ce début de séances, notre cadre interne nous permet de supporter qu'Edison par son agitation et son excitation pourrait potentiellement détruire une tour. La tranquillité avec laquelle la psychomotricienne alterne entre la construction de sa tour et l'accompagnement d'Edison, dans ses circulations et la construction de sa tour, laisse libre court à l'imagination et à l'adaptation.

---

<sup>15</sup> En référence aux travaux de D. Houzel

<sup>16</sup> Nous pouvons nous référer aux théorisations de D. Marcelli (2007) à propos des macrorhythmes qui assurent un sentiment de stabilité et de sécurité, et des microrhythmes qui concernent des temps de surprise où l'imprévu peut surgir, élément essentiel à l'étayage de la pensée.

Il vient l'idée à Edison que nos trois tours sont comme les maisons des trois petits cochons. La psychomotricienne propose alors que nous mettions en jeu cette histoire. Edison distribue les rôles : il est « la maison en brique » et nous les autres maisons. Il nous rappelle que sa maison ne s'effondrera pas contrairement aux nôtres. Comme il manque un joueur pour jouer le loup, Edison veut aussi être le loup. Les maisons-tours terminées, nous proposons à Edison de nous remémorer l'histoire avant de la jouer. Edison est bien repéré dans la narration, mais il bégaie et s'agite beaucoup.

Edison est très excité à l'idée de jouer cette histoire. Peut-être vis-à-vis de la peur que l'évocation du loup peut faire naître<sup>17</sup> mais aussi peut-être face à l'**excitation** que la destruction des tours fait monter en lui. Il semblerait que nous ayons ici une illustration de l'**enveloppe éclatée**<sup>18</sup>, manquant de pare-excitation. Edison **réagit très vivement** aux excitations internes ou externes. Ce manque de pare-excitation peut se lire également dans la **difficulté à terminer** les séances, à **supporter la frustration** (comme nous l'avons vu en partie clinique avec le dessin jeté).

Par ailleurs, il semble possible de penser son agitation comme un **agrippement** tonique qui viendrait compenser un **manque d'appui**.

M-F. Livoir- Petersen explique : « *La notion d'agrippement est ici le pendant de la notion d'appui. Selon le degré d'équilibre du bébé (l'enfant, l'adulte), il y a recherche d'appui ou agrippement. Le fonctionnement de l'organisme peut être détourné à des fins d'agrippement [...]. L'agitation perpétuelle de certains enfants en est un autre exemple : leurs mouvements sans finalité spatialisée leur assurent des co-variations ST<sup>19</sup> [...] ils restaurent provisoirement le sentiment de continuité, le fil de soi* » (Livoir-Petersen, 2011, p. 103, 104).

En proposant de renforcer les limites, comme appuis psychocorporels, nous contribuons à un meilleur sentiment de sécurité interne où tout n'est pas effondrement, rage et agrippement.

---

<sup>17</sup> Dans les contes, « *Même si le loup est rarement qualifié directement de noir, il présente pourtant tous les attributs de la noirceur. Méchant, retors, simulateur et destructeur impitoyable, il n'a de cesse d'afficher la perfidie et la malice d'un prédateur heureux* » (Chouvier, 2015, p. 85).

<sup>18</sup> Nous avons vu aussi en partie clinique comme Edison a cherché les limites de l'espace du CMPP, lors du bilan, en voulant en explorer les différentes salles. Comme si son corps ne suffisait pas à faire limite.

<sup>19</sup> ST : Sensori-tonique

La psychomotricienne propose alors que nous prenions le livre en support, elle lit l'histoire et chacun des personnages intervient lorsque son tour arrive. Edison est très participatif, il répète les phrases des personnages avec conviction. Lorsqu'arrive le moment de la destruction de la maison en paille, avant même que le loup ne profère ses menaces : la maison est disséminée par un coup de pied. La psychomotricienne reprend alors Edison : « attends, attends, dans l'histoire ce n'est pas comme ça, le loup menace le cochon et il dit : « je vais taper, je vais cogner, je vais souffler, si bien que ta maison s'envolera » puis il tape, cogne, souffle et fait écrouler la maison ..., tu feras attention pour les suivants ».

Le **rythme de la narration** qu'il faut suivre se révèle être un **cadre contenant et limitant** (les événements ont un ordre, une succession). Même si dans un premier temps l'excitation est trop forte pour Edison qui détruit la tour trop tôt, il parviendra pour la suite de l'histoire à patienter.

La psychomotricienne prend elle aussi **appui** sur ce cadre comme un **tiers** et un **garant** du jeu, en s'y référant.

Le cadre s'est révélé nécessaire pour permettre la continuité du jeu et limiter l'excitation d'Edison.

Par ailleurs, nous pouvons souligner qu'il est important dans cette histoire que des éléments soient détruits mais que d'autres restent solides.

C. Potel (2019) écrit que la destruction suivie de la reconstruction est une expérience importante pour l'enfant qui perçoit à la fois le pouvoir qu'il peut avoir sur les choses en les détruisant et, en même temps, la **réassurance de la solidité** des éléments en ayant la possibilité de les reconstruire.

Dans cette mise en jeu, les maisons sont détruites mais une des maisons, la plus solide, **symbolise ce qui tient**. Elle pourrait aussi symboliser l'**axe corporel** comme point d'appui.

L'acte de déconstruction « *augure d'une certaine séparation ainsi qu'une expérience de perte qui doit se symboliser* », afin que les frustrations puissent s'intégrer. Edison comme d'autres enfants reçus en thérapie psychomotrice « *sont très souvent dans des impasses face [...] à la frustration, notamment les séparations restent des épreuves qui se répètent.* » (Potel, 2019, p. 396).

Notre implication active dans le jeu permet à Edison d'expérimenter la destruction et la solidité. Nous pouvons jouer le désespoir de voir notre maison détruite mais pour autant nous pouvons **supporter** la destructivité ; nos tours s'effondrent sans que nous en soyons pour autant détruites. Nous pouvons **accueillir, contenir** et transformer cette destructivité (à l'image de la fonction contenante de Bion vu en partie théorique).

