



HAL
open science

Ensemble mais différents : le soutien de la socialisation grâce au groupe psychomoteur

Solène Maignan

► **To cite this version:**

Solène Maignan. Ensemble mais différents : le soutien de la socialisation grâce au groupe psychomoteur. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03297281

HAL Id: dumas-03297281

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297281>

Submitted on 23 Jul 2021

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.

**Ensemble mais différents : le soutien de la
socialisation grâce au groupe psychomoteur**

Mémoire présenté par Solène Maignan

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité

Référentes de mémoire :

Session juin 2021

Zoé Lazar, Charlotte Paumel, Caroline Stewart

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes parents et ma sœur pour leur immense soutien et mon père pour toutes les heures passées à relire mon mémoire.

Je remercie mes maitres de mémoire et ma maitre de stage pour leurs relectures, leurs conseils et pour m'avoir accompagnées et soutenues.

Je remercie tous mes maitres de stages et les professeurs pour la transmission de leurs connaissances et de leurs savoirs faire qui m'ont permis de me former.

Je remercie Amélie pour sa présence, son soutien et sa maîtrise de l'anglais

Je remercie Alice pour cette magnifique amitié sans ambiguïté.

Je tiens à remercier également mes merveilleux copains, futures psychomotricien(nes), pour ces trois années exceptionnelles passées à leurs côtés, ainsi que Samy pour sa convivialité et sa générosité.

Enfin, je remercie le groupe 5, pour tous ces travaux pratiques traversés dans la bonne humeur et la bienveillance.

Sommaire

Remerciements.....	3
Sommaire	4
Introduction.....	7
Théorie :	9
I. La relation dans le développement globale de l'enfant.....	9
A) Les interactions précoces	9
a. Les interactions comportementales	9
b. Les interactions affectives.....	11
c. Les interactions fantasmatisques	11
B) La théorie de L'attachement selon Bowlby	12
C) Le concept de séparation-individuation de M.Mahler	13
D) Le développement global de l'enfant et ses troubles.....	15
II. Les domaines spécifiques du développement et leurs troubles.....	16
A) Le développement psychomoteur et ses troubles	17
a. Le développement dynamique de S. Robert-Ouvray	17
b. Les principales étapes du développement psychomoteur	20
c. Les troubles psychomoteurs chez l'enfant	22
B) Le développement social	23
a. Les stades du développement de l'enfant selon Wallon	23
b. Les troubles psychopathologiques du développement.....	26
C) Le développement cognitif	27
a. Les stades du développement de l'enfant selon Piaget.....	27
b. Les troubles des apprentissages	29
D) Le développement du langage	30
a. Le langage son développement chez l'enfant	30
b. Les troubles du langage.....	31
III. La place du groupe	32
A) L'histoire des groupes	32
a. Etiologie et étymologies.....	33
b. Les différents groupes sociaux selon Anzieu.....	33
c. Les cinq types de groupes dans le développement de l'individu	35
B) La dynamique des groupes	36
C) Les groupes thérapeutiques en psychomotricité	37
Clinique :	39
I. Contexte de la prise en charge	39

A)	La structure d'accueil	39
a.	Le centre médico-psychologique	39
b.	La place de la psychomotricité au sein de l'établissement	40
B)	Les enfants	41
a.	Arthur	41
b.	Diane	43
c.	Sophie.....	45
C)	Le groupe	47
a.	Sa création.....	47
b.	Les objectifs et les axes thérapeutiques du groupe	47
c.	Présentation du « groupe extérieur ».....	48
d.	Le déroulé type d'une séance.....	49
II.	L'évolution des individus dans le groupe et sa dynamique	50
A)	L'évolution des enfants dans le groupe au cours de l'année	50
a.	Arthur	51
b.	Diane	52
c.	Sophie.....	54
B)	La dynamique du « groupe extérieur »	56
a.	Une dynamique fluctuante	56
b.	Compétition et complicité entre Diane et Sophie	56
c.	Une alliance entre Arthur et Sophie	57
d.	Peut-on prendre la place d'un autre	58
e.	Une séance en intérieur qui rassemble.....	58
Discussion :		60
I.	La psychomotricité soutient au développement global de l'enfant.....	60
A)	La psychomotricité et la relation	60
a.	La régulation tonique et émotionnelle	60
b.	Le dialogue tonique.....	62
B)	La psychomotricité et le psychomotricien en relation	62
a.	Le contre transfert du psychomotricien	63
b.	L'implication corporelle du psychomotricien.....	63
c.	La valorisation de l'enfant par le psychomotricien.....	64
C)	La psychomotricité et les interactions sociales.....	65
a.	Le langage en psychomotricité	65
b.	Le jeu en psychomotricité	67
D)	La psychomotricité et l'identité corporelle.....	67
a.	Les représentations corporelles	67
b.	Vivre son corps en psychomotricité.....	68
II.	Le groupe, un lieu de socialisation.....	69

A)	Un groupe en psychomotricité.....	70
a.	Qu'est-ce qu'un groupe en psychomotricité	70
b.	Le cadre thérapeutique du groupe	70
c.	Les rôles du groupe	72
d.	Le psychomotricien dans le groupe	72
B)	Ensemble mais différents.....	73
a.	Le groupe rassemble	73
b.	La différenciation dans le groupe.....	74
c.	La place de chacun au sein du groupe.....	75
d.	La socialisation	76
	Conclusion	77
	Bibliographie.....	79

Introduction

Au cours de ma formation en psychomotricité je me suis beaucoup intéressée aux groupes que mènent les psychomotriciens, car ils apportent une richesse et une diversité de contenu et de propositions. J'ai moi-même fait partie de nombreux groupes comme des groupe d'amis ou des groupes scolaires. Ils m'ont marquée, parfois d'une manière positive, d'autre fois d'une manière négative, mais qui m'ont tous permis de me construire. Le groupe de travaux pratique en psychomotricité dans lequel je me trouvais pendant ma formation en est un bon exemple puisqu'il m'a accompagnée dans ma construction de future psychomotricienne.

Au cours de ma deuxième année, j'ai participé pour la première fois à plusieurs groupes en psychomotricité en tant que stagiaire. Je porte alors un intérêt plus particulier à ce modèle de prise en charge dans lesquels je trouve les interactions entre les enfants très riches et de là, naissent mes premiers questionnements.

C'est lors de mon stage de troisième année que j'ai pu mettre des mots sur mes interrogations de l'année passée, et que j'ai pu en formuler de nouvelles. Ce stage se déroule dans un centre médico-psychologique pour enfants. Je participe à plusieurs prises en charge en individuel et à deux groupes. L'un de ces groupes est composé de trois enfants que je rencontre sans m'être vraiment renseignée sur eux au préalable. Je me suis, dans un premier temps, demandée ce qui pouvait rassembler ces trois enfants qui me semblaient bien différents dans leurs comportements et dans leur façon d'être. Puis, en parlant avec la psychomotricienne et, au fur et à mesure des séances, j'ai pu observer qu'au travers de leurs différences, ils présentaient certaines difficultés similaires dans plusieurs domaines du développement. Je me suis alors questionnée sur la place que chacun de ces enfants avait dans le groupe, et de quelle façon ils pouvaient la trouver. Leurs manières d'entrer en interactions, parfois inadaptées, m'ont également interpellée que ce soit entre eux ou avec les adultes. Et elles ont même, quelquefois, pu m'agacer ou me déstabiliser. Je me suis demandée quelles fonctions thérapeutiques pouvaient avoir les interactions vécues au sein du groupe de psychomotricité ?

Ces différents questionnements m'ont amenée à formuler la problématique suivante : Comment le groupe thérapeutique en psychomotricité vient soutenir la socialisation d'enfants avec des troubles spécifiques du développement ?

Pour y répondre, je vais tout d'abord décrire certaines notions théoriques concernant les interactions précoces et leur rôle, mais aussi concernant le développement global de l'enfant et les

différents domaines qu'il regroupe. Ensuite, je présenterai les trois enfants que j'ai rencontré au sein du groupe de psychomotricité. Je décrirai ce dernier dans un second temps. Enfin, j'exposerai ma réflexion pour comprendre le rôle d'un groupe en psychomotricité dans le soutien au développement de l'enfant et sa socialisation.

Théorie :

Mon mémoire aborde le sujet de la socialisation et sa place dans le développement global de l'enfant dans le cadre d'un groupe thérapeutique en psychomotricité. Je vais apporter des éléments théoriques sur le rôle de la relation dans le développement de l'enfant au travers des différentes interactions précoces. Ensuite, je développerai les différents domaines du développement global de l'enfant et les troubles qui peuvent y être associés. Enfin, je présenterai le rôle du groupe dans la socialisation de l'enfant et plus particulièrement les groupes thérapeutiques en psychomotricité.

I. La relation dans le développement globale de l'enfant

Pour Winnicott « le potentiel inné d'un enfant ne peut devenir enfant que s'il est couplé à des soins maternels. » (Cité par I.Funck-Bertrando, 2011, p.76). L'enfant lorsqu'il vient au monde doit s'adapter à de nombreux changements environnementaux et physiologiques. Son organisme encore immature ne peut répondre seul à ses changements et ses besoins. Il est dépendant de son environnement. C'est grâce à la mère par ses soins et la relation qu'elle va créer avec son enfant qu'il va pouvoir développer ses potentiels innés.

A) Les interactions précoces

« Une interaction est l'influence réciproque de deux phénomènes, de deux personnes avec les notions de réciprocité et d'interdépendance. »(S.Bekier et M. Guinot, 2011, p.95)

Le bébé est actuellement soumis à l'influence de son entourage et sa relation avec celui-ci est envisagée encore aujourd'hui comme un ensemble de processus bidirectionnels. L'environnement influence alors le nourrisson et réciproquement dans un processus qui se veut continu et en constant changement. Il existe trois niveaux d'interactions précoces, elles peuvent être de natures comportementales, affectives ou fantasmatisques.

a. Les interactions comportementales

Les interactions comportementales représentent la manière dont le comportement de l'enfant et celui de la mère s'engagent et s'harmonisent l'un par rapport à l'autre. Elles peuvent

s'observer sous différents registres dont trois principaux : le registre corporel, visuel et vocal.

Les interactions corporelles :

Les interactions corporelles peuvent être rapportées aux notions de « holding » et « handling » de Winnicott (1970), pédiatre et psychanalyste britannique. Le holding traduit en français par « maintien » représente la façon dont le bébé est porté, tenu, ou encore touché sur le plan corporel et psychique. Mais aussi l'adaptation de la mère à son enfant dans les soins qu'elle lui apporte, la qualité du portage et sa dimension contenante apportant à l'enfant un sentiment de sécurité. Le handling quant à lui décrit la manière dont l'enfant est traité, manipulé, soigné. Il traduit la manière dont la mère s'occupe de son bébé dans les moindres détails des soins quotidiens qu'elle lui prodigue.

Ajuriaguerra (1970) décrit de son côté le dialogue tonique qu'il met en lien avec les travaux de Winnicott puisque ce dialogue se déroule lors du holding et du handling. Le dialogue tonique permet les ajustements interactifs corporels entre la mère et son enfant. De réelles interactions vont alors se créer entre les deux partenaires au niveau de leurs postures et de leur tonus musculaire. Lorsque l'un ou l'autre des deux partenaires est tendu ou détendu l'autre va alors le ressentir. Il s'agit d'un véritable outil de communication pour Ajuriaguerra.

Les interactions visuelles :

Les interactions visuelles concernent les dialogues œil à œil, appelées aussi la rencontre des regards ou encore regard mutuel, et sont un mode de communication privilégiés entre la mère et son enfant. Winnicot (1970) introduit la notion de « miroir » permettant au bébé la construction de l'image de soi différente de celle de sa mère. L'enfant se perçoit à travers le regard de sa mère c'est un des premiers organisateurs dans la relation.

Les interactions vocales :

Les interactions vocales sont un mode de communication privilégié chez l'enfant lui permettant de traduire ses besoins, ses affects et d'exprimer ses désirs. Le premier mode de langage du nourrisson sont ses cris et ses pleurs. La voix de la mère possède une modification naturelle quand elle parle à son bébé aussi appelé « le mamanais » (R.Cassel, 2013, p.115). Ce timbre de voix revient régulièrement lors des jeux et des interactions au quotidien entre la mère et son bébé. Pour Bowlby, pédopsychiatre et psychanalyste, les interactions vocales jouent un rôle très important dans l'attachement entre la mère et son bébé. Au cours des premiers mois la mère et son enfant sont dans un bain d'affects. Le bébé reçoit les émotions et la tendresse de la mère. Il vit une expérience émotionnelle qu'il partage avec elle et c'est ce qui va constituer les bases de l'accordage affectif.

b. Les interactions affectives

Les interactions affectives expriment le climat affectif ou émotionnel des interactions, ce qui peut être vécu comme agréable ou désagréable dans la communication. Elles représentent les influences réciproques de la vie émotionnelle qui se joue entre la mère et son enfant. Stern (1989) pédopsychiatre et psychologue, décrit ces interactions comme « accordage affectif » ou « harmonisation affectives » (D'après S.Bekier et M. Guinot, 2011, p.95). Les affects sont à l'origine même de la communication dans le jeu entre la mère et son enfant, principalement pendant les premières semaines et les premiers mois. La tonalité de ces affects dans leur échange permet de dégager des sentiments de plaisir, de bien être, de tristesse, d'ennui, d'excitation, voire de haine ... Pour Stern, ces conduites d'accordage peuvent s'observer dès les premières interactions entre la mère et son enfant. Mais c'est environ vers le neuvième mois que cet accordage se développe pleinement car c'est vers cet âge que l'enfant prend conscience qu'il est différent de l'autre.

c. Les interactions fantasmatiques

Les interactions fantasmatiques ont été étudiées par Kreisler et Cramer dans un premier temps puis par Lebovici dans un second temps. Ils considèrent qu'il existe une réciprocité du déroulement de la vie psychique de la mère et de son bébé aussi bien dans leurs aspects imaginaire et conscient qu'inconscient et fantasmatique. Il y a une confrontation à la naissance entre l'enfant réel et l'enfant fantasmé et imaginé parfois très éloigné de la réalité. Les fantasmes expriment des modalités d'investissement des objets par les pulsions et les désirs. Ils sous-tendent toutes les relations.

Durant ces premiers mois de vie l'enfant, longtemps considéré comme un être passif qui subit son environnement, est le partenaire dans un processus bidirectionnel où non seulement il n'est pas entièrement soumis à l'influence de son environnement mais peut agir dessus au moyen d'interactions qu'il vit avec sa mère. Ces interactions comportementales, affectives ou fantasmatiques permettent à l'enfant de créer un lien entre lui et sa mère et c'est dans un attachement réciproque qu'ils vont les vivre.

B) La théorie de L'attachement selon Bowlby

Zazzo s'intéresse aux phénomènes d'attachement et il « suppose une tendance originelle et permanente à rechercher la relation à autrui.» (Cité par C. Tourrette et M. Guidetti, 2018, p.136). L'individu chercherait de manière naturelle et innée la relation et l'attachement à l'autre. L'attachement décrit le lien qui se crée entre un individu et une figure d'attachement. Pour l'enfant la figure d'attachement est généralement sa mère, ou du moins ses parents.

J. Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique s'est particulièrement intéressé aux conséquences pathologiques de la séparation entre la mère et son enfant. Il décrit une théorie qu'il nomme « théorie de l'attachement » en s'inspirant entre autres des travaux de Winnicott.

La théorie de l'attachement démontre que le comportement d'attachement que le nourrisson développe est naturel et essentiel pour son développement. En effet, la construction des premiers liens entre l'enfant et sa figure d'attachement, généralement la mère, répond à un besoin biologique fondamental primaire. On peut donc abandonner la théorie qui décrit la nourriture comme le seul besoin originaire. Les comportements innés chez le bébé comme les pleurs, la succion ou encore l'agrippement permettent de conserver une proximité physique avec la mère et sont à l'origine de cet attachement. L'attachement a donc pour but de favoriser la proximité de l'enfant avec une ou plusieurs figures adultes afin d'obtenir un réconfort et ainsi de retrouver un sentiment de sécurité interne face aux stimulations agressives de l'environnement. Les parents qui répondent aux besoins d'attachement de leurs bébés ont le statut de « care-giver ». Et pour qu'un care-giver devienne une figure d'attachement pour son enfant, il doit s'investir émotionnellement et physiquement de façon régulière auprès de lui. Cette figure d'attachement est utilisée par l'enfant comme base de sécurité.

Bowlby définit quatre phases dans l'évolution du comportement d'attachement :

Pendant la première phase l'enfant use de divers comportements innés tels que le sourire, les vocalises, les pleurs, le fait de s'agripper pour obtenir la proximité de l'adulte. Ces comportements ne sont néanmoins pas dirigés vers une figure particulière il les oriente sans discrimination de figure et ne distingue pas les personnes entre elles. Cette phase dure jusqu'à la huitième semaine environ.

Plus tard, les signaux extérieurs que l'enfant reçoit augmentent et une réponse sociale spontanée peut s'observer au cours de la douzième semaine. En effet lorsque la mère quitte la pièce l'enfant se met à pleurer ou crier pour la ramener auprès de lui. Ensuite, les signaux sont dirigés vers une figure discriminée. C'est-à-dire, lorsqu'une personne répond à l'enfant elle se distingue des

autres. Cette phase peut durer jusqu'à six mois. L'enfant sourit davantage aux personnes qui lui sont familières mais encore plus à sa figure d'attachement.

Puis à partir d'environ sept mois c'est le maintien de la proximité grâce à la locomotion. A partir de sa sécurité de base mise en place au cours des premiers mois, l'enfant peut partir en exploration et revenir grâce à ses capacités de locomotions nouvellement acquises, il devient autonome.

Enfin, l'enfant accepte que la figure d'attachement soit un objet indépendant et donc qu'il peut s'en séparer. Il prend conscience que l'autre n'est pas lui.

L'attachement fait donc partie de la constitution fondamentale de l'individu. Quand l'enfant vit des relations sociales durables avec une personne celle-ci est susceptible de devenir sa figure d'attachement. Lorsque les liens d'attachement sont suffisamment stables et solides, la figure d'attachement représente alors une base de sécurité pour l'enfant. Il va s'autoriser à s'éloigner de sa figure d'attachement pour explorer son environnement. Cette exploration lui permet d'apprendre sur son environnement et de développer des capacités qui lui seront nécessaires pour les prochaines étapes de son développement.

La notion de base de sécurité décrite dans ce phénomène d'attachement reflète la notion de confiance pour une personne. L'individu se représente une figure de confiance comme soutenance et protectrice qui est accessible et disponible en cas de besoins et à n'importe quel âge de l'individu.

C) Le concept de séparation-individuation de M.Mahler

Le processus est décrit à l'origine par M. Mahler en 1968. Il s'agit de l'élaboration du développement psycho-affectif normal de l'enfant jusqu'à trois ans. Le processus de séparation-individuation expose la manière dont l'enfant se différencie de façon progressive de son objet maternelle primaire ce qui lui permet en même temps d'investir les premières représentations de lui-même. Elle repère trois grandes étapes qui se succèdent : la phase autistique normale, la phase symbiotique normale et la phase du processus de séparation-individuation

La phase autistique normale :

Cette phase a lieu durant les quatre premières semaines de vie de l'enfant. Pendant cette période le nourrisson est plus souvent dans une période de sommeil que d'éveil. Lorsqu'il se trouve éveillé l'enfant essaie seulement de maintenir une régulation de ses systèmes physiologiques.

M.Mahler décrit « Il n'a aucune conscience de l'agent maternant et ne différencie rien de ses propres tentatives d'apaisement des tensions [...] de celles qui lui viennent des soins de sa mère. » (Cité par M.Liberman, 2011, p.92). L'enfant à ce stade ne perçoit pas la mère comme objet l'aidant à satisfaire ses besoins, il n'a pas la conscience nécessaire pour les différencier. L'enfant à cette période peut intégrer les expériences sous seulement deux formes les bonnes et les mauvaises. La mère dans ses soins permet de déplacer de l'intérieur du corps vers l'extérieur les énergies primaires de l'enfant qui lui servent à investir ses expériences. Ce déplacement augmente la sensibilité aux stimuli de l'enfant et marque le début de la phase symbiotique.

La phase symbiotique :

Cette phase commence vers le deuxième mois et se termine aux alentours de du neuvième mois. Grâce au vécu des soins maternels, le bébé va percevoir la mère comme un prolongement de lui-même, il est alors totalement indifférencié de la mère. L'enfant pendant cette phase est en état de dépendance totale. « La fusion du bébé avec la mère est telle qu'aucune différence entre le Je et le non-Je n'est perçue. » (Cité par M.Liberman, 2011, p.93). Dans cette fusion, le bébé va tout de même rencontrer des perceptions extérieures qu'il va pouvoir explorer de lui-même si ses assises narcissiques sont assez solides. Les assises narcissiques sont des bases narcissiques essentielles pour la construction d'une bonne estime de soi. L'enfant va progressivement, et surtout dans les périodes de faim et de manque, prendre conscience de sa mère, objet de satisfaction de ses besoins primaires. Cette conscience de la mère s'estompe lors de la période de satiété. C'est autour de la mère que vont se structurer et se construire les premiers processus du Moi. Le Moi représente la partie du psychique qui permet de lutter contre les pulsions et stimulations d'origine interne mais aussi extérieure à l'enfant. Il est décrit par Freud en 1920 dans sa seconde topique. La mère le protège également des stimuli dangereux venant de l'intérieur comme de l'extérieur grâce à sa fonction de pare excitation. A partir du troisième mois l'enfant commence à se servir de son expérience. Grâce à la répétition de ces expériences le bébé qui n'avait au début de son développement pas conscience de sa mère va la percevoir comme un objet spécifique aux alentours du sixième mois. Il permet aussi l'émergence des premiers sentiments d'identité du sujet en constituant ses premières assises narcissiques grâce à sa mère.

Phase du processus de séparation-individuation :

L'espace symbiotique s'efface progressivement pour laisser place aux activités qui favorisent l'autonomisation de l'individu dans des expériences de plaisir. L'acte de l'enfant qui jusqu'alors ne

semblait pas dépasser sa motivation se lie dorénavant à la réalité extérieure. L'enfant réalise maintenant des activités de façon intentionnelle. C'est grâce à ses expériences sensorimotrices que l'enfant va pouvoir se détacher physiquement et psychiquement de sa mère. Le processus de séparation-individuation suit celui de la maturation de l'enfant et est gouverné par deux lignes de développement. Une, aboutissant à la séparation et permet d'accéder à la différenciation grâce à la distanciation, la structuration de limites et le détachement de sa mère. L'autre ligne de développement aboutit à l'individuation en déployant les différentes fonctions autonomes qui sont la perception, la mémoire, la capacité cognitive... C'est la mère qui est garant de ce processus de séparation-individuation grâce à sa disponibilité physique, émotionnelle et sa capacité à s'adapter aux demandes de son enfant qui évoluent au cours de son développement. Le processus de séparation-individuation traduit donc la perte de l'objet d'investissement primaire de l'enfant, ici la mère, à partir de son intériorisation progressive, dans l'activité mentale du sujet. L'enfant prend conscience de sa séparation physique et psychique avec sa mère en tant qu'objet permanent et se perçoit ainsi séparé et différencié d'elle.

