



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Jacques LUAUTÉ

1,2,3, soleil : quand le groupe met en lumière l'expression corporelle

L'apport de la prise en charge groupale en psychomotricité

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Juliette BERTRAND

Mai 2023 (Session 1)

N°1755

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Jacques LUAUTÉ

1,2,3, soleil : quand le groupe met en lumière l'expression corporelle

L'apport de la prise en charge groupale en psychomotricité

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Juliette BERTRAND

Mai 2023 (Session 1)

N°1755

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Pr. Frédéric FLEURY

Vice-président relations hospitalo-
universitaires
Pr. Jean-François MORNEX

Président du Conseil Académique
Pr. Hamda BEN HADID

Vice-président Santé
Pr. Jérôme HONNORAT

Vice-président CA
Pr. Didier REVEL

Directeur Général des Services
M. Pierre ROLLAND

Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. Gilles RODE**

U.F.R. d'Odontologie
Directrice **Pr. Jean-Christophe MAURIN**

U.F.R. de Médecine et de Maïeutique –
Lyon Sud Charles Mérieux
Doyenne **Pr. Carole BURILLON**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. Claude DUSSART**

Comité de Coordination des études
médicales (CCEM)
Président **Pr. Pierre COCHAT**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (ISTR)
Directeur **Pr. Jacques LUAUTE**

Secteur Sciences et Technologies

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme Kathrin GIESELER**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **Mr Guillaume BODET**

UFR Faculté des sciences
Directeur **Mr Bruno ANDRIOLETTI**

Institut Universitaire de Technologie Lyon
1 (IUT)
Directeur **Mr Christophe VITON**

Département de Génie électrique et des
procédés
Administrateur provisoire
Mme Rosaria FERRIGNO

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Mr Nicolas LEBOISNE**

Département Informatique
Administrateur provisoire
Mr Behzad SHARIAT

Observatoire de Lyon
Directrice **Mme Isabelle DANIEL**

Département Mécanique
Administrateur provisoire
Mr Marc BUFFAT

Institut National Supérieur du
Professorat et de l'éducation (INSPé)
Directeur **Mr Pierre CHAREYRON**

POLYTECH LYON
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques

M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Coordinatrices des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Mme Marion MOUNIB
Psychomotricienne

Gestion de scolarité
Mme Alice GENOT

Table des matières

Lexique
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Théorie.....	3
1. Le handicap moteur	3
1.1. Le handicap – généralités.....	3
1.2. Le handicap neuromoteur	3
1.2.1. Les maladies neuromusculaires.....	4
1.2.2. La myopathie congénitale	5
1.3. Retentissements psychomoteurs	5
1.3.1. Tonus et posture	5
1.3.2. Motricité globale et fine.....	7
1.3.3. Schéma corporel et image du corps	7
2. Le groupe	9
2.1. Qu'est-ce qu'un groupe ?.....	9
2.1.1. Définitions	9
2.1.2. Cadre et dispositif.....	10
2.1.3. Espace transitionnel	12
2.2. Le fonctionnement d'un groupe.....	12
2.2.1. Être en relation.....	12
2.2.2. Différentes théories du groupe	14
2.3. Le groupe en psychomotricité	16
2.3.1. Le psychomotricien d'un SESSAD et le groupe	16
2.3.2. Les fonctions du groupe de psychomotricité.....	18
2.3.3. En conclusion sur le groupe en psychomotricité	21
3. L'expression corporelle et le groupe.....	21
3.1. Définitions – Qu'entend-t-on par expression corporelle ?	21
3.1.1. L'expression corporelle	21
3.1.2. Qu'en est-il de la communication non-verbale ?.....	22
3.2. Les modalités d'expression.....	23
3.2.1. Place du tonus dans l'expression des émotions	23
3.2.2. Créativité.....	24
3.3. L'expression corporelle comme médiation	26

3.3.1. La médiation.....	26
3.3.2. Quelles conditions pour l'expression corporelle ?.....	26
3.3.3. Pourquoi développer l'expression corporelle ?.....	28
Chapitre 2 : Clinique	29
1. Présentation de la structure	29
2. Présentation de Leïla	30
2.1. Ma première rencontre avec Leïla.....	30
2.2. Anamnèse.....	31
2.3. Prise en charge par le SESSAD	32
2.4. Évolution du projet psychomoteur.....	32
3. Présentation du groupe « 1,2,3, soleil ».....	34
3.1. Le projet de groupe	34
3.2. Une séance dans le groupe.....	36
3.3. Les différents participants au groupe.....	37
4. Observations psychomotrices.....	38
4.1. Le corps et ses émotions : l'attention portée au vécu corporel et affectif	38
4.1.1. Percevoir son corps dans l'espace	38
4.1.2. Les émotions	40
4.2. Une voix qui se fait de plus en plus entendre.....	42
4.2.1. Des débuts timides.....	42
4.2.2. Une voix qui s'affirme.....	43
4.3. L'expression corporelle de Leïla	46
4.3.1. La mise en mouvement	46
4.3.2. Les effets du groupe sur l'expression corporelle.....	48
4.3.3. Jouer un personnage.....	49
Chapitre 3 : Théorico-clinique	52
1. Cadre thérapeutique du groupe et dispositif.....	52
1.1. Quels cadre et dispositif dans notre groupe ?.....	52
1.1.1. Le dispositif : une variable.....	52
1.1.2. Le cadre : un invariable	53
1.2. Les fonctions du cadre.....	55
1.2.1. La fonction d'individuation pour se différencier	56
1.2.2. La fonction de pare-excitation face aux débordements.....	57

1.2.3.	La fonction de contenance, source de sécurité	58
1.2.4.	La fonction de transformation : comprendre pour exprimer	59
1.2.5.	Le maintien de l'équilibre sensori-tonique.....	60
2.	Place et fonction du psychomotricien dans un groupe	60
2.1.	Engagement corporel et dialogue tonique.....	61
2.2.	La mise en mots.....	62
2.3.	Laisser une place à la créativité.....	64
2.4.	« La locomotion de groupe ».....	66
3.	Impact du groupe sur l'expression corporelle.....	68
3.1.	Etat des lieux de l'expression corporelle de Leïla	68
3.1.1.	Schéma corporel et image du corps de Leïla	68
3.1.2.	Tonus et posture : quelle lecture du corps ?	69
3.2.	Le plaisir d'être en relation.....	71
3.3.	Prendre appui sur l'autre et être un appui.....	72
3.4.	Le groupe comme miroir dans la relation.....	74
	Conclusion	76
	Bibliographie	

Lexique

AFM : Association Française contre les Myopathie

CEM : Centre d'Education Motrice

CM1 : Cours Moyens 1^{ère} année

CM2 : Cours Moyens 2^{ème} année

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

CP : Cours Préparatoires

ESS : Equipe de Suivi de Scolarisation

GRS : Gymnastique Rythmique

GSM : Grande Section de Maternelle

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RASED : Réseaux d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

TD : Travaux Dirigés

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

Introduction

Introduction

Au cours de mes trois années d'études, les cours pratiques et théoriques ont été nombreux, sources de curiosité, de découvertes, d'apprentissages, et de difficultés parfois. Parmi tous ces cours, ceux que je retiendrai certainement le plus, sont tous les Travaux Dirigés (TD) dans lesquels j'ai pu expérimenter de bien des manières, parfois des plus singulières et inattendues. Si l'on m'avait dit il y a quelques années que, dans mon cursus scolaire, je serai amenée à faire le clown devant un groupe, ou encore à danser le French Cancan, j'aurais très certainement rigolé et répondu que cela était impossible. J'étais bien trop intimidée pour me mettre ainsi en mouvement face aux regards posés sur moi. Pourtant, chaque année, aux côtés de mon groupe de TD, je me voyais m'ouvrir, prendre en assurance, et oser faire des expérimentations dont je ne me pensais pas capable. Dans le plaisir partagé, la cohésion de groupe qui émergeait, les encouragements des uns et des autres, tous réunis en vue d'atteindre un but commun : devenir psychomotriciens et psychomotriciennes, j'ai vu mon corps s'ouvrir et gagner en expressivité.

Dès la phase de candidature pour le stage en Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), j'avais connaissance de la coanimation d'un groupe avec ma maîtresse de stage, que je nommerai Sophie. Ce fut pour moi un facteur motivationnel, afin d'évoluer dans ma posture professionnelle, mais également source de questionnements. En effet, j'avais déjà pu assister à des séances groupales lors de mes stages précédents, mais davantage dans une posture d'observatrice. Une des premières choses qui m'avait frappée, était alors la difficulté à faire de l'individuel dans une séance de groupe. Je me souviens encore dire à ma maîtresse de stage combien cela était difficile d'observer chacun des patients et de parvenir à réaliser des observations fines sur tous. Par ailleurs, le groupe que je coanime cette année au SESSAD a pour fil rouge l'expression corporelle et verbale. À travers mon expérience personnelle et corporelle en TD, j'ai conscience du soutien du groupe sur notre expression. C'est pourquoi, lorsque j'ai commencé les premières séances avec les enfants du groupe *1,2,3, soleil* au SESSAD, il fut évident que je rédige un mémoire sur l'impact du groupe sur notre expression corporelle.

Dès les premières séances avec les enfants, je rencontre quatre personnalités très différentes, à l'expression corporelle singulière. Mon regard se porte rapidement sur Leïla, une jeune fille de 10 ans et demi, atteinte d'une myopathie congénitale, dont la mise en mouvement m'interpelle. Elle bouge peu, semble réservée et ne pas vouloir occuper l'espace qui s'offre à elle. Son expression corporelle, adressée à l'autre comme témoin de son état interne, est limitée.

Au fil de mes observations en séance, et notamment celles concernant l'évolution de Leïla au sein du groupe, je me suis interrogée **en quoi la prise en charge groupale en psychomotricité peut-elle soutenir l'expression corporelle ?**

Afin de rendre compte du cheminement de ma réflexion au cours de cette année aux côtés de Leïla et du groupe, je débuterai ce mémoire par une partie théorique. Celle-ci me permettra de définir le handicap moteur et ses retentissements psychomoteurs. Puis, je développerai certaines notions théoriques concernant le groupe et l'expression corporelle.

Ensuite, une seconde partie sera consacrée à la présentation de mon lieu de stage, du groupe et de Leïla. Je vous partagerai également quelques-unes de mes observations en séance, à l'origine de mes questionnements.

Enfin, je tenterai d'apporter une réponse à ma problématique au travers d'une partie théorico-clinique, permettant de mieux comprendre les effets du groupe sur l'expression corporelle de Leïla. Conjointement, je discuterai également de ma place dans ce suivi.

Chapitre 1 : Théorie

Chapitre 1 : Théorie

1. Le handicap moteur

1.1. *Le handicap – généralités*

Selon la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (11 février 2005), le handicap est défini ainsi :

Constitue un handicap [...] toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé « invalidant ». (Camberlein, 2015a, p. 10)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit cinq catégories de handicap : le handicap moteur, le handicap sensoriel, le handicap psychique, le handicap mental et les maladies invalidantes. Ici, nous nous intéresserons davantage au handicap moteur qui « recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes). » (Camberlein, 2015b, p. 12).

1.2. *Le handicap neuromoteur*

Le handicap moteur peut être congénital ou bien acquis suite à une maladie ou un accident par exemple. Nous distinguons quatre types de déficience selon l'origine (Onisep, 2021) :

- Cérébrale : les déficiences sont liées à des lésions des structures du cerveau. Ces lésions peuvent être précoces (période prénatale ou périnatale) ou plus tardives, suite à un traumatisme crânien, un accident vasculaire cérébral ou une tumeur cérébrale.
- Médullaire : les déficiences sont liées à une maladie de la moelle épinière ou à un traumatisme.
- Neuromusculaire : souvent d'origine génétique, ce sont des maladies le plus souvent évolutives avec une perte progressive de la force musculaire.

- Ostéo-articulaire : les déficiences sont causées par une malformation, une anomalie au niveau articulaire ou osseux ; ou bien par une absence ou malformation de l'os.

Seules les trois premières origines font partie des troubles neuromoteurs. En effet, ces derniers sont causés par une atteinte du système nerveux, soit au niveau central (cerveau ou moelle épinière) soit au niveau périphérique (muscles et nerfs).

1.2.1. Les maladies neuromusculaires

On retrouve dans cette catégorie un grand nombre de maladies dont les étiologies sont diverses, mais le plus souvent d'origine génétique. Elles peuvent toucher les cellules nerveuses de la moelle épinière gérant l'influx nerveux moteur (les motoneurones), mais aussi la jonction entre le neurone et le muscle, ou encore le muscle lui-même (Fédération Française de Neurologie, s. d.). Ce sont des maladies évolutives, qui se caractérisent par une perte progressive de la force musculaire, des membres inférieurs et/ou supérieurs, mais peuvent également impacter les organes et fonctions qui dépendent de muscles (vision, déglutition, parole, digestion, cœur...). Ces déficits entraînent des difficultés dans la commande motrice, et peuvent être à l'origine de douleurs musculaires à l'effort, comme des crampes ou sensations anormales. Ces déficits peuvent aussi causer des troubles divers : « déformations orthopédiques, difficultés de déglutition, troubles digestifs, insuffisance respiratoire et parfois cardiaque » (Onisep, 2021). L'atteinte peut être transitoire ou permanente et apparaître à tous les âges de la vie.

Un des risques principaux est la déformation ostéo-articulaire. En effet, du fait de son manque de force, le muscle va avoir tendance à se raccourcir. Il est donc important d'avoir une prise en charge orthopédique pour prévenir les rétractations, limiter les effets de ce raccourcissement sur les articulations et la posture, et réduire les douleurs. Selon l'Association Française contre les Myopathie (AFM) téléthon, la prise en charge vise donc à entretenir la souplesse musculaire et articulaire et à corriger les déformations. Le suivi orthopédique comprend donc la kinésithérapie, les appareillages, la chirurgie et les aides techniques pour faciliter l'autonomie (AFM Téléthon, 2022).