Le cadre de l'histoire et nos ressources internes ont permis à Edison de s'inscrire dans le fil de l'histoire et de contenir à minima son impulsivité, tout en lui permettant de « jouer à détruire » au moment précis dans le récit où il était question de destruction.

**L'expérience de sécurité** peut aussi s'éprouver dans la **continuité des séances** (dans le temps et dans l'espace). Le sujet peut faire l'expérience d'une continuité et de séparations, suivies de retrouvailles (nous ne disparaissions pas en nous séparant).

## B. La limite dans l'alternance du mouvement

Un travail qui favorise la recherche d'un équilibre et des limites peut être construit à partir de l'expérience de l'alternance (dur/mou, détente/dynamisme). Les ressentis s'**équilibrent** entre les deux pôles, tout comme la limite émotionnelle s'atteint entre plaisir et déplaisir<sup>20</sup>.

L'extrait qui est présenté est la suite de la vignette clinique illustrant la dynamique psychomotrice d'Edison au sein de la partie clinique (elle se termine par Edison jetant et refusant son dessin qu'il considère raté).

---

<sup>20</sup> Cours de Duvernay, J. (2018). « Psychomotricité et construction psychocorporelle ». Université Médecine Sorbonne, IFP de la Pitié-Salpêtrière.

Edison se lève : il veut faire autre chose et il court vers le placard. La psychomotricienne le suit et lui dit qu'il a peut-être besoin de faire autre chose pour le moment. Edison attrape la première chose qu'il trouve dans le placard ; il voudrait jouer au ballon. La psychomotricienne l'accompagne dans le choix et la construction d'un jeu.

Devant l'impossibilité d'Edison de transformer la frustration, il décide de faire autre chose. En acceptant d'**accompagner son mouvement**, tout en se montrant contenante et limitante, la psychomotricienne permet à Edison de passer dans un autre registre émotionnel.

Nous jouons à une sorte de ballon prisonnier où l'on doit se figer si l'on est touché par la balle. Edison rit beaucoup, il saute, court, envahit l'espace. Il est fragile dans ses équilibres par des mouvements trop pressés. Lorsqu'il est touché par la balle, il se fige, il sautille sur place, finit toujours par se déplacer dans un autre endroit de la salle où il sautille sur place tout en riant et en suivant l'action des autres joueurs.

C'est une proposition d'**alternance des rythmes** du corps en mouvement, qui est ici construite avec Edison. Elle vise à explorer une **régulation tonique et émotionnelle**. Il y a des moments d'action et des moments de pause. Dans cette alternance du mouvement, un **équilibre** entre ces deux opposés peut se trouver.

B. Lesage (2017) explique que l'exploration de cette alternance bouger/s'immobiliser est une **exploration des limites** par libération et rétention des flux de mouvements (comme le jeu 1, 2, 3, soleil), « *On peut en effet considérer le rythme comme un jeu de flux alternativement condensés et libérés* » (Lesage, 2017, p. 90)

Pour Edison, qui montre de l'impulsivité, ce travail en mouvement est intéressant car il lui permet d'alterner avec des moments d'action. Même si les moments où il se fige sont investis par un peu de mouvement, ils permettent quand même à Edison de s'inscrire dans une alternance et une régulation.



A la fin du jeu Edison accepte de reprendre le dessin mais il refuse de poursuivre sa princesse. Il est d'accord pour que nous échangions nos dessins et que la psychomotricienne prenne sa princesse pour tenter d'en modifier les cheveux. Edison prend mon dessin (une girafe et un arbre), tout en parlant beaucoup, il poursuit ce dessin. Il se montre peu convaincu par notre tentative d'améliorer la princesse et dit qu'elle est moche mais il accepte de la mettre dans son dossier. Lorsque nous le raccompagnons en salle d'attente il se jette dans nos jambes pour nous dire au-revoir.

Nous pouvons nous demander si la mise en mouvement dans une alternance rythmique n'a pas permis à Edison de revenir ensuite sur le dessin. Même s'il n'accepte pas de le reprendre lui-même (et ne s'en montre pas plus satisfait par la suite), il accepte que la psychomotricienne tente de le transformer et de le garder. Nous pourrions lire cela comme une première négociation et **une première transformation** de son refus radical du début de séance.

Le premier et le deuxième point de cette partie discussion ont mis en évidence comment certaines expériences corporelles en thérapie psychomotrice, accompagnées par le psychomotricien, pouvaient permettre de revisiter des notions de contenance et de limites. Dans le troisième point les illustrations choisies viendront illustrer comment certaines expériences corporelles permettent d'explorer une autre qualité gestuelle et une autre manière d'être en corps.

#### **IV. L'expérience de modulation**

B. Lesage explique que face à des corps non structurés, mal structurés ou déstructurés, fixés le plus souvent dans des arrangements pathologiques ou en tout cas insatisfaisants, un des axe prioritaire est de permettre une **modulation corporelle** (Giromini & Lesage, 2013).

La lecture du mouvement (systémique de Laban) que nous avons pu aborder en partie théorique, permet de considérer comment un individu **investit, néglige ou privilégie** les qualités de différents facteurs (flux, poids, espace, temps).

Chaque individu rencontré « nous donne à voir » une attitude gestuelle qui lui est propre en fonction de son histoire. Au cours de sa vie, il développe des qualités préférentielles, certaines d'entre elles deviennent parfois peu exercées voire inexistantes de son répertoire.

Comme nous avons pu l'observer dans la partie théorique, dans l'inhibition les mouvements sont retenus, davantage tournés vers l'intérieur ; dans l'agitation psychomotrice les mouvements sont désordonnés et impulsifs. Les qualités gestuelles sont donc moins colorées et riches de nuances.

Le psychomotricien en construisant sa qualité corporelle développe, nous l'avons vu, des attitudes d'observations du corps de l'autre. Au cours du bilan psychomoteur, puis dans un réajustement permanent, il peut observer la dynamique psychomotrice du patient qu'il rencontre et la manière dont des symptômes psychomoteurs trop envahissants viennent limiter sa dynamique.