L'enfant a besoin d'un milieu humain pour entrer en relation. C'est grâce à la relation et à la sécurité de base qu'il intériorise progressivement que l'enfant va pouvoir se construire et construire le monde qui l'entoure en grandissant.

D) Le développement global de l'enfant et ses troubles

Le développement de l'enfant représente un processus global. Il fait appel à quatre dimensions différentes du développement qui sont : la dimension psychomotrice, la dimension socio-affective, la dimension cognitive et la dimension langagière. Elles sont toutes essentielles au développement de l'enfant mais opèrent chacune à des degrés différents en fonction de l'âge de l'enfant, de ses apprentissages et des activités auxquelles il se livre.

Le retard global de développement peut être utilisé comme terme pour décrire un enfant qui ne parvient pas à franchir les étapes normales dans plusieurs domaines du développement global. Il est généralement retrouvé chez les enfants présentant un déficit intellectuel. Le retard global de développement est en effet noté dans le DSM-5 dans le chapitre des troubles développementaux, dans la sous-catégorie des handicaps intellectuels.

Pour le DSM-5, le développement global de l'enfant appartient au fonctionnement

intellectuel. Selon lui le diagnostic du retard global de développement est réservé aux sujets ayant moins de cinq ans lorsque le degré de sévérité clinique ne peut pas être évalué de manière sûre pendant la première enfance. Le retard global de développement est alors diagnostiqué lorsque l'enfant n'accède pas aux stades attendus de son développement dans plusieurs domaines du fonctionnement intellectuel. Il s'applique aux personnes qui ne sont pas capables de réaliser de façon satisfaisantes les évaluations systématiques du fonctionnement intellectuel et inclut également des enfants qui sont trop jeunes pour réaliser des tests standardisés. Les personnes diagnostiquées avec un retard global du développement doivent être réévaluées ultérieurement.

Cependant, il arrive que certains enfants présentent des retards de développement seulement dans une ou plusieurs dimensions du développement global mais pas dans toutes. Nous ne pouvons pas leur attribuer un retard de développement ou du moins pas de manière globale mais de manière hétérogène. J.de Ajuriaguerra décrit un aspect de dysharmonie de développement caractérisant « certains enfants (pour des raisons maturatives ou affectives) chez qui il existe un décalage d'une entité partielle (motricité, langage, organisation cognitive, autonomie) qui dépasse ou est en retard par rapport aux autres, et peut entraîner, en fonction de sa répercussion sur les autres systèmes et sur le mode d'appréhension de la réalité, une perturbation dans l'ensemble de l'organisation de la personnalité ». (P.Mazet, 2004, para.2). Les dysharmonies dans le développement de l'enfant représentent donc des difficultés ou des retards dans un ou plusieurs domaines spécifiques. Les différentes dimensions étant intriquées ces retards peuvent parfois avoir des répercussions sur les autres domaines mais aussi dans la vie relationnelle de l'enfant.

Pour conclure, l'enfant pour se construire de façon harmonieuse a besoins de premières interactions riches lui permettant un bon attachement créant des bases sécurisées pour, par la suite, s'éloigner et se détacher de sa mère. L'enfant en relation va ainsi pouvoir s'épanouir dans tous les domaines du développement en lien avec son environnement. Nous pouvons alors nous demander comment se développent ces différents domaines différenciés mais intriqués les uns aux autres, ainsi que les troubles associés ?

II. Les domaines spécifiques du développement et leurs troubles

Le développement global de l'enfant comprend plusieurs domaines tous rassembler et intriquer pour permettre la construction harmonieuse de l'enfant. Je vais dans cette partie les présenter de façon dissociée pour apporter une meilleure compréhension de leur développement respectifs. Il s'agit des domaines psychomoteur, socio-affectif, cognitif et langagier. Tous ensemble œuvrent pour le développement global de l'individu. Il peut cependant exister des disfonctionnements dans leur développement provoquant chez l'individu qui les présente des troubles dans le domaine concerné.

A) Le développement psychomoteur et ses troubles

a. Le développement dynamique de S. Robert-Ouvray

Lorsque l'enfant naît, il fait tout de suite face à de nombreux changements physiologiques comme la respiration et la faim. En effet, dans le ventre de sa mère l'enfant se trouvait dans un milieu liquide et était nourri de manière continue par le cordon ombilical. En plus des changements physiologiques il doit aussi faire face à des changements environnementaux comme les forces de la pesanteur qui entraînent des modifications toniques et corporelles. En effet, dans le ventre, l'enfant flottait dans un milieu liquide alors que dans l'air il est attiré au sol. Ses muscles ne sont pas encore capables de lutter contre les forces de la pesanteur lui offrant peu de mobilisation au début.

S. Robert-Ouvray, est docteur en psychologie clinique, psychothérapeute et possède une formation de kinésithérapeute et de psychomotricienne. Elle propose l'existence d'un lien entre la construction psychique et motrice autour des six premiers mois de l'enfant. Ces deux constructions se trouvent tous les deux dirigées par 3 lois : l'enroulement, la symétrie et la coordination.

L'enroulement :

« Grâce à l'étayage psychomoteur, nous gardons toute notre vie cette possibilité de faire un retour « sur soi » pour nous restructurer et nous réassurer en nous concentrant et en nous enroulant. » (S. Robert-Ouvray, 2009, p.84). Le mouvement d'enroulement est un des premiers acquis par l'enfant, il va lui permettre de se construire et reste toute la vie la référence de nos activités psychomotrices.

Les schèmes de bases :

L'enfant, dès les premiers jours de sa vie est essentiellement dans des mouvements

centripètes correspondant à la préoccupation narcissique de l'enfant lui permettant de se centrer sur lui-même. En même temps qu'être centré sur lui l'enfant prend conscience de ses « schèmes de base » (S. Robert-Ouvray, 2010, p.34). Il s'agit d'unités élémentaires motrices qui relèvent du répertoire moteur de base de l'être humain. Ces schèmes de base permettent à l'enfant d'adopter des positions en enroulement nécessaire à son développement. La maturation neurologique de l'enfant à sa naissance n'est pas terminée, ce qui ne permet pas à ses schèmes de bases d'être déjà coordonnés. Ils vont donc agir chacun de façon isolée et s'associer entre eux grâce à la maturation neuromotrice de l'enfant et à une relation maternelle satisfaisante. Même si l'enfant adopte très rapidement des comportements relationnels avec son environnement, il montre néanmoins peu d'intérêts pour le monde qui l'entoure au cours de ses premiers jours de vie. Il reste dans un mouvement d'enroulement, sa motricité qui n'est pas encore mature le ramène constamment à un retour sur soi. Le mouvement d'enroulement est essentiel pour l'enfant et pour la construction de son Moi. Ce mouvement permet à l'enfant de se centrer sur lui-même et de construire les premiers fondements de la base narcissique primaire essentielle à son développement. La base narcissique primaire assure une première identité de base à l'enfant de façon sécurisante et rassurante. Pour assurer cette base narcissique primaire l'enfant doit vivre cette étape à son rythme dans un environnement affectif stable et sûr. Une fois cette base de sécurité posée l'enfant va pouvoir s'ouvrir corporellement et psychologiquement vers l'extérieur en parallèle à l'extension de son corps.

Le tonus dans le développement :

Pour S.Robert-Ouvray, « Le projet humain d'individualisation psychomoteur dépend fondamentalement de la dynamique tonique à l'œuvre dès la vie intra-utérine » (S.Robert-Ouvray, 2010, p.44)

A la naissance le bébé ne présente pas le même tonus que nous connaissons chez l'adulte. L'enfant présente une hypotonie du tronc enroulé autour de son axe corporel et une hypertonie des membres de son corps. Le tonus est un état de légère tension des muscles aux repos, permanent et involontaire. Il maintient les postures, les attitudes et les stations. Il est la base des activités motrices et posturales. Le tonus est lui aussi un élément dépendant de la maturation neuromotrice, il varie tout au long de la vie de l'individu. Cette bipolarité tonique naturellement présente chez le nouveau-né va progressivement s'estomper grâce aux lois céphalo-caudale et proximo-distale qui suivent la maturation du système nerveux.

La loi céphalo-caudale, elle permet aux muscles les plus proches du système nerveux central d'être les premiers à être contrôlés volontairement par l'enfant. C'est une loi descendante, plus les

muscles sont loin de la tête et plus le contrôle volontaire mettra du temps à s'installer. Le contrôle musculaire se fait donc de la tête jusqu'aux pieds.

La loi proximo-distale, elle permet aux muscles les plus proches du tronc d'être les premiers à être sous le contrôle volontaire de l'enfant. Le contrôle volontaire des muscles se fait du centre du corps vers la périphérie. L'enfant contrôle son bras puis sa main et enfin ses doigts. Cette loi empreinte différentes étapes dans la coordination de la motricité fine.

Grâce à la maturation du système nerveux central les muscles du cou et la colonne vertébrale vont se tonifier permettant à l'enfant de tenir sa tête vers trois mois. L'hyperflexion des membres diminue vers deux mois. Les membres vont se détendre et permettre à l'enfant de se redresser sur ses avant-bras puis sur ses bras vers cinq mois. Le bébé a alors accès à une vision plus globale de son environnement qu'il explore de plus en plus.

Les schèmes de base et le tonus permettent à l'enfant en position d'enroulement de construire des bases narcissiques primaires, afin qu'il se sente suffisamment sécure pour explorer son environnement quand il en aura les capacités motrices et cognitives.

La symétrie :

En même temps que la maturation neurologique se développe, l'enfant s'ouvre à son environnement. La colonne vertébrale de l'enfant se tonifie de plus en plus et représente le point d'appui de l'axe corporel. Cet axe corporel est constitué du tronc, du cou et de la tête. Il est le support essentiel des fonctions instrumentales et permet de donner lieu aux élaborations psychiques de l'enfant.

Au cours de son développement les premières postures que le bébé adopte sont des postures symétriques comme l'hypertonie périphérique et l'hypotonie axiale. Il saisit ses mains les amène devant ses yeux, il se regroupe et s'enroule en symétrie. L'enfant adopte aussi des postures asymétriques lui permettant de répartir son tonus. En prenant ces différentes postures le bébé prend doucement conscience de son axe. L'enfant se tourne d'un côté puis de l'autre ce qui lui permet de donner une première forme de symétrie droite-gauche, puis par la suite de différencier le haut du bas de son corps. L'intégration de son axe, se fait en partie grâce au soutien au niveau de son dos par la figure maternelle. Elle va consolider la base narcissique et soutenir le développement de son axe psychique et la recherche de son identité. Cet axe permet à l'enfant de se situer dans la relation avec l'autre et de construire ses premières représentations de l'image de soi.

La structuration de l'axe corporel permet à l'enfant de construire une symétrie permettant à son tour de structurer différents espaces. Parallèlement à l'axe corporel se construit l'axe psychique permettant à l'enfant de se situer par rapport à l'autre dans la relation et dans l'espace. C'est également le support des premières représentations de soi pour l'enfant.

Les coordinations :

Après quelques mois de vie, le tonus de l'enfant est plus homogène. Cet équilibre va permettre une coordination des schèmes de base afin de réaliser des schèmes moteurs de plus en plus complexes. La coordination entre les muscles et les différentes parties corporelles permet à l'enfant de s'enrouler en avant à partir du décubitus dorsal. L'enfant pourra également assembler et mettre en forme les différents éléments perçus depuis les premiers mois de sa vie, au fur et à mesure les sensations, les représentations ou les situations vécues seront réunies pour leur donner sens. « La coordination est un processus de liaison reliant des parties du corps entre elles. ». Les parties fragmentées du Moi se rassemblent en une première unité psychique. La coordination permet de soutenir le processus de liaison des différents affects, émotions, représentations, idées et la qualité de la symbolisation. Ces coordinations tant au niveau moteur que psychique vont permettre l'élaboration d'un Moi unifié et différencié tout en continuant la construction des premières représentations corporelles

L'enroulement, la symétrie et les coordinations qui sont les trois lois décrites par S. Robert-Ouvray relient le développement moteur et psychique de l'enfant autour des six premiers mois. Ces trois lois globalisent et unifient la structure psychocorporelle de l'enfant lui permettant de construire des bases narcissiques primaires solides.

b. Les principales étapes du développement psychomoteur

Grâce à la maturation psychomotrice et aux lois céphalo-caudales et proximo-distales, l'enfant va pouvoir avoir un meilleur contrôle de ses membres et de son axe et continuer d'acquérir de nouvelles postures et coordinations.

Les retournements :

Le premier véritable changement de position que le bébé exécute est le retournement du

coté sur le dos ou décubitus dorsal, vers quatre mois. Vers six mois les enfants parviennent pour la plupart à se retourner du décubitus ventrale (allongé sur le ventre) au décubitus dorsal. Aux alentours de huit mois la majorité des enfants peuvent se retourner dans l'autre sens, c'est-à-dire du décubitus dorsal au décubitus ventrale.

Passage du décubitus dorsal à la position assise :

Le fait de se soulever pour se mettre en position assise en partant du décubitus dorsal est bien différent de tenir la station assise. Il s'agit de deux compétences qui ne possèdent pas de relations entre elles. En effet se mettre dans la position assise seul demande des coordinations temporo-spatiales entre les mouvements des bras, des jambes, du tronc et de la tête. Ces coordinations s'acquièrent pour la plupart des enfants vers huit mois. Alors que tenir la station assise nécessite juste la bonne organisation tonique pour maintenir cette position.

La station assise :

L'enfant contrôle la tête en premier vers trois mois puisque les muscles du cou sont les plus proches du système nerveux central. Son dos forme une cyphose jusqu'à un mois lorsqu'on le tient assis, ce qu'il ne peut pas faire seul. Les épaules se redressent comme la tête aux alentours de trois mois et à six mois le bébé peut tenir assis avec un léger support. Le tronc est droit à cinq mois, il faut attendre le support des bras vers six mois pour réaliser la station assise. C'est seulement lorsque le tonus des fléchisseurs des membres inférieurs a diminué et permet d'étendre les jambes que l'enfant pourra être stable en position assise. Cette maîtrise se réalise entre sept et neuf mois en fonction des enfants.

Le passage de la station assise à la station debout :

Les enfants pour la plupart passent de la position assise à la position debout en utilisant la position du chevalier servant et en prenant appui vers onze mois. Entre dix et quatorze mois les enfants acquièrent la capacité de se baisser en position debout et de se redresser.

La station debout :

La majorité des enfants peuvent se maintenir debout avec un support vers dix mois. Ce redressement nécessite la verticalisation du tronc et la diminution du tonus des fléchisseurs des membres inférieurs pour permettre l'extension des jambes. La plupart des enfants peuvent se tenir debout sans appui vers onze mois cependant l'équilibre statique lui n'est pas encore acquis.

Une corrélation existe entre une acquisition de la station debout précoce et la tonicité de l'enfant. Les enfants hypertoniques acquièrent la station debout beaucoup plus tôt, environ vers huit-neuf mois, par rapport aux autres enfants.

La reptation :

Ramper représente le premier moyen de déplacement de l'enfant il se fait pour la plupart des enfants vers neuf mois. Certains enfants cependant ne vont jamais utiliser ce mode de déplacement et commencer par la marche quadrupède.

La marche quadrupède :

Ce mode de déplacement consiste à marcher sur les mains et les genoux ou pieds. Elle se réalise généralement avec des mouvements alternés et croisés des membres et est utilisée chez la plupart des enfants aux alentours de dix mois.

La marche bipède :

La marche avec appui s'acquière environ vers dix mois, l'enfant se déplace en longeant les meubles. La moitié des enfants réalisent leurs premiers pas de manière autonome à douze mois.

La course et le saut :

Les enfants commencent à courir vers trois ans et le mouvement est bien contrôlé à quatre ans. Les sauts commencent vers deux ans, à trois ans ils sont plus efficaces et ils se diversifient à quatre ans. Le saut à cloche pieds est bien maîtrisé à six ans.

c. Les troubles psychomoteurs chez l'enfant

Pour parler des troubles psychomoteurs il faut dans un premier temps définir ce qu'est la psychomotricité. Selon son père fondateur, Ajuriaguerra, il s'agirait d'appréhender le « corps en relation » (Fabien Joly, 2000, p.23). La psychomotricité c'est considérer l'individu dans sa globalité. Le psychomotricien prend en compte l'individu dans ses dimensions motrices, sensorielles, toniques, affectives, cognitives et relationnelles. « C'est le nouage exact d'une expérience du corps et de la motricité, d'un faire et d'un éprouvé, dans le partage ludique et relationnel avec l'autre et avec le monde » (Fabien Joly, 2008, p.25).

Les troubles psychomoteurs chez l'enfant aujourd'hui présentent des tableaux cliniques qui ont longtemps été décrits, et à plusieurs reprises, mais sous diverses appellations. A son tour, sur la base de la définition d'Albaret (2001), le Collège des Equipes de Direction des Instituts de Formation en Psychomotricité (CEDIFP) propose sa définition :

« Le trouble psychomoteur se manifeste à la fois dans la façon dont le sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui. Les troubles psychomoteurs sont des troubles neurodéveloppementaux qui affectent l'adaptation du sujet dans sa dimension perceptivo-motrice. » (J.M Albaret, 2018, p.27).

Les troubles psychomoteurs ne se résument donc pas à des troubles moteurs et perceptifs. Il faut aussi prendre en compte l'action réalisée par le sujet dans son contexte intentionnel et environnemental, ainsi que la relation qui a lieu dans son contexte social et physique.

Le développement psychomoteur suit globalement le même chemin pour tous les enfants même si les âges d'acquisitions restent cependant très différents pour chacun. En effet acquérir les différentes étapes de développement nécessite une base narcissique assez solide et un environnement sécure qui se construisent aux cours des premiers mois de vie. La maturation de son tonus et le déploiement de sa motricité vont permettre à l'enfant d'investir le monde environnant.

B) Le développement social

L'enfant dans son développement global développe ses compétences psychomotrices nécessaires à sa structuration en tant que sujet. Ces compétences sont soutenues par l'environnement de l'enfant avec lequel il entre très rapidement en relation. Il se trouve alors dans une dynamique sociale dans laquelle il évolue et se construit. L'aspect social apparaît alors comme un élément sur lequel l'enfant s'appuie dans son développement. Pour Wallon, « L'individu est essentiellement social. Il l'est non pas par suite de contingence extérieure mais par la suite d'une nécessité intime » (Cité par C. Zaouche-Gaudron, 2016, p.20). Selon lui l'enfant par besoin serait donc un être social.

a. Les stades du développement de l'enfant selon Wallon

H.Wallon est un psychologue français qui conçoit le développement de l'enfant comme issu des interactions entre les contraintes biologiques et de l'environnement. Il propose un modèle du développement de l'enfant composé de six stades. Il décrit les stades comme une activité prépondérante qui sera remplacée par une autre au stade suivant. Les six stades qu'il développe se succèdent et se chevauchent. Chaque stade correspond à un niveau de maturation fonctionnelle de l'enfant et à une condition particulière du rapport de l'enfant avec son milieu. Dans cette configuration les enfants ne peuvent passer au stade suivant que s'ils ont acquis un certain nombre de choses dans les stades antérieurs.

Ces six stades alternent entre deux orientations. Une où l'enfant se tourne vers le monde

appelée orientation centrifuge, c'est la construction de l'intelligence qui prime au cours de ces stades. Et une période pendant laquelle l'enfant est centré sur lui-même appelée orientation centripète, et cette fois c'est la construction du sujet qui prime.

Le stade de l'impulsivité motrice :

Le premier stade se déroule entre zéro et six mois, l'orientation du sujet est centrifuge. Il correspond au stade initial de l'activité préconsciente ou impulsive. L'enfant a des activités motrices réflexes autonomes comme le sommeil ou la succion. Mais pour tous ses autres besoins comme l'alimentation ou l'hygiène le nourrisson dépend de son entourage. Lorsqu'il était dans le ventre de sa mère, tous les besoins du bébé étaient automatiquement satisfaits mais ce n'est plus le cas lorsqu'il en sort. L'enfant souffre alors de l'attente de la satisfaction de ses besoins. Cette frustration chez l'enfant se traduit par des cris, des pleurs ou des crispations et se manifeste également par des décharges musculaires et des actes impulsifs. C'est par son tonus en rapport avec les attitudes et les postures que l'enfant va exprimer son état physiologique, affectif et émotionnel. Les états émotionnels de l'enfant sont reflétés par le tonus. Toutes ces manifestations font réagir l'entourage qui vient répondre aux besoins du bébé. Elles deviennent son moyen d'expression.

Le stade émotionnel :

Le deuxième stade se déroule entre trois et douze mois, il chevauche donc le stade impulsif et son orientation est centripète. L'émotion se traduit par décharges motrices impulsives. L'entourage joue un rôle essentiel lors de cette période. C'est lui qui va permettre de transformer les décharges motrices du bébé en moyens d'expression, et donne ainsi naissance au stade émotionnel. Plus les propositions de l'entourage sont variées et plus la gamme d'émotions de l'enfant s'élargit. Les réactions expressives prédominent dans le comportement de l'enfant et les origines de son caractère émane de ce stade. C'est le début de la construction du sujet.

Le stade sensori-moteur et projectif :

Le troisième stade a lieu entre un et trois ans et est d'orientation centrifuge. La dominance des fonctions tonico-émotionnelles cède la place aux fonctions de relation. L'enfant passe de l'automatisme aux mouvements intentionnelles.

L'activité sensori-motrice commence à partir de la première année de l'enfant jusqu'à deux ans environ. Elle se développe dans deux orientations indépendantes mais complémentaires. La première est la manipulation d'objets et l'exploration de l'espace. L'enfant apprend à connaître les

objets, leur nom, il peut les identifier. La deuxième orientation que prend l'enfant pendant cette période est celle de l'activité tonique et posturale. Elle permet de soutenir l'apparition de l'imitation et constitue un prélude de la représentation mentale accompagnant le langage.

S'ensuit la période projective vers deux ans et demi. Cette période est marquée par le passage de l'acte moteur à la représentation mentale. L'enfant progresse dans la marche et le langage. Il s'exprime alors autant par les gestes que par les mots. Le mouvement soutient les représentations mentales de l'enfant qui est capable d'intérioriser les actes moteurs. L'imitation en est le parfait exemple lorsqu'elle est réalisée de façon différée sans modèle. Les représentations mentales, le langage, l'imitation exprime l'apparition de la représentation chez l'enfant qui présente un véritable caractère social.