1.2.2. La myopathie congénitale

Parmi les pathologies d'origine neuromusculaire, il y a la myopathie congénitale. C'est une maladie rare, d'origine génétique (AFM Téléthon, 2022). Elle est due à une anomalie dans la constitution des fibres musculaires, mais il existe différentes formes dont la gravité diffère. On observe une faiblesse musculaire, une hypotonie ainsi qu'une tendance à l'enraidissement des articulations. Ce type de myopathie a pour particularité de s'exprimer dès la naissance, ou dans les tout premiers mois de vie de l'enfant. Contrairement à la myopathie de Duchenne qui est plus connue, la myopathie congénitale évolue peu au cours de la vie.

Aujourd'hui, il n'y a pas de traitement curatif pour cette maladie. La prise en charge, pluridisciplinaire, vise à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes, et prévenir des complications.

1.3. **Retentissements psychomoteurs**

Les handicaps moteurs ont des répercussions sur diverses fonctions psychomotrices. Nous allons ici nous intéresser davantage aux conséquences que nous pouvons observer chez les myopathes. J'ai également fait le choix de ne détailler que certains items psychomoteurs, que je reprendrai en clinique.

1.3.1. Tonus et posture

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), le tonus se définit comme étant un « état de contraction légère et permanente des muscles striés, assurant l'équilibre du corps au repos et le maintien des attitudes, contrôlé par des centres cérébraux et cérébelleux » (2012e). Le tonus est variable au cours de la journée. Il est influencé par la vigilance, le placement des membres par rapport au tronc, mais aussi par les émotions ou encore la température extérieure. Il résulte à la fois du réflexe myotatique, c'est-à-dire de l'activité nerveuse, et des propriétés du muscle en lui-même notamment élastiques (Pireyre, 2015c).

Nous distinguons communément trois types de tonus :

- Le tonus de fond ou passif ou de repos : il s'agit de l'état de tension des muscles au repos, et il s'appuie sur l'activité réflexe médullaire. Il donne la sensation de volume au corps, et d'unité corporelle.

- Le tonus postural ou d'attitude : il permet de maintenir une posture autour de notre axe, grâce à une complémentarité dans les contractions des différentes chaînes musculaires, antérieures et postérieures. C'est grâce au tonus postural que nous pouvons tenir debout, en luttant contre la pesanteur. Il ouvre à la relation en permettant l'orientation du corps dans l'espace. Il est le support de notre vie affective.
- Le tonus d'action ou actif : il assure la préparation au mouvement et le soutien de l'action.

Le tonus dépend de la contraction de ce qu'on appelle les fuseaux neuromusculaires, des petites structures dans le muscle, qui modulent la tension et la longueur de ce dernier (Lesage, 2021). Ces fuseaux sont sous l'influence du cerveau, et dépendent donc à la fois de la commande volontaire, mais aussi des flux sensoriels de natures diverses.

La fonction tonique est immature à la naissance. Cependant, elle peut être entravée par une pathologie du système nerveux central ou périphérique, ou par une atteinte du muscle lui-même (Pireyre, 2015c). Dans le cadre de la myopathie, on observe une hypotonie globale, et ce, dès la naissance si celle-ci est congénitale. C'est notamment un des premiers signes qui alertent les médecins.

L'hypotonie désigne une diminution du tonus musculaire, qui s'accompagne d'une diminution de la résistance et une augmentation de l'extensibilité du muscle (Pireyre, 2015c). En effet, comme nous l'avons expliqué, cette pathologie se caractérise par une anomalie dans la constitution des fibres musculaires, entravant alors la fonction des fuseaux neuromusculaires.

Par ailleurs, comme nous l'avons évoqué précédemment, la posture dépend de la modulation tonique, elle-même soumise à divers réflexes survenant en réponse à un stimulus sensoriel (visuel, proprioceptif, etc.). La posture est une « position particulière, stable, du corps dans l'espace » (Richard et Orsal cités par Pireyre, 2015c, p. 106). Ainsi, l'hypotonie dont souffrent les personnes atteintes de myopathie congénitale a un impact sur la posture, mais aussi sur le maintien de l'équilibre, en statique et/ou en dynamique, et la réalisation de certains gestes.

De plus, pour Wallon (cité par Pireyre, 2015c), psychologue français, les émotions occupent une place importante dans le psychisme. Le tonus est lié à la notion d'image du corps, car il est « relié à certains aspects de la vie psychique, par exemple comme mode d'expression ou comme trace psychique de l'histoire relationnelle du sujet. » (Pireyre, 2015c, p. 105). Les travaux du psychologue sont ensuite repris par Ajuriaguerra (cité par Pireyre, 2015c, p. 105) : « les

modifications toniques accompagnent normalement non seulement chaque affect, mais aussi chaque fait de conscience. [...] il en résulte pour chaque état affectif, une certaine qualité du tonus qui le caractérise. ». Ainsi, notre posture, qui comme je l'ai mentionné, dépend des angles articulaires, « prend une valeur relationnelle primordiale » (Pireyre, 2015c, p. 106). De même, le tonus de fond est le substrat de notre subjectivité. Chacun, de façon personnelle, est porteur de tensions musculaires qui lui sont propres. Enfin, le tonus d'action est lui aussi personnalisé puisqu'il permet au mouvement de devenir un geste, teinté d'une intention et reflétant « le désir du sujet selon des caractéristiques totalement personnelles. » (Pireyre, 2015c, p. 107).

Les retentissements toniques et posturaux des myopathies peuvent avoir un impact sur les attitudes, définies par Pireyre comme le « message infraverbal véhiculé par la posture » (Pireyre, 2015b, p. 34). Le sujet myopathe voit alors son expression corporelle affectée.

1.3.2. Motricité globale et fine

La faiblesse musculaire due à l'hypotonie impacte la réalisation du mouvement volontaire et la mise en mouvement. Chaque geste devient coûteux en énergie et demande un effort conséquent. La faiblesse musculaire s'accompagne d'une fatigabilité à l'effort. Ainsi, la répétition, ou la recherche de mouvements de grandes amplitudes peuvent donner une impression de lourdeur dans les membres, voire des douleurs. Les coordinations, mais aussi l'équilibre dynamique en sont alors impactés.

Pour certains myopathes, les gestes fins, demandant de la précision, sont également coûteux et difficiles. Cela peut avoir un impact sur l'autonomie de la vie quotidienne et/ou sur la scolarité. Les ergothérapeutes peuvent alors avoir un rôle à jouer pour mettre en place des aménagements, comme par exemple des ordinateurs portables en classe, pour limiter l'écriture manuscrite devenue trop énergivore.

1.3.3. Schéma corporel et image du corps

Ajuriaguerra définit le schéma corporel comme étant :

Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données

actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. (Pireyre, 2015b, p. 37)

Plus tard, Dolto reprend les travaux d'Ajuriaguerra et apporte des précisions sur le concept de schéma corporel qu'elle distingue de celui d'image du corps. Selon elle, le schéma corporel est « le même pour tous les individus (à peu près de même âge, sous le même climat) de l'espèce humaine. » (Dolto, 1992, p. 22). Il s'appuie sur des bases neurologiques, en relation avec l'environnement et permet à chacun de connaître les différentes parties du corps et les rapports qu'elles entretiennent entre elles. Il permet donc de pouvoir situer son corps dans l'espace et est en grande partie conscient et préconscient. Dès la vie intra-utérine, le schéma corporel commence à s'établir, puis grâce à l'apprentissage et aux expériences du sujet, il devient un support stable dont l'évolution est moindre au cours de la vie.

L'image du corps, est quant à elle inconsciente et constitue « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles » (Dolto, 1992, p. 22). Elle correspond à l'image que nous avons de notre corps, et est chargée d'affects. En effet, elle est personnelle, car dépendante de l'histoire de chacun et des relations avec autrui. De fait, le regard porté par un autre sur le corps influe sur l'image que l'on a de soi. L'image du corps est en constante évolution au cours de la vie.

Le handicap moteur peut avoir un retentissement sur le schéma corporel et/ou sur l'image du corps. Cependant, ce n'est pas parce que l'un est atteint que l'autre l'est aussi. Comme le souligne Dolto, le schéma corporel repose sur « l'intégrité de l'organisme, ou des lésions transitoires ou indélébiles, neurologiques, musculaires, osseuses, et aussi de nos sensations physiologiques, viscérales, circulatoires » (Dolto, 1992, p. 18). Dans le champ du handicap neuromoteur, le schéma corporel pourra donc se constituer à partir des expériences du sujet qui lui sont propres. Cependant, les explorations du corps et par le corps, ainsi que les sensations peuvent être réduites du fait du handicap ce qui peut mettre à mal la constitution du schéma corporel.

L'image du corps peut elle aussi être modifiée dans un contexte de handicap. En effet, nous l'avons évoqué, elle dépend notamment du regard porté par autrui sur le corps du sujet. Or, le handicap crée un décalage entre ce que les parents imaginaient de leur enfant avant sa naissance, et l'enfant qu'ils découvrent après l'accouchement. De même, les personnes qui entourent l'enfant peuvent le considérer différemment du fait de son handicap, il peut être

pointé du doigt, moqué, ou au contraire surprotégé voire infantilisé du fait de la dépendance que peut entraîner le handicap. Le narcissisme du sujet, défini comme l' « amour porté à l'image de soi-même » (Laplanche et al., 2007, p. 261), peut alors être atteint et la capacité à s'appropriier et/ou à investir son corps, impactée. Enfin, les différentes prises en charge par plusieurs professionnels, mais aussi les appareillages peuvent retentir sur l'image qu'a le sujet de son corps. Certaines parties du corps peuvent faire l'objet de nombreux soins et donc être surstimulées, ou être davantage ressenties du fait d'une altération de la sensibilité ou des appareillages. Il peut en résulter une perception du corps morcelé. Par exemple, dans le cas de la myopathie, les kinésithérapeutes peuvent s'intéresser davantage aux membres inférieurs afin de les muscler, tandis que les ergothérapeutes travaillent la motricité fine et donc plus particulièrement les mains et les doigts. Par ailleurs, j'en profite pour souligner, qu'à l'inverse, en psychomotricité, nous avons une vision de la personne dans sa globalité. Selon Potel, la psychomotricité propose « de considérer le corps dans toute sa complexité : existentielle, expressive, émotionnelle, identitaire. Dispositif et pratique qui s'intègrent dans des théorisations de l'humain beaucoup plus larges. » (2019b, p. 18).

2. Le groupe

2.1. Qu'est-ce qu'un groupe ?

2.1.1. Définitions

Le terme « groupe » est issu de l'italien *gruppo* ou *gruppo* et faisait en premier lieu partie du vocabulaire de l'art. En effet, lorsque plusieurs individus étaient représentés, en peinture ou encore en sculpture, nous parlions de groupe. Il s'agissait donc de « plusieurs individus, peints ou sculptés, formant un sujet » (Anzieu & Martin, 2006, p. 17). Le terme « groupe » arrive en France seulement au XVII^e siècle, grâce aux artistes français l'ayant traduit et réutilisé. Il désigne alors « un assemblage d'éléments, une catégorie d'êtres ou d'objets » (Anzieu & Martin, 2006, p. 18), puis « une réunion de personnes » au XVIII^e siècle. Aujourd'hui, le groupe est défini comme étant « un ensemble formé par des choses ou des êtres de même nature et, en particulier, ensemble défini par le nombre ou la quantité qui le constitue (par opposition à un) » (Larousse en ligne, 2023c). Nous pouvons parler de groupe à partir d'une relation entre trois personnes, mais les phénomènes de groupe n'apparaissent qu'à partir de quatre membres, car il y a plus de relations possibles que de membres (Anzieu & Martin, 2006).

Anzieu et Martin (2006), définissent cinq catégories de groupe : la foule, la bande, le groupement, le groupe primaire ou restreint, et le groupe secondaire. Les groupes thérapeutiques en psychomotricité sont considérés comme des groupes primaires ou restreints. Ces derniers sont composés par un nombre limité de membres, permettant ainsi que chacun puisse échanger avec tous à un moment ou à un autre. Par ailleurs, des relations d'ordre affectif peuvent apparaître entre les membres. Tous participent activement à l'accomplissement de buts communs. De plus, la place de chacun est suffisamment définie, avec une distinction dans les rôles.

Kaës (cité par Brosius, 2015), différencie trois groupes primaires : les groupes primaires naturels comme par exemple la famille, les groupes primaires d'association formés par une communauté se réunissant volontairement, et les groupes primaires artificiels dont la réunion a un objectif formatif ou thérapeutique. C'est ce dernier type de groupe primaire qui nous concerne en psychomotricité avec des patients.

Dans un cadre thérapeutique, le groupe peut être défini comme « un ensemble de personnes réunies temporairement dans un même lieu en vue d'un objectif thérapeutique » (Bléandonu cité par Brosius, 2015, p. 51). Dans un entretien réalisé par Badefort et Blossier, Marcelli précise ce que signifie la notion de « thérapeutique » : « Cela va de l'aspect le plus opératoire et fonctionnel dans l'atténuation d'un symptôme jusqu'à l'aspect le plus « noble » [...] qui aboutit à un changement dans les lignes de conflictualités principales » (Marcelli cité par Blossier, 2002, p. 21).

2.1.2. Cadre et dispositif

Par ailleurs, il faut garder en tête que ce n'est pas simplement en réunissant plusieurs personnes en un même lieu que nous pouvons parler de groupe. Il faut en amont avoir pensé ce groupe, s'être demandé pourquoi réunir certains patients, pour répondre à quels besoins et avec quels objectifs. Pour ce faire, le professionnel doit alors penser un dispositif et un cadre, à partir desquels il constitue un groupe.

Dans le Larousse, le dispositif est défini comme étant un « ensemble de mesures prises, de moyens mis en œuvre pour une intervention précise » (2023b). En psychomotricité, le dispositif groupal rassemble donc tout ce que le professionnel met en place pour structurer le groupe. Cela étant fonction de la façon dont ils pensent le soin, de leur façon d'être, leur

personnalité ou en encore des théories sur lesquelles ils s'appuient. Le dispositif se trouve donc en nous, en tant que soignant, et constitue une variable. Naturellement, ce dernier dépendra des patients accueillis, c'est-à-dire de leur pathologie, leur âge, leurs besoins et capacités.