En fonction de cette lecture psychocorporelle et de la relation qu'il noue avec son patient, le psychomotricien va pouvoir lui proposer, par le biais d'expériences corporelles, d'**enrichir** son répertoire gestuel.

C'est par un travail d'accordage au patient que le psychomotricien va proposer des modulations du mouvement. « *On peut s'accorder avec lui en adoptant les mêmes qualités gestuelles, ou au contraire lui renvoyer systématiquement des qualités complémentaires. En général, on oscille d'une position à l'autre, pour l'amener à moduler son geste* » (Lesage, 2006, p. 90).

Nous allons nous appuyer pour cette partie sur des illustrations cliniques de séances avec Anna.

#### A. L'étayage et le rythme pour un mouvement plus ample

Dans cette première vignette nous proposons à Anna de découvrir le speedball<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> C'est une sorte de ballon qui s'échange par le biais de deux ficelles qu'il faut ouvrir et fermer avec une certaine force et rapidité, et dans un rythme qui se construit en synchronisation avec le partenaire de jeu. Il faut aussi maintenir une certaine distance entre les joueurs pour permettre une tension des ficelles.

Anna et moi nous plaçons face à face pour jouer ensemble. Les premiers essais sont peu fructifiant ; les mouvements d'ouverture des bras d'Anna ne sont pas assez rapides et assez amples pour permettre au ballon d'avancer le long des ficelles.

Nous proposons à Anna d'**explorer** des mouvements **rapides**, une énergie **puissante** (le bruit, la rapidité), des mouvements d'**ouvertures** ; des attitudes corporelles qui sont **peu présentes** de son répertoire (nous avons vu que l'inhibition se signalait par des mouvements, ralentis, retenus, peu spontanés). La recherche de ces mouvements est difficile pour elle.

La psychomotricienne vient alors se placer derrière elle, enveloppe ses bras des siens et la guide par ses mouvements. Elle inscrit progressivement l'amplitude et la force nécessaires pour la réalisation du jeu. Nous trouvons un rythme dans nos échanges en nous synchronisant. La psychomotricienne soutient également le rythme en le scandant à voix haute. Anna est un peu surprise quand le ballon tape fort lors des premiers échanges (elle ferme les yeux), puis elle montre un certain plaisir au jeu en souriant.

La psychomotricienne en se **positionnant derrière elle** vient rencontrer Anna, à l'endroit où elle est dans son corps. Elle se propose comme **contenant corporel et psychique**. Elle va d'abord **s'accorder** corporellement à elle pour pouvoir progressivement imprimer dans son corps une autre qualité gestuelle. L'implication corporelle (O. Moyano) de la psychomotricienne permet à Anna d'**exercer ses capacités motrices en sécurité**.

L'accordage se trouve dans un dialogue tonico-émotionnel. Comme nous l'avons vu en partie théorique, dans le portage la mère s'adapte à l'état tonique du bébé, puis elle apaise progressivement son tonus. Ici nous pourrions dire que l'inverse se produit ; la psychomotricienne augmente le tonus d'Anna pour soutenir la réalisation du jeu.

Il s'agit même d'un accordage à trois qui se construit. L'échange que nous trouvons avec Anna est soutenu par l'intermédiaire de la psychomotricienne. Elle est comme un tiers dans la relation, comme un support qui soutient notre accordage (qui serait sans doute plus difficile à trouver dans un seul face à face dans cet échange de balle).

Anna est contenue par la psychomotricienne qui se tient près d'elle et qui **soutient ses mouvements**, mais aussi par ma présence en face d'elle. Elle cherche de l'étayage dans mon regard, auquel elle s'accroche un peu. Notre **appui** est aussi émotionnel et affectif, car nous l'encourageons et nous partageons notre plaisir à être en action avec elle.

L'**accordage** se réalise aussi dans le **rythme** commun trouvé dans les échanges.

La psychomotricienne lui propose de poursuivre toute seule, en maintenant uniquement le rythme avec sa voix. Les mouvements sont plus adaptés à l'activité mais restent encore timides et hésitants. Nous encourageons Anna. Je maintiens le rythme, la psychomotricienne le scande à voix haute et pousse la balle lorsque sa course s'arrête trop tôt. Anna s'applique, poursuit le rythme, réadapte ses mouvements et parvient à plusieurs reprises à mener la balle jusqu'au bout. Nous partageons avec joie sa réussite.

Lorsque que la psychomotricienne lui propose de poursuivre sans elle à ses côtés, elle maintient son **étayage avec le rythme de sa voix**. La voix a aussi une **fonction contenante et structurante**, tout en permettant l'**instauration d'une distance**, d'un écart qui soutient l'individualisation et les capacités d'Anna à faire seule.

Anna demandera quelques séances plus tard à reprendre le jeu du speedball, en affichant un large sourire. Elle montrera du **plaisir** à être dans le jeu et une bonne **intériorisation de l'expérience précédente** pour mener à bien le jeu. Il sera nécessaire de l'étaier dans la reprise du jeu mais de **manière plus distancée** (nous lui dirons par exemple : « le ballon doit faire du bruit »).

## B. Du mouvement esquissé au déploiement des possibilités

Dans cette deuxième vignette, toujours auprès d'Anna, nous explorons le mouvement dans une construction commune.

La psychomotricienne me propose d'initier une proposition. L'idée qui me vient est que nous construisions une phrase gestuelle. Chacun son tour nous effectuons un mouvement ou un geste qui est repris par le partenaire à sa droite, qui ajoute à son tour un autre mouvement et ainsi de suite. Nous construisons une phrase de neuf mouvements.

Mon idée est de proposer à Anna une **mise en mouvement** dans l'espace, qui permet aussi d'exercer sa **créativité, en appui** sur les mouvements et la créativité des autres.

Je commence, Anna prend la suite et la psychomotricienne propose le 3<sup>ème</sup> mouvement. Lorsqu'arrive le tour d'Anna, elle porte son doigt à la bouche, se recroqueville sur elle-même, elle dit « je ne sais pas » en haussant les épaules. « Eh bien celui-ci c'est très bien » lui dis-je en reprenant le haussement des épaules. Anna le refait en esquissant un petit sourire.