Le stade du personnalisme :

Le quatrième stade décrit par Wallon se déroule entre trois et six ans et son orientation est centripète. Ce stade marque l'apparition de la conscience de soi grâce à la conscience corporelle et la conscience sociale. L'enfant se différencie de l'autre et poursuit ce processus grâce au langage et à l'imitation. Au cours de ce stade trois périodes se succèdent.

Premièrement une période d'opposition entre trois et quatre ans, indiquant la crise de personnalité de l'enfant. L'enfant s'oppose fréquemment à l'adulte lui permettant de préserver son autonomie et de se percevoir soi différencié de l'autre.

Deuxièmement une période de grâce et de séduction de quatre à cinq ans. L'enfant cherche l'approbation et à se faire valoir, c'est une période de narcissisme.

Troisièmement une période d'imitation entre cinq et six ans. L'enfant imite beaucoup plus et son imitation porte maintenant sur des rôles ou des personnages.

L'évolution au cours de ce stade souligne la progression dans l'affirmation de soi et dans le développement intellectuel. C'est grâce à ces relations affectives avec son entourage que l'enfant élabore la construction du Moi.

Le stade catégoriel :

Le cinquième a lieu entre six et onze ans et il est d'orientation centrifuge. L'enfant quitte la phase de narcissisme et d'affirmation de soi pour découvrir le monde de la connaissance. L'enfant est alors tourné vers l'extérieur et élargit son environnement. Entre six et neuf ans sa pensée devient plus différée mais toujours concrète. L'enfant est capable de poursuivre plus longtemps une même activité et est moins facilement distrait. A partir de neuf ans, la pensée se fait de plus en plus

abstraite. C'est à l'école que l'évolution intellectuelle de l'enfant à lieu, elle représente un contexte social important.

Le stade de la puberté et de l'adolescence

Le dernier stade commence à partir de onze ans et son orientation est centripète. Au cours de ce stade les exigences de la personnalité sont de nouveau au premier plan. L'adolescent présente une personnalité polyvalente, il va diversifier ses groupes sociaux s'éloignant de la cellule familiale. Le groupe exerce une action sur l'enfant qui peut choisir d'y entrer, de se retirer, de s'identifier et de se démarquer. Il peut se différencier et évoluer vers une autonomie grandissante dans la création d'un réseau social et relationnel. C'est aussi une période de crise pubertaire et de retour vers soi. L'enfant s'oppose aux autres. Il vit un remaniement dans les différents domaines de la vie psychique et des transformations corporelles. Il s'interroge également sur la raison d'être des choses et des personnes, il développe de nouvelles aptitudes de raisonnement. A la fin de cette période l'adolescent prend conscience de qui il est, et affirme son identité.

b. Les troubles psychopathologiques du développement

La psychopathologie est l'étude des troubles cognitifs affectifs et sociaux qui marquent le développement de nombreux enfants. Les troubles psychopathologiques peuvent s'expliquer à travers des troubles au niveau de la relation à l'autre, de la socialisation ou au niveau affectif. Ils sont en effet, lorsque l'on consulte le DSM-5, les principaux marqueurs de nombreux troubles comme le syndrome post-traumatique, les troubles anxieux, les troubles obsessionnels. Chez les patients psychotiques par exemple, ils peuvent se manifester par une alternance entre le rejet de l'autre et la proximité envahissante. Ces troubles peuvent donc participer aux tableaux cliniques d'autres troubles ou maladies, et entraver le développement normal de l'enfant en fonction de son degré de sévérité.

Pour Wallon « l'individu naît social » (Cité par C. Zaouche-Gaudron, 2016, p.20). L'individu au cours de son développement s'ouvre à son environnement et aux autres. Il prend lentement conscience de l'autre différent de lui et support de sa construction en tant que sujet.

C) Le développement cognitif

Le développement cognitif de l'enfant s'effectue de manière continue et linéaire dans le temps. Ce processus de développement rencontre quelques pauses mais les retours en arrière ne sont pas possibles, même lors de lésions cérébrales ou d'encéphalopathie. Le système nerveux est alors endommagé et des détériorations des facultés intellectuelles peuvent s'observer mais il n'y a pas de retour à des modes de pensées antérieurs.

a. Les stades du développement de l'enfant selon Piaget

J.Piaget était un psychologue suisse qui s'intéressait au développement cognitif de l'enfant qui, pour lui, repose sur l'interaction entre le sujet et son environnement. La vision du développement de l'enfant de Piaget permet de l'appréhender « comme une construction active et comme une équilibration continue et progressive ». (Cité par M.C. Tréca et H.Bidault, 2011, p.169). Pour lui, l'intelligence de l'enfant serait une construction active dans la relation. Il propose un modèle du développement de l'enfant en trois stades qui se succèdent mais ne se chevauchent pas. Ces stades se caractérisent par une constance de l'ordre de succession des acquisitions, ils ont un caractère intégratif se comprenant comme une structure d'ensemble.

L'intelligence sensori-motrice :

Il s'agit du premier stade, il commence à la naissance et va jusqu'à deux ans. C'est un stade qui comprend deux points de vue, celui de l'observateur lui-même et celui de l'enfant.

Du point de vue de l'observateur le bébé évolue beaucoup en quelques mois. Il perçoit son environnement pour construire des schèmes moteurs remplaçant la motricité réflexe. Le schème, organisateur des actions, est l'élément principal du stade sensori-moteur. L'enfant développe son intelligence grâce à la complexification des schèmes qui deviennent intentionnelles et se mentalisent. L'enfant de son point de vue est dans un égocentrisme. Il ne fait pas la différence entre le moi et le non-moi. Grâce à la construction de l'espace et du temps il peut commencer à se situer dans son environnement. C'est également tout au long de ce stade que se constitue la permanence de l'objet, il devient différencié et permanent. Tout au long de ce stade l'enfant se construit sur une base égocentrique pour se décentrer progressivement et se structurer en tant que sujet.

La période de préparation et d'organisation des opérations concrètes :

Il s'agit du deuxième stade qui se déroule entre deux et onze-douze ans. Ce stade se divise lui-même en deux périodes : celle de l'intelligence symbolique allant de deux à six - sept ans et celle de l'intelligence concrète allant de sept à onze-douze ans.

Lors de la première période, l'enfant commence à se représenter mentalement les objets, il peut les évoquer en leur absence grâce à l'image qu'il en a. Le moyen pour évoquer cette image est la pensée symbolique. Celle-ci peut passer par le dessin, le langage, l'imitation différée, l'image mentale ou le jeu symbolique. La pensée de l'enfant reste prélogique et se caractérise par quatre grands traits de raisonnement. L'animisme qui est une tendance à concevoir les choses comme vivantes. Le finalisme, l'enfant cherche une raison finaliste et causale. L'artificialisme, l'enfant pense que les choses ont été construites par l'homme. Et le réalisme, l'enfant considère les contenus de sa conscience comme des objets. Cependant une confusion entre le monde interne et externe persiste.

Puis, au cours de la deuxième période, l'enfant acquiert la réversibilité et la construction des invariants tels que les volumes, les distances, le poids. Son intelligence est de plus en plus mobile mais il ne peut pas encore raisonner dans l'abstrait et faire des hypothèses, il n'opère que sur du concret. L'enfant a désormais accès à la conservation de la substance, du poids, du volume qui obéissent à une loi génétique et s'acquièrent toujours dans cet ordre. C'est un processus sans retour au niveau inférieur. Il accède aussi aux conservations spatiales et numériques. En parallèle l'enfant développe des capacités de classification, de relation et de nombre. Toutes ses acquisitions se développent en stades à des âges précis et donnent des repères de développement chez l'enfant. Elles peuvent indiquer si un enfant est en retard ou en avance sur sa classe d'âge. L'enfant à ce stade acquiert la connaissance de l'univers concret.

La période des opérations formelles :

Il s'agit du dernier stade défini par Piaget, il se déroule entre onze-douze ans et seize ans. C'est la période où la pensée se transforme, l'enfant se libère du concret et peut faire des hypothèses. L'enfant développe la pensée formelle, il peut exprimer ses idées et ses représentations à partir d'un matériel symbolique. L'enfant développe également le raisonnement formel. Il procède par hypothèse et déduction et est capable d'en déduire des conclusions. La pensée et le raisonnement formel apparaissent chez l'enfant dans son langage et dans son comportement expérimental.

Piaget expose de façon claire l'aspect dynamique et constructiviste de sa théorie. Pour lui,

l'enfant est en constante interaction réciproque avec le monde extérieur, ce qui va pouvoir lui permettre d'édifier au moyen des expériences successives l'ensemble de ses fonctions cognitives. Les différents stades s'intègrent progressivement, l'enfant peut accéder au stade ultérieur seulement s'il a intégré le précédent. Les stades se succèdent tous dans un ordre précis. Pour Piaget, le point de départ de la vie psychique n'est pas la conscience mais l'action, et le développement cognitif est une mentalisation progressive de l'action.

b. Les troubles des apprentissages

Le développement de Piaget par stades successifs défend l'idée que chaque acquisition faite ne peut être perdue. L'enfant en grandissant développe son intelligence et ses connaissances qui suivent un processus d'acquisitions continues et est sensiblement le même pour tous les individus.

Certains enfants peuvent néanmoins au cours de leur apprentissage rencontrer des difficultés. Ces difficultés peuvent avoir comme origine un manque d'appétence dans un domaine ou être liées à des facteurs environnementaux ou sociaux. Ces difficultés ont alors une incidence dans le parcours scolaire de l'enfant. Les troubles des apprentissages sont évoqués lorsque les difficultés rencontrées par l'enfant dans les apprentissages scolaires persistent, sont sévères et non dues à des difficultés psychologiques, culturelles ou sociales. Malgré des capacités intellectuelles normales et l'absence de troubles sensorielles ou psychologiques, l'enfant présentant des troubles des apprentissages possède un trouble cognitif développemental d'un ou plusieurs apprentissages qui dure, persiste et résiste aux aménagements scolaires.

Les troubles des apprentissages sont répertoriés dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM-5. Il les définit comme « des troubles qui affectent les compétences scolaires de base que sont la lecture, l'écriture, et l'arithmétique ». Ils peuvent être divisés en trois catégories et rapportés au groupe des « dys ». Une première catégorie décrivant les troubles des apprentissages avec déficit de la lecture ou dyslexie, une deuxième avec déficit de l'expression écrite ou dysorthographe et une troisième avec déficit du calcul ou dyscalculie.

Pour Piaget, l'enfant au cours de son développement édifie « au moyen d'expériences successives, l'ensemble de ses fonctions cognitives » (Cité par M.C. Tréca et H.Bidault, 2011, p.186). Cependant certains fonctionnements peuvent être en difficulté dans le domaine cognitif et entraîner des troubles dans les apprentissages notamment les apprentissages scolaires.

D) Le développement du langage

Le langage a pour principale fonction l'expression et la communication, il comprend la parole, l'expression gestuelle et le langage écrit. La parole est le mode langagier privilégié à partir du moment où l'individu l'a développé.

a. Le langage son développement chez l'enfant

Le langage possède deux versants : un versant de réception, c'est-à-dire celui qui nous permet comprendre, et un versant de production, celui qui nous permet de nous exprimer. Ces deux versants ne se développent pas simultanément car leurs processus et leurs mécanismes sont différents. Le nourrisson entend les sons mais son appareil phonatoire immature ne lui permet pas de produire un langage articulé. Le développement du langage s'établit en trois étapes essentielles selon C.P.Bouton : le prélangage, le petit langage et enfin le langage. (C.P.Bouton, 1979, p.67)

Le prélangage :

Cette première étape se déroule de la naissance de l'enfant à douze-treize mois. La naissance de l'enfant s'accompagne d'un cri. Ce sont les cris qui vont représenter une sorte de premier moyen de communication chez l'enfant. Même s'il ne l'est pas dès la naissance, il le devient par l'intervention de l'entourage qui prend ce cri comme le signe de besoins de l'enfant. L'enfant prend conscience que ce sont ses cris qui mobilisent l'adulte et crie pour produire l'effet désiré. Le cri joue également un rôle important, il permet de coordonner la respiration de l'enfant en fonction de son intensité et de sa durée. Les préludes du langage sonore apparaissent vers six mois, ils sont désignés sous les termes de lallation ou de babillage. Il s'agit dans un premier temps de sons indifférenciés et non spécifiques. Tous les sons que produit l'enfant n'ont pas de sens pour lui à ce moment mais favorisent la coordination et la production volontaires des différents sons. L'enfant essaie d'imiter de plus les sons de la langue de l'adulte et les sons qu'il produisait au hasard disparaissent.

Le petit langage :

L'enfant utilise de plus en plus de sons et même des groupes de sons de manière volontaire. La compréhension passive de l'enfant précède l'expression active. Les sons doivent dans un premier

temps être reconnus avant d'être utilisés. Un enfant peut avoir acquis cinq à dix mots auxquels il attribue un sens à douze mois. Les premières combinaisons de deux mots ou mots-phrases apparaissent vers dix-huit mois. A deux ans le répertoire du vocabulaire de l'enfant peut atteindre deux cent mots. C'est l'explosion du vocabulaire chez l'enfant, il commence à faire des phrases explicites et utilise le « je, moi, tu ». Le langage s'organise sur différents plans et touche à la fois la phonologie, la syntaxe, le lexique et les concepts intellectuels. Ces différents domaines permettent l'organisation de l'activité verbale de l'enfant.

Le langage :

A partir de trois ans et demi l'enfant maîtrise environ 1500 mots, c'est à cette période que le langage devient un moyen de connaissance alors qu'auparavant il ne faisait qu'accompagner les expériences de l'enfant. En plus du vocabulaire qui ne cesse d'augmenter, la syntaxe va se développer rapidement et se complexifier. Certaines consonnes plus difficiles à prononcer apparaissent plus tardivement dans le développement phonologique de l'enfant, entre trois et six-sept ans. L'enfant apprend progressivement à utiliser correctement les différents éléments de la phrase. Avant quatre ans il s'exprime au présent, et commence ensuite à utiliser le futur. L'imparfait et le conditionnel quant à eux commencent à être utilisés par l'enfant entre cinq et six ans. L'enfant maîtrise au fur et à mesure son appareil phonatoire puis le vocabulaire, la construction des phrases, la syntaxe, et peut se faire comprendre de mieux en mieux.

« Le développement du langage de l'enfant est tributaire des échanges sociaux et des rapports avec l'altérité » (M.Plaza, 2014, p.99). Même si pour développer son langage l'enfant doit passer par différentes étapes et avoir un appareil phonatoire mature, celui-ci dépend tout autant de ses interactions avec son environnement.

b. Les troubles du langage

Le langage est le mode de communication le plus utilisé mais il peut arriver que l'enfant rencontre des difficultés au niveau langagier rendant plus difficile la communication avec autrui. Les troubles du langage peuvent être définis comme « une atteinte de la fonction linguistique dans les versants expression et/ou compréhension : soit l'apparition du langage est retardée ; soit son développement est ralenti ; soit son organisation est perturbée. » (C.Thibault et M.Pitrou, 2018, p.77 à 113). Selon C.Thibault et M.Pitrou, orthophonistes, les troubles du langage peuvent alors se

traduire par une absence totale de langage et/ou de phrases, un jargon, des mots simples juxtaposés les uns aux autres, un langage sans grammaire, un mauvais ou non-emploi des pronoms personnels et/ou des mots outils, des troubles de la compréhension, des mots incluant des notions spatio-temporelles. Ces troubles sont souvent accompagnés d'un autre trouble de la parole ou de l'articulation. Les troubles du langage sont également répertoriés dans la classification du DSM-5, dans le chapitre des troubles de la communication.

L'enfant développe en même temps que les autres domaines d'acquisition le domaine du langage. Nous pouvons rappeler que les différents domaines ont une incidence les uns sur les autres, et que le langage est un support à l'acquisition des fonctions cognitives, sociale ou même psychomotrices, mais inversement chacun d'eux contribue à son développement

Pour conclure, l'enfant pour se construire de façon harmonieuse a besoin d'un appareil psychomoteur efficient afin de se mouvoir dans un environnement social dans lequel il communique et fait des expériences développant ses fonctions cognitives. Ces domaines peuvent être touchés de manières individuelles ou globales, entraînant chez l'enfant atteint des difficultés d'adaptation à son environnement. Il est important de repérer rapidement ces difficultés afin de proposer des solutions et des aides adaptées qui lui correspondent. Les groupes thérapeutiques en psychomotricité peuvent faire parties des propositions de prises en soins pour des enfants présentant ces difficultés.

III. La place du groupe

« Un groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble les individus. » (Anzieu, 1999, p.1).
Chaque individu appartient à un ou plusieurs groupes au cours de son développement. Mais quelles sont les différentes catégories de groupes et quelles sont leurs rôles dans le développement social de l'individu ?

A) L'histoire des groupes

a. Etiologie et étymologies

Étymologiquement le mot « groupe » vient de l'italien *gruppo* qui signifie « noeud », lui-même emprunté au germanique *kruppa* qui signifiait « masse arrondie ».

Dans le dictionnaire, le mot groupe possède plusieurs définitions. Il peut être défini dans son premier sens comme « Un ensemble de personnes ou de choses réunies dans un même endroit ». Il peut être utilisé dans le domaine des Mathématiques, des Beaux-arts ou militaire. C'est au cours du XVIII^{ème} siècle que le mot *groupe* désigne un rassemblement de personnes.

Le mot groupe est un terme français récent, puisqu'il n'y a pas de terme ancien pour définir une réunion d'individu pour un même intérêt commun. A travers les siècles nous avons toujours parlé du groupe sous forme de métaphore. Nous pouvons noter certains termes qui constituent l'histoire de la science groupale comme : le village, la horde, la secte. Les hommes ne pensent pas spontanément en matière de groupe alors qu'ils font naturellement parti de plusieurs groupes d'individus. Ces groupes participent à leurs vies sociales et rythment leurs activités quotidiennes. Au cours du temps nous nous sommes rendu compte que penser en termes de groupe était tout aussi important qu'en terme d'individu et des études sur ces différents groupes sociaux ont vues le jour.

b. Les différents groupes sociaux selon Anzieu

Pour Didier Anzieu, l'Homme est un être naturellement social qui ne peut pas rester isolé. Le terme de groupe que nous connaissons exprime une pluralité d'individus qui sont rassemblés. « Il faut deux individus pour faire un couple et au moins trois pour composer un groupe [...] Les phénomènes de groupe ne se manifestent pleinement qu'à partir de quatre membres » (D. Anzieu et J-Y. Martin, 2013, p.28).

Les auteurs D. Anzieu et J-Y. Martin, dans leur livre « la dynamique des groupes restreints » (2019), s'appuient sur les observations de Sartre pour proposer cinq grandes catégories de groupe sociaux:

La foule : c'est un regroupement très important de personnes, des centaines voire des milliers, réunies dans un même endroit de façon spontanée ou conventionnelle. Chacune des personnes constituant la foule cherche à satisfaire ses propres intérêts qui se trouvent être les

mêmes pour tous, expliquant ce rassemblement. Les motivations de ce regroupement peuvent également être négatives. Dans ces cas-là, il peut s'agir d'un rassemblement de personnes dû à des contraintes sociales ou aux événements. Le phénomène de foule est à différencier du phénomène de masse qui comprend un plus grand nombre de personnes qui ne peuvent pas être rassemblées physiquement.

La bande : c'est une réunion de plusieurs personnes mais qui sont moins nombreux que la foule. Il s'agit d'un nombre limité de ses membres, une dizaine ou moins. Ces individus se réunissent volontairement car ils possèdent des similitudes ainsi que des intérêts communs qu'ils partagent. C'est aussi pour le plaisir d'être ensemble et la recherche du semblable. Une bande a une durée assez éphémère.

Le groupement : c'est un rassemblement de personnes plus ou moins important, des dizaines ou des centaines, comprenant une fréquence de réunions variables et des objectifs permanents. Ces regroupements répondent à un intérêt commun pour ses membres mais en dehors de ces intérêts ils n'ont pas de contacts ou de liens entre eux.

Le groupe primaire : Il présente plusieurs caractéristiques qui ne sont pas forcément toutes présentes en même temps dans un même groupe. Il comprend donc un nombre de membres restreint, une quête commune et active des mêmes buts, des relations affectives entre les membres qui peuvent devenir intenses de façon positive ou négative. Le groupe primaire comprend également comme caractéristique une interdépendance forte entre les membres et une différenciation des rôles entre les membres et une construction de codes et de normes propres au groupe. Le groupe primaire se différencie particulièrement des autres groupes par ces liens personnels et intimes qui relient les membres entre eux. L'exemple de ce groupe est la famille.

Le groupe secondaire : Dans cette forme de groupe, les rapports entre les individus sont généralement plus formels, froids et impersonnels. Il s'agit d'un regroupement de personnes réunies dans le cadre d'un système social qui fonctionne selon des institutions. Cette organisation suppose un ensemble de fonctionnements qui ajustent les rapports et déterminent les rôles de chacun.

Il existe des phénomènes de groupe présents dans les cinq catégories de manière stable et

depuis longtemps. Il s'agit de l'émergence du leader, de l'identification des membres les uns aux autres, et de l'adhésion inconsciente à des représentations sociales imaginaires. Si ces phénomènes se produisent naturellement et de manière presque systématique dans les cinq groupes, il se peut qu'elles soient essentielles à leur bon fonctionnement. Nous pouvons alors nous demander en quoi ces différents groupes jouent un rôle dans la vie sociale de l'individu.

c. Les cinq types de groupes dans le développement de l'individu

Nous pouvons faire des liens entre les 5 catégories de groupes développés précédemment et le développement de l'individu. De sa naissance à la fin de sa vie, l'individu fait partie de nombreux groupes et c'est grâce à eux, à leurs caractéristiques et leurs fonctionnements que le sujet peut se développer et se construire psychologiquement, physiquement et socialement.

Le premier groupe que l'enfant découvre et expérimente est le groupe familial qui correspond à un groupe de nature groupe primaire. L'enfant naît et grandit dans un groupe de nature restreint facilitant les interactions entre l'enfant et les membres de sa famille. Ces interactions construisent des relations affectives fortes et créent une interdépendance des membres entre eux. L'enfant va pouvoir se sentir en sécurité et bien entouré, ce qui va lui permettre par la suite de se développer au sein de son groupe primaire en tant qu'individu différencié des autres membres.