Par ailleurs, le cadre constitue lui, un invariant. Étymologiquement, cadre est emprunté à l'italien *quadro* qui signifie « carré ». Puis *quadre*, au XVI^e siècle fait référence à la bordure qui entoure un tableau, un châssis fixe (CNRTL, 2012c). Ainsi nous comprenons que le cadre vient poser des limites, définir un espace. Un groupe thérapeutique comprend plusieurs éléments :

- Le cadre spatial : le lieu où se tient le groupe doit être fixe. Le cadre repose également sur la façon dont le professionnel agence les espaces de la pièce. Le cadre doit être accueillant et contenant.
- Le cadre temporel repose sur la fréquence, l'heure, la durée des séances et leur rythmicité.
- La médiation choisie : le groupe est déjà une médiation, mais au sein du groupe d'autres médiateurs peuvent être utilisés, pour faire tiers dans la relation et favoriser la mise au travail de certaines fonctions psychomotrices. Les médiateurs sont choisis par le professionnel selon ses intérêts, les objectifs déterminés dans le projet de soin et les capacités des patients.
- Le cadre institutionnel : lorsque le professionnel intervient dans le cadre d'un suivi en institution, des règles propres à cette dernière vont alors faire partie intégrante du cadre du groupe.

Selon les courants de pensée, cadre et dispositif peuvent être pensés comme un tout (Roussillon cité par Anzieu & Martin, 2006).

De plus, le dispositif et le cadre reposent sur divers éléments pensés au préalable, lors de la création du groupe (Chapelier, 2002a) :

- Les groupes fermés, ouverts et semi-ouverts :
 - Les groupes fermés sont des groupes où les participants restent les mêmes sur une période donnée (souvent une année scolaire).
 - Les groupes ouverts offrent la possibilité à chacun de venir s'ils le souhaitent, mais il n'y a pas d'obligation de présence, ni de liste de participants préétablie chaque semaine.

- Les groupes semi-ouverts sont des groupes où les participants peuvent changer sur une même période, mais cela est déterminé à l'avance ; les entrées et sorties sont planifiées.
- La mono- ou co-thérapie selon s'il y a un ou plusieurs professionnels. Ils peuvent être issus d'une même profession ou bien de professions différentes qui permettent une vision complémentaire de la problématique des patients.
- La taille du groupe : selon le nombre de participants, les objectifs pourront être plus ou moins personnalisés et le dispositif différemment aménagé.
- Un groupe homogène ou hétérogène : par rapport aux pathologies et aux âges notamment.

2.1.3. Espace transitionnel

La notion d'« aire transitionnelle » nous vient de Winnicott (2002) et désigne un troisième espace, les deux premiers étant le Moi et le Non-Moi, qui se trouve à la croisée de ces derniers. On y trouve simultanément quelque chose de notre réalité intérieure et une part de l'autre. C'est un espace très important dans le développement de l'enfant, pour permettre son individuation et la structuration de sa pensée.

Le groupe crée un espace transitionnel puisqu'il met en relation plusieurs individus. Ces derniers vont alors partager des choses qui ne viennent ni totalement d'eux-mêmes ni complètement de l'autre. Cet espace transitionnel, offert par le groupe, permet l'émergence du jeu en séance, partagé entre les patients et les thérapeutes.

2.2. **Le fonctionnement d'un groupe**

2.2.1. Être en relation

L'humain est un être relationnel. Tout au long de la vie, de la naissance à la fin de vie, en passant par l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, c'est au travers de relations de natures diverses qu'il évolue et se développe. Tout d'abord, le jeune enfant grandit au sein de la sphère familiale, où il se développe, fait de nombreuses acquisitions psychomotrices, langagières, et devient un individu à part entière. Ensuite, l'enfant élargit ses relations en entrant dans une collectivité, à la crèche ou plus tard à l'école. Il peut alors créer des relations avec des pairs et

faire partie d'un groupe d'amis. Ces derniers occupent une place d'autant plus importante à l'adolescence, car le jeune cherche à s'éloigner de ses parents et à gagner en autonomie. C'est une période de crise, riche en remaniements, où les relations vont évoluer et où des relations amoureuses peuvent naître. Puis à l'âge adulte, de nouveaux liens sociaux peuvent apparaître au travail, mais aussi dans le cadre d'une participation à une association par exemple. De plus, un nouveau cercle familial peut se construire. Plus tard, le vieillissement peut mener l'individu à vivre en institution, nouveau lieu de vie en collectivité.

Ainsi, l'homme est un être de relation aux différentes périodes de la vie. Il s'inscrit à la fois dans les groupes primaires décrits par Anzieu et Martin (2006), dans lesquels s'établissent des relations affectives, et dans des groupes secondaires, avec des relations impersonnelles, d'ordre utilitaires. Nous comprenons alors l'importance de la relation à l'autre dans la vie d'un individu et devinons les enjeux de ces liens relationnels pour se construire de façon différenciée.

De surcroît, le groupe en psychomotricité permet un travail du lien à l'autre. Cela rend possible un parallèle avec les relations sociales, retrouvées en dehors de ce cadre, et qui prend toute son importance pour le bon développement du patient.

Ce rapprochement entre psychomotricité et lien social (Yernaux, 2013) est permis par :

- La prise en compte de la personne dans sa globalité et donc de sa conscience de soi, de l'autre et de l'environnement
- La prise en considération du dialogue tonico-émotionnel, au cœur de la relation à l'autre
- La présence du « Je indissociable du Nous » (Yernaux, 2013), nous nous développons dans le lien à l'autre. L'intersubjectivité est au cœur du développement.
- Le dispositif mis en place en psychomotricité favorise le processus de symbolisation par l'établissement d'un cadre spatio-temporel fixe et rassurant, et en instaurant une relation soutenance entre le thérapeute et son patient.

Par ailleurs, « Le plaisir ne prend d'existence et de sens qu'au sein d'une relation ; il trouve sa place dans la dynamique de contact avec l'autre » (Buxant cité par Jocteur, 2009, p. 78). Le plaisir relationnel peut émerger aussi bien en société qu'au sein du groupe thérapeutique, entre les enfants, mais aussi avec les thérapeutes, et devient un soutien pour le patient. Ce plaisir relationnel crée alors une atmosphère bienveillante, et favorise le déploiement du ludique dans les diverses situations. Cela constitue un support à l'expérience et à l'expression des vécus

psychiques et corporels, faisant du plaisir relationnel un des facteurs favorisant un plaisir du mouvement.

Dans un contexte où s'exprime du plaisir en relation, et grâce au ludique, il est alors plus facile pour le psychomotricien de proposer des expériences nouvelles pouvant éventuellement mettre en difficulté les patients, et travailler différents axes. Par ailleurs, les patients seront, de leur côté, plus aptes de se confronter à leurs difficultés et à s'essayer à de nouvelles expérimentations. En outre, on obtient, le plus souvent, de meilleurs résultats en groupe, que si nous faisons la somme des performances de chacun des membres du groupe. Lorsque l'on tente d'induire un changement dans un groupe, il y aura des résistances qui s'opposeront à cette nouvelle direction. Cela est lié à des phénomènes individuels, notamment l'appréhension de la nouveauté et la capacité à changer ses habitudes, mais aussi des phénomènes groupaux. Cependant, de façon générale, le groupe tente de rester soudé. Cela facilite le changement, car il est plus aisé d'induire du changement à l'ensemble du groupe, où chacun prendra la même direction individuellement, que de tenter la même chose en prenant les membres du groupe séparément. (Anzieu & Martin, 2006)

2.2.2. Différentes théories du groupe

➤ Anzieu et la théorie de la vie affective des groupes

Pour Anzieu (2006), le groupe crée un nouvel espace imaginaire comparable à celui du rêve, avec des processus psychiques primaires, et des élaborations secondaires. Cet espace est un lieu d'émergence de désirs inconscients, mais également de projection de fantasmes internes. On y retrouve une indifférenciation entre les membres du groupe.

Selon lui, il y a trois étapes clés dans l'évolution de la vie interne des groupes (Anzieu cité par Chapelier, 2002a) :

- Période initiale : émergence d'angoisses archaïques face à la crainte de la perte d'identité au profit d'une nouvelle identité de groupe. Des mouvements régressifs et attaques du cadre sont alors fréquents.
- L'illusion groupale : émergence d'une euphorie qui naît du sentiment d'appartenir à un bon groupe, où tous les mauvais objets sont à l'extérieur. Les membres forment une unité, et apparaît alors une identité groupale. C'est une phase importante dans l'évolution du groupe, car elle permet l'investissement du groupe par les patients.

- Période de redifférenciation : chacun se ré-individualise tout en conservant l'identité groupale.

➤ Bion et la mentalité de groupe

Pour Bion (cité par Anzieu & Martin, 2006), le groupe forme un tout nouveau, indépendamment des personnalités individuelles. Il parle de « mentalité de groupe », dont les mécanismes internes lui sont propres.

À la création du groupe, nous pouvons voir émerger de nombreuses angoisses chez les patients. En effet, le fait de se confronter à de nouvelles personnes semblables à lui, amène à une pluralité d'images de lui-même. Cela peut être angoissant, car peuvent émerger un sentiment d'indifférenciation, une crainte de la perte d'identité. Ainsi, Bion définit trois types de réactions défensives qu'il nomme les hypothèses de base :

- Le couplage : espoir messianique que quelqu'un vienne résoudre les problèmes du groupe
- L'attaque-fuite : fantasme que le groupe est en danger donc il attaque (ennemi intérieur ou extérieur)
- La dépendance : le groupe s'organise autour de quelqu'un ou de quelque chose de bienfaisant.

➤ Kaës et l'appareil psychique groupal

Kaës (cité par Anzieu & Martin, 2006) définit ce qu'il appelle « l'appareil psychique groupal » qui fonctionne de la même façon qu'un appareil psychique individuel (activité de liaison entre les pensées, les représentations, les affects...), à partir d'éléments individuels. En effet, pour Kaës, cet appareil psychique groupal désigne la réunion de trois espaces : l'espace subjectif appartenant au sujet, l'espace groupal appartenant au groupe, et l'espace intersubjectif étant le lien entre les différents participants au groupe. Or, « cette situation impose à la psyché une exigence de travail psychique, du fait même de sa liaison avec le groupe » (Kaës & Anzieu, 2010, p. 246). Ainsi, à partir du groupe, un travail individuel se fait. L'individu peut passer du pôle isomorphique au pôle homomorphique. Le premier est présent durant la phase d'illusion groupale décrite par Anzieu, et désigne l'état d'indifférenciation entre les différents individus, mais aussi entre l'individu et le groupe. Le second correspond à un état de différenciation, de perception des différences et ressemblances entre les individus.

Pour conclure sur les différentes théories, toutes soulignent un lien fort entre le groupe et les individus qui le composent. Nous pouvons citer Chapelier à ce sujet, en appui sur Foulkes : « l'homme ne peut se réaliser pleinement qu'à l'intérieur d'un réseau groupal » et « toute intervention individuelle a un impact sur l'ensemble du groupe et inversement toute action sur le groupe induit des changements chez les individus » (Chapelier, 2002a, p. 36). Il y a donc une relation étroite entre l'individu et le groupe, où l'un et l'autre ont une influence réciproque. Par ailleurs, il faut noter que selon le courant auquel appartient un thérapeute, l'intérêt peut être porté aux individus tandis que d'autres ne tiennent compte que de l'entité groupale. Les professionnels appartenant plutôt à la gestalt-théorie s'intéressent aux deux (Chapelier, 2002a).

2.3. Le groupe en psychomotricité

Les premiers groupes thérapeutiques dans le champ de la psychomotricité apparaissent suite aux travaux de Wallon sur le tonus. Ils ont alors pour objectif d'améliorer la régulation tonique et de développer la maîtrise des gestes dans un objectif relationnel. Les moyens utilisés sont alors des exercices de gymnastique suédoise, où les mouvements sont réalisés avec l'ensemble du groupe, en imitation et en rythme. Par la suite, Ajuriaguerra reprend cette méthode afin de permettre l'émergence d'automatismes moteurs, prenant le pas sur les réflexes primitifs, potentiellement désorganisateurs lorsqu'ils persistent. Ces groupes avaient majoritairement lieu dans le champ de l'éducation plutôt qu'en thérapeutique (Leplat, 2013).

Depuis, les pratiques de groupe ont bien évolué, et plusieurs courants de pensée ont traversé les époques. Malgré tout, une enquête réalisée auprès de plusieurs professionnels souligne que la prise en charge groupale prend de plus en plus de place depuis ces 30 dernières années (Leplat, 2013).

2.3.1. Le psychomotricien d'un SESSAD et le groupe

Dans les groupes organisés dans le cadre d'une institution, comme c'est le cas avec le SESSAD, le groupe comprend un (ou des) leader du fait de sa fonction au sein de l'institution. On parle alors davantage de « headship » (Anzieu & Martin, 2006, p. 276), plutôt que de leadership. Il est appelé chef institutionnel, et agit selon trois axes au sein du groupe :

Tout d'abord, il vise à la progression de chacun des membres du groupe vers les objectifs fixés en amont. Cartwright et Zander (cités par Anzieu et Martin, 2006) parlent alors de locomotion de groupe comme étant « le déplacement du groupe d'une région vers une autre de la psychologie » (Anzieu & Martin, 2006, p. 171). En psychomotricité, le professionnel détermine un projet thérapeutique dans lequel il définit les objectifs pour le groupe ainsi que des objectifs individuels pour chacun des patients.

De plus, il exerce son rôle de headship. Dans le cadre d'un groupe de psychomotricité, cela implique de faire des propositions d'activités aux patients, de gérer le temps durant la séance, mais aussi d'assurer le maintien du cadre, parfois mis à mal par les patients.