Il me semble qu'en **saisissant ce mouvement** d'Anna nous lui permettons de dépasser le blocage de devoir trouver une inspiration. **Tout mouvement ou expression peut être un appui pour la créativité** et pour créer du mouvement. C'est comme une invitation à ne pas trop y réfléchir, à se saisir de la première chose qui se dessine en soi.

Nous créons des mouvements proches du corps (reposer le torse sur ses genoux) ou éloignés (les bras qui dessinent une roue dans l'espace), dans différents niveaux de l'espace (debout, au sol). Anna s'appuie sur les mouvements précédents, elle hésite un temps avant de proposer un mouvement, mais elle parvient à trouver les deux autres sans encouragement. Elle reproduit les mouvements que l'on répète et se souvient de l'enchaînement. Nous nommons les différents mouvements afin de les mémoriser plus aisément : le grand soleil, on se recroqueville, ... Nous jouons à reconstruire la phrase à l'envers. Anna veut être la première à essayer.

Cette proposition permet d'**investir différentes qualités de mouvement** et **schèmes posturo-moteurs** (comme le repli et le déploiement).

Selon B. Lesage (2017) la **dynamique déploiement/repli** semble soutenir la **dialectique dedans/dehors** (comme différenciation et mise en lien). Les mouvements d'ouvertures et de fermetures déployés ici sont aussi une façon d'explorer **les limites psychocorporelles**.

Nous pouvons noter aussi que l'**appui sur l'imaginaire** et la **nomination des mouvements** permet de leur donner une **valeur descriptive et émotionnelle** (grand et soleil, se recroqueviller, ...) qui **soutient** la mémorisation et l'investissement du mouvement dans sa représentation et sa reproduction.

Nous avons observé, durant la séance, qu'Anna avait le visage plus lumineux. Ce que nous avons déjà remarqué lors de la séance précédente. Elle semble prendre du plaisir et pouvoir se saisir de ce qu'on lui propose avec envie. Il nous semble que cela signe également un assouplissement progressif de la dynamique d'Anna, elle est moins figée et plus expressive.

## **V. Le renforcement des appuis et la remise en mouvement de la dynamique psychomotrice**

Les différentes expériences corporelles proposées à Anna et Edison autour du renforcement de leurs appuis psychocorporels se déploient à travers un **cadre sécurisant** ; sécurisant dans sa **continuité** et sa **rythmicité**, dans la manière dont la psychomotricienne et moi-même pouvons **accueillir, contenir et transformer**, mais aussi **supporter et limiter**.

Nous cherchons à nous **ajuster corporellement et émotionnellement** à ces patients tout en leur proposant des expériences corporelles qui soutiennent l'**intériorisation des appuis psychocorporels** : soutenir la répétition tout en la modulant, permettre que des émotions s'expriment tout en leur offrant un contenant, s'engager dans l'espace et le jeu comme support d'identification, soutenir la recherche de limites et d'équilibre, etc.

L'acte du thérapeute psychomotricien est avant tout un acte corporel : il bouge, il joue, il utilise l'espace, le temps, il le construit avec son ou ses patients, il induit du rythme, il joue avec les scansions, il fabrique des maisons, il utilise du matériel, il fabrique du mouvement, il invente des univers, et ce avec tous les outils qu'il choisit ou qu'il donne à choisir à son

patient : musique, instruments de percussion, rubans, tissus, cubes en mousse, jeux de ballon, dessin, modelage, peinture... Il se produit finalement un concentré d'actes thérapeutiques (Potel et al., 2013, p. 22).

En revisitant ainsi les différentes fonctions qui constituent les appuis psychocorporels, nous les renforçons. Progressivement, en **renforçant ses appuis** le sujet **gagne en sécurité**. Les symptômes psychomoteurs peuvent devenir moins criants ou envahissants. En cela, **le renforcement des appuis** permet une **relance de la dynamique du sujet**.

Comme nous l'avons vu, les expériences corporelles peuvent se construire autour de l'exploration de qualités corporelles différentes : ralentir, accélérer, ouvrir, fermer, etc. Cette modulation de mouvements, en proposant au patient **l'exploration de qualités peu présentes dans sa dynamique psychomotrice**, lui permet de se risquer (sécurisé par le cadre du psychomotricien) dans un autre registre corporel. Ainsi, cela contribue à assouplir son fonctionnement psychomoteur.

Nous pensons que l'expérience de modulation est un support de sécurité dans le sens où elle vient signifier au patient qu'il peut être dans un autre registre corporel, sans que cela ne crée un effondrement pour lui.

Nous avons aussi constaté, comme pour Anna par exemple, que le patient éprouve un certain plaisir (même si cela est aussi source d'effort) à s'ouvrir à **d'autres manières d'être en corps et en mouvement**. En cela, nous pensons que cela soutient aussi la remise en mouvement de la dynamique psychomotrice.

Nous pourrions dire que la **remise en mouvement de la dynamique psychomotrice** se trouve dans le **renforcement des appuis psychocorporels** et dans **l'expérience** qu'il est possible **d'être en corps différemment**.

Les expériences corporelles prennent forme dans une **relation de confiance** qui **respecte** et **s'adapte** aux besoins et aux freins des patients, ce que les qualités d'observation, d'accueil, de contenance et d'ajustement du psychomotricien permettent.

Ces expériences corporelles prennent également corps dans un **espace intermédiaire** qui permet que se développe ce que D. Winnicott nomme la créativité. Nous l'avons vu, la **créativité** est pour lui comme inhérente au fait de vivre.

Nous pourrions relier cette conception à la pulsion de vie et à l'**élan vital** (que nous avons vu dans la partie théorique), avec l'idée que **ces espaces** d'entre-deux, créatifs, soutiennent la **remise en mouvement de la dynamique psychomotrice** du sujet en lui redonnant de l'élan de vie. Le mouvement remobilisé, malgré les déstabilisations qu'il produit, peut-être accueilli au service d'un **déploiement du sujet**.