Au fur et à mesure de son développement, l'enfant a une vie sociale de plus en plus importante, d'autant plus lorsqu'il arrive à l'âge scolaire et entre à l'école. Il apprend la vie en collectivité avec d'autres enfants de son âge, et trouve sa place au sein d'un groupe de pairs. L'enfant peut commencer à s'éloigner peu à peu de son groupe familial et s'identifier à un ou plusieurs groupes de pairs. Plus tard, pendant la période de l'adolescence, l'individu recherche à être autonome et indépendant, à se distinguer de ses parents. C'est une période durant laquelle ont lieu de nombreux remaniements physiques et psychiques, l'adolescent est en pleine construction identitaire. Le groupe a une importance considérable à cette période. « Appartenir à un groupe rassure, donne une peau. Être soi mais pareil aux autres. » (C. Potel, 2015, p.76). Ce groupe d'amis ou groupe de pairs peut être associé à la bande décrite par Anzieu. L'enfant et l'adolescent cherchent à se réunir avec des individus possédant le même mode de penser et les mêmes intérêts qu'eux. Se réunir en bande est alors un vrai plaisir, comme le groupe primaire elle possède un nombre limité de membres et apporte une sécurité et un soutien affectifs à ses membres. Néanmoins la bande est plus éphémère que le groupe familial puisque chacun des membres évolue

psychiquement de façon individuelle et peut détruire les liens relationnels qui s'étaient créés. Mais la bande peut également durer et se transformer en groupe primaire.

L'individu devenu adulte continue d'étendre sa vie sociale afin de trouver sa place dans la société. Le travail est un nouveau groupe social et prend une place importante dans la vie de l'individu. Il correspond au groupe secondaire puisqu'il s'agit de réunir un groupe de personnes où les rôles et la hiérarchie de chacun sont bien définis, et où les rapports entre chacun restent très formels. C'est une organisation sociale qui fonctionne selon les institutions. Ce mode de fonctionnement permet de créer un cadre institutionnel plus ou moins solide. Ce cadre va permettre à l'individu de créer une base solide et sécurisée pour lui permettre de s'épanouir dans son travail et au sein de la société en tant qu'individu à part entière.

Tout au long de sa vie, l'individu peut participer ou s'inscrire au sein de divers clubs ou associations sportives ou bien artistiques afin de répondre à ses propres désirs et envies. Il se retrouve avec d'autres personnes qui présentent les mêmes intérêts que lui et qu'il va retrouver régulièrement sans pour autant créer des liens d'amitié avec eux. Il s'agit d'échange et de partage entre les membres permettant à chaque individu d'enrichir ses connaissances et sa construction sociale et psychocorporelle. On peut identifier ce rassemblement de personnes au groupement décrit par Anzieu. L'individu peut également se retrouver parmi des centaines ou milliers de personnes lors d'un concert ou sur la plage et se retrouve alors dans une foule. Ce phénomène contrairement aux autres types de groupes peut apporter un sentiment d'indifférenciation de l'individu par rapport aux autres qui sont très nombreux. Nous pouvons retrouver ce sentiment avec l'expression se noyer dans la foule qui peut signifier se fondre, ou disparaître dans un tout.

Ces différents groupes auxquels l'individu prend part tout au long de sa vie lui apportent la connaissance des règles, des normes et des valeurs qui vont lui permettre de s'adapter à la vie en société. Mais aussi un support pour construire son identité propre grâce aux nombreuses et diverses interactions qui y ont lieu. Ces interactions sont à l'origine de la dynamique des groupes et particulièrement des groupes restreints.

B) La dynamique des groupes

« Le petit groupe peut fournir un espace intermédiaire qui tantôt redonne vie aux liens, et tantôt aménage les écarts indispensables entre l'individu et la société. » (D.Anzieu et J.Y.Martin, 2019, p.11). Les différents groupes peuvent être investis et vécus de différentes manières par les

individus qui s'y trouve.

K.Lewin psychologue Allemand étudie la dynamique qui a lieu au sein de petits groupes. Ses études consistent à rassembler plusieurs enfants dans différents groupes en introduisant des variables et d'observer les interactions qui ont lieu. Il conclue à la suite de ses expériences que « le groupes est un tout dont les propriétés sont différentes de la somme des parties ». (D.Anzieu et J.Y. Martin, 2013, p.84). Ce qui signifie que le groupe possède une identité propre qui ne correspond pas à la juxtaposition des identités de chacun des membres. Le groupe et l'environnement dans lequel il se trouve rassemble les individus dans une dynamique sociale. Les sous-groupes qui s'y créent mais aussi les différents membres, les interactions qui se jouent entre eux et les barrières qu'ils construisent constituent les principaux éléments de cette dynamique. Ainsi en modifiant un de ces éléments c'est toute la dynamique du groupe qui peut être modifiée. Chacun des individus doit alors trouver un nouvel équilibre dans cette nouvelle dynamique. Les dynamiques sont donc différentes et fluctuantes en fonctions de leurs éléments et des modifications qui y ont lieu.

K.Lwin explique que c'est par son comportement que l'individu tente de rétablir l'équilibre qui est rompu. Cependant il peut être plus compliqué pour certaines personnes de s'adapter facilement et rapidement en trouvant un nouveau point d'équilibre lorsque celui-ci est rompu. Nous pouvons observer ces différentes dynamiques au sein de différents groupes et en particulier dans des groupes à visée thérapeutique présentant très souvent des patients avec des difficultés d'adaptation à la dynamique de groupe.

C) Les groupes thérapeutiques en psychomotricité

« Un groupe thérapeutique est celui qui permet une élaboration de ce qui s'y dit et s'y passe, ouvrant ainsi aux participants la possibilité de transformations psychiques par la mise en jeu de leurs relations intersubjectives et de celle avec la situation groupale ». (René Kaës et Pierrette Laurent, 2010, p.9). Ainsi, tout au long de sa vie le sujet va pouvoir se construire grâce aux interactions qu'il va vivre dans de nombreux groupes sociaux et qui vont faire partie de sa vie. Mais si jamais le sujet rencontre des difficultés dans la construction de soi, il va pouvoir grâce aux groupes thérapeutiques vivre des expériences qui vont participer à sa construction en tant que sujet.

Le mot « thérapeutique » peut avoir comme signification une « partie de la médecine qui enseigne la manière de traiter une maladie ; traitement, thérapie » (D'après le Larousse, 1979, p. 1018). Les peuvent donc être définis comme l'ensemble des procédés concernant un traitement

déterminé. Parmi les cinq types de groupe définies par Anzieu, le modèle du groupement est celui qui se rapproche le plus des groupes thérapeutiques. Il s'agit en effet de regrouper plusieurs individus en même temps au sein d'un même lieu dans un but commun à visée thérapeutique.

Les dispositifs thérapeutiques sont élaborés par le travail des équipes soignantes et sont contenus par les institutions. L'élaboration de ces groupes thérapeutiques doit d'ailleurs tenir compte des spécificités des fonctionnements institutionnels. De plus en plus de structures médico-sociales sont confrontés à certaines difficultés ou limites concernant les prises en charge individuelles et s'intéressent donc de plus en plus aux approches des thérapies de groupes. Un groupe thérapeutique se différencie donc d'une prise en charge individuelle puisqu'il s'agit d'accueillir en même temps plusieurs patients. La prise en charge de groupe est une alternative aux thérapies individuelles, lorsqu'elles apparaissent inefficaces ou insuffisantes. Cependant, ces deux modes de prises en charge peuvent être complémentaires. Associer à une prise en charge individuelle, un travail de groupe comprenant une médiation choisie peut en effet être très riche pour un patient, qui par exemple, s'ancre dans une illusion de toute puissance et de fusion au cours de sa thérapie individuelle. Cette prise en charge spécifique qu'est le groupe apporte un espace médiateur permettant une meilleure élaboration et une meilleure régulation des pensées et des affects. Il existe une grande diversité de groupes thérapeutiques et leurs objectifs sont également bien différents.

Un groupe thérapeutique réunit différents membres : des patients pour qui la formation de ce groupe est à visée thérapeutique dans ce qu'il propose et un ou plusieurs thérapeutes qui mènent le groupe. Le groupe thérapeutique s'inscrit à la fois dans le projet individualisé du patient et dans le projet de l'établissement. Il existe différents types de groupes thérapeutiques tels que des groupes de parole, de soins, artistiques, d'habiletés sociales ou de psychomotricité. Les groupes thérapeutiques peuvent être menés par différents professionnels provenant des secteurs social et médico-social tels que des psychologues, des éducateurs, des ergothérapeutes ou des psychomotriciens. Les groupes thérapeutiques menés par les différents thérapeutes présentent une très grande diversité au niveau du dispositif. Ces dispositifs s'organisent en prenant en compte tout autant les particularités de la psychopathologie et l'âge des patients que les fonctionnements institutionnels et la formation des thérapeutes. Un groupe thérapeutique a donc pour objectif d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie des patients grâce aux interactions entre les membres du groupe et par l'accompagnement des thérapeutes.

Ainsi, nous pouvons dire qu'un groupe réuni plusieurs personnes dans un même lieu en

même temps et que ce regroupement va provoquer des interactions entre les membres. Parmi ces différents groupes sociaux qui participent à la construction de l'identité de l'individu, nous pouvons retrouver des groupes à visées thérapeutiques et plus particulièrement des groupes psychomoteurs.

Pour conclure, l'enfant entre en relation dès son plus jeune âge et c'est à partir de ces premières interactions qu'il va grandir et se construire de façon harmonieuse. Son développement va pouvoir se poursuivre en se socialisant au sein des différents groupes auxquels il appartient. Lorsque des difficultés dans le développement sont repérées, l'enfant peut rejoindre un nouveau groupe à visée thérapeutique. Ce dernier essaiera de pallier les difficultés de l'enfant.

Clinique :

Dans cette partie je vais décrire le lieu dans lequel j'ai eu l'opportunité de faire mon stage et dans lequel j'ai rencontré les enfants et que je vais présenter. Ces enfants possèdent des troubles dans certains domaines spécifiques du développement et par conséquent peuvent avoir des difficultés de socialisation. Je les ai rencontrés dans le cadre d'un groupe de psychomotricité que je présenterais en dernier.

I. Contexte de la prise en charge

Je décris tout d'abord l'institution dans laquelle se déroule le groupe psychomoteur puis je présente les enfants et enfin le groupe psychomoteur avec sa construction, son cadre et son déroulement.

A) La structure d'accueil

a. Le centre médico-psychologique

L'établissement qui m'accueille en stages une fois par semaine est un Centre médico-psychologique (CMP) infanto juvénile, recevant des enfants et des adolescents ayant entre 0 et 18 ans. Il s'agit d'un CMP de secteur relié à l'hôpital public, les enfants accueillis peuvent présenter tous types de troubles avec ou sans pathologies associées.

Cet établissement comprend une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin pédopsychiatre responsable de l'unité « CMP » ; d'une assistante sociale ; de deux orthophonistes ; de trois psychologues ; d'une psychomotricienne ; d'une secrétaire médicale et d'un Agent des Services Hospitalier (ASH).

Cette équipe pluridisciplinaire se réunit une fois par semaine au cours d'une réunion de synthèse, à laquelle j'ai la possibilité de participer. Elle permet aux différents membres présents d'échanger à propos de l'évolution du projet de soins des patients, les difficultés, les améliorations et évoquer leurs éventuels questionnements. Cela permet d'avoir des points de vue différents grâce aux professions et aux approches thérapeutiques diverses.

Le CMP peut proposer aux familles des consultations familiales avec les psychologues ou la pédopsychiatre qui sera référente du suivi, qui coordonne les soins, et fait des liens avec les différents partenaires comme les écoles ou d'autres professionnels de santé. Les consultations réalisées au CMP peuvent donner suite à un suivi au sein de l'établissement en psychomotricité et/ou en orthophonie. Les prises en charge peuvent se faire de manière individuelle ou en groupe thérapeutique. Une orientation peut être proposée dans d'autres structures tels que des hôpitaux, des Centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), des instituts médico-éducatif (IME), etc... Cette orientation peut être proposée et coordonnée par le CMP.

b. La place de la psychomotricité au sein de l'établissement

Au sein du CMP, la psychomotricienne est présente à mi-temps et intervient 2 jours par semaine. Le CMP dispose d'une salle dédiée aux prises en charge en psychomotricité. Des prises en charge en séances individuelles en psychomotricité sont proposées de façon hebdomadaire de même que les séances de groupes thérapeutiques en psychomotricité. Des créneaux horaires sont également réservés pour la réalisation de bilans psychomoteurs. Le choix de la prise en charge, en groupe ou en individuel, se fait après la réalisation du bilan psychomoteur indiqué par le médecin du CMP.

Trois groupes de psychomotricité ont lieu au sein du CMP. Celui que je présente plus loin dans mon écrit se nomme "groupe extérieur" et a été conçu pour les enfants qui y participent.

B) Les enfants

a. Arthur

❖ Présentation et anamnèse

Arthur est un garçon de sept ans, brun, de taille moyenne, en léger surpoids. Il est l'aîné d'une fratrie de trois garçons et est actuellement en CE1. A trois ans, il est adressé dans un centre de protection maternelle infantile (PMI) pour un retard de langage, qui le redirige à son tour au CMP.

Nous avons peu de précision sur son développement posturo-moteur dans son dossier médical. Après huit-neuf mois il se tient assis, puis se déplace, et marche aux alentours de dix mois. Il ne présente pas de retard des acquisitions psychomotrices mais la propreté est longue et difficile à acquérir.

A quatre ans, un premier bilan psychomoteur est fait au CMP avec une autre psychomotricienne présente sur le CMP à ce moment. Il ressort du bilan psychomoteur qu'Arthur présente de grandes difficultés de communication verbale et son niveau de compréhension verbale est faible. Il se fait comprendre par des gestes et dit quelques mots en turc la langue parlée à la maison. Il a également des difficultés au niveau de son organisation corporelle globale puisqu'il présente de nombreuses syncinésies à diffusion tonique. Il se situe sur un versant hypertonique, a des difficultés au niveau de l'équilibre statique et dynamique et au niveau des coordinations oculo-manuelles. Il présente également des difficultés de coordinations bi-manuelles et son schéma corporel reste assez pauvre. Il n'y a pas de suivi en psychomotricité de mis en place mais un suivi psychologique avec un consultant, Arthur et sa maman est installé.

Arthur est également suivi en orthophonie au CMP pendant deux ans jusqu'à ce que l'orthophoniste quitte le CMP. Le suivi est alors poursuivi dans un cabinet libéral. A cinq ans, il présente une quasi-absence de langage dans les langues française et turc. Il comprend les énoncés simples, peut être en relation mais il est aussi dans une grande maîtrise. Les contraintes sont difficiles à accepter et il a tendance à la rétentioin et peut même se montrer agressif.

Il a cependant un retard des apprentissages dans les domaines de la lecture, de l'écriture, mais présente aussi des difficultés pour se faire comprendre, en lien avec son retard verbal. Une demande d'aide des élèves en situation de handicap (AESH) mutualisée a été demandée par le biais d'un dossier de la maison départemental des personnes handicapées (MDPH).

Sa maman le décrit comme timide et la maîtresse décrit un manque de confiance en soi chez

Arthur

❖ **Le bilan psychomoteur**

Arthur réalise de nouveau un bilan psychomoteur à l'âge de six ans à la demande de son consultant qui pense qu'un suivi en psychomotricité serait bénéfique pour lui. Les indications pour ce nouveau bilan sont un retard de langage encore marqué, des difficultés scolaires, une certaine inhibition et des problèmes d'incontinences. Le bilan se réalise au CMP avec la psychomotricienne.

Lors du bilan Arthur, se montre sensible et investit dans la relation. Il prend du plaisir à faire les différents tests et aime être sollicité. Arthur est très concentré sur les tâches graphiques et montre une hypertonie au niveau des mains lorsqu'il les réalise. La maman précise aussi qu'Arthur bloque sa respiration et se renferme beaucoup à l'école, qu'il ne se défend pas quand on l'embête. Lors de la réalisation d'un bonhomme en pâte à modeler il part sur une autre idée de manière assez obsessionnelle et intrique des cercles de pâte à modeler les uns dans les autres sans représenter de bonhomme.

Le bilan permet de conclure qu'Arthur se situe plutôt sur un versant hypertonique et présente une difficulté de régulation tonique et émotionnelle. Il aime s'engager corporellement dans le jeu et s'investir dans les tâches qu'on lui propose mais parfois de manière trop obsessionnelle. Les représentations du schéma corporel sont fragiles et il manque de confiance en lui et en ses capacités. Il présente néanmoins des grandes compétences pour la construction.

Le projet thérapeutique pensé à la suite du bilan pour une prise en charge en psychomotricité est de travailler le renforcement de son schéma corporel et de sa motricité, de travailler l'affirmation de soi et la confiance en lui, et enfin, de travailler la régulation tonique et émotionnelle. Il commence à la suite du bilan un suivi individuel en psychomotricité en attendant la mise en place d'un groupe de psychomotricité auquel il a très envie de participer. La prise en charge ne peut pas être maintenue en présentiel pendant deux mois à cause de la crise sanitaire et des appels téléphoniques sont organisés pour poursuivre le suivi. Il intègre le « groupe extérieur » à son début.

❖ **La première rencontre**

Je rencontre Arthur lors de mon premier jour dans le groupe, il vient d'avoir sept ans. Il se présente comme un enfant dans la communication et en relation. Il aime parler et a souvent beaucoup de choses à dire mais peut avoir des difficultés pour former ses phrases ou trouver ses

mots. Il réussit néanmoins à se faire comprendre la plupart du temps, mais quand ce n'est pas le cas on peut le voir se recruter toniquement, s'agacer et passer par le mouvement et la démonstration pour nous expliquer ce qu'il veut dire. Il est aussi beaucoup dans le contrôle peut décider qui est l'arbitre, comment est construit le parcours mais peut accepter que ses propositions ne soient pas choisies.

b. Diane

❖ Présentation et anamnèse

Diane est une fille âgée de sept ans, de corpulence et de taille moyenne. Elle est actuellement scolarisée en CE1 et bénéficie d'une assistante de vie scolaire (AVS) depuis le CP. Diane a des problèmes de santé durant ses premières années de vie et est donc hospitalisée de nombreuses fois. Sa mère et elle sont séparées très précocement. Elle présente de grandes difficultés de séparation avec sa mère qui l'élève seule, entourée des autres frères et sœurs de Diane, tous beaucoup plus vieux, certains ayant aussi des enfants. Elle n'a pas de souvenir de son père.

Diane a marché à neuf mois, elle ne supporte pas d'être au sol et ne fait pas de ramper et très peu de quatre pattes. Elle est souvent portée ou mise dans un youpala. Plus jeune, elle crie beaucoup, ne regarde pas l'autre et ne semble pas l'écouter. Elle se met beaucoup en retrait ou entre en relation de façon particulière. Elle est propre pour l'entrée en petite section de maternelle qui est très compliquée, Diane s'isole et ne va pas vers les autres

Diane commence à parler vers un an et demi puis semble présenter un arrêt du développement langagier. En moyenne section de maternelle on ne comprend toujours pas quand elle parle, elle jargonne en anglais qui n'est pas parlé à la maison. Diane est alors adressé au CMP à l'âge de quatre ans par la psychologue scolaire, sa maman exprime également que Diane ne va pas bien.

A cinq ans, Diane est plus en relation. Elle a des copains et des copines et joue avec eux. Elle aime également que l'on s'occupe d'elle et avoir l'attention sur elle, mais peut également jouer seule. L'école témoigne de capacités faibles en attention, concentration et mémorisation chez Diane. Elle a besoin d'un adulte pour l'encourager et rester sur la tâche en cours.

Elle est également suivie en orthophonie et réalise un bilan à sept ans qui révèle la présence d'un trouble articulaire persistant et un retard de parole et de langage. Ses propos ne sont pas toujours intelligibles et informatifs. La lecture est non automatisée et fonctionnelle. Elle peut

s'agiter et se disperser et semble avoir un défaut d'inhibition dans son comportement avec une certaine impulsivité.

❖ **Le bilan psychomoteur**

Diane réalise un bilan psychomoteur à l'âge de six ans à la demande de son consultant avec pour indication des difficultés de motricité fine. Le bilan se réalise au CMP avec la psychomotricienne.

Lors du bilan Diane, se présente comme une petite fille dynamique et curieuse et elle peut se faire comprendre lorsqu'elle parle. Elle a des difficultés à respecter les limites spatiales et les règles qu'elle cherche à contourner ou détourner. Elle ne montre pas d'intérêt à réaliser les différents tests. Elle se montre également affirmée et même parfois directive mais elle peut être canalisée par la parole. Diane se situe sur un versant plutôt tonique et son équilibre semble précaire lors de la passation du bilan malgré un bon investissement corporel. Les coordinations motrices sont fragiles. Les représentations du corps sont un peu confuses. Elle a des difficultés à maintenir son attention et peut se montrer directive. Elle rencontre une certaine confusion entre les différences de génération dans sa famille.

Le bilan permet de conclure que Diane présente une motricité globale mal coordonnée, un manque de fluidité dans les gestes, une difficulté d'inhibition et de concentration donnant lieu à une certaine impulsivité et une relative instabilité psychomotrice.

Son projet thérapeutique pour un suivi en psychomotricité est de retravailler les étapes psychomotrices de base, le rapport au sol, les enroulements, les coordinations et dissociations du haut et du bas du corps. Il est aussi de travailler autour de l'équilibre statique et dynamique et de la régulation tonique et émotionnel. Et enfin de travailler autour du couple inhibition/initiative motrice. A la suite de ce bilan, elle commence des séances de psychomotricité en individuel en attendant la mise en place du groupe de psychomotricité. Ce suivi se poursuit lors de la crise sanitaire avec des appels téléphonique puis en visionnage. Elle commence ensuite le groupe lorsqu'il débute.

❖ **La première rencontre**

Je rencontre Diane en début d'année scolaire dans le groupe. Elle se présente comme une enfant très communicative qui aime être en relation mais parfois de façon mal adaptée. Elle aime s'exprimer mais il est parfois difficile de la comprendre et elle semble se perdre dans ses

explications. Elle aime qu'on lui porte de l'attention, cherche en particulier celle de l'adulte, peut se montrer directive mais aussi jouer et être en relation avec les autres enfants du groupe. Elle a des difficultés dans la régulation de son tonus que j'observe dans ses postures qui peuvent passer d'une hypotonie de l'axe à une certaine tension corporelle lorsqu'elle se mobilise.

c. Sophie

❖ Présentation et anamnèse

Sophie est une fille âgée de huit ans. Elle semble en dessous de la taille et du poids pour son âge. Sophie est actuellement en CE1 en classe ULIS qui est une unité localisée pour l'inclusion scolaire, et a redoublé sa classe de CP. Au niveau de son développement psychomoteur, elle se tient assise à quatre mois, fait du quatre pattes à neuf mois et marche vers dix-huit mois.