Enfin, il veille à l'harmonie du groupe et à la conservation d'une atmosphère bienveillante. Cela passe également par l'instauration du cadre, mais aussi par un rôle de pare-excitation ou de tampon au sein du groupe et des interrelations, comme nous le détaillerons dans la suite de ce récit.

En outre, la mise en relation d'un thérapeute avec un ou plusieurs patients, peut être source de transferts, mais aussi de contre-transferts. Le premier désigne, selon Laplanche et Pontalis, « un processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établie avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique » (2007, p. 492). Il s'agit donc de ce que le patient peut projeter sur le thérapeute. À l'inverse, le contre-transfert désigne les « réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci » (Laplanche et al., 2007, p. 103).

En tant que psychomotricien, il est important de tenir compte de ces transferts et contre-transferts car ils constituent du matériel clinique. Le professionnel doit porter une attention à ses propres ressentis, car ils peuvent être induits et modulés par ce que le patient lui fait vivre. Sa prise de conscience lui permettra alors d'élaborer de nouvelles hypothèses et d'ajuster sa posture ou ses propositions. De plus, dans le cas d'une cothérapie par deux thérapeutes ou plus, il peut également y avoir des inter-transferts (Kaës cité par Anzieu et Martin, 2006) ; c'est-à-dire que les thérapeutes exercent une influence l'un sur l'autre en situation de groupe. Tous ces mécanismes de transferts influencent les différents participants du groupe, et de fait sur la dynamique de groupe. Ainsi, il est intéressant pour les professionnels de pouvoir en discuter en dehors du groupe, au cours de séance de supervision ou d'analyse de la pratique. Cela peut se faire avec un professionnel formé au sein de la structure ou bien avec un professionnel extérieur, qui ne connaît pas la situation.

2.3.2. Les fonctions du groupe de psychomotricité

Latour (2015) tente de donner les spécificités du groupe en psychomotricité, et de le distinguer des nombreux modèles psychanalytiques déjà existants. Selon elle, l'objectif du groupe n'est pas pour le patient de faire partie d'un groupe, ni même de faire émerger des « représentations intrapsychiques », mais bien de « proposer des expériences organisatrices et appropriables par chacun, de sa psychomotricité, dans un groupe » (Latour, 2015). Les fonctions du groupe sont donc :

➤ La fonction d'individuation

Latour (2015) souligne que le travail de groupe permet de faire à la fois l'expérience du semblable, et celle du singulier. C'est-à-dire que chacun fait les mêmes expériences, elles sont communes, mais pour autant, chaque vécu est différent et personnel. C'est ainsi que se construisent les jeunes enfants, lorsqu'ils agissent par mimétisme ou encore à l'adolescence lorsque nous remarquons que tous les jeunes semblent avoir la même coupe de cheveux, ou adoptent le même style vestimentaire.

De plus, le cadre de groupe, et notamment le cadre spatio-temporel, doit constituer un contenant rassurant afin de limiter le risque de fusion avec l'autre dans cette expérience du semblable. C'est alors le cadre, la façon dont la pièce est aménagée, où chacun doit s'installer, mais aussi la façon dont est séquencée la séance, qui permettra de créer cette enveloppe. Elle aura fonction de pare-excitation, en venant apaiser les éventuelles angoisses qui apparaissent. Par ailleurs, une expérience commune faite à tour de rôle, va permettre à chaque enfant de prendre conscience de son individualité. Il comprend qu'il fait des expériences qui lui sont propres : « Chacun sa place, chacun son tour, chacun son rythme, et au final, chacun son corps dans un groupe ». Ainsi, le groupe « devient le moyen d'expérimenter son individualité en lien avec les autres » (Latour, 2015).

Pour faire le parallèle avec ce que nous avons vu précédemment dans le fonctionnement du groupe, initialement dans une forme d'indifférenciation aux autres membres du groupe, le patient peut s'identifier à ses pairs, et partager avec eux une identité groupale, avant de pouvoir se différencier. C'est grâce aux divers processus identificatoires que l'identité de l'individu va être

mise au travail. Dans le dictionnaire de Laplanche et Pontalis, l'identification est définie comme étant un « processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. » (2007, p. 187).

➤ La fonction de pare-excitation

« L'enveloppe groupale édifie une barrière protectrice contre l'extérieur. S'il y a lieu, elle fonctionne aussi comme filtre des énergies à accueillir et des informations à recevoir. » (Anzieu & Kaës, 1999, p. 2). Le groupe assure une fonction de protection face aux potentielles agressions venues de l'extérieur. Cependant, les agressions peuvent également venir de l'intérieur du groupe, puisque nous l'avons dit, le groupe peut être source d'angoisses et donc faire apparaître des mouvements régressifs, qui sont contenus et élaborés au sein du groupe.

Cette fonction de pare-excitation est assurée à la fois par le cadre et par le rôle des professionnels. En effet, du fait de la pluralité des relations, de nombreux processus se développent au sein du groupe, tels que les transferts et contre-transferts, ce qui présente un risque de débordement. Le cadre vient poser des limites régulant les excitations, tout comme le psychomotricien, qui par sa fonction, mais également sa posture et son implication corporelle, assure ce rôle de pare-excitation.

➤ La fonction de transformation

Le Larousse définit le verbe transformer comme « rendre quelque chose différent, le faire changer de forme, modifier ses caractères généraux » (2023e). Nous pouvons dire que dans un groupe thérapeutique, la notion de transformation peut prendre différentes formes.

Tout d'abord, les patients viennent avec des difficultés, repérées au cours d'un bilan psychomoteur. Le professionnel définit son projet de soin en fonction des axes de travail qu'il juge pertinents afin que des transformations prennent forme chez l'individu. C'est donc au travers de diverses propositions qu'il envisage une évolution dans la psychomotricité du patient, en vue d'un mieux-être et d'un meilleur fonctionnement de celui-ci.

De surcroît, Kaës (cité par Chapelier, 2002a) pense le groupe thérapeutique comme « appareil de transformation ». Pour ce psychologue et psychanalyste, « la qualité d'un groupe thérapeutique sera donc son aptitude à contenir, à désintoxiquer et à transformer les éléments bruts projetés en particulier sur le cadre » (Chapelier, 2002a, p. 51). Le groupe a donc pour fonction de transformer les mots, éprouvés, agis bruts des participants afin de les mettre en sens et de les rendre assimilables par ces derniers. C'est une autre façon de comprendre l'idée de transformation.

Nous pouvons également faire le lien avec la fonction alpha décrite par Bion, et initialement exercée par la mère. En effet, un des rôles du psychomotricien dans un groupe, est d'accueillir les excitations des patients pour leur donner du sens et les mettre en forme (Bertin, 2013). Le tout-petit perçoit diverses sensations agréables ou désagréables sur lesquelles il ne peut pas mettre de sens. Il va par exemple pleurer, car une sensation désagréable survient dans son estomac. Il ne la comprend pas, mais par les mots et les gestes de sa mère qui se répètent, il va relier la sensation de faim à son vécu. La mère assure alors la fonction alpha, en transformant les éléments Bêta bruts de son enfant, en éléments Alpha, porteurs de sens (Gatecel et al., 2015). Toute cette mise en forme se fait au travers des verbalisations des professionnels, participant ainsi à la création d'une atmosphère contenant. Potel souligne à propos du rôle du psychomotricien, qu'il doit être capable de « contenir en soi ce qui est à l'autre, d'abriter et d'accueillir ce qui est délié, défait, désaffecté, déshabité, en menace de débordement ou d'engloutissement » (Potel, 2019a, p. 365).

➤ La fonction de contenance

« Contenir » est défini comme le fait d' « enfermer quelque chose, l'avoir en soi ; renfermer » (Larousse en ligne, 2023a).

Dans un groupe, cette fonction de contenance prend du sens au regard des travaux de Winnicott et Anzieu. En effet, nous pouvons penser aux fonctions maternelles décrites par Winnicott, « holding », « handling » et « object presenting » qui permettent à l'enfant de se sentir porté et investi par son parent, afin de percevoir ses limites corporelles, et donc de se différencier et de comprendre progressivement le monde qui l'entoure. Ici, nous pouvons considérer que le groupe exerce cette même fonction, notamment grâce à ce qu'Anzieu appelle « l'enveloppe groupale ». Selon lui, « un groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus » (Anzieu & Kaës, 1999, p. 1). Elle permet une limite entre l'intérieur et l'extérieur du groupe et fait

émerger un espace interne et un espace externe, dont les processus mis à l'œuvre sont distincts. Par ailleurs, l'enveloppe groupale rassemble les participants : chacun existe individuellement tout en étant relié aux autres.

En outre, cette contenance permet l'émergence d'un sentiment de sécurité. Or, ce dernier est indispensable pour que les patients puissent se sentir suffisamment en confiance, et libres d'être eux-mêmes, sans craindre d'être jugés. Ils pourront alors pleinement s'investir lors des séances, et leur expression qu'elle soit corporelle ou verbale en sera facilitée et au plus proche de leur vrai-self, c'est-à-dire de ce qu'ils sont et vivent en réalité.

2.3.3. En conclusion sur le groupe en psychomotricité

Nous observons une grande diversité de groupes thérapeutiques, à une époque où la pratique de groupe est en pleine expansion. Il n'existe pas un, mais des groupes, selon leurs natures, les objectifs, les médiations, etc. Le thérapeute occupe une place centrale puisqu'il est garant du cadre, assurant alors les fonctions de contenance et pare-excitation. De plus, comme nous l'avons défini, le groupe met en relation plusieurs individus permettant alors l'émergence de processus groupaux, pensés différemment selon les auteurs.

De surcroît, cette réunion de plusieurs personnes comporte un autre avantage : le thérapeute n'est plus uniquement centré sur un patient, mais sur plusieurs dans un même temps. L'attention étant répartie, il est alors plus facile de s'exprimer pour chacun des enfants. Mais qu'entendons-nous par s'exprimer ?

3. L'expression corporelle et le groupe

3.1. *Définitions – Qu'entend-t-on par expression corporelle ?*

3.1.1. L'expression corporelle

« L'expression est un mouvement (gestuel, verbal) qui part de l'intérieur pour aller vers l'extérieur, avec une intention de communication. » (Potel, 2019a, p. 375). L'expression est donc adressée.

Pour compléter, en appui sur Choque, Brosius (2015) explique que l'expression corporelle est une façon de communiquer au travers du corps. Ainsi, nous devinons qu'il n'y a pas une, mais des expressions corporelles, puisque chacun, dans sa façon d'être a une manière singulière de communiquer au travers de son corps. Il est donc difficile de définir avec précision la notion d'expression corporelle. En pratique, cela signifie qu'il n'y a pas une façon de faire, une acquisition particulière à atteindre ni un modèle à reproduire. Il s'agit au contraire de pouvoir expérimenter et cela participe à l'acquisition d'une meilleure connaissance de son corps et d'un accès aux représentations. De plus, ayant une visée de communication, l'expression corporelle s'inscrit dans un contexte relationnel. Elle permet l'expression de Soi, et notamment des émotions et affects internes, par l'intermédiaire du corps.

3.1.2. Qu'en est-il de la communication non-verbale ?

Lorsque l'on fait des recherches sur l'expression corporelle, comme cela est mon cas pour cet écrit, nous pouvons remarquer que cette notion est très souvent rattachée à celle de communication non-verbale. Il s'agit d'une communication « qui ne repose pas sur les mots » (Story, 2022, p. 168) et qui s'appuie sur cinq dimensions :

- Périverbale, c'est-à-dire la proxémie et donc la distance relationnelle
- Paraverbale, qui correspond à la prosodie de la voix
- Supraverbale qui sont les signes conscients, tels que la tenue vestimentaire
- Infraverbale qui sont les signes non-conscients, les couleurs, formes et odeurs
- Holoverbale qui concerne le langage corporel dans sa globalité.

Ainsi, les expressions du corps représentent une partie de la communication non-verbale, telle une sous-partie. Il existe une discipline, appelée la synergologie, dont l'intérêt porte sur le décodage du langage corporel.

De plus, communiquer est défini comme « faire part de, donner connaissance de quelque chose à quelqu'un, par relation plus ou moins directe avec le destinataire » (CNRTL, 2012a). Pour ce faire, il faut qu'il y ait une intention de la part de l'émetteur, et c'est ce qu'on appelle « l'expression », qui vient de l'intérieur de l'émetteur et qui sort à l'extérieur vers le récepteur, ceci aux niveaux verbal et corporel (plus ou moins consciemment).

Enfin, nous pouvons entendre ou lire l'expression « communication corporelle » (2011, p. 142) employée par Ballouard, et qui la juge plus adaptée que celles de « communication non

verbale » et « langage du corps » dont la structure diffère. « Il est indubitable que le corps s'exprime. Cette expressivité a valeur de communication car « nous ne pouvons pas ne pas communiquer » » (Pireyre, 2015d, p. 126). Cependant, cette communication est fortement liée au contexte socio-culturel dans lequel nous nous trouvons, aux niveaux de l'expression et de la lecture qui en est faite.

3.2. Les modalités d'expression

3.2.1. Place du tonus dans l'expression des émotions

La tonicité correspond à « la façon dont nous recrutons et modulons le tonus dans nos actions et relations, comment cette modulation conditionne l'expressivité, comment elle intervient aussi dans l'émotion et plus largement l'affectivité. » (Lesage, 2021, p. 123). Notre tonus impacte notre façon de nous présenter au monde, par notre posture, nos actions et cela constitue une première forme d'expression.

De plus, nous l'avons dit, selon Wallon, l'émotion impacte la posture et de fait la relation. C'est d'ailleurs à partir des émotions, de façon quasi-exclusive, que le bébé peut communiquer avec son parent, du fait de modifications toniques involontaires : c'est le dialogue tonique (Pireyre, 2015d).