## VI. Retour sur les hypothèses et limites

Au travers de cette partie discussion, à l'aide des éclairages de la partie théorique et de vignettes cliniques d'Anna et Edison, nous avons cherché à montrer en quoi l'expérience corporelle en thérapie psychomotrice pouvait permettre d'une part de revisiter les appuis psychocorporels et d'autre part de soutenir une remise en mouvement de la dynamique psychomotrice du sujet.

La **confirmation** des hypothèses présentées au début de cette partie<sup>22</sup> nécessiterait sans doute un **temps d'observation plus long**, même si l'on peut observer certains effets se dessiner (ouverture expressive et engagement dans les expériences pour Anna).

En effet, le travail thérapeutique est long – jalonné d'avancées, de stagnations, de progrès – il nécessite un temps conséquent d'accompagnement pour en apprécier des bénéfiques. La situation actuelle a réduit la durée d'observations des enfants et les possibilités de développer davantage d'autres propositions basées sur nos hypothèses.

Par ailleurs, au-delà de la notion de temps, les évolutions observables sont corrélées à la présence régulière des patients (ce qui leur demande ainsi qu'aux accompagnateurs une régularité et une implication qui ne sont pas toujours possibles). Pour Edison, le travail en psychomotricité est récent et les nombreuses absences mettent à mal l'expérience de continuité qui construit en partie la sécurité et la confiance dans notre relation. Il est difficile pour lui de rendre compte, pour le moment, des évolutions dans sa dynamique psychomotrice.

---

<sup>22</sup> Réf. Discussion, I : Engageons la discussion, p.61.



Enfin, soulignons que le travail en psychomotricité est souvent **associé**, d'autant plus dans une prise en charge institutionnelle, à d'autres soins (psychologique, pédopsychiatrique, orthophonique, etc.). Les évolutions sont souvent la **corrélation** d'un **travail pluriel**, diversifié et enrichi par l'expertise de chacun des professionnels.

# CONCLUSION

---

Au sein de ce mémoire nous avons vu une lecture psychodynamique du sujet et des symptômes. Il existe d'autres approches auxquelles peut se référer la psychomotricité. Il m'a semblé, pour l'étude de mon sujet et en lien avec la thérapie psychomotrice, que ce choix était, ici, plus pertinent.

Nous avons exploré comment l'expérience corporelle en thérapie psychomotrice pouvait permettre le renforcement des appuis psychocorporels du sujet et la remise en mouvement de sa dynamique psychomotrice. A l'aide de différents auteurs et des exemples cliniques de deux enfants en soin en CMPP – pour inhibition psychomotrice et agitation psychomotrice – nous avons définis des contours aux notions attachées à cette question : l'expérience corporelle en thérapie psychomotrice, les appuis psychocorporels, le mouvement et la dynamique psychomotrice.

Nous avons émis l'hypothèse que la dynamique psychomotrice pouvait être parfois entravée par des symptômes psychomoteurs trop envahissants, qui survenaient comme tentative de défense contre l'angoisse, qui ne pouvait pas être suffisamment contenue par des appuis psychocorporels assez solides. L'expérience corporelle en thérapie psychomotrice pourrait permettre de revisiter ces appuis pour les renforcer, mais aussi de redynamiser le fonctionnement psychocorporel du sujet.

De part son engagement corporel et sa capacité de contenance corporelle et psychique le psychomotricien peut permettre au sujet de dépasser ses angoisses et d'entrer dans de nouvelles expériences corporelles. Les propositions d'expériences corporelles sont ajustées aux besoins du patient et déployées en appui sur des médiateurs et des propositions de modulations du mouvement.

Par le questionnement de ces hypothèses, nous avons pu nous interroger sur la manière dont pouvait se déployer l'expérience corporelle en thérapie psychomotrice, à travers quels supports (médiateurs, modulations corporelles) et dans quels espaces (aire intermédiaire d'expérience). Nous avons pu souligner l'importance de l'engagement psychocorporel du psychomotricien et nous nous sommes interrogés sur ses fonctions d'appui et de support, ainsi que sur les notions de cadres internes et externes sur lesquels le professionnel peut s'appuyer pour soutenir son engagement tant corporel que psychique auprès des patients.

L'engagement du psychomotricien dans les expériences corporelles et auprès du patient vient lui faire éprouver sa capacité à contenir, à limiter, à transformer, tout

en étant un support d'identification. Il est ainsi dans un double mouvement. Les différents cadres externes permettent que la relation psychomotricien – patient soit contenue. Le psychomotricien doit également construire en parallèle une sécurité interne professionnelle, qu'il a commencé à chercher et à intérioriser dans les expériences corporelles proposées durant sa formation et qu'il a, sans doute, à construire tout au long de sa vie et de sa carrière professionnelle.

Tous ces questionnements sont un étayage pour construire ma future pratique professionnelle.

Les interrogations développées autour du mouvement, de la dynamique et des appuis psychocorporels, qui constituent il me semble les conditions de confiance, de sécurité et d'engagement dans les expériences de vie du sujet, y contribuent également. Ces questions sont éminemment complexes et interrogées par bien des disciplines des sciences humaines depuis de nombreuses années. J'ai cherché à les approcher par l'expérience corporelle en thérapie psychomotrice. Cela m'a permis de penser certaines expériences vécues lors de stages, comme certaines situations émouvantes (instants de partage, de rires, de jeux, d'éveils, etc.) ; des moments où je ressentais que quelque chose de l'éveil, du mouvement de vie, d'une infime transformation, se produisait.

Pour finir, je crois que nous pourrions étendre la question des appuis psychocorporels à différentes situations. Les patients présentés dans ce mémoire montrent des symptômes psychomoteurs qui s'insèrent, il me semble, dans leur développement psychomoteur. Cependant, lors d'un événement de vie particulièrement déstabilisant pour un sujet<sup>23</sup>, il est possible qu'il en retienne un sentiment de fragilité dans les appuis psychocorporels (et s'ils s'installent un appauvrissement de la dynamique psychomotrice).