Elle présente un retard d'entrée dans le langage, elle associe deux mots à deux ans, commence à parler vers trois - quatre ans et fait des phrases tardivement, à six ans. Elle a également des difficultés de compréhension dans les deux langues le français et la langue parlée à la maison.

Les premiers symptômes de la maladie de Crohn apparaissent à l'âge de cinq ans en grande section de maternelle et permettent ensuite de poser le diagnostic de la maladie.

En parallèle, la psychologue scolaire lui fait passer un WISC qui est un test de quotient intellectuel (QI) à six ans. Les résultats obtenus présentent un écart de plus de 20 points entre certains tests. Le QI total ne peut donc pas être considéré comme représentatif du fonctionnement intellectuel de Sophie, celui-ci semble donc hétérogène. L'école explique qu'elle a des difficultés à prendre la parole, à lever la main et à échanger avec les autres élèves dans des groupes de travail. Elle a des difficultés de mémorisation et manque de confiance en elle. Cependant elle peut répondre correctement sur sollicitation, est très investie en sport et a des copines en CE1 et en ULIS. Sophie est non-lectrice, elle ne reconnaît pas les lettres de l'alphabet qu'elle ne connaît pas non plus. Un questionnement sur une orientation en Institut médico-éducatif (IME) est posé mais la part de l'inhibition venant entraver ses capacités pose également question.

Le bilan du pédiatre révèle un retard de développement global, de parole et de langage majeur sur le versant expressif et réceptif ainsi qu'un trouble des apprentissages et du langage écrit. Sophie a de bonnes capacités d'attention et de concentration et de bonnes appétences relationnelles. Cependant, elle se repère difficilement dans l'espace et le temps et est peu à l'aise au niveau moteur. Elle recherche l'approbation de l'adulte et à lui faire plaisir mais a aussi besoin d'être rassurée. Sophie est adressée au CMP par le service de pédiatrie dans lequel elle est suivie

pour un bilan psychomoteur et pour intégrer par la suite un groupe psychomoteur.

❖ **Le bilan psychomoteur**

Sophie réalise un bilan psychomoteur à l'âge de six ans à la demande de son pédiatre car elle présente une grande inhibition et un retard dans les apprentissages scolaire. Ce bilan est aussi demandé en raison de son histoire corporelle médical et psychosomatique difficile et intrusif. Elle réalise le bilan au CMP avec la psychomotricienne.

Lors de son bilan, Sophie se présente souriante, participative et investit la relation ainsi que dans les tâches qui lui sont proposées. Sophie peut s'exprimer correctement et se faire comprendre. Lors du test des somatognosies des confusions entre les parties du corps sont relevées. Elle semble avoir des difficultés à dissocier l'imaginaire et la réalité lorsqu'elle verbalise autour des représentations corporelles. Et montre également sur les dessins qu'elle fait des confusions entre le dedans et le dehors du corps. Elle présente un bon engagement moteur et prend du plaisir dans l'activité motrice. Elle a de bonnes coordinations mais se situe sur un versant plutôt tonique et présente de nombreuses syncinésies. Elle manifeste une grande inhibition parfois remplacée par des réactions de prestance. Lors des épreuves de rythme, elle montre une certaine agitation psychomotrice.

Le bilan psychomoteur permet de conclure que Sophie présente des difficultés de régulation tonique et émotionnel et qu'elle se situe sur un versant plutôt tonique. Elle présente une fragilité autour des représentations du corps et de possibles angoisses corporelles. Une certaine anxiété peut également être relevée ainsi qu'une instabilité de certaines compétences

Le projet de Sophie en psychomotricité est de soutenir les somatognosies et les représentations du corps, de travailler la régulation tonique et émotionnel, et enfin, de soutenir l'intégration des repères temporel. A la suite de son bilan, Sophie n'est pas suivie en séance de psychomotricité en attendant de commencer le groupe de psychomotricité, elle le commence en même temps que les autres enfants.

❖ **La première rencontre**

Je rencontre Sophie une semaine après les autres enfants car elle n'était pas présente lors de ma première séance dans le groupe. Elle se présente comme une jeune fille inhibée et discrète, parle très peu ou c'est généralement pour répondre à une question de manière succincte. Néanmoins, elle est présente dans la relation aux autres et au groupe dans lequel elle est très

investie. Elle participe activement aux propositions mais partager les siennes semble difficile. Elle montre un bon engagement corporel et de bonne capacité d'attention et de concentration.

C) Le groupe

a. Sa création

Le groupe composés des trois enfants que je viens de présenter se nomme « groupe extérieur ». C'est un groupe thérapeutique qui a débuté il y a moins d'un an. Nous sommes deux thérapeutes, la psychomotricienne du CMP et moi-même stagiaire en psychomotricité, à mener les séances de groupe.

Ce groupe a été conçu pour ces trois enfants qui présentent tous les trois un retard de langage et une difficulté à réguler leur tonus et leurs émotions. Ils présentent également un retard au niveau des apprentissages. Ces retards peuvent avoir pour conséquences des difficultés de socialisation pour tous les trois. Ce groupe a pu être pensé en partant de leurs difficultés observées lors de leurs bilans psychomoteurs. Deux d'entre eux, Diane et Arthur, avaient déjà une prise en charge individuelle en psychomotricité au CMP. Pour tous les deux les séances individuelles sont devenues ensuite des séances de groupe. En effet, avec Sophie, ils possèdent des difficultés similaires et ont approximativement le même âge, le choix de les faire participer à un groupe de psychomotricité était tout à fait pertinent pour tous les trois. Ils pourront ainsi travailler et renforcer leur difficultés psychomotrices communes et individuelles tout en étant en relation les uns avec les autres. Trois séances de groupe ont lieu avant que je l'intègre à mon tour.

b. Les objectifs et les axes thérapeutiques du groupe

Les objectifs thérapeutiques de ce groupe pour les trois enfants sont de s'inscrire dans un groupe et s'y repérer dans le temps et l'espace, d'améliorer leur aisance corporelle, leur équilibre et les différentes coordinations. Un autre de ses objectifs est de soutenir leurs représentations corporelles et le dernier est de développer leur langage et améliorer leur expression orale.

Le groupe possèdent plusieurs axes thérapeutiques que je vais présenter.

Travailler la régulation tonico-émotionnelle tout au long de la séance grâce aux différents temps et propositions, permettant un ajustement tonique et postural et une meilleure aisance

corporelle et motrice.

Renforcer l'équilibre statique et dynamique et les coordinations entre le haut et le bas, les coordinations contro-latéraux, uni-latéraux, occulo-manuelles, occulo-pedestres.

Renforcer le schéma corporel et les représentations du corps grâce aux différentes propositions qui permettent aux enfants de vivre de nouvelles expériences psychomotrices. La conscience corporelle et les mobilisations permettent de nommer et identifier les différentes parties du corps. Ces expériences vont également leur apporter de nouvelles perceptions et de nouveaux ressentis et un meilleur investissement corporel. Elles pourront également leur permettre de diminuer certaines angoisses corporelles.

Travailler les fonctions exécutives de planification, d'organisation temporelle et spatial lorsque l'on construit un jeu, l'attention et la concentration pour écouter les autres ou les règles du jeu, la flexibilité mentale lorsqu'on modifie certaines règles. Mais aussi réduire l'impulsivité ou l'inhibition lorsqu'elles sont trop présentes.

Encourager l'expression orale et la verbalisation au sein du groupe, vont permettre de soutenir la communication, tout en respectant les temps de parole de chacun. Il est aussi important de soutenir l'expression des ressentis et des émotions en les accueillant et en les verbalisant avec le groupe, cela permettra une meilleure expression langagière pour les enfants présentant un trouble du langage.

c. Présentation du « groupe extérieur »

Le "groupe extérieur", c'est le nom que j'ai choisi de donner à ce groupe psychomoteur qui n'en avait pas. J'ai choisi ce nom car c'est le seul groupe du CMP qui se déroule en extérieur dans le jardin. Il a lieu toutes les semaines pendant 1 heure. Au départ, le choix de faire ce groupe dans le jardin du CMP était dû aux contraintes sanitaires face à la situation actuelle. Nous avons ensuite perçu de nouveaux intérêts comme l'importance de l'espace dont nous disposions que nous ne pouvions pas retrouver avec une salle. Cet espace est également investi rapidement par les enfants. Cela nous a donc paru cohérent de poursuivre cette prise en charge groupale en extérieur là où elle avait commencé.

Le jardin se présente en deux espaces distincts. Un premier, plus en hauteur recouvert de gravillons sur le sol. Il est relié au deuxième espace par un escalier et permet d'y descendre. Le deuxième espace est délimité tout autour par des murs et un grillage et est recouvert d'herbe au sol. Nous utilisons l'un ou l'autre de ces deux espaces en fonction des activités, du moment de la

séance mais aussi du temps qu'il fait à l'extérieur.

Les séances peuvent être identifiées en cinq temps. Un temps d'accueil et de verbalisation en cercle au début de la séance se déroulant sur la partie haut du jardin. Un temps de conscience et de mobilisations corporelles qui se déroule toujours en cercle au même endroit que le premier temps. Un temps plus moteur où cette fois tout l'espace du jardin est utilisé. Nous proposons aux enfants des jeux perceptivo-moteurs avec des ballons mobilisant leurs coordinations et leurs équilibres, et permettant aussi une décharge motrice. Puis un temps de dessin où les enfants se regroupent tous autour de la maison. Il s'agit d'une maison en carton blanche d'environ un mètre de haut qui peut accueillir au moins deux enfants à l'intérieur. Cette maison a été construite par les enfants lors des premières séances de groupe. Ils la remplissent à chaque séance en dessinant sur les murs et le toit, à l'intérieur et à l'extérieur de la maison. Ce temps de dessin se déroule dehors sur la partie haute ou à l'intérieur dans le CMP en fonction des saisons. Enfin, un temps pour verbaliser et se dire au revoir en cercle, de nouveau dehors dans le jardin au même endroit que le temps d'accueil du début.

d. Le déroulé type d'une séance

Pour chaque séance le déroulé est approximativement le même. Nous commençons par aller chercher les enfants qui attendent le début de la séance dans la salle d'attente et nous nous rendons tous ensemble dans le jardin. Soit en sortant par la porte d'entrée pour contourner le CMP et arriver derrière dans le jardin soit par une porte qui mène directement à l'arrière du CMP. Les enfants participent à l'installation en plaçant les chaises en cercle et nous aident à sortir le matériel à l'extérieur. Les deux chaises des adultes sont plus grandes que celles des trois enfants. Nous nous installons ensuite tous sur une chaise en cercle de façon à voir tout le monde. Les enfants peuvent à ce moment dire comment ils vont, raconter un événement qui les a marqués ou ce qu'ils ont fait depuis la dernière séance et ainsi le partager avec le groupe. Ce temps permet aussi de faire le point sur les personnes présentes et absentes. De parler ensemble des absences ou des changements qui ont pu avoir lieu les séances précédentes ou qui seront à venir. Nous passons ensuite à la partie éveil corporel qui a pour objectif principal de mobiliser et ressentir les différentes parties du corps tout en les identifiant et les nommant. Cette partie vise à un renforcement de la perception et de l'investissement de leur corps. Vient ensuite le temps de la séance plus moteur, pendant lequel nous travaillons principalement la régulation tonique, les coordinations et la motricité plus globale du

corps. Nous passons pour cela par différentes propositions amenées sous formes de jeux perceptivo-moteurs qui évoluent d'une séance à l'autre. Nous utilisons pour ces jeux des ballons avec lesquels nous devons souvent viser et tirer avec des objectifs et des situations différentes à chaque proposition. Les enfants peuvent également proposer leurs idées lorsqu'ils en ont, les rendant acteurs de la séance et de leur prise en charge. La psychomotricienne et moi-même participons aux différents jeux perceptivo-moteurs lorsque cela est possible. Nous passons pour finir au temps de dessin. C'est un temps où ils se retrouvent tous les trois pour dessiner et colorier une maison en carton qu'ils ont construite au début de cette prise en charge de groupe. Nous sommes, la psychomotricienne et moi à ce moment plus en retrait, mais pouvons tout de même intervenir ou interagir avec eux si besoin. Nous terminons la séance en nous retrouvant de nouveau en cercle. Nous leur proposons, pour terminer, d'exprimer leur vécu de la séance.

Le « groupe extérieur » est donc un groupe psychomoteur pensé pour trois enfants ayant des difficultés au niveau du langage, de la régulation tonico-émotionnelle et des apprentissages, relatives à différents domaines du développement. Le groupe a donc pour objectifs de soutenir ses différents domaines pour leur redonner confiance en leurs capacités psychomotrices, en relation les uns avec les autres. Nous allons pouvoir maintenant explorer l'évolution à la fois des enfants de façon individuel mais également au niveau de la dynamique groupale.

II. L'évolution des individus dans le groupe et sa dynamique

Dans ce chapitre je vais décrire l'évolution des enfants au cours de l'année au sein du groupe et certaines séances qui permettent de mieux comprendre le groupe, sa dynamique et les interactions qui s'y produisent.

A) L'évolution des enfants dans le groupe au cours de l'année

a. Arthur

Après plusieurs mois dans le groupe, j'observe une évolution chez Arthur dans les domaines de développement pour lesquels il se trouvait en difficulté, à savoir la régulation tonique et émotionnelle, le langage, les fonctions exécutives et parfois le relationnel.

Au début de son suivi, Arthur montrait des difficultés de régulation tonique se situant sur un versant hypertonique. J'observais par exemple lors de l'éveil corporel une faible mobilisation de ses épaules et lorsqu'il tournait la tête ses mouvements étaient saccadés avec très peu d'amplitude. Lors des temps de jeux perceptivo-moteur autour du visé, Arthur se concentrait beaucoup, semblait se recruter toniquement, et la force qu'il mettait en lançant la balle n'était pas adaptée pour toucher la cible, soit trop fort soit trop faible. Maintenant, lors des temps de jeux perceptivo-moteur autour du visé, Arthur peut toucher sa cible même en mouvement, donnant la force adaptée pour l'atteindre. Il possède une meilleure régulation de son tonus. Il possède également une meilleure aisance corporelle et motrice, ses mouvements sont moins saccadés et plus fluides. Il semble moins tonique au niveau du haut du corps car ses épaules sont plus détendues.

Au début de l'année Arthur avait beaucoup de difficultés à s'exprimer et se faire comprendre. Ses idées semblaient claires pour lui mais il n'arrivait pas à nous les expliquer. Lorsqu'il parlait, ses mots étaient hachés et parfois il n'articulait pas très bien. Ses phrases étaient mal construites, ce qui empêchait la compréhension. Il pouvait également passer d'un sujet à un autre sans qu'il ne fasse le lien à l'oral, même s'il semblait y en avoir pour lui. Lorsqu'il n'était pas compris il semblait éprouver de la frustration. Il se recrutait toniquement, bloquait sur les mots et les cherchait. Sa respiration se bloquait également. Maintenant Arthur s'exprime plus facilement, et nous avons moins de mal à le comprendre. Ses phrases sont mieux construites et beaucoup plus fluides, même si elles peuvent encore être hachées. Lorsque les émotions prennent le dessus, son discours se désorganise de nouveau le rendant moins intelligible.

Au niveau relationnel, Arthur a été en relation dès le début de l'année. Il regardait les autres enfants, leur souriait. Cependant, il s'adressait dans un premier temps surtout aux adultes. Lorsqu'il s'exprimait c'était en se tournant vers la psychomotricienne ou moi-même. Lorsqu'il entrait en interaction avec les autres enfants c'était principalement pour les reprendre lorsqu'elles ne respectaient pas les consignes du jeu, faisant ressortir son côté obsessionnel. Il s'intéressait néanmoins à ce qu'elles faisaient et les regardait. Maintenant Arthur peut s'adresser à chacun des membres du groupe individuellement en posant une question ou pour faire une remarque. Il peut les interpeller, les nommer, et s'intéresse à ce que chacun fait. Sauf lorsqu'il a une idée précise en

tête, il ne fait alors plus attention aux autres montrant une fragilité encore présente au niveau de la flexibilité mentale.

Au début de l'année j'observe chez Arthur un besoin de contrôle et de maîtrise très présent qui peut parfois freiner la dynamique du groupe. Lors de la construction d'un parcours Arthur a une idée très précise de celui qu'il veut faire. Il récupère tout le matériel et construit son parcours de son côté. Si les autres veulent du matériel dont il se sert, il s'énerve et ne cherche pas de compromis. J'observe toujours chez Arthur ce grand besoin de contrôle. Lorsque je mène l'éveil corporel, il va rapidement commencer à vouloir le mener à ma place, donnant le nom de la prochaine partie du corps avant moi. Il s'arrête lorsque nous le reprenons mais peut recommencer rapidement, montrant son côté obsessionnel et son besoin de maîtrise. Il peut également montrer des difficultés de flexibilité mentale, comme lors de la mise en place des jeux. Lorsque nous donnons les règles du jeu Arthur peut rajouter ses explications sans demander l'avis du groupe ou des adultes. Nous pouvons les accepter mais aussi les refuser, ce qui peut provoquer de la frustration chez Arthur. Nous nous installons ensuite en position de jeu et Arthur peut persévérer sur son idée et ne pas pouvoir venir jouer, restant figé, car les règles que nous avons mis en place ne sont pas les siennes.

Arthur est donc un enfant qui aime être en relation. Il peut mieux s'adapter aux envies du groupe et investit toutes les propositions avec un réel plaisir.

b. Diane

J'observe certaines évolutions chez Diane après plusieurs mois dans les domaines de développement pour lesquels elle se trouvait en difficulté, à savoir la régulation tonique et émotionnelle, le langage, l'attention, les différentes coordinations motrices et parfois le relationnel.

Au début de son suivi, Diane montrait des difficultés à dissocier les segments corporels les uns des autres. Lors de l'éveil corporel, quand il fallait seulement mobiliser l'articulation des poignets, Diane bougeait l'ensemble de ses bras. Elle avait aussi de grandes difficultés dans les différentes coordinations haut-bas, oculo-manuelles. Le passage entre la position debout et la position accroupie semblait mal intégrée. Ce n'était pas fluide et naturel. Elle ne voulait pas réaliser le mouvement de la position debout à la position accroupie, ou le faisait en différé du groupe pour ne pas montrer ses difficultés. Lorsqu'elle sautait à pieds joints, ses deux pieds n'étaient pas coordonnés. Et les muscles de ses jambes n'étaient pas assez recrutés, ce qui ne lui permettait pas de sauter très haut. La réception ne semblait pas très contrôlée puisqu'elle atterrissait lourdement sur le sol. Aujourd'hui, je trouve que Diane a plus de facilité à dissocier les différentes parties de son

corps. Elle peut les citer et les mobiliser séparément, même si le mouvement n'est pas encore très fluide. Elle a un meilleur contrôle de ses gestes, et peut lancer un ballon avec la force adaptée pour toucher la cible. Diane possède une meilleure coordination de ses membres. Elle saute plus haut et son atterrissage est maîtrisé. Elle plie plus facilement ses genoux même si la position accroupie est encore peu utilisée. Diane peut aussi avoir un meilleur contrôle de ses postures et de ses gestes grâce à une meilleure régulation tonique.

Sur le plan de la communication, Diane pouvait avoir du mal à s'exprimer et à se faire comprendre. Diane parlait rapidement et articulait peu. Les phrases n'étaient pas très bien construites, et elle n'utilisait pas toujours les bons mots, ce qui compliquait la compréhension. Elle pouvait également passer du coq à l'âne dans son discours. La régulation entre sa respiration et la parole semblait aussi fragile. Maintenant Diane s'exprime mieux. Ses phrases sont mieux construites et elle articule plus. Elle peut encore parfois passer d'un sujet à l'autre sans qu'il n'y ait de liens, ou ne pas utiliser les bons mots pour s'exprimer.

Dès le début de l'année Diane montre une certaine agitation et une difficulté de concentration et d'attention. Lorsque nous étions en cercle pour réaliser l'éveil corporel elle s'éloignait en plein milieu des propositions en sortant du cercle, ou parfois au contraire en se mettant au milieu. Elle pouvait aussi faire tout l'inverse de ce qui était proposé. Lorsque nous sautons sur un pied elle sautait sur les deux et inversement, montrant une certaine opposition. Lors des jeux en équipe elle pouvait ramasser une fleur et venir nous la montrer. Puis sortir du jeu pour aller la poser sur une chaise. Aujourd'hui son attention et sa concentration sont toujours compliquées et fluctuantes. Principalement lors de l'éveil corporel où elle se détache encore très régulièrement du groupe ou vient nous parler individuellement, freinant la dynamique du groupe. Montrant encore la présence d'une certaine agitation. Elle est cependant plus attentive et concentrée lors des jeux. Elle est très investie et suit les règles. Lors de la verbalisation elle se déplace moins mais joue avec ses pieds à déplacer les graviers sur le sol, gênant la communication entre les autres membres du groupe. Elle se montre moins agitée à ce moment mais présente toujours une difficulté d'attention.

Au niveau de la relation Diane a toujours été investie mais pas toujours de manière adaptée. Au début de l'année Diane cherchait beaucoup à attirer l'attention de l'adulte, soit en se détachant du groupe lorsque nous étions en cercle, ou bien en venant très près de nous pour nous faire des câlins obtenant à ce moment toute notre attention. Elle pouvait dire « aïe » lorsqu'un ballon en mousse rebondissait sur sa tête, se plaignant ensuite d'avoir mal à sa tête. Elle était peu en relation avec les autres enfants du groupe. Elle les regardait mais leur prêtait peu d'attention. Elle ne retenait

pas leur prénom et les appelait « le garçon » et « la fille » ; ou bien leur donnait un autre prénom. Maintenant, Diane est beaucoup plus en relation avec chacun des membres. Elle peut les nommer correctement, les interpeller. Elle va régulièrement les solliciter et parfois chercher à avoir des moments de complicité avec eux, comme lorsqu'elle veut toucher Arthur avec un objet. Celui-ci l'évite et ils commencent un jeu de poursuite dans le jardin. Néanmoins elle peut toujours venir nous parler en étant très proche de nous, ou venir nous toucher sans percevoir de réelle distance relationnelle.

Diane est une enfant dynamique qui prend plaisir à jouer et à être en relation avec les autres, même si parfois elle peut rencontrer des difficultés à s'adapter correctement à la situation.

c. Sophie

J'observe une évolution chez Sophie après plusieurs mois dans le groupe dans les domaines de développement pour lesquels elle se trouvait en difficulté, à savoir la régulation tonique et émotionnelle, le langage, l'inhibition et l'impulsivité, les représentations du corps et le relationnel.