Ajuriaguerra reprend l'hypothèse de Wallon et l'étend au « dialogue tonico-émotionnel » soulignant le lien entre tonus et émotion qui émerge dans un premier temps au cœur de la relation fusionnelle entre le parent et son bébé. Pour Ajuriaguerra (cité par Pireyre, 2015d, p. 130), cela correspond donc à l'ensemble des « modifications toniques fines ou généralisées, les réactions de prestance, les attitudes corporelles, les mimiques et l'activité motrice » (et le regard que nous pourrions ajouter selon Pireyre). Ces éléments impliquent quatre outils : les émotions, le tonus, le corps et la relation fusionnelle à la mère. Ainsi, dans cette forme de communication utilisée entre la mère et son enfant, il y a un accordage tonique : les tonus des deux protagonistes s'ajustent l'un à l'autre, par exemple dans les temps de portage. Par ailleurs, ce dialogue tonico-émotionnel peut être utilisée à distance. En effet, le fait d'observer une modification tonique chez autrui, induit une réaction de notre propre corps, notre propre tonus.

En psychomotricité, nous utilisons fréquemment ce mode de communication, comme lors des temps de toucher qui peuvent être nombreux. Le dialogue tonique peut être utilisé pour transmettre un message à notre patient, et être à l'écoute de son état également. Le professionnel peut se servir du dialogue tonique comme moyen de communication conscient, par exemple en modulant son propre tonus, en vue d'un accordage de son patient. Ce dialogue est donc un outil thérapeutique (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015).

En outre, c'est aussi un outil d'observation du psychomotricien. Grâce à ses connaissances sur le tonus, il peut établir une grille d'observation à la fois de ses patients, mais également de son propre état émotionnel et de sa posture. Ces observations constituent alors du matériel clinique qui permet au professionnel de comprendre la situation, d'établir des hypothèses et d'ajuster sa posture en retour.

3.2.2. Créativité

Selon Aucouturier, la création est « une production très large, gestuelle, vocale, graphique, sonore, verbale, et même cognitive, destinée à autrui. Créer, c'est une manière très personnalisée et médiatisée de se dire à l'autre » (Aucouturier cité par Lièvre & Staes, 2011, p. 305). Dans l'enfance, mais également plus tard durant l'adolescence ou à l'âge adulte, il existe de nombreuses façons de se montrer créatif. Cette créativité peut donc prendre différentes formes, en voici quelques-unes à titre d'exemple :

➤ Le jeu

Le Boulch et Lapierre (cités par Lièvre & Staes, 2011), expliquent que le jeu de l'enfant a une valeur expressive. En effet, il peut exprimer des difficultés auxquelles fait face l'enfant, par exemple en rejouant des scènes qu'il a déjà vécu, et qui ne prennent pas encore totalement sens pour lui. Au travers du jeu, l'enfant exprime ce qu'il ressent intérieurement et l'adulte qui l'observe peut également comprendre là où il en est de sa structuration interne. De plus, l'enfant, peut explorer davantage de choses en laissant libre cours à son imagination sans les contraintes de la réalité. Il peut alors se montrer plus expressif, en essayant des choses qu'il n'ose pas ou ne se permet pas en dehors du jeu. Cela souligne donc l'importance du jeu libre dans le développement, mais aussi la part de liberté que nous laissons en séance, pour permettre au patient de se livrer à nous de manière détournée.

➤ Le dessin

Depuis longtemps, le dessin est utilisé par l'Homme comme moyen d'expression. Nous pouvons par exemple observer des vestiges du passage des Hommes préhistoriques dans les grottes. Le corps était alors premier dans cet acte, puisqu'il n'y avait pas encore tous les outils que nous connaissons aujourd'hui. Nous pouvons voir que certains utilisaient leurs mains pour en laisser une trace sur les murs. Aujourd'hui, les artistes sont encore nombreux à utiliser le dessin comme moyen d'expression. Mais il n'y a pas besoin de faire de l'art pour s'exprimer au travers du dessin, et c'est justement dès l'enfance que cette modalité d'expression apparaît. L'enfant fait au départ des gribouillages, notamment pour le plaisir sensori-moteur que cela lui procure grâce au geste et au retour visuel qu'il peut en avoir. Il pourra ensuite évoluer vers des dessins qui font sens pour lui. Pour ce faire, en psychomotricité, il est important de ne pas contraindre l'enfant dans le temps et de lui laisser de la liberté dans la façon dont il veut laisser une trace (Lièvre & Staes, 2011).

➤ En séance de psychomotricité

« Développer la créativité chez l'enfant, c'est lui donner la possibilité de s'épanouir en s'exprimant, en réalisant quelque chose par lui-même. » (Lièvre & Staes, 2011, p. 305). Plus elle est spontanée, plus la créativité est riche. Cependant, il est possible de faire face à des manques d'idées et d'imagination. Dans ce cas, il sera de notre rôle de psychomotricien, de venir stimuler cette dernière pour la relancer.

En séance, il s'agit d'abord de travailler l'expression non-verbale et verbale autour d'activités ludiques. Par exemple, nous pouvons proposer des activités autour de la musique, du dessin, laisser la possibilité au patient d'imaginer des histoires à partir de divers supports, etc. Puis proposer des scènes à jouer et qui se rapprochent de la vie quotidienne pour que l'enfant « ose continuer à s'exprimer en dehors du contexte ludique » (Lièvre & Staes, 2011, p. 323). Cependant, cela sous-entend que l'enfant se sente suffisamment en sécurité et en confiance, pour que cela puisse se faire en séance. D'où l'importance du cadre comme nous l'avons déjà évoqué.

3.3. L'expression corporelle comme médiation

3.3.1. La médiation

La médiation, corporelle ou autre, propose un espace « autre » et un objet commun à partager et à créer, cet objet se faisant en quelque sorte témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe. (Potel, 2019b, p. 401)

À partir de cette définition, nous comprenons donc que le groupe est déjà une médiation. En effet, nous pouvons faire le rapprochement avec le concept d'*aire transitionnelle* de Winnicott déjà présentée. Par la mise en relation de plusieurs personnes, un nouvel espace de rencontre se crée.

Par ailleurs, des objets médiateurs peuvent être utilisés, tels que des cerceaux, des foulards, des bâtons, etc. Ces objets servent de tiers dans la relation, et témoignent du lien entre les participants, en les réunissant autour d'objets communs. En psychomotricité, nous pouvons également parler de médiations corporelles dans lesquelles le corps est le principal objet médiateur comme « vecteur d'expression » (Potel, 2019c, p. 417). Plusieurs propositions peuvent être faites pour offrir une place importante au corps dans les expérimentations, telles que la danse, le théâtre, le cirque, le mime, etc.

L'objet médiateur, que ce soit le corps ou tout autre objet, est utilisé pour atteindre trois objectifs (Potel, 2019b) :

- Faire émerger des expériences nouvelles
- Avoir un espace étayant pour permettre au patient d'utiliser son corps pour s'exprimer
- Permettre la symbolisation : passer du vécu à la représentation.

3.3.2. Quelles conditions pour l'expression corporelle ?

Tout d'abord, Potel (2019a) souligne que pour que l'expression corporelle ait lieu, le dedans et le dehors doivent être différenciés. Or cette capacité, ainsi que, de façon plus globale, la compréhension du monde qui nous entoure, demande un « travail de prédigestion psychique, par un autre » (Potel, 2019a, p. 376). C'est entre autres, la mère qui détient ce rôle, du fait de la fonction alpha décrite par Bion, qu'elle occupe, et que nous avons décrite précédemment. Elle accueille et transforme les éprouvés bruts de l'enfant, qui prennent souvent forme de décharge

motrice, pour les transformer et les rendre assimilables par ce dernier. En séance de psychomotricité, le professionnel aura parfois ce rôle de transformation, de mise en sens de ce qu'amène le patient avant de pouvoir commencer un véritable travail d'expression corporelle.

Ensuite, en tant que psychomotricien, nous rencontrons des patients dont la plupart arrivent avec des tableaux cliniques larges et parfois complexes. Il est donc de notre ressort de réaliser un travail aussi large, et qui prend en compte différentes dimensions de la problématique du patient. Ainsi, avant de pouvoir effectuer un travail d'expression corporelle, il faut d'abord que le patient se sente en sécurité et trouve un équilibre interne. Pour se livrer, et exprimer sa personnalité, il faut pouvoir trouver des appuis en soi. Nous pouvons alors faire référence au concept d' « équilibre sensori-tonique » de Bullinger (2007). Cet équilibre désigne un état de stabilité tonique, qui permet à l'individu de recevoir et de traiter sans désorganisation les signaux sensoriels issus de l'extérieur. Sans celui-ci, les actions instrumentales et l'expression ne seront pas possibles, car l'individu n'aura pas les appuis nécessaires pour réaliser un geste. Permettre l'équilibre sensori tonique, c'est travailler sur trois sphères (Bullinger, 2007) :

- Le milieu physique : pour tendre vers l'équilibre, les stimulations sensorielles doivent être au maximum ajustées et cohérentes. Cela va permettre au sujet de trouver de la stabilité. Cela peut, par exemple, passer par des stimulations répétitives et prévisibles qui permettent de comprendre le monde qui nous entoure et de s'en construire une représentation.
- Le milieu biologique : le support neurologique est intact et permet le traitement des flux sensoriels qui nous parviennent dans une recherche de compréhension puis de maîtrise du milieu qui nous entoure.
- Le milieu humain : possibilité de s'appuyer sur un autre qui a une compréhension immédiate de l'état de l'individu et dont le dialogue tonique proposé est ajusté et adapté.

Enfin, Lesage souligne le lien très fort qui unit les notions d'expressivité et d' « impressivité » (2021, p. 122). Ces deux notions sont complémentaires et désignent les directions opposées que prennent le contenu du discours (pas uniquement verbal) qui circule au sein d'une relation. La première est centrifuge, c'est-à-dire qu'elle s'éloigne du locuteur. En effet, nous l'avons dit, l'expression va de l'intérieur vers l'extérieur. À l'inverse, *l'impressivité*, comme la décrit Lesage, est ce qui dirige vers le locuteur. C'est donc ce qu'il reçoit et perçoit de son interlocuteur. Or, à partir de ces notions, l'auteur explique « que pour développer l'expressivité il faut affiner l'écoute, la sensibilité, la capacité de l'artiste à décrypter et à recevoir l'expression de ses partenaires. [...], apprendre à bouger implique de décoder les qualités de mouvement des

protagonistes » (Lesage, 2021, p. 123). Ainsi, notre travail autour de l'expression corporelle, ne peut s'inscrire qu'en parallèle d'un travail *d'impressivité* dont l'objectif est d'affiner la sensibilité aux affects de l'autre, de détailler les expressions de l'individu qui laisse une trace en soi et donc une impression. Cela demande également une écoute de soi et de ses propres ressentis. C'est pourquoi, les séances de psychomotricité, lieu d'expérimentations, sont propices à la mise en œuvre d'un projet de soin autour de l'expressivité. En effet, l'attention portée au corps est centrale dans les séances au travers de propositions ludiques et variées.

3.3.3. Pourquoi développer l'expression corporelle ?

Certains ont tenté de parler de langage du corps, or, on ne retrouve pas de structure syntaxique dans la communication corporelle. Il existe pourtant de nombreux ouvrages qui ambitionnent de donner des clés de décodage des différents gestes ou mimiques, mais ce n'est qu'une illusion. Il n'existe pas de traduction exacte pour une succession de mouvements corporels observés chez son interlocuteur (Martin-Juchat, 2020).

Cependant, ce qui est intéressant dans cette attention portée à notre propre corps, et aux messages qu'il fait passer, c'est que nous travaillons sur la conscience de notre corps. De plus, la communication corporelle, terme utilisé par l'auteure, c'est aussi être impliqué dans une relation et donc recevoir les informations à la lecture, l'observation de cet autre corps face à soi. Les deux individus sont liés par le phénomène « d'échoïsation » : un « processus instinctif d'accordage des corps par mimisme et imitation non conscients » (Martin-Juchat, 2020, p. 116). Par ce phénomène et l'accordage qui en découle, une véritable communication s'opère entre les deux corps, et ce grâce à l'expressivité de chacun. Ainsi, développer l'expression corporelle permet un nouveau mode de communication. Cela favorise également la reconnaissance de l'autre comme un individu à part entière, vivant des émotions identifiables.

Selon Martin-Juchat (Martin-Juchat, 2020, p. 117), se déploie alors une « intelligence corporelle », c'est-à-dire la maîtrise de ce mode de communication pour la compréhension du vécu interne d'autrui au travers de l'observation et de l'écoute des corps. Elle souligne également que cette intelligence se stimule par l'éducation corporelle, c'est ce que le psychomotricien peut être amené à faire au cours de certaines prises en charge.

Chapitre 2 : Clinique

Chapitre 2 : Clinique

1. Présentation de la structure

Je réalise mon stage en Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD). Cette structure propose des interventions sur les lieux de vie ou d'activité de l'enfant, c'est-à-dire le domicile, la crèche, l'école mais aussi dans les locaux du SESSAD. Les missions du SESSAD sont de permettre aux enfants de poursuivre leur scolarité dans des conditions favorables et d'encourager leur autonomie et leur indépendance.

Le SESSAD dans lequel j'effectue mon stage est spécialisé dans l'accueil des enfants et adolescents ayant une déficience motrice. Les enfants accueillis ont entre 3 et 20 ans. Cette structure est composée d'une équipe pluridisciplinaire composée d'un directeur, une secrétaire, une psychologue, une assistante sociale, une équipe pédagogique avec des enseignants spécialisés, une équipe éducative et aussi une équipe de rééducateur avec des psychomotriciennes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes et orthophonistes.

Pour prétendre à un suivi par le SESSAD, l'enfant doit disposer d'une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Ensuite une consultation de préadmission est programmée pour présenter le SESSAD et vérifier que les besoins de l'enfant correspondent au projet d'accompagnement qui pourrait être mis en place. L'admission est réalisée lorsqu'une place est disponible ; cela peut prendre plusieurs mois voire années. Des bilans et observations sont ensuite faits par les différents professionnels du SESSAD, et selon les prescriptions du médecin. Enfin, la réunion de projet permet de déterminer les suivis qui seront mis en place.