Nous pourrions imaginer dans ces situations qu'un soutien des appuis psychocorporels et de la dynamique soient intéressants ; par leur revisite à la fois dans des expériences corporelles psychomotrices contenant, enveloppantes, limitantes, et dans des expériences d'exploration (adaptées selon le profil psychomoteur du patient). Je pense par exemple à des propositions d'exploration des appuis corporels (des pieds, du bassin, de l'axe) ; des différents systèmes (peau, muscles, articulations, os) comme B. Lesage les théorise ; des propositions de

---

<sup>23</sup> Si je me réfère à mes stages, je pense par exemple aux personnes ayant des séquelles d'AVC, des personnes âgées ayant vécu des chutes, des personnes confrontées à une maladie ou un handicap, mais aussi des événements de vie comme l'accueil d'un bébé qui peuvent temporairement déstabiliser un ou les parents.

toucher thérapeutique, de relaxation ; ou bien encore des expériences d'explorations de rythme, de poids, de kinesphères, d'expressivité corporelle, etc.

Nous pourrions aussi évoquer, en lien avec la crise du covid19 et le confinement, la question du stress post-traumatique et de toutes les personnes qui ont vécu des expériences angoissantes, où ils ont perdu leurs repères, leurs proches, et pour lesquelles les psychomotriciens auront sans doute un rôle précieux à jouer pour les aider à « reprendre corps », retrouver des appuis, une dynamique, un mouvement, un lien sécurisant entre dedans et dehors, une sécurité interne suffisante pour se risquer à retourner à la rencontre du monde et de l'autre...

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Ajuriaguerra, J. de. (2008). *Corps, tonus et psychomotricité* (F. Joly & G. Labès, Éds.). Éd. du Papyrus.
- Albaret, J.-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F. (Éds.). (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 4, Sémiologie et nosographies psychomotrices*. De Boeck supérieur.
- André, P., & Benavides, T. (1993). Psychomotricien, psychomotricité : Un métier, une pratique. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 6(1), 29-34.  
[https://doi.org/10.1016/S0987-7983\(05\)80563-8](https://doi.org/10.1016/S0987-7983(05)80563-8)
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.
- Anzieu, D., Lévy-Leboyer, C., Bronckart, J.-P., Le Moal, M., Moser, G., Richelle, M., & Widlöcher, D. (2003). *Dictionnaire de psychologie* (R. Doron & F. Parot, Éds.). Presses universitaires de France.
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances Psy*, n° 49(4), 14-19.
- Ballouard, C. (2003). *Le travail du psychomotricien*. Dunod.
- Berger, M. (2013). L'instabilité psychomotrice chez l'enfant : Description et hypothèses actuelles. In *L'enfant instable* (p. 5-18). Dunod; Cairn.info.  
<https://www.cairn.info/enfant-instable--9782100701407-p-5.htm>
- Boutinaud, J. (2009). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*. In Press.
- Brun, A., Chouvier, B., & Roussillon, R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Dunod.
- Bullinger, A. (2007a). Perspectives théoriques pour l'étude du développement sensori-moteur. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 23-47). ERES.
- Bullinger, A. (2007b). Le concept d'instrumentation : Son intérêt pour l'approche des différents déficits. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses*

- avatars (p. 49-60). ERES; Cairn.info. <https://www.cairn.info/le-developpement-sensori-moteur-de-l-enfant-et-ses--9782749203072-p-49.htm>
- Calin, D. (2005). La fonction d'apaisement. *Psychologie, Éducation & Enseignement Spécialisé*. <http://dcalin.fr/wordpress/?p=61>
- Calza, A., & Contant, M. (2007). *Psychomotricité*. Elsevier Masson.
- Chouvier, B. (2015). *La médiation thérapeutique par les contes*. Dunod.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique, n° 17(2)*, 81-102.
- Ciccone, A., & Lhopital, M. (2019). *Naissance à la vie psychique*. Dunod.
- Cologne, S. (2010). Dialogue des corps et médiations créatrices. *Evolutions psychomotrices, 22(87)*, 3.
- Desobeau, F. (2008). *Thérapie psychomotrice avec l'enfant : La rencontre en son labyrinthe*. Érès.
- Duvernay, J. (2018). *Le dialogue tonique et tonico-émotionnel*. Université Médecine Sorbonne, IFP de la Pitié-Salpêtrière.
- Duvernay, J. (2018). *Psychomotricité et construction psychocorporelle*. Université Médecine Sorbonne, IFP de la Pitié-Salpêtrière.
- Fréret, M. (2016). *En mouvement. Réflexion sur la pratique psychomotrice auprès de sujets hospitalisés en service de Soins de Suite et de Réadaptation*. UNIVERSITÉ de BORDEAUX Collège Sciences de la Santé Institut de Formation en Psychomotricité.
- Giromini, F. & Lesage, B. (2013). Quand le corps parle de soi-même et à l'autre. *Thérapie psychomotrice et recherches, 174*, 208.
- Gatecel, A. (2012). *La psychomotricité relationnelle*. EDK, Groupe EDP Sciences.
- Guilleminot, D., & Crombez, Y. (1989). *L'Enfant inhibé*. Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/l-enfant-inhibe--9782130425427.htm>
- Joly, F. (1993). *Le paradigme du « jouer » dans les thérapies à médiation*. 98, 42-61.
- Joly, F. (2010). Psychomotricité : Une motricité en relation. In Catherine POTEL, *Psychomotricité : Entre théorie et pratique* (p. 23-41). In press.