Dans le domaine du langage, au début de l'année Sophie s'exprimait très peu. Et lorsqu'elle le faisait, c'était sur sollicitation de l'adulte. Lorsque nous lui demandions comment elle allait ou comment s'était passée la séance pour elle, les réponses étaient alors très succinctes. Et le son de sa voix pouvait être très faible. Aujourd'hui Sophie est de plus en plus dans la communication. Elle peut désormais parler spontanément lorsqu'elle en a envie. Certains jours lors de la verbalisation au début de la séance, elle peut dire ce qu'elle fait pendant la semaine. Sa voix est plus forte et plus compréhensible, elle semble plus à l'aise pour s'exprimer.

Au niveau de la relation Sophie se montre très présente, même si elle s'exprime peu. Au début de l'année Sophie pouvait montrer une posture assez fermée sur elle-même. Lors de l'éveil corporel nous proposons des mouvements chacun notre tour. Lorsque c'était son tour, elle baissait la tête et regardait vers le sol, joignait ses mains qu'elle serrait, et ne pouvait rien faire ou proposer. Cependant elle était toujours à l'écoute, et pouvait regarder chacun des membres, même si son regard se portait principalement sur les adultes. Sophie était investie dans les propositions et pouvait jouer avec les autres enfants. Aujourd'hui Sophie est toujours très discrète, mais elle peut plus facilement entrer en relation avec chacun des membres du groupe, même si généralement ce n'est pas elle qui initie la relation. Lorsqu'elle est sollicitée de manière individuelle dans le cercle elle peut parfois proposer des mouvements. Ou lorsqu'elle ne sait pas, elle hausse les épaules et nous regarde. Elle ne se referme plus sur elle-même, du moins beaucoup moins. Je remarque que

le temps pendant lequel elle est le plus en relation est celui du dessin. Elle semble très à l'aise à ce moment, discute avec les autres enfants. C'est le moment des séances où elle s'exprime le plus à l'oral. Elle peut également aller solliciter l'autre, comme lorsqu'elle fait exprès de colorier au même endroit que Diane, la suivant lorsqu'elle change de place, ce qui les fait rire.

Sophie se présente comme une petite fille très inhibée. Elle pouvait, dès le début de l'année, se mobiliser corporellement mais ses mouvements étaient petits et peu amples. Lors de l'éveil corporel les mouvements que nous faisons avec les bras avaient peu d'amplitude chez Sophie, et restaient plutôt près du corps. Elle semblait se trouver sur un versant plutôt tonique au niveau corporel. Elle pouvait tout de même se mobiliser dans l'espace, courir et sauter. Plus tard dans l'année Sophie est plus à l'aise, et ses mouvements se délient et sont plus amples. Son tonus semble cependant toujours compliqué à réguler. L'inhibition a laissé la place à de l'impulsivité à certains moments. Comme lors d'un jeu de chamboule tout, Sophie n'arrive pas à attendre la fin du décompte pour lancer la balle sur la tour qu'elle doit détruire. Elle met également beaucoup de force dans son tir, et parfois a du mal à lancer le ballon avec la force adaptée. Il va alors trop loin ou pas assez pour toucher sa cible. Aujourd'hui Sophie régule mieux son tonus ainsi que son inhibition et son impulsivité. Lorsqu'elle lance le ballon elle peut inhiber son mouvement et le lance de façon moins impulsive. Son tir est lui aussi mieux contrôlé. J'observe également une meilleure aisance corporelle avec des mouvements plus amples et fluides.

Concernant les représentations du corps, il m'est difficile de savoir comment Sophie se représente celui-ci. Au début de l'année elle ne pouvait pas citer les différentes parties du corps, mais je ne sais pas qu'elle était la part d'inhibition. Lors de l'éveil corporel elle nous regardait beaucoup pour savoir quelle partie du corps nous étions en train de mobiliser, et si nous en avions changé, comment nous faisons. Elle se trouvait plus dans l'imitation. Aujourd'hui lors de l'éveil corporel elle peut suivre les propositions en nous regardant moins qu'avant. Elle est moins dans l'imitation de nos mouvements. Lors d'une séance nous réalisons des percussions corporelles en nous tournant tous le dos dans le cercle pour suivre les parties du corps dites à l'oral. Sophie peut réaliser les percussions corporelles sans difficulté en se repérant sur son corps. Elle peut également dire à la fin qu'elle a ressenti tout son corps. Cependant, elle verbalise toujours très peu lorsque nous nommons tous ensemble les différentes parties du corps. De plus, elle n'a jamais dessiné de bonhomme sur la maison, ce qui aurait pu me donner d'autres éléments de réponses.

Sophie est une enfant souriante, dynamique et toujours très investie dans les propositions qui lui sont proposées. Malgré sa timidité et son inhibition elle se montre présente dans le groupe et dans la relation aux autres.

B) La dynamique du « groupe extérieur »

Après avoir parlé des évolutions individuelles dans le groupe, je vais parler de l'évolution des interactions qui ont lieu dans le groupe et qui constituent différentes dynamiques dans ce groupe.

a. Une dynamique fluctuante

La dynamique du groupe peut être différente d'une séance à l'autre mais également fluctuer dans une même séance, rythmée par différents temps. Lors de la première séance du « groupe extérieur » au complet, les enfants sont dans un premier temps tous assis. Tous les trois sont calmes, Diane et Arthur racontent ce qu'ils ont fait depuis la semaine dernière. Ils s'adressent principalement aux thérapeutes et se regardent très peu. Plus tard dans la séance nous sommes tous rassemblés autour d'un parachute pour un jeu où nous devons lancer des balles se trouvant dans le parachute, et les rattraper ensuite. A ce moment-là, les enfants sont en mouvement. Nous comptons tous ensemble avant de secouer le parachute pour lancer les balles. Diane et Arthur expriment par des sons leur excitation quand les balles décollent, et de nouveau quand elles atterrissent. Les enfants se regardent et rient. Le jeu se termine et une construction de parcours leur est proposée. Les enfants se dispersent dans le jardin pour construire chacun de leur côté un parcours. De nouveau les enfants ne se regardent pas, ils ne communiquent pas pour mettre en commun leurs idées. La dynamique qui s'était créée lors du jeu est retombée. J'ai eu le sentiment au cours de cette séance d'une dynamique groupale très fluctuante. Les enfants étaient séparés et calmes puis rassemblés et très agités puis de nouveau éparpillés et plus calmes. Le groupe était beaucoup plus énergique lorsqu'il était rassemblé autour d'un jeu ou d'une activité.

b. Compétition et complicité entre Diane et Sophie

La séance se déroule ce jour-là sans Arthur. C'est la première fois qu'il est absent et que Diane et Sophie se retrouvent ensemble avec les adultes. Pour le temps du jeu nous leur proposons de faire un chamboule tout. Chacune de leur côté, Diane et Sophie placent les objets faisant office de quilles à renverser qui sont à leur disposition sur une planche posée par terre. Elles construisent deux tours bien distinctes et séparées par un bâton sur la planche. Au top départ toutes les deux

doivent détruire leur tour en lançant un ballon dessus pour faire tomber tous les objets. Diane et Sophie font la course, c'est à celle qui détruira sa tour en premier. Toutes deux prises dans une grande excitation, elles lancent très rapidement le ballon sans prendre le temps de viser les objets. Sophie gagne la première partie, et je perçois la déception de Diane sur son visage. Elles échangent leurs places pour faire une deuxième partie. Au cours de celle-ci Sophie prend de l'avance sur la destruction de sa tour. Diane s'énerve voyant qu'elle a renversé moins d'objets que Sophie. La psychomotricienne et moi-même nous mettons à l'encourager. Diane se reconcentre, les encouragements semblent bénéfiques car elle se met de nouveau à faire tomber des objets. Elle est prise par une grande excitation, et rie beaucoup en voyant qu'elle rattrape puis dépasse Sophie. Elle gagne et saute de joie en criant. Sophie ne semble pas déçue et sourit à Diane. Pendant le rangement des objets, Diane commence à embêter Sophie en lui tapotant la tête avec son ballon. Sophie ne dit rien et se laisse faire. Nous lui faisons alors remarquer que c'est étonnant qu'elle ne dise rien et ne réponde pas. Immédiatement après notre remarque Sophie saisit son ballon pour le tapoter sur la tête de Diane qui se met à rire. Un jeu de bataille se crée, elles rient toutes les deux créant une complicité entre elles. Une dynamique de groupe autour de leurs interactions s'est créée au cours de cette séance, constituant un sous-groupe dans le groupe.

c. Une alliance entre Arthur et Sophie

Ce jour-là, Diane et la psychomotricienne sont absents. Je me retrouve avec Sophie et Arthur pour la séance. Lorsque nous arrivons au temps de dessin, Arthur invite Sophie à venir colorier avec lui. C'est la première fois qu'ils se retrouvent tous les deux, sans Diane. Ils commencent à colorier ensemble sur une face de la maison, dans la même zone et se trouvent donc côte à côte. Ils colorient de plus en plus vite et chacun sur la partie que l'autre colorie, ce qui les fait rire. Ils commencent à se pousser doucement, les coups de crayons sont de plus en plus rapides et forts, leurs rires sont plus expressifs. Je sens l'excitation et l'agitation monter. Je les laisse faire jusqu'à ce qu'ils colorient sur un dessin déjà présent qui ne leur appartient pas. Ils s'arrêtent, et je verbalise avec eux les traits faits sur les dessins, et pourquoi je les ai stoppés. Je leur rappelle les règles de ce temps de dessin : repasser sur les productions des autres n'est pas autorisé, sauf si la personne à qui le dessin appartient est d'accord. Ce qui n'est pas le cas puisque Diane n'est pas présente. Ils reprennent leurs dessins mais très rapidement l'excitation revient et ils colorient de nouveau sur les dessins de Diane. Je les arrête une nouvelle fois et décide de terminer la séance puisque je sentais qu'ils n'étaient pas

capables de colorier en respectant les règles. Mais aussi qu'ils prenaient du plaisir à colorier sur les productions de Diane, absente, ne pouvant pas se défendre. Ils semblaient vouloir attaquer Diane à travers son dessin. Je me suis sentie quelque peu démunie par la situation. C'était la première fois qu'ils ne respectaient pas les règles du temps de dessin. Lors du temps d'échange à la fin, Arthur exprime que pour lui la séance s'est bien passée car Diane ne les a pas embêtés. Sophie ne dit rien mais acquiesce. Une dynamique de groupe s'est créée autour de l'alliance qu'ils ont formée contre Diane pendant son absence.

d. Peut-on prendre la place d'un autre

Lors de cette séance la psychomotricienne est absente. Je mène la séance en tant que seul adulte dans le groupe. Au début de la séance, lorsque j'explique que la psychomotricienne sera absente ce jour, Diane me demande si sa nièce, qu'elle nomme par son prénom, peut la remplacer. Je lui réponds que ce n'est pas possible, qu'elle ne fait pas partie du groupe. Nous allons nous assoir pour commencer la séance et Arthur s'assoit sur la grande chaise prévue pour moi. Je lui explique que c'est la mienne et que depuis le début de l'année les adultes s'assoient sur les plus grandes chaises. Il se relève, et Diane veut à son tour prendre ma place sur ma chaise. Ils se retrouvent tous les deux assis dessus en poussant l'autre pour qu'il parte. Arthur veut me la rendre et Diane veut me la prendre. Je continue de leur demander de tous les deux me laisser la chaise en verbalisant que dans le groupe ce sont les adultes qui s'assoient sur les grandes chaises depuis le début de l'année. Ils finissent par s'asseoir sur les deux chaises restantes. Dans cette confrontation Diane se fait pousser par Arthur sans le faire exprès. Elle se tient la jambe au niveau du tibia en retournant s'asseoir. Elle se plaint et dit qu'Arthur aurait pu lui casser un os. J'interviens à ce moment pour rassurer Diane, et aussi calmer une certaine agressivité qui vise Arthur. Je verbalise lui expliquant que les os peuvent en effet se casser mais qu'ils sont néanmoins très solides. Je demande ensuite à Diane et Arthur de s'expliquer pour comprendre ce qui vient de se passer afin de les rassembler et faire redescendre l'excitation provoquée par le conflit. L'absence de la psychomotricienne apporte une dynamique différente, les enfants semblent vouloir prendre la place de l'adulte ce qui apporte des enjeux et des rivalités au sein du groupe.

e. Une séance en intérieur qui rassemble

Il pleut ce jour-là. Nous décidons pour la première fois de faire la séance de groupe à l'intérieur du CMP. Elle se déroule dans une salle dans laquelle est rangé le matériel des séances du groupe, et dans laquelle les enfants vont pour colorier la cabane pendant plusieurs mois. La salle n'est pas très grande et deux tables y sont rangées, réduisant l'espace libre de la salle. Nous organisons la salle avec les enfants et installons les tables au milieu pour nous positionner tout autour lors de l'éveil corporel. Nous devons également modifier ce que nous avons prévu pour la séance car l'espace de la salle ne nous permet pas de le faire. Pour l'éveil corporel nous proposons principalement des mouvements verticaux avec des enroulements, des étirements et des sauts. Diane trouve une grande toupie sous la table lorsque nous nous baissions et commence à la manipuler, arrêtant l'éveil et restant au sol. Nous devons la solliciter à plusieurs reprises pour qu'elle remonte et continue avec nous. Nous proposons aux enfants un jeu de passe avec un ballon de baudruche autour des tables. Au même moment Diane et Arthur sont en train de parler du coronavirus, et nous leur proposons qu'il soit représenté par le ballon. Arthur exprime le fait que le ballon n'est pas vert, qui est pour lui la couleur du virus. Nous leur proposons de dessiner et colorier sur le ballon. Le ballon est ensuite accroché en hauteur, et chacun à leur tour les enfants lancent un ballon plus dur dessus. Ils sont très concentrés, prennent leur temps pour viser et toucher le ballon de baudruche. Néanmoins, Sophie moins que les autres, elle tire très fort et de façon impulsive parfois. Ils peuvent le tirer chacun à leur tour, sans se bousculer et s'encouragent les uns les autres. Généralement en compétition lors des jeux, ils sont cette fois dans la même équipe contre le ballon représentant le coronavirus. Arthur veut tout de même que le nombre de fois où ils touchent le ballon soit compté. A la fin le ballon est descendu et les enfants sautent dessus pour l'éclater, prenant beaucoup de plaisir. Ils laissent sortir à ce moment leur colère en criant tout ce que le virus les empêche de faire. Les enfants terminent la séance en faisant tous ensemble un dessin commun sur la cabane représentant un coronavirus vert. Diane lui dessine une couronne que Sophie colorie en rose. Et tous ensemble colorient sur le dessin de manière pulsionnelle pour le recouvrir. Cette séance a permis de rassembler les enfants, créant une dynamique de groupe autour de la cohésion entre eux.

En fonction des séances et des éléments qui apportaient des modifications à celles-ci, les enfants ont pu être en interactions, créant des duos de jeux ou s'alliant contre une autre personne ou un objet. Ces nombreuses interactions ont créé différentes dynamiques dans le groupe.

Discussion :

Dans cette partie je vais faire des liens entre les différents domaines du développement global de l'enfant et la place de la relation dans celui-ci et les trois enfants du groupe de psychomotricité présentant des fragilités dans ces différents domaines. Ces fragilités ayant pour conséquences des difficultés de mise en relation et de socialisation. Dans un premier temps je décrirais comment la psychomotricité peut soutenir le développement de l'enfant dans ses différents domaines et en relation. Je développerais dans un second temps les apports du groupe thérapeutique en psychomotricité pour ces enfants et pour soutenir leur socialisation.

I. La psychomotricité soutient au développement global de l'enfant

La psychomotricité prend en compte l'individu dans sa globalité et permet de soutenir les domaines de son développement fragiles. La position du psychomotricien va quant à elle permettre une lecture psychomotrice du patient pour lui proposer une réponse en relation la plus adaptée à ses besoins.

A) La psychomotricité et la relation

« Tonus et motricité participent à l'organisation relationnelle » (F.Joly, 2000,p.32). Tonus et motricité sont en relation, puisque la motricité s'étaye sur le tonus. Pour la réalisation d'un mouvement certains muscles doivent se contracter et d'autres se relâcher de manière coordonnée pour le produire. Le mouvement se réalise aussi dans un espace et une temporalité, ce qui lui permet d'être en relation avec l'environnement. En allant plus loin nous pouvons dire que c'est en partie grâce au mouvement que l'individu entre en relation avec son environnement, en attrapant un objet ou en saluant quelqu'un.

a. La régulation tonique et émotionnelle

En psychomotricité nous travaillons beaucoup autour de la régulation du tonus, elle permet l'adaptation de celui-ci en fonction d'une situation. Cette régulation se crée à partir de la bipolarité de base hypertonie et hypotonie. Au départ l'enfant se situe soit sur un versant tonique soit sur l'autre. Puis au fur et à mesure, grâce à sa mère, l'enfant va pouvoir trouver un juste milieu et accéder à la notion d'ambivalence, et réguler lui-même son tonus sans avoir besoin d'elle.

Nous travaillons la régulation tonique tout au long des séances au cours de l'éveil corporel, lors des percussions corporelles par exemple. Nous tapotons notre corps avec nos mains les poings fermés. Il faut alors réguler la force que l'on met lors du contact entre nos mains et la partie du corps que l'on touche, en fonction d'où elle se situe. La force ne sera pas la même sur les cuisses et le ventre. La régulation tonique se travaille également lors des différents jeux faits tout au long de l'année. Lorsqu'Arthur lance un ballon pour viser une cible, il doit réguler la force qu'il donne à la balle pour atteindre sa cible. Lors du temps de dessin également puisque l'acte graphique demande une régulation du tonus pour tenir le crayon ou appuyer plus au moins fort sur le support. La formation de formes, de lettres requière elle aussi une certaine régulation tonique. Cette régulation leur permet de mieux maîtriser leurs mouvements en fonction des situations dans leur environnement. Réguler leur tonus fait partie des axes thérapeutiques des trois enfants pour leur prise en charge en psychomotricité. Chez Diane son tonus de fond se situe sur un versant plutôt hypotonique, mais lorsqu'elle se met en mouvement elle peut présenter un grand recrutement tonique. Le travail de la régulation de son tonus a pu lui permettre d'améliorer ses coordinations motrices et d'accéder à une meilleure aisance corporelle. Cela lui a permis de soutenir sa confiance en elle et de la revaloriser sur ses capacités motrices et physiques.

Réguler son tonus peut cependant être parfois plus compliqué comme lors de situation de stress ou de joie. Lorsque Diane gagne contre Sophie au cours de leur compétition de chamboule tout, elle ne peut pas contenir ses émotions de joie et se met à crier et sauter pour les exprimer. Cette situation me permet d'illustrer le lien qui existe entre le tonus et les émotions. Les émotions rendent comptes des manifestations de notre corps et peuvent avoir une visée adaptative et communicative. Elles peuvent être défini comme « utilisées dans nos rapport à autrui pour lui signifier notre ressenti » (C.Tourrette et M.Guiudetti p.131). Les émotions sont également un outil pour être en relation. Très rapidement dans son développement l'enfant peut utiliser la référenciation sociale permettant de se référencer aux émotions d'autrui pour évaluer la situation dans laquelle l'individu se trouve. La capacité d'empathie arrive au cours de la deuxième année. Il s'agit de la capacité de se mettre à la place d'une personne mentalement pour comprendre ses

ressentis et ses émotions. Lorsqu'Arthur parle pendant le temps de verbalisation de la fin, il n'arrive pas bien à s'exprimer. La séance a été frustrante pour lui car nous n'avons pas suivi les règles qu'il proposait pour le jeu. Diane fait alors preuve d'empathie en lui demandant si c'est parce qu'on ne l'a pas assez écouté aujourd'hui. Arthur répond que oui et peut commencer à se détendre.

b. Le dialogue tonique

Il existe une relation entre le tonus et les émotions. Ce lien a été étudié par de nombreux auteurs. Pour Wallon « les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire ». (D'après S. Robert-Ouvray, 2010, p.42). Ajuriaguerra reprend ses travaux et définit le « dialogue tonique » (cité par S. Robert-Ouvray et A. Servant-Laval, 2011, p.161). Ce dialogue traduit l'ajustement tonique entre l'enfant et sa mère, ou même entre deux partenaires. C'est une forme de communication infra verbale entre deux personnes. Il permet de transmettre à une personne l'état tonique et émotionnel de son partenaire. Ce dialogue est aussi utilisé en psychomotricité. Nous pouvons lors des séances percevoir les variations toniques qui passent dans le corps et le visage, les tonalités de la voix, les gestes, le regard, les postures. Ces éléments nous permettent de comprendre l'état émotionnel du patient et de lui proposer une réponse adaptée à travers ces différents éléments pour qu'il puisse à son tour se réguler lorsqu'il en a besoin. Lorsque c'est au tour de Sophie de proposer un mouvement, je la sollicite en me tournant vers elle et en la nommant. A ce moment elle baisse la tête, regarde par terre, rassemble ses mains sur ses genoux et les serre. Je comprends alors par sa posture qu'elle ne se sent pas à l'aise et ne veut pas le faire. Je n'insiste pas et propose à l'enfant suivant de présenter un mouvement. Ce dialogue apporte une compréhension de notre environnement et permet de proposer une réponse adaptée à la situation vécue, et donc une meilleure capacité de socialisation. Le dialogue tonique est un véritable outil pour le psychomotricien permettant de créer un échange bénéfique pour les deux partenaires de ce dialogue et d'amener progressivement l'enfant à la symbolisation de ses ressentis. Il permet de mettre en évidence le rôle du psychomotricien dans la relation.