Au SESSAD, chaque patient est assigné à une éducatrice spécialisée, qui se déplace à domicile et permet la coordination entre les différents professionnels autour du patient. Par ailleurs, un rééducateur est référent de l'enfant et se charge de représenter l'équipe rééducative notamment durant les réunions à l'école, appelées Équipe de Suivi de Scolarisation (ESS). Le professionnel effectue ensuite les transmissions lors des réunions d'équipe, ou bien lors de discussions informelles avec les autres professionnels qui suivent l'enfant.

De plus, deux fois par an environ, il y a des consultations au SESSAD. Ce sont des matinées où l'enfant vient avec ses parents pour faire le point sur la prise en charge, au cours de trois rencontres : avec le directeur, avec le médecin, et avec la psychologue.

Enfin, une réunion « rencontre famille » a lieu une fois par an avec l'ensemble des professionnels qui suivent le patient, ses parents et lui-même. Cela est l'occasion de faire le point sur les différents suivis, et de permettre un échange et un accueil des remarques et besoins de la famille et de leur enfant. Le plus souvent, ces réunions sont précédées d'une réunion de projet où seuls les professionnels du SESSAD qui connaissent le patient sont conviés. C'est alors l'occasion pour chacun de rendre compte de ses observations, faire le point sur le suivi et d'évoquer la poursuite ou non d'un suivi.

2. Présentation de Leïla

2.1. *Ma première rencontre avec Leïla*

Je rencontre Leïla dans les couloirs de l'école, avec les autres enfants du groupe. Elle remonte par l'ascenseur avec Noûr, son amie et participante du groupe. Ma maître de stage, m'indique que les enfants face à nous sont ceux que nous allons accompagner dans le groupe. Noûr est la seule en fauteuil roulant, tandis que les trois autres enfants se tiennent debout autour d'elle. Une des premières choses qui me marque lorsque je vois Leïla pour la première fois, c'est sa taille. Flutte, elle est très grande dépasse même certains adultes. De peau mate, elle a les cheveux châtain foncé, coupés au carré, et ses yeux sont d'un marron intense, presque noirs. Elle porte également des lunettes roses dorées. Elle a de longues jambes minces, tout comme ses mains qui sont fines, avec de longs doigts.

Sophie me présente rapidement au milieu du couloir, puis nous nous séparons pour descendre dans la salle pour la séance. Je prends donc l'ascenseur avec les deux filles et les accompagne dans le long couloir qui mène à la salle ; tandis que Sophie emprunte les escaliers avec les garçons. Dans l'ascenseur, j'entends peu le son de leur voix. La situation étant nouvelle pour moi aussi, je suis un peu intimidée et leur demande simplement si elles vont bien. Dans le couloir, tandis que Noûr avance de façon autonome avec son fauteuil roulant manuel, j'en profite pour observer davantage Leïla. Dans ses déplacements, Leïla a tendance à garder la tête basse,

penchée en avant. Ses bras sont souvent le long de son corps, plutôt vers l'avant et semblent hypotoniques, tout comme son tronc. En outre, des discussions que j'entendrai plus tard entre Sophie et les enseignantes, je comprends que sa croissance a été très rapide et importante durant l'été. J'ai alors l'impression qu'elle voudrait peut-être se cacher, son regard se porte souvent vers le bas, ses épaules s'enroulent vers l'avant. Je m'interroge sur les différents facteurs qui entrent en jeu dans sa posture : d'une part, il y a le handicap moteur dont elle est porteuse et qui entraîne une faiblesse musculaire ; d'autre part, la croissance rapide qu'elle vit et qui doit bouleverser ses représentations, son image du corps ; et enfin son caractère qui, au départ, m'amène à la penser comme une enfant de nature plutôt réservée. Je fais l'hypothèse que ces différents éléments sont en lien et peuvent impacter sa psychomotricité et particulièrement sa posture et sa mise en mouvement que je décrirai plus particulièrement dans la suite de mon récit.

2.2. Anamnèse

Les informations ci-dessous sont tirées du dossier de Leïla au SESSAD ainsi que des échanges que j'ai pu avoir avec les différents professionnels qui la connaissent.

Leïla est une jeune fille de 10 ans, née à terme en septembre 2012, d'une grossesse sans complication. Elle est atteinte d'une myopathie congénitale d'origine indéterminée, se traduisant chez elle par manque de force et une hypotonie.

Au niveau familial, Leïla est fille unique et issue d'une famille tunisienne. Ses parents sont cousins germains, ce qui interroge les professionnels de santé qui l'entourent, sur une éventuelle origine génétique à son état de santé. Sa maman est infirmière à l'hôpital tandis que son papa ne travaille plus pour reconnaissance en invalidité. Par ailleurs, les professionnels du SESSAD, lors de la réunion de projet pour Leïla, s'interrogent sur la mise en place d'une aide éducative pour cette famille. En effet, l'éducatrice référente et la kinésithérapeute ont pu souligner leurs inquiétudes concernant Leïla. Le milieu familial dans lequel elle évolue semble peu stimulant, notamment autour des questions d'autonomie et d'ouverture aux autres.

Dans son dossier, je lis qu'elle a également des troubles cognitifs dont notamment une désorientation temporo-spatiale et des troubles de la mémorisation. Elle est scolarisée en Cours Moyens de 1^{ère} année (CM1) au sein d'une Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS), mais selon les enseignants qui l'encadrent, elle a un niveau de Cours Préparatoires (CP) et est encore

dans l'apprentissage de la lecture. Cela questionne beaucoup les professionnels qui l'accompagnent, dans la poursuite de la scolarité en milieu ordinaire demandée par les parents. En effet, une orientation en Centre d'Education Motrice (CEM) leur semble plus adaptée pour Leïla.

2.3. *Prise en charge par le SESSAD*

Le SESSAD est une structure qui propose une prise en charge pluridisciplinaire. Depuis son entrée en 2019, Leïla est donc suivie par une éducatrice spécialisée référente et par plusieurs rééducateurs :

- La kinésithérapeute : en groupe la première année, puis en séance individuelle depuis 2020. Les séances concernent le renforcement musculaire, la souplesse articulaire, l'endurance ainsi que les coordinations générales.
- L'orthophoniste : les objectifs de prise en charge concernent aussi bien le langage oral (expression, compréhension et enrichissement du vocabulaire), que la lecture et le raisonnement logique (mathématiques, repérage spatio-temporel).
- L'ergothérapeute : objectifs de prise en charge autour de l'écriture mais surtout les coordinations bimanuelles dans le cadre des activités de la vie quotidienne (couper avec un couteau, mettre les chaussures, etc.).
- La psychomotricienne : prise en charge groupale depuis 2019, avec des objectifs qui ont évolué. Ces objectifs seront détaillés ultérieurement.

Ainsi, Leïla a une séance hebdomadaire avec chacun de ces rééducateurs, en dehors des vacances scolaires. De plus, elle peut participer à certains « regroupements » qui sont des activités organisées par les éducatrices sur les temps de vacances, ou les mercredis de l'année scolaire. Leïla aime y participer, et y fait souvent référence durant nos séances.

2.4. *Évolution du projet psychomoteur*

Le bilan psychomoteur a été réalisé en mai 2019, lors de l'entrée au SESSAD de Leïla. Elle était alors âgée de 6 ans et demi, et en classe de Grande Section de Maternelle (GSM). J'ai pu échanger avec ma maître de stage à ce sujet, et lire le compte-rendu qui avait été rédigé.

Durant le bilan, la psychomotricienne souligne une importante inhibition de la part de Leïla, qui a besoin d'être rassurée durant les diverses expérimentations proposées. Cependant, elle est très volontaire et apprécie les exercices moteurs. Elle est également en recherche de sensations tactiles, kinesthésiques et labyrinthiques notamment. Le bilan conclut à des difficultés d'équilibre en lien avec l'hypotonie globale et un manque de tenue de l'axe. De plus, il est noté que Leïla paraît gênée par son manque de force musculaire notamment pour les épreuves de motricité fine et de viser/attraper du MABC 1. Le schéma corporel est en cours de structuration, de même que le repérage spatio-temporel encore fragile. Ma maître de stage note également une « petite anxiété autour du corps », Leïla n'est pas à l'aise pour en parler.

Ainsi, Sophie propose une prise en charge hebdomadaire pour l'année scolaire à suivre, soit en septembre 2019. Cette dernière avait pour objectif de soutenir et encourager ses expérimentations, ainsi qu'approfondir ses bases psychomotrices relatives au temps et à l'espace. Ce travail est mis en œuvre au travers d'une prise en charge groupale, en coanimation avec la kinésithérapeute la première année. Les axes de travail étaient alors pour Leïla un renforcement musculaire et de nourrir le sensori-moteur. Ceci, avec l'objectif d'offrir à Leïla une plus grande aisance corporelle dans les activités de motricité globale du quotidien, ainsi qu'une prise de confiance en soi et en ses capacités pour oser faire de nouvelles expériences.

Au cours de cette année scolaire 2022/2023, nous n'avons pas eu la possibilité de faire passer un nouveau bilan à Leïla, bien que le précédent soit ancien. Cependant, j'ai effectué des observations au cours des séances successives afin d'établir un profil psychomoteur plus actualisé. En effet, j'ai pu noter des différences avec le bilan initial.

Notamment, son schéma corporel est mieux établi qu'en 2019. Le vocabulaire relatif aux parties du corps est maîtrisé, les imitations de posture dans l'espace sont réussies et le sens musculaire performant.

Par ailleurs, Leïla est toujours gênée par son hypotonie et son manque de force musculaire dans les activités motrices, qui manquent d'aisance et de fluidité. Une restriction de la flexion de hanche restreint la prise de certaines postures ce qui peut avoir des répercussions sur les activités du quotidien, comme la possibilité de se pencher pour faire ses lacets. La mise en mouvement semble coûteuse pour elle, et la répétition est parfois source de douleurs. La recherche de sensation ne semble plus être aussi présente qu'au début de sa prise en charge.

De plus le repérage dans le temps semble plus fiable : Leïla peut structurer un récit et situer des évènements passés, présents ou futurs. L'orientation spatiale quant à elle reste fragile, et l'espace semble peu investi par Leïla.

Au niveau relationnel, Leïla peut paraître inhibée dans un premier temps, mais elle s'ouvre davantage au fil des séances de l'année.

Ces nouvelles observations, faites de façon informelle, c'est-à-dire en dehors du temps de bilan, permettent d'ajuster le projet de soin de Leïla et de définir de nouveaux objectifs individuels. Pour cette année, il s'agit donc de :

- Favoriser les expérimentations corporelles pour améliorer la conscience de son corps
- Trouver du plaisir dans le mouvement afin d'utiliser son corps comme vecteur de communication
- Et d'encourager la prise de parole dans le groupe pour accroître l'affirmation et la confiance en soi.

3. Présentation du groupe « 1,2,3, soleil »

Je rencontre donc Leïla dans le cadre d'un groupe au SESSAD, composé cette année de quatre enfants. C'est un groupe fermé qui reprend à la rentrée 2022 pour la quatrième année consécutive, avec l'arrivée de Noûr, suivie uniquement de façon individuelle auparavant. Tous les enfants se connaissent bien puisqu'ils sont dans la même classe ULIS, ce qui participe à l'émergence d'une bonne dynamique entre eux quatre durant les séances.

1,2,3, soleil, le nom du groupe, a été proposé par la psychomotricienne puis adopté par les enfants. Sans signification particulière, il est très peu utilisé. En effet, les collègues du SESSAD y font référence en nommant l'école dans laquelle il se déroule.

3.1. Le projet de groupe

À la création du groupe, quelques axes de travail ont été définis, et sont toujours d'actualité. Il s'agit de favoriser l'expression et la mise en confiance de chaque enfant ; d'adapter les activités pour les rendre accessibles à chacun lors de la présentation des consignes ou pour leur réalisation concrète ; mais aussi d'alterner motricité libre et dirigée, moments dynamiques et moments de repos, et d'alterner les positions pour un vécu corporel riche et varié.

Chaque année, le thème change et les objectifs sont réévalués tout en gardant une base commune : favoriser toutes les expérimentations psychomotrices dans un cadre bienveillant, et rechercher le plaisir de bouger, la détente et la mise en jeu du corps.

En 2019/2020, le groupe était en coanimation entre la psychomotricienne et la kinésithérapeute, et se voulait être un groupe plutôt moteur, avec des enfants pour qui un travail individuel en kinésithérapie n'était pas encore envisagé. Les années suivantes, le groupe devient uniquement psychomoteur, animé par la psychomotricienne et sa stagiaire de troisième année. En 2020/2021 les séances reposent sur un travail de conscience corporelle et de schéma corporel. L'année suivante, en 2021/2022, permet un travail sur le repérage dans le temps et l'espace.

Cette année, le groupe a pour fil rouge l'expression corporelle et verbale. Ce thème a été choisi en juin 2022 par la psychomotricienne, en fonction des besoins observés chez les enfants.

Ainsi, les objectifs concernant l'expression verbale sont :

- Oser prendre la parole et laisser de la place aux autres pour qu'elle puisse circuler dans le groupe
- Savoir dire comment on se sent, ce qui permet d'aborder la question des émotions
- Développer son aisance relationnelle et sa confiance en soi
- Pouvoir proposer ses idées et son point de vue.

Concernant l'expression corporelle, il s'agit de :

- Développer son aisance corporelle, oser aller dans le mouvement
- Pouvoir utiliser son corps comme messenger
- Développer l'expressivité corporelle et faciale.

Des objectifs plus spécifiques ont été pensés pour chacun des enfants.

Les médiations utilisées sont très variées et évoluent selon les objectifs annuels et également en fonction des observations faites durant les séances et du retour dont nous font part les enfants. Au départ, des jeux moteurs étaient proposés, en groupe, au sol... Puis les années suivantes, des cabanes et mises en scène de contes ont, par exemple, pu être proposées.