- Larousse, É. (s. d.-a). *Définitions : Impulsion - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 19 février 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/impulsion/42068>
- Larousse, É. (s. d.-b). *Définitions : Inhibition - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 19 mars 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/inhibition/43108>
- Lefèvre, A. (2011). *100% Winnicott*. Eyrolles.
- Lesage, B. (2006). *La danse dans le processus thérapeutique : Fondements, outils et clinique en danse-thérapie*. ERES.
- Lesage, B. (2017). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation*. ERES.
- Livoir-Petersen, M.-F. (2011). De l'organisme au corps dans l'approche sensorimotrice du développement. *Contraste, N° 34-35(1)*, 93-132.
- Marcelli, D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : La surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale, 44(4)*, 123-129. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spi.044.0123>
- Meurin, B. (2019). *Approche sensori-motrice*. Université Médecine Sorbonne, IFP de la Pitié-Salpêtrière.
- Miglioranza, S. (2006). L'utilisation de l'espace en psychomotricité. *Enfances Psy, no 33(4)*, 104-112.
- Pireyre, É. W. (2015). *Cas pratiques en psychomotricité*. Dunod.
- Potel, C. (2015). *Du contre-transfert corporel : Une clinique psychothérapique du corps*. ERES.
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. ERES.
- Potel, C., Saint-Cast, A., & Vacher, A. (2013). Passer par l'acte psychomoteur. *Enfances Psy, N° 61(4)*, 20-31.
- Renault- Dulong, A. (2019). *Sémiologie : Inhibition*. Université Médecine Sorbonne, IFP de la Pitié-Salpêtrière.

- Robert-Ouvray, S.B. (2002). Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 132.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007a). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité*. Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007b). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer.
- Robinson, B. (2014). *Corps & psychomotricité*. L'Harmattan.
- Roussillon, R. A. D. de la publication, Brun, A., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Georgieff, N., Roman, P., & Talpin, J.-M. (2014). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Elsevier Masson.
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (Éds.). (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Solal.
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (Éds.). (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1, Concepts fondamentaux*. De Boeck supérieur.
- Vachez-Gatecel, A., & Valentin Lefranc, A. (2019). *Le grand livre des pratiques psychomotrices*. Dunod.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité : L'espace potentiel* (C. Monod, Trad.). Gallimard.



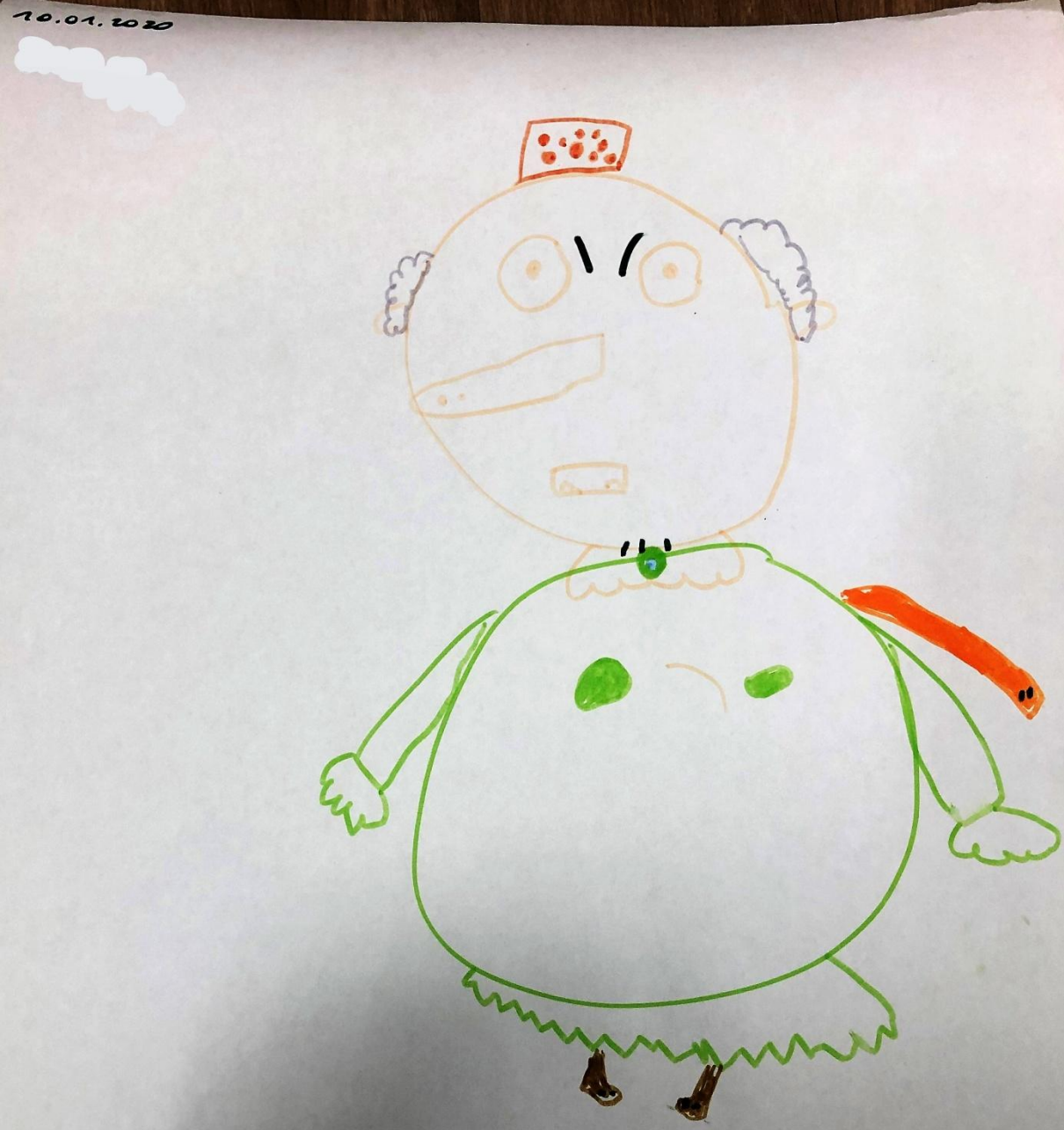
# ANNEXES

---

Annexe I : Dessin d'Anna. La Sorcière Cornebidouille. Décembre 2018.



Annexe II : Dessin d'Anna. La Sorcière Cornebidouille. Janvier 2020.