B) La psychomotricité et le psychomotricien en relation

« Dans notre pratique professionnelle où la relation à l'autre au niveau psychique et somatique est au premier plan, nous ne pouvons faire abstraction de notre personnalité, de nos émotions et de notre subjectivité » (P. Bourger, 2008, p.75)

a. Le contre transfert du psychomotricien

« Notre niveau de compréhension est le niveau de notre ressenti émotionnel » (S.Robert-Ouvray, 2019, para.1). Il est important de prendre en compte la notion de transfert dans le travail du psychomotricien. Le transfert est à l'origine développé par le psychanalyste S. Freud. Le transfert au sens psychanalytique comprend un processus au cours duquel des sentiments ou des désirs inconscients, bons ou mauvais, sont projetés sur l'analyste. Le transfert correspond plus simplement à ce que nous ressentons et le contre transfert à ce que nous renvoyons à l'autre dans la relation. C. Potel propose le concept de « contre transfert corporel » (C.Potel, 2015, para. 26). Il s'agit de la capacité du psychomotricien à écouter ses propres ressentis et éprouvés lorsqu'il est en relation avec son patient. Pour C.Potel « Le contre-transfert corporel n'est pas uniquement l'émotion vécue « en direct » dans la relation, c'est aussi ce qui se réveille chez le thérapeute en présence de son patient ». (C.Potel, 2015, para. 59). En effet, certaines situations au cours de l'année m'ont fait ressentir des émotions et des sensations particulières. Je me souviens de cette fois où, sans que je m'y attende, Diane est venue vers moi. Elle a entouré ses bras autour de ma taille et m'a serrée contre elle en posant sa tête sur mon ventre. J'ai ressenti à ce moment un très fort sentiment d'intrusion et de malaise. Ma première réaction aurait été auparavant de me dégager très rapidement en la repoussant. Mais grâce à mes savoir-faire, savoir être, ma qualité d'écoute et de présence relationnelle, j'ai pu apporter une réponse adaptée à la situation en verbalisant que ce n'est pas le moment ni le lieu pour faire ça ; et je me suis doucement dégagée de son étreinte. Le contre transfert corporel est un outil important permettant au psychomotricien de comprendre ses patients et les accompagner de façon adaptée. Il me paraît important de relever la nécessité de faire la part des choses entre ce qui vient de nous et des enfants. Pour le psychomotricien faire cette distinction est essentielle pour la création d'une relation thérapeutique et permettre au patient à son tour de se percevoir différent du thérapeute, dans une relation qui sera par la suite plus adaptée.

b. L'implication corporelle du psychomotricien

Dans son rôle de thérapeute le psychomotricien est forcément impliqué dans la prise en charge de son patient que ce soit au niveau relationnel, corporel, émotionnel, psychique. Il endosse alors dans ses prises en charge le rôle de miroir, apportant à l'enfant de la différence et de la

structuration puisque c'est en regardant puis en faisant, que l'enfant va apprendre. « Observer l'action d'un autre ne consiste pas seulement à analyser une forme visuelle : c'est déjà construire une image de soi en train d'exécuter la même action » (cité par O.Moyano, p.293). L'enfant est capable, dans un premier temps, de se représenter l'action observer sur autrui, puis de la reproduire par lui-même. Il s'agit d'expérience partagée. Cette expérience dans la prise en charge de l'enfant lui permet d'acquérir la capacité à imiter et intérioriser l'expérience motrice du psychomotricien. L'enfant apprend en regardant faire le psychomotricien ce que lui ne sait pas encore produire. Pendant le groupe nous sommes en rond, en train de nous faire des passes avec un ballon. Lorsque le ballon revient à moi j'introduis une nouvelle façon de faire des passes en le frappant avec mon genou pour l'envoyer à la personne suivante. Les enfants me regardent faire puis essayent à leur tour de reproduire le mouvement. Coordonner le lâcher de ballon et le lever de genoux pour le frapper et l'envoyer dans la bonne direction semble laborieux. Le ballon me revient de nouveau. Cette fois je m'applique pour décortiquer le mouvement, les enfants sont attentifs et regarde bien comment je fais. C'est ensuite à leur tour et Arthur et Sophie réussissent cette fois la passe avec leur genou. C'est le corps en mouvement du psychomotricien qui va permettre ces représentations mentales du mouvement chez l'enfant. Ce qui montre à quel point l'implication corporelle et motrice du psychomotricien est importante. Son mouvement est un support d'apprentissage moteur, mais aussi relationnel et social pour l'enfant, soutenant son développement.

c. La valorisation de l'enfant par le psychomotricien

Le psychomotricien est un soutien moteur pour l'enfant mais également psychique. Nous valorisons et encourageons constamment les enfants dans leurs activités et dans leurs prises de décisions quand celles-ci ne viennent pas perturber le bon fonctionnement du groupe. Il est important de faire prendre conscience aux enfants de tout leur potentiel psychomoteur afin de leur redonner confiance en eux et en leurs capacités. Pour les trois enfants, la connaissance du nom des différentes parties du corps était confuse pendant les premiers mois. Ils ne pouvaient pas les nommer, ou alors les confondaient entre elles. Nous les sollicitons cependant à chaque séance pour qu'ils les nomment en les encourageant, leur donnant la première lettre pour les aider. Dès qu'un des enfants trouvait le nom, nous le félicitons. De même au chamboule tout, nous leur donnions des conseils pour mieux se placer et lancer. Ma psychomotricienne et moi-même les encourageons en criant leur nom, et lorsqu'ils réussissaient nous nous exclamions en les félicitant. Cette narcissisation est importante et permet une revalorisation de l'estime de soi qui est bien souvent

endommagée chez les enfants consultant en psychomotricité. Ils peuvent souvent se comparer aux autres à l'école ou dans leur fratrie. Les trois enfants du groupe présentent des difficultés dans les apprentissages scolaires nécessitant des adaptations, ce qui peut être blessant pour leur narcissisme et impacter leur estime d'eux même. Il est donc important de leur montrer que les compétences ne sont pas que scolaires, et de mettre en avant leurs capacités psychomotrices. Cette confiance en eux est essentielle pour une bonne capacité d'adaptation à la relation. Si l'enfant n'a pas confiance en lui il va soit s'inhiber et se retirer de la relation, ou alors à l'inverse être très présent, s'agiter, parler beaucoup pour essayer de masquer ce manque de confiance en lui. Cette base narcissique solide est alors essentielle pour une bonne socialisation de l'enfant.

C) La psychomotricité et les interactions sociales

a. Le langage en psychomotricité

Même si la psychomotricité n'est pas spécialisée dans le développement et le soutien du langage, ce n'est pas pour autant qu'il n'y est pas travaillé. En effet, avant de commencer toute prise en charge un premier entretien est réalisé avec les parents, l'enfant et le psychomotricien. Au cours de cet entretien les parents abordent les difficultés de leurs enfants à l'oral, et l'enfant peut également s'exprimer s'il le veut et s'il le peut. Le langage intervient dès le début du suivi et il est nécessaire pour percevoir dans un premier temps les difficultés de l'enfant et les attentes des parents. Le langage se présente sous deux versants : un versant expressif et un versant réceptif.

Le versant expressif :

Le langage expressif est celui de la parole, lorsque l'individu s'exprime. Il comprend la forme, c'est-à-dire comment la personne parle, sa prononciation, ses phrases. Mais aussi le contenu, c'est-à-dire de quoi elle parle, avec son vocabulaire et les idées qu'elle veut transmettre. Et enfin, l'utilisation, c'est-à-dire pourquoi elle parle si c'est pour nommer, demander, raconter... Il me paraissait important d'aborder le langage puisque les trois enfants du groupe rencontrent tous les trois des difficultés dans ce domaine du développement. Nous ne travaillons pas spécifiquement l'aspect langagier dans nos séances, mais le langage est forcément présent ce qui permet donc d'agir de façon implicite dessus. Pendant les séances nous proposons un temps de verbalisation au début et à la fin, permettant aux enfants de s'exprimer. Ces temps sont très bien investis par Diane et Arthur. Cela leur donne une possibilité de libre expression et surtout d'être écoutés, ce qui n'est peut-être pas le cas pour certains d'entre eux ailleurs. Nous les encourageons à dire ce qu'ils

pensent et ressentent. A la fin d'un jeu de balle au prisonnier Diane saisit un ballon et le lance sur Sophie de manière très impulsive. Nous lui faisons remarquer qu'elle semble en colère mais ne comprenons pas la raison, et nous lui demandons de nous l'expliquer avec des mots plutôt qu'avec des gestes. Diane peut alors dire qu'elle est en colère car Sophie a gagné deux fois, et elle aucune fois. Cet exemple montre bien que s'exprimer est essentiel pour se faire comprendre par les autres, et pour entre en relation et en communication. Ne pas se faire comprendre peut aussi être un frein à la relation. Arthur veut nous expliquer un jeu qu'il a en tête et qu'il aimerait faire. Il nous explique mais son langage expressif n'est pas compréhensible. Les mots se bloquent, accrochent, et ne sont pas utilisés dans le bon ordre. Arthur voit que nous ne le comprenons pas et s'énerve. Il persiste à vouloir nous expliquer, mais les émotions qui le submergent rendent encore plus compliqué sa compréhension.

Le versant réceptif :

Le langage réceptif correspond à ce que l'on comprend comme les mots, les concepts, les questions ou les consignes. Ce versant du langage est tout aussi important pour la communication. Lors d'une conversation les deux partenaires parlent chacun leur tour. C'est-à-dire l'un parle l'autre l'écoute, et pour pouvoir lui répondre de façon adaptée et cohérente dans le fil de la conversation il doit nécessairement avoir compris ce qu'il lui disait. Cette partie du langage est également travailler lors des séances. Par exemple lorsque nous expliquons les règles d'un jeu les enfants doivent les comprendre pour pouvoir y jouer avec une base commune. Ne pas réussir à comprendre peut-être tout aussi désavantageux que de ne pas s'exprimer puisque les deux sont nécessaire pour être en relation et permettre de se socialiser.

Les émotions ont un lien avec le langage, nous pouvons deviner à la façon dont la personne s'exprime dans quel état émotionnel elle se trouve grâce au son de sa voix, sa tonalité, sa puissance. Le langage lui permet de nommer les émotions, ce qui est important chez les enfants pour entrer plus facilement en relation. Le langage est également relié aux différents domaines de développement puisqu'ils s'étayent les uns dans les autres. Il est l'un des prérequis essentiels aux compétences scolaire : lecture et écriture. Quand le langage est fragile la mise en place des acquisitions scolaire est plus compliquée, ce qui est le cas pour les trois enfants du groupe. Le langage permet aussi de soutenir les connaissances des parties du corps. Nous le faisons dans le groupe lors de l'éveil corporel en les nommant, lorsque nous les mobilisons ou les touchons.

Le langage est nécessaire pour s'exprimer et comprendre l'autre. L'acquisition du langage permet à l'enfant de s'affirmer, d'exprimer qui il est et ce qu'il veut, lui donnant de l'autonomie, mais aussi une compréhension du monde qui l'entoure rendant les interactions sociales possibles.

b. Le jeu en psychomotricité

« Montre-moi comment tu joues, je te dirais comment tu vas » (F.Joly, 2015, p.10). Le jeu est essentiel pour le développement de l'enfant, c'est une activité qui peut se réaliser n'importe où et n'importe quand, et implique toutes les capacités de l'enfant au fur et à mesure qu'elles se développent. C'est pour ces raisons que le jeu est beaucoup utilisé en thérapie psychomotrice. Au cours des séances dans le « groupe extérieur » lorsque nous jouons, nous élaborons tous d'abord des règles. Celles-ci nécessitent un certain niveau cognitif pour les comprendre dans un premier temps. La mémoire est aussi travaillée pour retenir les règles ou qui est dans son équipe, ainsi que la flexibilité mentale. Lorsque nous amenons un nouveau jeu dans le groupe nous commençons par une structuration simple du jeu. Par exemple nous créons deux camps, un pour chaque équipe, chacune des équipes doit toucher tous les membres de l'équipe adverse et compter ses points. La première équipe arrivée à dix a gagné. Puis à la séance suivante nous ajoutons des prisons, puis les prisonniers peuvent être délivrés... Le jeu permet aussi lors de son élaboration de travailler la construction, l'organisation et la structuration de l'espace en élaborant les terrains de jeu avec des cordes et des cerceaux. Il permet également de travailler les capacités motrices. Dans ce même exemple les enfants doivent viser et tirer pour toucher leurs adversaires mais aussi éviter le ballon en se baissant ou en courant. Le jeu est aussi une activité de partage. Il permet également de travailler les capacités relationnel et social pour se mettre d'accord sur les règles, les respecter et s'écouter pour le bon déroulement du jeu. La créativité des enfants est également mise à contribution. Les enfants peuvent nous soumettre leurs idées, que nous validons ou non en fonction de leurs cohérences et de leur faisabilité. Nous soutenons les enfants dans leurs élaborations et leurs expériences que nous partageons avec eux lors des jeux, afin qu'ils prennent conscience de leur investissement et de leurs capacités, se montrant acteurs de leur prise en charge.

« Le jeu peut alors prendre la valeur d'une « exploration » des stimulations subjectives, d'une découverte ou d'une invention d'une nouvelle forme de relation ou de rapport soi-même ou à l'autre » (F.Joly, 2015,p.23)

D) La psychomotricité et l'identité corporelle

a. Les représentations corporelles

« C'est grâce à notre image du corps portée par et croisée à notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui » (F.Dolto, 2014, p.23). Comme F.Dolto le décrit c'est par notre corps et grâce à lui que nous pouvons entrer en relation. Il représente la séparation entre notre monde interne de l'individu et le monde extérieur. Pour entrer en relation avec autrui il faut dans un premier temps avoir conscience de celui-ci comme étant différencié de soi. Cela nécessite une représentation suffisamment bonne de son corps grâce à l'intégration de ses expériences corporelles et de leurs appropriations au niveau cognitif, affectif, émotionnel et relationnel. Nous pouvons alors définir deux notions permettant la construction des représentations du corps : le schéma corporel et l'image du corps.

Le schéma corporel, peut être défini comme la perception que l'on se fait du corps dans son aspect tridimensionnel, permanent et évolutif. Pour F.Dolto "Le schéma corporel est une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique." (F.Dolto, 1984,p.18). Pour elle, c'est par le schéma corporel que passent toutes les expériences perceptives, motrices, et sensorielles du sujet et qui les traitent. De plus c'est grâce à ces expériences qu'il se construit et s'enrichit. Il est la référence permanente de nos relations avec le temps, l'espace et l'environnement. Pour F.Dolto, le schéma corporel est le même pour tous les individus. Elle distingue précisément le schéma corporel et l'image du corps. Tandis que pour P. Schilder le schéma corporel est une composante de l'image du corps, c'est lui qui apporte la notion d'image du corps en ajoutant le côté affectif et inconscient au schéma corporel.

L'image du corps : nous pouvons la définir comme l'idée que chacun se fait de son propre corps en constant remaniement. Elle reflète ce que nous percevons des qualités de notre corps à chaque moment et dans la relation aux autres. Pour F.Dolto, "L'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire."(F.Dolto, 2014, p.22). Elle se constitue dès la naissance et tout au long de la vie. L'image du corps selon Dolto est éminemment inconsciente, contrairement au schéma corporel. Elle exprime également l'idée que l'image du corps se structure par la mise en mots des différentes frustrations que rencontre le sujet au cours de sa vie.

b. Vivre son corps en psychomotricité

Au sein du groupe la conscience corporelle est travaillée tout au long des séances. Au cours de l'éveil corporel nous nommons les différentes parties du corps et proposons des manières différentes de les ressentir en les mobilisant dans les différents plans de l'espace ou en les tapotant avec nos mains puis avec une balle. Lors des jeux perceptivo-moteur, pouvoir se positionner par

rapport à l'objet pour l'atteindre nécessite de se représenter son corps dans l'espace, de le déplacer. Toutes ces expériences motrices perceptives et sensorielles permettent d'enrichir la conscience de leur corps pour les trois enfants du groupe. Ces représentations et cette conscience du corps peuvent cependant être fragile ce qui est le cas de Sophie. Elle présente une maladie qui a été diagnostiquée il y a trois ans. Sophie a subi de nombreuses hospitalisations dans le cadre de la prise en charge de sa maladie, et par conséquent a vécu des soins qui ont pu être éprouvés comme intrusifs. Elle laisse son corps être manipuler par les soignants, recevoir des piqûres, être reliée à une sonde... Tous ces soins peuvent être vécus comme traumatisants pour le corps sans compter la douleur provoquée par la maladie. Son bilan psychomoteur montre des confusions entre le dedans et le dehors du corps et entre les différentes parties de celui-ci. Je suppose donc un lien entre son vécu psychosomatique et une conscience de son corps fragile et confuse, mais aussi son inhibition. La psychomotricité lui permet alors de vivre des expériences agréables avec et dans son corps. Ainsi que développer une conscience et un rapport à son corps autre que douloureux et fragile. Sophie prend du plaisir à s'investir corporellement dans toutes les propositions et ne présente aucune appréhension. Avoir une meilleure conscience de son corps comme étant solide et rassemblé permet à l'enfant d'entrer plus facilement en relation et de manière plus adaptée. Ainsi, Sophie présentant une grande inhibition peut avoir des difficultés à entrer en relation et se socialiser. La psychomotricité va lui permettre d'avoir plus confiance en elle et en son corps, et donc permettre une meilleure capacité de socialisation.

La psychomotricité soutient donc l'enfant à se sentir bien dans son corps, dans ses mouvements qu'il maîtrise mieux, à se sentir compris et soutenu. Il pourra alors développer une meilleure confiance en lui et en ses capacités et par la suite entrer plus facilement en interactions et avoir une meilleure capacité à s'adapter à l'autre. Nous pouvons nous demander en quoi une prise en charge groupale en psychomotricité peut par ailleurs venir soutenir les capacités de socialisation et les interactions.

II. Le groupe, un lieu de socialisation

Le groupe est une modalité de prise en charge spécifique en psychomotricité. Il possède donc des rôles et un cadre thérapeutique particulier dont le psychomotricien en est le garant. Il permet également contrairement à un suivi en individuel de rassembler plusieurs patients dans une même prise en charge créant diverses interactions entre eux.

A) Un groupe en psychomotricité

a. Qu'est-ce qu'un groupe en psychomotricité

« La psychomotricité offre des possibilités de mise en jeu relationnel et de l'espace transitionnel formidablement intéressantes et créatives. » (C.Potel, 2019, p.416). En effet, la psychomotricité dans ses prises en charge offre aux patients une grande richesse d'un point de vue relationnel mais également dans la mise en corps et la mise en mots. Ces expériences peuvent être vécues à deux dans le cadre d'une prise en charge individuelle mais aussi en groupe, ce qui montre la diversité des possibilités qu'offre la psychomotricité.

Le groupe thérapeutique est l'un des modes de prise en charge en psychomotricité. Cette forme de thérapie est très diversifiée en partie grâce aux objectifs des groupes qui sont variés, mais aussi par leur fonctionnement qui sont différents pour tous. Les projets thérapeutiques en psychomotricité se définissent selon l'âge des patients et selon leurs pathologies, ils sont affinés avec l'anamnèse et le bilan leurs bilans. Le groupe doit également répondre aux objectifs de l'institution dans laquelle il se trouve et est mené par au moins un psychomotricien.

Les groupes thérapeutiques en psychomotricité se constituent donc autour d'un projet. Il peut s'agir d'un groupe « de médiations plus sophistiquées » (ibid) comme le décrit C.Potel. Ces médiations peuvent s'élaborer autour d'activités sportives comme la piscine ou les arts martiaux, également autour des activités artistiques comme la danse, le mime ou le théâtre, ou encore autour d'activités thérapeutiques psychocorporelles comme la relaxation ou même le jeu. Ou bien il peut également s'agir d'un groupe ordinaire psychomoteur pour renforcer les bases du développement tel que le « groupe extérieur » auquel je participe. Ces groupes psychomoteurs travaillent et soutiennent les différents items psychomoteurs du développement au moyen de la communication, de la relation et de la symbolisation. Il existe différentes manières de construire un groupe. Dans le cas de celui que je décris il s'est construit à partir des trois enfants à la suite de la réalisation de leurs bilans psychomoteurs et de leurs difficultés dans des domaines communs qui sont le langage, la régulation tonique et émotionnelle, les apprentissages et la socialisation. Chaque groupe se distingue par ses membres, sa médiation, ses thérapeutes et son cadre thérapeutique.

b. Le cadre thérapeutique du groupe

Pour Catherine Potel « le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une

pensée clinique, fera partie de notre cadre. » (C.Potel, 2019, p.357). Le cadre est composé de plusieurs éléments, des éléments de l'environnement mais aussi des éléments apportés par le thérapeute dans sa pensée et ses connaissances. Catherine Potel évoque alors deux composantes du cadre thérapeutique, une physique et l'autre psychique.

Concernant la composante physique du cadre celui-ci comprend une institution qui contient dans son organisation le groupe. Il comprend aussi le choix d'un modèle du groupe entre fermé, ouvert ou semi-ouvert. En l'occurrence le « groupe extérieur » est un groupe fermé puisqu'il est constitué des trois mêmes enfants présents depuis le début et jusqu'à la fin du groupe. Le cadre comprend également un espace et un temps. Dans ce cas il s'agit du jardin du CMP rassemblant les enfants toutes les semaines le même jour pendant une heure. Il se constitue aussi de matériel, ce qui est le choix du thérapeute et qui lui est propre, et enfin des membres du groupe, dans le cas du « groupe extérieur » il s'agit des trois enfants, de la psychomotricienne et moi-même.

Le cadre d'un point de vue psychique se définit par la pensée du thérapeute et ses bagages. Tout au long de sa formation, et encore après, le psychomotricien acquiert de nombreux apports théoriques mais aussi développe des savoirs être et savoirs faire. Ces savoirs vont lui permettre de développer une disponibilité en tant que thérapeute, de constituer son cadre et apporter une qualité de présence physique et psychique. Pour le psychomotricien « Son premier outil est la connaissance qu'il a de lui-même » (C.Potel, 2019, p.360). Le psychomotricien passe avant tout par son corps, ses ressentis, ses mouvements et ses éprouvés pour comprendre ceux de l'enfant et ses fonctionnements, et ainsi servir ses projets thérapeutiques. Le psychomotricien doit s'impliquer psychocorporellement pour répondre au mieux aux besoins de son patient.

Les trois enfants semblent avoir rapidement investi le cadre thérapeutique du groupe et de se l'être approprié. Lorsqu'ils arrivent dans le jardin je peux parfois sentir une certaine excitation chez les enfants qui se dépêchent d'aller s'asseoir. Arthur semble l'avoir bien intégré. Lors des premiers mois, il énonce au cours des séances du groupe ce que nous ferons ensuite. Par exemple, avant de commencer à jouer à un jeu perceptivo-moteur, il nous rappelle qu'après avoir joué ils iront colorier la cabane. Il semble avoir besoin de rappeler le cadre comme pour le rendre plus présent et peut être aussi plus solide. Cet exemple montre aussi un certain besoin de contrôle chez Arthur. Diane, quant à elle, demande plusieurs fois au cours de l'année si nous pouvons faire la prochaine séance dans la salle de psychomotricité qu'elle connaît déjà, ou bien si sa nièce peut venir faire le groupe avec nous. Je me pose la question s'il s'agit d'un test du cadre thérapeutique ou d'une mauvaise intégration de celui-ci ? L'aspect répétitif permet cependant un repère spatio-temporel pour les enfants et assure la continuité de celui-ci. Le Groupe continue de vivre en notre

absence, puisque selon leur famille respective les trois enfants peuvent l'évoquer à la maison.

c. Les rôles du groupe

Les groupes fermés comme le « groupes extérieur » favorisent la construction d'une enveloppe groupale. La séparation doit cependant être travaillée car des liens se sont créés pendant toute la durée du groupe. Le groupe crée une enveloppe groupale qui contient et rassemble les membres du groupe.