L'évaluation du projet thérapeutique de ce groupe porte sur l'observation de la qualité des échanges, la prise de parole spontanée, l'adaptation au reste du groupe, la participation aux activités proposées et l'engagement corporel. Le temps de fin de séance est aussi pour nous

l'occasion de prendre connaissance des activités qui plaisent plus ou moins aux enfants et de nous adapter pour les séances à venir.

3.2. Une séance dans le groupe

Ainsi, je coanime ce groupe avec la psychomotricienne qui a l'habitude de le construire avec sa stagiaire. Nous avons défini les objectifs ensemble en début d'année et déterminé notre trame de séance. Chaque séance dure une heure.

Cette dernière commence par un « Quoi de neuf ? » où chacun peut rapporter ce dont il a envie : comme raconter sa semaine, ses projets pour le mercredi, nous faire part d'un évènement particulier, etc. Chacun peut intervenir librement dans le respect de la parole de l'autre.

Puis, nous proposons un temps d'expression orale où chacun choisit une carte parmi celles présentées puis doit en dire quelque chose au groupe selon une consigne donnée en amont. Les thèmes des cartes changent (animaux, paysages, émotions, etc.). Les échanges entre les enfants sont encouragés afin de favoriser les temps de parole de chacun et de laisser la possibilité de donner son opinion ou de rebondir sur ce qu'il vient d'être dit.

Ensuite nous proposons un temps de motricité sur de la musique, chacun doit bouger ou essayer de danser, parfois avec un objet (ruban de gymnastique rythmique (GRS), foulard...) ou avec des consignes (alterner temps seul/ en groupe). L'objectif est de favoriser l'expression corporelle spontanée de l'enfant.

Pour continuer, nous nous asseyons en cercle sur des chaises. Nous proposons un temps de motricité plus dirigé, avec des échanges de balles, des exercices autour du visage, etc. Nous utilisons souvent la parole et des consignes qui demandent à réfléchir (par exemple dire le nom d'une partie du corps en lançant le ballon, faire le bruit d'un animal...) pour détourner l'attention de l'activité motrice en elle-même, et donc faciliter la mise en mouvement. Ce sont également des activités qui mettent davantage en jeu le groupe, où l'écoute entre tous est centrale.

Puis, nous avons un temps de mise en scène, où les enfants doivent jouer une situation. Par exemple une agence de voyage, un enfant qui retrouve un chien perdu et cherche son maître... Ces saynètes demandent à la fois de jouer avec le corps, par des mouvements, une

posture adaptée à la situation, mais aussi avec les mots, par les interactions entre les acteurs. Nous essayons aussi, lorsque la scène s'y prête, de mettre l'accent sur la façon de s'adresser à quelqu'un, avec les formules de politesse notamment.

Enfin, un temps de relaxation est proposé. Les enfants sont libres de rester assis ou de s'allonger. Il y a parfois un fond sonore, ou bien des consignes particulières comme écouter les bruits environnants par exemple. Cela permet un retour à soi après cette séance groupale, souvent chargée en excitation.

Nous concluons la séance par un bref temps de parole pour offrir à chacun la possibilité de s'exprimer sur la séance du jour et éventuellement recueillir leurs souhaits pour la suite. Puis nous raccompagnons les enfants en classe.

3.3. *Les différents participants au groupe*

Cette année, le groupe est composé de quatre enfants et de deux adultes (la psychomotricienne et moi-même). Je vais effectuer une rapide présentation des enfants, dont les noms ont été modifiés, afin de mieux les imaginer dans la suite de mon récit, dans leurs relations avec Leïla.

Matéo est un garçon de 10 ans, plutôt grand, blond, il porte des lunettes. Il est scolarisé en CM1 ULIS et souffre d'une paralysie cérébrale de type diplégie spastique et d'une épilepsie pharmaco-résistante (syndrome de West). Cela entraîne donc une spasticité des membres inférieurs modifiant sa démarche, et une atteinte des bras et de la face, moins importante. Il a également une déficience intellectuelle et un retard de langage. Son niveau de compréhension est inférieur à celui des autres membres du groupe, et il se retrouve souvent en décalage par ses mots et ses gestes qui se rapprochent de ceux d'un enfant de deux ans, selon les professionnels qui l'accompagnent.

Medhi est le deuxième garçon du groupe. Âgé de 11 ans, il est en Cours Moyens de 2^{ème} année (CM2) ULIS. Il est plus petit, brun, il porte également des lunettes et est souvent habillé dans un ensemble de survêtements. Medhi a une hémiplégie gauche des suites d'un AVC anténatal. C'est un garçon avec une instabilité psychomotrice. En séance, il parle fort et bouge

beaucoup. Il semble souvent avoir le besoin d'être au centre de l'attention et est en difficulté pour réguler son activité motrice et laisser de la place aux autres.

Enfin, Noûr est une jeune fille arrivée cette année dans le groupe. Scolarisée en CM2 ULIS, elle connaît bien les autres enfants qu'elle côtoie en classe. Elle est âgée de 11 ans, et est brune aux cheveux bouclés. Porteuse d'une amyotrophie spinale infantile de type III, elle se déplace en fauteuil roulant car elle a perdu l'acquisition de la marche. Noûr est la plus posée du groupe. Calme, il lui arrive de reprendre Medhi lorsqu'il se dissipe. Son handicap peut la mettre en difficulté dans les temps moteurs, où sa faiblesse musculaire la fatigue rapidement.

4. Observations psychomotrices

Avant de rapporter mes observations faites en séances, je souhaite tout d'abord réaliser une brève description de la salle, afin de mieux se l'imaginer dans la suite de mon récit. C'est une salle généralement utilisée par les enseignants du RASED (Réseaux d'Aides Spécialisées aux Élèves en Difficulté) et qui se trouve au rez-de-chaussée de l'école, alors que les salles de classe se situent au premier étage. Depuis quatre ans, les séances de psychomotricité s'y déroulent, ce qui en fait un lieu bien connu des enfants. Il s'agit d'une grande pièce lumineuse que nous pouvons subdiviser en quatre zones si nous découpons la salle de façon schématique. À proximité de la porte, se trouve une première zone de jeux avec des maisons de poupées et de la dînette, mais que nous n'occupons pas en séance, sauf en cas de besoin de matériel. Ensuite, de façon diamétralement opposée, se trouve un second espace avec une table basse entourée de chaises. Enfin, nous pouvons définir deux autres zones : un large tapis offrant un vaste espace libre ainsi qu'une seconde table, plus haute, entourée de chaises.

4.1. Le corps et ses émotions : l'attention portée au vécu corporel et affectif

4.1.1. Percevoir son corps dans l'espace

Lors de la première séance, nous commençons par faire les présentations, avant d'exposer ce que nous ferons cette année. Sophie profite de ce moment pour demander aux enfants s'il y a des activités qu'ils aimeraient faire, ou refaire par rapport aux années précédentes. Leïla évoque alors l'idée de refaire des cabanes, comme lors des années passées. Elle est très enthousiaste en le disant, sa bouche et ses yeux sont grands ouverts, et son intonation pleine

d'entrain. Dans mes représentations, c'est un jeu qui plaît davantage aux enfants plus jeunes, et je suis étonnée. Leïla fait ensuite d'autres propositions, qui elles aussi me surprennent par l'image enfantine à laquelle cela me renvoie. Bien que je garde en tête le fait qu'elle ait un décalage de deux ans dans sa scolarisation, je m'interroge également si ce n'est pas une manière de rester dans l'enfance malgré ce corps qu'elle voit grandir et qu'elle ne maîtrise pas totalement. Cela peut aussi être le reflet de là où elle se trouve dans sa construction d'elle-même. En effet, le jeu de l'enfant, de façon générale, aide à se construire psychiquement et à s'individualiser. Entre autres, les cabanes permettent de se construire soi, avant d'aller vers les autres.

D'ailleurs, plus tard lors de cette première séance, nous proposons aux enfants de jouer une scène où un chien est perdu. Il y a alors une peluche pour remplacer le chien et quatre rôles : un enfant qui trouve un chien et qui va successivement sonner à trois portes afin d'interroger les habitants sur le propriétaire de l'animal. Leïla, qui incarne une habitante, décide que sa maison serait sous la table. Cette dernière est basse et Leïla paraît vraiment très grande et à l'étroit en dessous. Cependant, cela semble lui faire trop plaisir pour que l'inconfort soit perçu. Elle n'en sort pas durant les deux scènes qui sont jouées, à l'exception des temps où elle s'adresse à l'enfant venant sonner à sa porte, pour lesquelles elle se met debout à côté de la table. Elle verbalise à plusieurs reprises qu'elle aime bien être dans sa maison, et affirme être à l'aise lorsqu'on l'interroge. Je me demande comment Leïla vit ce corps qui a grandi si rapidement et comment cela peut impacter l'investissement qu'elle en a, et de fait son expression corporelle. J'imagine que son image du corps a été bouleversée par cette croissance si rapide et que de nombreuses choses sont désormais à reconstruire et à étoffer dans les représentations que Leïla a de son corps.

Par ailleurs, lors de la séance avant les vacances de Noël, seuls Leïla et Matéo sont présents et nous prévoyons une séance particulière, ne suivant pas la trame habituelle. Après un jeu de société avec des mimes et actions à réaliser autour d'un plateau de jeu, nous leur demandons ce qu'ils souhaitent faire pour le temps restant. Rapidement, ils se dirigent tous les deux vers un gros tonneau bleu en plastique ouvert à ses deux extrémités. D'environ un mètre de haut, Leïla décide de le placer à l'horizontale et de s'allonger à plat ventre dessus. Elle se pousse alors avec ses pieds et ses mains sur le sol, dans le but de se bercer d'avant en arrière. Puis c'est au tour de Matéo, qui choisit de se placer dans le tonneau afin de s'y allonger sur le dos, comme pour dormir. Sophie lui installe un oreiller. Leïla s'inquiète pour Matéo, comment va-t-il faire pour entrer, est-ce vraiment confortable ? Sophie la rassure, Matéo à l'habitude de le faire en séance

individuelle et son sourire témoigne le bien-être dans lequel il se trouve. Après avoir été bercé et être resté plusieurs minutes allongé, Matéo ressort et Sophie propose à Leïla d'essayer. Elle accepte, mais semble peu rassurée. Je décide alors de lui tenir le tonneau pour faciliter son entrée à l'intérieur de l'objet. Elle fait un premier essai en s'asseyant à l'entrée, dos au tonneau. Cependant, sa tête dépasse du diamètre de ce dernier et elle n'arrive pas à s'installer en rentrant son menton dans son cou. Elle décide alors de ressortir et dit qu'elle ne peut pas y aller, car c'est trop petit pour elle. Je l'encourage et lui affirme qu'elle peut entrer. Ainsi, je lui indique verbalement chacune des étapes à suivre pour qu'elle puisse s'installer confortablement, en partant de la position à plat ventre. Elle parvient alors à retrouver la même position que Matéo, à l'exception que ses jambes ne peuvent pas tenir repliées à l'intérieur du tonneau et qu'elle doit alors les garder tendues en dehors. Par ailleurs, j'ai l'impression que cela la rassure, en lui offrant la possibilité de gérer ses propres bercements, mais aussi de se sentir rassurée en étant moins à l'étroit. Progressivement, j'observe une diminution de son tonus, qui semble montrer un réel apaisement. En effet, sa nuque, au départ très tonique, se détend au fur et à mesure des bercements permettant à la tête de se poser sur l'oreiller. Alors qu'elle veut sortir, elle essaye d'abord de se glisser sans se retourner, mais n'y parvient pas tout de suite. Je sens le stress monter, sa voix s'essouffle alors qu'elle nous dit « *je ne peux pas sortir* ». J'observe ses mains et ses pieds s'agiter, cherchant à faire glisser l'ensemble de son corps pour sortir du tonneau. Spontanément, je m'approche d'elle, et décide de nouveau de la guider afin qu'elle trouve le chemin inverse. Cette scène renforce un sentiment qui a émergé dès les premières séances avec Leïla : j'ai l'impression qu'elle est mal à l'aise avec son corps, et qu'elle ne sait pas comment faire avec. Je préciserai ce propos dans la suite de mon récit.

4.1.2. Les émotions

Lors d'une séance de janvier, nous proposons le temps d'expression verbale autour de cartes émotions. Alors que nous sommes en train de regarder les cartes pour en choisir une chacun, Leïla dit « *Je n'ai pas d'émotion* ». Cela m'interpelle et vient m'interroger sur ce qu'elle veut dire derrière ses mots. Est-ce une difficulté à les percevoir, les ressentir ? L'impression de ne pas en exprimer ? Ou cela vient-il simplement souligner une difficulté à sélectionner une carte parmi toutes celles posées devant elle sur la table ?

Cependant, elle peut associer des émotions en fonction d'un contexte ou un souvenir, notamment lors de ce temps d'expression verbale en appui sur les cartes. En effet, entre février et

mars, nous leur proposons des cartes sur lesquelles se trouvent des photos d'enfants exprimant une certaine émotion, dans un contexte particulier. Par exemple, un enfant attristé car il subit des moqueries de camarades en récréation, des enfants qui ont peur devant un film, ou encore un garçon heureux de célébrer son anniversaire avec ses amis. Ainsi, Leïla peut, lors d'une des séances, choisir la carte d'un enfant heureux alors qu'il fait de la luge avec son parent. Elle revient alors sur des souvenirs et nous raconte avoir pris du plaisir à faire de la luge avec sa maman l'an passé. Elle relate aussi la longueur du trajet, qui semble avoir été pénible et plus long que le temps passé sur place selon elle. Dans son récit, mais c'est parfois aussi le cas dans d'autres situations, je retrouve une certaine dichotomie entre joie et tristesse. Les émotions, multiples et variées, semblent parfois chez Leïla se concentrer seulement selon ces deux pôles. La semaine suivante, elle choisit une carte sur laquelle une petite fille se tient les mains et regarde vers le haut ; ce qui illustre l'espoir. Leïla nous dit que la fillette est contente et que c'était ce qu'elle avait ressenti le matin même, alors qu'elle allait à la piscine avec sa classe. Cette perception des émotions, sur un double versant joie/tristesse m'interroge. Est-elle liée à une difficulté dans la perception des émotions ? Ou bien est-ce dépendant d'un certain manque de vocabulaire, de connaissances plus larges ?