# Table des matières

---

Remerciements .....	3
Précautions de lecture .....	4
SOMMAIRE .....	5
INTRODUCTION .....	8
PARTIE CLINIQUE.....	11
Chapitre I : Présentation du lieu de stage .....	12
I.    Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques .....	12
II.   L'équipe du CMPP .....	12
A.    Composition de l'équipe.....	12
B.    Fonctionnement de l'équipe .....	13
III.  Accueil et suivi des enfants .....	13
IV.  Cadre thérapeutique du soin en psychomotricité .....	13
A.    La salle de psychomotricité.....	13
B.    Le bilan en psychomotricité.....	14
C.    Le soin en psychomotricité.....	15
Chapitre II : Présentation d'Anna et d'Edison.....	16
I.    Anna ou les mouvements retenus .....	16
A.    Présentation d'Anna.....	16
B.    Des éléments de son histoire.....	18
C.    Son bilan psychomoteur .....	18
D.    Illustration de sa dynamique psychomotrice .....	19
II.   Edison ou l'excès de mouvements .....	21
A.    Présentation d'Edison .....	21
B.    Des éléments de son histoire.....	22
C.    Son bilan psychomoteur .....	23
D.    Illustration de sa dynamique psychomotrice .....	24
PARTIE THEORIQUE .....	26
Chapitre I : Mouvement dans la dynamique psychomotrice .....	27

I.	Définitions .....	27
A.	Mouvement .....	27
B.	Dynamique.....	27
II.	Mouvement et vie .....	28
III.	Le sujet en mouvement .....	29
Chapitre II : Les symptômes psychomoteurs, quand la dynamique psychomotrice se désorganise .....		30
I.	Les symptômes psychomoteurs .....	31
II.	L'inhibition psychomotrice d'Anna .....	32
III.	L'agitation psychomotrice d'Edison .....	33
IV.	Anna et Edison, quand les appuis psychocorporels font défaut .....	35
A.	L'anxiété et un manque de sécurité interne.....	35
B.	Des appuis psychocorporels fragiles, quelques apports théoriques .....	37
a.	L'importance du portage .....	37
b.	Une fonction tonique opérante grâce à un dialogue tonico-émotionnel de qualité.....	38
c.	Une fonction d'appui issue de la régularité des expériences sensoritoniques.....	40
d.	L'intégration du sentiment d'enveloppe et des limites.....	41
V.	La dynamique psychomotrice entravée .....	43
Chapitre III : L'expérience corporelle en thérapie psychomotrice .....		44
I.	La thérapie psychomotrice selon les auteurs .....	44
II.	De l'importance de l'expérience corporelle en relation, de la médiation et de la modulation corporelle .....	46
A.	L'expérience corporelle en relation .....	47
B.	Le médiateur comme appui de l'expérience corporelle en thérapie psychomotrice.....	48
a.	Les types de médiateurs.....	49
b.	Les médiateurs comme supports du processus thérapeutique.....	50
c.	Les médiateurs inscrits dans un espace intermédiaire .....	51
C.	La modulation du mouvement dans l'expérience corporelle .....	52

III.	L'engagement corporel du psychomotricien .....	53
A.	Construire sa structure corporelle et s'ajuster à l'autre .....	54
a.	Construire une qualité corporelle .....	54
b.	S'ajuster au patient, quelques apports théoriques .....	55
B.	Proposer un support contenant et des limites .....	57
a.	L'objet contenant optimal selon A. Ciccone et M. Lhopital.....	57
b.	La fonction contenante de W. Bion .....	58
c.	Les limites et le cadre .....	59
	DISCUSSION .....	60
I.	Engageons la discussion.....	61
II.	L'expérience de la contenance.....	62
A.	Construire des espaces pour constituer un contenant .....	62
B.	Lire des histoires et en représenter ses contenus.....	64
C.	La construction d'un corps solide.....	65
III.	L'expérience des limites .....	67
A.	La limite dans les temps de l'histoire et l'expérience de destruction .....	67
B.	La limite dans l'alternance du mouvement.....	70
IV.	L'expérience de modulation .....	72
A.	L'étagage et le rythme pour un mouvement plus ample.....	73
B.	Du mouvement esquissé au déploiement des possibilités.....	75
V.	Le renforcement des appuis et la remise en mouvement de la dynamique psychomotrice .....	77
VI.	Retour sur les hypothèses et limites.....	79
	CONCLUSION.....	81
	BIBLIOGRAPHIE .....	84
	ANNEXES .....	I
	Table des matières .....	III

## RESUME

Parfois les symptômes psychomoteurs du sujet, selon une lecture psychodynamique, peuvent être le signe d'un manque d'appuis psychocorporels qui ne permet pas de suffisamment contenir l'angoisse inhérente à la vie humaine. Lorsque les symptômes se font trop envahissants, c'est toute la dynamique psychomotrice du sujet qui peut être entravée. Dans le cadre de la thérapie psychomotrice, de part son engagement corporel et sa capacité de contenance corporelle et psychique, le psychomotricien peut permettre au sujet de dépasser ses angoisses et d'entrer dans de nouvelles expériences corporelles qui lui permettront de renforcer ses appuis psychocorporels et de soutenir une remise en mouvement de sa dynamique psychomotrice. A travers les exemples cliniques de deux enfants présentant une inhibition psychomotrice et une agitation psychomotrice, nous explorerons ces différentes questions.

Mots-clefs : thérapie psychomotrice, expérience corporelle, appuis psychocorporels, dynamique psychomotrice, mouvement.

## ABSTRACT

Sometimes the subject's psychomotor symptoms, according to a psychodynamic reading, may be a sign of a lack of psycho-corporal support that does not sufficiently contain the anguish related to the human life. When the symptoms become too invasive, the whole psychomotor dynamics of the subject may be hindered. Within the framework of psychomotor therapy, because of his bodily commitment and his capacity for bodily and psychic containment, the psychomotrician can allow the subject to overcome his anxieties and to enter into new bodily experiences. Thanks to this therapy, the psychomotrician will reinforce his psycho-corporal support and reactivate of his psychomotor dynamics. We will explore these different issues through clinical examples of two children with psychomotor inhibition and psychomotor agitation.

Keywords : psychomotor therapy, body experience, psycho-corporal support, psychomotor dynamics, movement.