L'origine du mot groupe nous renvoie à la notion de masse arrondie. Nous avons en effet l'habitude, lorsque nous sommes en groupes, de nous installer naturellement en cercle. Dans le « groupe extérieur » nous nous mettons en cercle lors du temps d'accueil, pendant l'éveil corporel puis de nouveau lors de la verbalisation, pour nous retrouver et nous rassembler avant de nous séparer. Ce cercle permet à chacun des membres du groupe de voir tous les autres. Tous ensemble, dans cette disposition, nous assurons la limite entre le dedans et le dehors et l'appartenance de chacun des membres au groupe.

Le groupe, en plus de rassembler les membres physiquement, crée une enveloppe groupale psychique qui se construit avec le groupe et est nécessaire à son identité. Le terme « d'enveloppe psychique » (D.Houzel, 2010, p.61) a pour origine le concept de « Moi-peau » que l'on doit à Anzieu. Il est également défini par D. Houzel en tant que « zone de démarcation entre monde intérieur et monde extérieur ». (D. Houzel, 2010, p.24). Pour lui cette enveloppe psychique assure également la fonction de pare-excitation, dans laquelle le groupe joue un rôle de filtre, et régule les stimulations entre l'intérieur et l'extérieur du groupe. Le groupe permet, quand un des membres n'en a pas la capacité, de contenir ses angoisses, les transformer, les symboliser pour éviter la mise en acte. Lorsque Diane trébuche et tombe par terre au cours d'un jeu, le groupe arrête soudainement le jeu et se réunit autour d'elle pour voir comment elle va. Nous la rassurons et verbalisons ce qui vient de se passer et que ce n'est pas très grave. Diane se relève, rassurée, et peut reprendre la partie. Cette image d'enveloppe groupale rassemble les trois enfants dans un même lieu, créant forcément des interactions entre eux. Ces interactions nécessitent néanmoins d'être régulées par le psychomotricien.

d. Le psychomotricien dans le groupe

Le psychomotricien est le garant du cadre du groupe de manière physique et psychique. Il incarne donc une position contenant et limitante, et soutient la symbolisation. Le positionnement

du thérapeute et ses interventions dépendent de sa capacité à penser le groupe. Le psychomotricien est celui qui régule le groupe, qui nomme des choses, qui rassemble. Lorsque Diane sort du cercle et part regarder un buisson au fond du jardin, c'est la psychomotricienne ou moi-même qui allons l'appeler, puis si elle ne revient pas qui allons la chercher pour qu'elle revienne dans le cercle avec le groupe.

Le psychomotricien peut prendre différentes places dans le groupe. Au début et pendant la séance, la psychomotricienne et moi-même sommes actives et même meneuses du groupe. A la fin, lors du temps du dessin, nous nous mettons plus en retrait et sommes plus passives, laissant aux enfants plus d'autonomie. Au cours de l'année je me suis plusieurs fois posée la question suivante : en tant que psychomotricien faut-il diriger ou laisser-faire l'enfant. Lorsque pour la première fois Arthur me devance lors de la conduite de l'éveil corporel je le laisse faire. Pour moi il s'agissait une prise d'initiative que je souhaitais encourager et valoriser. Les séances suivantes, Arthur prend de nouveau l'initiative de mener l'éveil corporel. Il commence également à vouloir choisir le jeu qui sera fait après et ses règles. Arthur montrait un besoin de tout contrôler et maîtriser qui freinait la dynamique du groupe, nous avons donc décidé, avec la psychomotricienne, de reprendre la direction de l'éveil corporel. Le psychomotricien possède plusieurs fonctions dans le groupe entre lesquelles il doit alterner pour s'adapter au mieux à la situation qui se présente.

B) Ensemble mais différents

a. Le groupe rassemble

« Le groupe n'est pas une entité statique. Il est animé de mouvements qui proviennent des buts poursuivis, de son fonctionnement et de sa vie même. » (E.Marc et C.Bonnal, 2014, chap.6, para.1)

Dans le un groupe l'unité est recherchée lors d'un jeu ou d'une activité. Les sentiments d'unité, d'intégration et de cohésion sont ressentis comme positifs, alors que l'absence de cohésion et la division sont eux vécus négativement par les membres du groupe. La cohésion peut se faire contre un objet comme lorsque les enfants s'allient tous contre le ballon de baudruche représentant le coronavirus pour le faire éclater. Elle peut aussi se faire contre une personne. Comme lorsqu'en l'absence de Diane, Sophie et Arthur s'allient et colorient sur son dessin. Différents phénomènes naturels ont lieu dans les groupes comme la normalisation. Chacun des membres essaie de se plier aux valeurs du groupe pour mieux s'y intégrer. Pour ce faire deux fondements de la vie sociale vont

devoir être respectés : le respect d'autrui et la réciprocité. La réciprocité qui existe n'est pas seulement interpersonnelle mais aussi collective. Chacun donne quelque chose de soi à voir aux autres et attend qu'ils fassent de même. Lorsque Sophie ne veut pas proposer de mouvement pour l'éveil corporel, Diane peut alors insister en lui disant que c'est son tour et qu'elle doit faire quelque chose. Diane veut que Sophie aussi montre un mouvement aux autres comme elle vient de le faire.

Trouver la bonne distance est également essentielle dans le groupe. Pour entretenir des relations avec les autres et ne pas rester seul, il est nécessaire d'établir une juste distance qui permet de se protéger les uns les autres. Diane rencontre des difficultés à avoir cette juste distance. Elle peut parfois venir très près de nous pour nous parler, et lorsque nous lui demandons de se reculer un peu car elle est trop près, elle va alors partir beaucoup trop loin.

L'individu dans un groupe recherche à la fois à être séparé mais en lien, semblable mais différent, tout en maintenant une cohésion groupale. Cette tendance à l'unité et au conformisme est très marquée lors des premiers temps du groupe, et entraîne dans un second temps un mouvement de différenciation.

b. La différenciation dans le groupe

Au début du groupe, la valorisation apparaît comme nécessaire pour la construction identitaire de l'enfant. Pour obtenir cette valorisation l'enfant va mettre en avant ses qualités et essayer de cacher ses difficultés. Il veut laisser peu de place au jugement et se valoriser socialement. Nous retrouvons ce phénomène en début d'année dans le groupe. Les dessins à l'extérieur de la cabane sont des dessins figuratifs de maison, de personnages ou de fleurs. Alors qu'à l'intérieur, il y a très peu de représentation mais surtout des traces de crayons faites de façons impulsives. Ces traces ont été faites car nous ne pouvions pas les voir, alors que les dessins à l'extérieur sont plus lisses, montrant un aspect plus social des enfants. Se sentir valorisé permet d'atteindre un niveau de sécurité suffisante pour évoluer vers une envie d'être reconnu par les autres tel que l'on est, sans peur du jugement. Elle construit également vers une meilleure estime de soi. La valorisation et la différenciation dans le groupe s'expriment sous plusieurs formes. Par un désir de visibilité, que l'on peut retrouver chez Diane lorsqu'elle fait tout l'inverse de nous lors de l'éveil corporel. Par des envies, de la jalousie et des rivalités qui sont très souvent retrouvées dans la dynamique des groupes. La différenciation s'exprime aussi par le besoin d'individuation. « L'individuation, c'est se sentir soi-même et éprouver que l'on peut être reconnu et accepté. » (E.Marc et C.Bonnal, 2014, chap.6, para. 48). Cette individuation nécessite d'être en relation puisque c'est à travers l'autre que

l'enfant se perçoit comme distinct et séparé de lui. Si à première vue le groupe ne semble pas favorable à l'élaboration du processus de différenciation et d'individuation de l'individu, c'est pourtant en groupe grâce aux interactions qui s'y jouent que l'enfant va pouvoir se sentir distincts dans sa singularité et différent de l'autre. Une fois que l'enfant est différencié il va pouvoir se questionner sur sa place au sein du groupe.

c. La place de chacun au sein du groupe

L'individu construit son identité par l'affirmation des différences et des similitudes avec autrui. La question de sa place dans un groupe se pose à son tour. Le concept de place inclut la notion de statut et de position dans un sens plus large puisqu'elles renvoient à une hiérarchie sociale instituée mais aussi à un ordre symbolique ou objectif. L'individu se construit également dans la position qu'il occupe dans la société par rapport aux autres. Cette question de place est très présente lors d'une séance de groupe au cours de laquelle la psychomotricienne était absente. Diane me demande si sa nièce peut la remplacer. Plus tard lorsque nous allons nous asseoir et Diane essaye de prendre ma place sur la seule grande chaise qui m'est destinée. De cette manière Diane vient questionner les places de chacun dans le groupe, peut-on remplacer quelqu'un qui n'est pas présent, un enfant peut-il prendre la place d'un adulte. Arthur peut avoir des difficultés à garder sa place d'enfant, comme lorsqu'il veut contrôler l'organisation du jeu, en décidant jusqu'à combien de points il faut aller pour gagner ou qui commence à faire l'arbitre. J'ai l'impression qu'il a des difficultés à se mettre à sa place d'enfant et essaye de prendre celle de l'adulte. Arthur perçoit tout de même que nous sommes les adultes et essaye progressivement de tolérer sa frustration pour trouver sa place d'enfant dans le groupe. Diane quant à elle semble vouloir avoir toutes les places en même temps lorsque qu'elle se met sur nos chaises, puis se positionne au milieu du cercle et en sort ensuite pour courir tout autour. Je perçois cette envie d'être à toutes les places en même temps comme au contraire une peur de ne pas en avoir au sein du groupe. Adopter une place dans le groupe peut également traduire la volonté de modifier celle que l'on a dans un autre groupe social comme la famille ou l'école. Arthur est décrit comme étant très discret et inhibé par sa mère. Il prend cependant une toute autre place dans le groupe, la place de celui qui ne se laisse pas faire et au contraire qui veut maîtriser. Le respect de la place de l'autre est possible quand la sienne est garantie. Diane pourra donc arrêter de prendre nos places lorsqu'elle sentira que la sienne est assurée. La notion de place vient également soulever des questions identitaires chez Diane. La différence entre un adulte et un enfant, entre un garçon et une fille. Toutes ces questions de places

et d'identité viennent se poser naturellement au cours du développement de l'enfant et lui permettent de trouver sa place dans la société.

d. La socialisation

Chaque individu possède une vie sociale qui construit son identité sociale. Cette socialisation se construit tout au long de la vie de l'enfant. C'est un processus par lequel il apprend et intériorise les normes, les valeurs, les codes sociaux valable toute sa vie. Le groupe permet de travailler cette socialisation puisqu'il comprend des règles de fonctionnement et instaure un respect entre chacun des membres du groupe, du matériel et du cadre thérapeutique. Les interactions sociales sont nécessaires à la socialisation, elles correspondent à la rencontre entre deux personnes dans un contexte sociale. Ce contexte leur apporte des normes et des codes rendant cette interaction possible. Le fonctionnement en groupe est un lieu privilégié pour travailler les interactions sociales puisqu'il réunit plusieurs personnes apportant une plus grande diversité d'interactions. Elles permettent de faire prendre consciences aux enfants de l'existence de l'autre, cependant sans interactions il n'y a pas de groupe, lorsqu'il s'agit de groupe restreint comme celui-ci. Les interactions entre les enfants se sont multipliées et diversifiées tout au long de l'année. Nous avons observé des sourires et des regards qui sont les premières formes d'interactions sociales chez l'enfant. Sophie s'exprime très peu par le langage mais elle est se montre cependant engager dans les interactions par ses regards et ses sourires. Nous observons également de nombreux comportements sociaux au sein du groupe comme de la jalousie entre les enfants, de la sympathie, des rivalités. Dans le « groupe extérieurs » les habilités sociales sont aussi travaillées, lorsque nous parlons chacun notre tour, ou lorsque nous attendons que tout le monde soit prêt pour commencer le jeu. C'est grâce à ces interactions que l'enfant se construit différent de l'autre en relation avec lui. Être en groupe permet un partage commun des expériences et des émotions qui mettent en relation les membres du groupe qui le compose.

Pour conclure, c'est dans la construction groupale grâce à son cadre thérapeutique incarné par le psychomotricien que les enfants vont pouvoir vivre des expériences relationnelles. Au départ dans une forme d'intégration et de cohésion ils vont rapidement rechercher à se différencier des autres dans leurs interactions partagées. La richesse de ces interactions aide les enfants à se construire une identité sociale leur permettant de trouver leur place au sein du groupe. Nous pouvons donc dire qu'être en relation c'est se socialiser.

Conclusion

Les interactions sont essentielles à la construction de l'individu et ont lieu dès son plus jeune âge au sein d'un premier groupe familial. Ce sont ces interactions qui permettront à l'enfant de se développer de manière harmonieuse. L'enfant continue de grandir, il s'ouvre au monde extérieur et accumule les expériences. Ces expériences viennent soutenir son développement et sa confiance en lui. Elles vont lui permettent de s'intégrer de manière sécurisée et adaptée à la société dans laquelle nous nous trouvons, et entrer en relation de manière appropriée. La relation avec ses pairs est fondamentale pour un individu. Les sentiments et les types d'interactions sociales sont très diversifiées : rivalité, cohésion... Il s'agit d'interactions que les individus vivent au sein des différents groupes sociaux auxquelles ils appartiennent.

Arthur, Diane et Sophie sont réunis au sein d'un groupe psychomoteur pensé pour eux. Ils possèdent tous les trois des difficultés dans le domaine du langage, des apprentissages, au niveau psychomoteur mais aussi dans leur manière d'être en relation. Ce « groupe extérieur » évolue tout au long de l'année en même temps que les enfants qui évoluent individuellement. Arthur a maintenant moins de difficulté à gérer sa frustration, Diane peut être un peu moins agitée et un peu plus attentive et Sophie se montre moins inhibée et ses mouvements sont moins impulsifs. Tous les trois s'expriment plus facilement et de manière plus compréhensible.

A travers cette prise en charge psychomotrice, les trois enfants ont pu être soutenus dans les différents domaines du développement. Grâce aux propositions comme les jeux perceptivo-moteurs ou l'éveil corporel leur permettant de vivre des expériences avec leurs corps. Ces expériences ont pu enrichir leur répertoire psychomoteur les aidant par exemple dans la régulation de leur tonus et de leurs émotions. Le psychomotricien dans cette prise en charge soutient lui aussi l'enfant dans son développement. Il va pouvoir grâce à son implication, ses qualités de présence, d'écoute et de ses savoir-faire et savoir-être comprendre l'état dans lequel se trouve l'enfant et lui proposer une réponse adaptée, le soutenir et l'encourager. Les enfants grâce à une meilleure connaissance de leur corps et un meilleur contrôle moteur pourront, avec le soutien du psychomotricien, renforcer leur confiance en eux. Cette confiance doit être suffisante pour entrer en relation de manière adaptée et donc mieux s'adapter socialement.

Le groupe de psychomotricité permet de réunir les enfants et de leur proposer un lieu de socialisation. Ce groupe comprend un cadre thérapeutique nécessaire à sa construction et à son maintien. Le psychomotricien est garant du cadre et incarne ses différentes fonctions permettant

d'organiser et de réguler ce qui a lieu au sein du groupe. Les enfants rassemblés dans le groupe vont tous les trois pouvoir entrer en interactions les uns avec les autres. Ces interactions vont susciter des situations de complicité, de conflit, de jalousie aidant les enfants à prendre conscience de l'autre mais aussi de soi différents de l'autre. Ces relations entre les enfants vont également questionner la place que chacun occupe dans le groupe.

Le groupe thérapeutique en psychomotricité permet donc de rassembler des individus dans le but de soutenir leurs difficultés communes et individuelles tout en étant en relation. Il soutient donc la socialisation puisqu'être en relation c'est se socialiser. D'autres questions peuvent alors être posées sur la capacité de ces enfants à se socialiser en dehors du groupe comme dans le milieu scolaire ou familiale. Il resterait à évaluer, de quelle manière les progrès des trois enfants sont aussi présents au sein de leurs autres groupes sociaux ?

Bibliographie

- Albaret , J.M. (2018). Aspect historique des troubles psychomoteurs chez l'enfant. Dans : J.-M, Albaret, P, Scialom et F, Giromini. (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. (p.21-29).De boeck supérieur.
- Anzieu, D., & Kaës, R. (1999). *Le groupe et l'inconscient : L'imaginaire groupal*. Dunod. Puf.
- Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (2019). *La dynamique des groupes restreints*.
- Bekier, S et Guinot Scialom, M. (2011). Equipement et compétences du nourrisson. Dans : P. Scialom, F. Canchy-Giromini, & J.-M Albaret. *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. (p. 83-102). Solal.
- Bourger, P. (2008). De l'appropriation de concepts à l'individuation de la prise en charge en psychomotricité. Dans : C. Potel. *Psychomotricité entre théorie et pratique*. (p.65-80).Editions in press.
- Bouton, C. P. (1979). *Le Développement du langage : Aspects normaux et pathologiques*. Masson ; Les Presses de l'UNESCO.
- Cassel, R. (2013). Rôle du mamans dans les interactions avec les bébés à devenir autistique. *Cahiers de PreAut, N° 10(1)*, 115-135.
- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull-Erpelding, M.-C. (2016). *Mini DSM-5® : Critères diagnostiques*. Elsevier Masson SAS.
- Dolto, F. (2014). *L'image inconsciente du corps*. Points.
- Funck-Bertrando, I (2011). Donald W. Winnicott. Dans Golse, B., & Bidault, H. *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant : Compléments sur l'émergence du langage* (4^{ème} édition, p.75-89). Masson

- Houzel, D. (2010). L'enveloppe psychique : concept et propriétés. Dans : J. Doron, D. Houzel, A. Missenard, M. Enriquez, A. Anzieu, J. Guillaumin, E. Lecourt, & T. Nathan. *Les enveloppes psychiques* (p.43-73). Dunod.
- Joly, F. (2008). Psychomotricité : une motricité ludique en relation. Dans : C. Potel. *Psychomotricité entre théorie et pratique*. (p.23-41). Editions in press.
- Joly, F. (2015). *Jouer : Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*. In Press.
- Kaës, R., & Laurent, P. (2010). *Le processus thérapeutique dans les groupes*. Editions érès.
- Liberman, M. (2011). Margaret S.Mahler. Dans : B. Golse, & H. Bidault. *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant : Compléments sur l'émergence du langage*. (p.90-99). Masson.
- Robert-Ouvray, S. (2019). Le Contre-Transfert émotionnel en Thérapie Psychomotrice. <https://www.suzanne-robertouvray.fr/le-contre-transfert-emotionnel-en-therapie-psychomotrice/>
- Marc, E., & Bonnal, C. (2014). Chapitre 6. La dynamique groupale. Dans : *Le groupe thérapeutique* (p.103-121). Dunod.
- Mazet, P. (2004). Les dysharmonies précoces du développement. Dans Lebovici.S, Diatkine.R, Soulé.M, *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (2e édition)*, p. 1159-1169). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/nouveau-traite-de-psychiatrie-de-l-enfant-et-de-l--9782130545576-page-1159.htm>
- Moyano, O. (2014). Du corps au psychisme : la relation d'implication, un miroir structurant. Dans : J. Boutinaud, F. Joly, O. Moyano, & M. Rodriguez. *Où en est la psychomotricité ? Etat des lieux et perspective, Pour une approche psychodynamique* (p.287-294). Edition in press.
- Larousse, P et Augé, C. (1979) *Petit Larousse illustré*. : Larousse (p.1018)

- Plaza, M. (2014). Le développement du langage oral. Dans : *Orthophonie chez le jeune enfant*, (p.99-118). Eres.
- Potel, C. (2015). 9. Le contre-transfert corporel. Dans : *Du contre-transfert corporel* (p.111-124). Érès.
- Potel, C. (2015b). *Corps brûlant, corps adolescent : Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents*. Érès.
- Potel, C. (2019). *Etre psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès.
- Robert-Ouvray, Suzanne B. (2009). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, Suzanne Brigitte. (2010). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité*.
- Robert-Ouvray, S et Servant-Laval, A. (2011). Le tonus et la tonicité. Dans : P. Scialom, F. Canchy-Giromini, & J.-M Albaret. *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. (p. 145-177). Solal.
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Solal.
- Thibault, C., & Pitrou, M. (2018). 4. En route vers les premiers apprentissages (3-7 ans). Dans : *Troubles du langage et la communication* (p.77-113). Dunod.
- Tourrette, C., & Guidetti, M. (2018). *Introduction à la psychologie du développement : Du bébé à l'adolescent*. Dunod
- Tréca, M.C et Bidault, H. (2011). Développement cognitif, Jean Piaget. Dans : B. Golse, & H. Bidault. *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant : Compléments sur l'émergence du langage*. (p.166-187). Masson.
- Zaouche-Gaudron, C. (2016). *Le développement social de l'enfant : Du bébé à l'enfant d'âge scolaire*. Dunod.

Résumé

Être en relation est un besoin essentiel pour la construction de l'individu. Les différents groupes sociaux nous permettent d'être en relation. Ils font partie de nos vies et nous apportent des valeurs, des règles, et des conduites à suivre pour faciliter les interactions entre les individus. L'enfant, même s'il n'en a pas conscience au début de sa vie, se développe et se construit au sein de ses groupes d'appartenance. Au fur et mesure qu'il grandit, il acquiert de nouvelles compétences comme la marche, le langage, des fonctions cognitives plus matures. Il devient plus autonome et peut explorer le monde qui l'entoure. Cependant, certains enfants rencontrent des difficultés au cours du développement dans certains domaines. C'est le cas de Diane, d'Arthur et de Sophie. A travers leur présentation et leur évolution, je vais tenter de mettre en lien l'apport de la psychomotricité pour des enfants présentant des troubles spécifiques du développement et le rôle des groupes psychomoteurs dans le développement social de l'enfant.

Mots clés :

Groupe – développement global – Enfants- socialisation - psychomotricité

Summary:

To have connections with people is an essential need for the construction of an individual. The different different social groups allow us to have connections with people. They are part of our lives and provide us values, rules, and procedures to follow to facilitate interactions between individuals. The child, even he or she is not aware of it at the beginning of his or her life, grows and shapes his personality inside his or her social groups. As he grows, he gains new skills such as walking, talking, and having more mature cognitive functions. He becomes more self-sufficient and he can explore his surroundings. However, some children face difficulties during their development in certain areas. It is the case for Diane, Arthur, and Sophie. Through their presentation and their evolutions, I will try to link the contribution of psychomotricity for children with specific development impairments and the role of psychomotor groups in the child social development.

Key words:

Group – global development – children – socialization - psychomotricity