En outre, je mets en lien cette difficulté de perception et de compréhension des émotions avec le peu d'expressivité observée chez Leïla au niveau corporel ou verbal. Comment exprimer un ressenti interne s'il est difficile d'en percevoir les variations et d'en comprendre le sens ou de poser des mots sur ces derniers ?

Lors d'un temps de motricité, je propose au groupe d'explorer les contrastes à partir d'adjectifs. Ainsi, nous avons pu, d'abord en statique puis en dynamique, incarner les adjectifs lent/rapide, lourd/léger ou encore mou/raide. Lors de la troisième séance où je présente ce jeu autour des contrastes, je propose d'explorer les opposés joie/tristesse. Nous commençons par la joie, assez facilement exprimée par les enfants qui se mettent à sourire, lever les bras au ciel, sautiller, bouger dans tous les sens, etc. Après quelques minutes en statique puis en dynamique, je frappe des mains pour indiquer le changement d'adjectif et annonce la tristesse. Les premiers mots que j'entends viennent de Medhi « *Mais, je suis pas triste moi* ». En effet, parmi les enfants, seule Noûr semble pouvoir faire semblant d'être triste. Elle éverse sa lèvre inférieure vers le bas, abaisse son regard et se frotte les yeux comme si elle séchait des larmes. En revanche, il est très difficile pour les autres enfants d'y parvenir. Matéo, guidé par Sophie, parvient à arrêter ses sautilllements de joie et à se calmer, en lien aussi avec l'ambiance générale. Medhi tente de faire semblant de pleurer, mais cela est très théâtralisé, il se fait rire et peine à garder son sérieux.

Enfin, Leïla essaie également, mais me dit qu'elle n'arrive pas à faire semblant d'être triste. Je la vois à plusieurs reprises, regarder en direction de Noûr, j'imagine pour prendre appui sur ce qu'elle fait et tenter de l'imiter. Pourquoi est-ce si difficile pour elle ? Est-ce parce que c'est une émotion dont elle n'a pas l'habitude de laisser s'exprimer ? Parce qu'elle ne ressent pas l'émotion à cet instant présent et qu'il est trop difficile de faire semblant ?

4.2. Une voix qui se fait de plus en plus entendre

4.2.1. Des débuts timides

Durant les premières séances de groupe, Leïla parle peu en dehors des temps où cela lui est demandé. Je remarque notamment qu'elle baisse souvent le regard lorsqu'elle croise le mien, ceci s'accompagnant d'un sourire les lèvres serrées, qui me renvoie à de la gêne. Je remarque que ce comportement n'est pas seulement présent lorsqu'elle s'adresse à moi, mais la fréquence est plus élevée dans mon cas. Lorsque je croise son regard à un moment où elle est en train de plaisanter avec deux des enfants du groupe, elle refait cette mimique du visage toute particulière. Je me demande ce que vient dire cette réaction. Est-ce de la gêne ? Ou bien souligne-t-elle un manque de confiance en soi ?

Lors du temps d'expression verbale des deux premières séances, nous proposons aux enfants des cartes avec des animaux. Ils doivent en choisir une pour laquelle ils ont quelque chose à dire. De façon générale dans ce groupe, bien qu'hétérogène, j'observe fréquemment une difficulté à trouver ses mots et à s'exprimer à l'oral. C'est notamment pour cette raison que nous avons pensé à cette activité pour les inciter à parler ; dans un premier temps sur leur carte puis dans un second temps, en rebondissant sur ce qui est dit ou présenté par les autres. Sur ces deux premières séances, les enfants sont encore réservés dans leur prise de parole et disent tous peu de choses, une phrase ou deux au mieux, à propos de leur carte. Ce qui m'interpelle cependant, c'est la différence dans l'expression de Leïla. La quantité ne diffère pas avec les autres, mais sa façon de s'exprimer diverge. Son regard s'oriente vers le bas, fixé sur sa carte qu'elle tient avec agitation dans ses mains. Je fais l'hypothèse que ce sont des réactions de prestances, soulignant le mal-être qu'elle vit. Sa voix est plus basse et elle articule peu. Tous les mots s'enchaînent puis elle conclut par un « voilà » avant de relever les yeux et de de nouveau faire la mimique que j'évoquais plus haut. J'ai l'impression qu'elle nous dit quelque chose pour nous faire plaisir, parce que c'est la consigne. Comme si elle voulait simplement s'en débarrasser sans chercher à nous

partager réellement quelque chose de ses goûts ou de son affinité pour l'animal qu'elle a sélectionné.

Durant cette même séance, nous proposons aux enfants de jouer une scène dans laquelle quelqu'un se promène et trouve un chien perdu, comme je l'évoquais précédemment. Medhi est le premier à prendre le rôle de l'enfant qui trouve le chien perdu, tandis que je joue une des habitantes avec Leïla et Noûr. Ainsi, Medhi trouve le chien et se dirige vers la maison de Leïla. Les deux enfants échangent maladroitement et Sophie, qui était alors assise sur un banc en tant que spectatrice de la scène avec Matéo, intervient. Elle les aide et les incite à parler davantage, à utiliser des formules de politesse, et propose à Leïla de dire « *Vous pouvez demander à la voisine, je crois qu'elle a un chien* ». Cette dernière répond alors à Medhi par cette même phrase, mais l'intonation m'étonne. Elle me donne l'impression d'être surjouée : Leïla parle plus distinctement avec lenteur et insistance dans le phrasé. Je me dis que peut-être, cela traduit simplement son mal-être, et que l'exercice est difficile pour une première séance, surtout pour Leïla dont le naturel me paraît être réservé. Cependant, la scène est jouée une seconde fois afin de changer les rôles, mais Leïla est la seule à ne pas vouloir interpréter un autre personnage. Elle reste donc à la même place et au passage de Noûr, la nouvelle personne à trouver le chien, Leïla répond en utilisant les mêmes mots avec l'exacte même intonation. Je m'interroge alors si le maintien d'une même intonation et le fait de ne pas personnaliser la réplique, sont dus à la nouveauté de l'exercice ? Ou bien un mal-être face à la situation de mise en scène ?

4.2.2. Une voix qui s'affirme

Après quelques séances, Leïla s'autorise de plus en plus à prendre spontanément la parole dans le groupe. Lors du « Quoi de neuf ? », elle peut raconter qu'elle prévoit d'aller à Paris pendant les vacances, ou bien qu'elle participe à une activité organisée par le SESSAD le lendemain. De plus, elle peut rebondir sur ce qui est dit lors de la présentation des cartes de ses camarades, et peut aussi les aider lorsqu'ils sont en difficulté. Lors d'une séance, il faut par exemple choisir une carte d'un paysage pour lequel il est possible de citer trois animaux qui pourraient y vivre. Noûr est en difficulté, ne trouve pas ses mots, mais Leïla peut l'aider et lui souffler quelques idées. De même, je la trouve plus à l'aise lorsqu'elle s'exprime à propos de la carte de son choix. En effet, son ton est soutenu, sa voix s'affirme. Par ailleurs, concernant sa posture, il est toujours difficile pour Leïla de maintenir le contact visuel avec la ou les personnes à

qui elle s'adresse. Sa tête est régulièrement orientée vers le bas, et son regard alterne les points de fixation entre ses interlocuteurs et le sol ou la table.

Lors d'une des séances, nous proposons de jouer une scène qui se déroule dans une cour de récréation. Un enfant joue un nouvel élève de l'école qui est seul tandis qu'un groupe de camarades jouent ensemble. Il s'agit alors de jouer soit la façon dont le nouveau ou la nouvelle peut aller vers les autres enfants ; ou à l'inverse un moment où le groupe peut s'adresser à l'enfant qui est seul pour l'inviter à les rejoindre. Pour commencer, c'est Leïla qui se propose pour faire la nouvelle camarade de classe. Nous sommes à ce moment-là en mars, et cela fait déjà quelques séances que je remarque que Leïla se porte volontaire pour débiter une activité ou être la première à jouer un rôle. Cela est nouveau en comparaison au début d'année, et montre un investissement ou un intérêt grandissant de sa part dans les expérimentations proposées. Est-ce aussi le reflet d'une prise de confiance en elle, enrichie par les remarques positives que nous pouvons faire à l'égard de son engagement ? Ainsi, Leïla débute cette séquence en s'isolant dans un coin de la salle, elle abaisse la capuche de son pull, ce qui me donne l'impression qu'elle se met davantage dans sa bulle. Sa posture est semblable à ce que j'ai déjà pu décrire, les épaules et la tête enroulées vers l'avant, ce qui, ici, souligne encore plus ce repli sur soi qu'elle semble décider d'incarner pour jouer son rôle. Pendant ce temps, le reste du groupe, à savoir les deux garçons et Sophie (car Noûr est absente) jouent au loup comme s'ils étaient dans une cour de récréation. Je suis en position de spectatrice, présente pour faire des signes à chacun, ou les guider dans leur rôle si besoin. Alors que l'attention de Medhi et Matéo semble centré sur le jeu du loup, c'est Sophie qui initie la rencontre avec Leïla en disant « *Les copains, regardez, il y a une nouvelle. Ça vous dit qu'on aille la voir ?* ». Sur ces mots, Medhi répond en s'adressant directement à Leïla, alors qu'il est encore à deux mètres de cette dernière « *Et toi, tu es nouvelle ? Viens jouer avec nous !* ». Leïla répond simplement par un « *oui* » interrogateur, relevant alors la tête pour regarder l'enfant qui s'adresse à elle. Sophie reprend en s'avançant vers Leïla, suivie par les garçons. Elle demande alors le prénom de la jeune fille et lui propose de les rejoindre. La scène se conclut alors, après quelques minutes de jeu de loup avec tous les enfants réunis.

Avant d'inverser les rôles, nous proposons un temps de reprise pour discuter de la scène qui vient d'être jouée. Sophie et moi pouvons notamment dire à Medhi ce qu'il aurait pu faire différemment, notamment dans l'approche de l'enfant qu'il ne connaît pas. Puis ce dernier échange son rôle avec celui de Leïla pour rejouer la scène. Cette fois-ci, Medhi s'approche davantage du groupe, bien qu'il reste en périphérie. Leïla prend alors l'initiative de s'adresser lui.

Elle prend le temps de le saluer, et commence par le vouvoyer avant de se reprendre, et de demander « *Comment tu t'appelles ?* ». Ensuite, elle lui explique le jeu auquel ils étaient en train de jouer et lui propose de les rejoindre, ce que Medhi accepte. Pendant cet échange, la voix de Leïla est posée, fluide et sa posture est adaptée à la situation relationnelle. Sa tête est redressée, son tonus axial plus élevé, ce qui favorise son ouverture à l'autre. En redressant d'autant plus son axe, son regard se pose sur Medhi. Nous poursuivons avec un nouveau temps de bilan sur la façon dont s'est jouée la scène, ce qui est l'occasion pour Sophie et moi de valoriser Leïla sur les mots qu'elle a employés, et sa façon d'inclure le nouveau camarade au groupe. Dans la suite de la séance, nous jouons les scènes où l'enfant seul, vient de lui-même solliciter le groupe pour se joindre à eux. Là-encore, Leïla montre de réelles capacités d'expression orale où elle devient parfois « meneuse » dans le jeu ; c'est-à-dire, qu'elle peut commenter la façon de faire ou les paroles de Medhi pour qu'il les réajuste à la situation et mette plus de formes dans les mots qu'il emploie. Cela me surprend et je suis heureuse de voir les progrès de Leïla à l'oral. Cela lui permet d'entrer dans un cercle vertueux, car valorisant pour elle et l'estime qu'elle peut avoir envers elle-même. Je me demande si l'absence de Noûr, ce jour-là, peut en partie être responsable de cette prise de position. En effet, c'est souvent Noûr qui prend ce rôle d'exemple où les autres enfants peuvent prendre appui sur elle. Je fais également l'hypothèse que la valorisation amenée par nos paroles ait été bénéfique pour elle, dans son estime de soi, ayant alors un retentissement sur son jeu.

Au fil des séances, j'ai donc pu voir des progrès assez rapides quant à l'expression verbale de Leïla. Et il me semble que parfois, c'est d'abord par l'expression verbale qu'elle peut s'ouvrir au mouvement et à l'expression corporelle. Or, il me paraît également que ses progrès à l'oral, sont motivés par le groupe et sa dynamique.

Je vais prendre l'exemple d'un temps de motricité où Leïla a pu, en appui sur le groupe et sur sa voix, se mouvoir par des gestes plus personnalisés et authentiques qu'à son habitude. Nous sommes tous debout, plus ou moins en cercle de manière à ce que nous puissions nous voir les uns les autres. Je propose alors aux enfants de jouer sur les contrastes comme nous avons déjà pu le faire, avec d'autres adjectifs, la semaine passée. Généralement, pendant ce temps de mise en mouvement selon les contrastes, nous incitons les enfants à exagérer les traits de leur démarche pour marquer davantage l'opposition entre les deux termes. Ce jour-là, je commence par l'adjectif « raide », et leur demande, dans un premier temps, s'ils en connaissent le sens et comment ils imaginent devenir tout raide. Le sens semble perçu par Noûr, mais le reste du groupe

est plus en difficulté. J'explique alors le terme aux enfants, en utilisant des images, « *par exemple comme si on était tout dur et que nos jambes étaient des bâtons* », « *ça ressemble aux robots* », etc. Cela semble les aider, je vois par exemple Medhi « planter » son bras valide le long du corps, et se mettre à marcher jambes tendues, ou encore Noûr qui lève et abaisse ses bras successivement, de façon robotique. Sophie et moi nous mettons également en mouvement, imitées par Matéo et Leïla. Cette dernière, parvient notamment à recruter un tonus suffisant pour enraidir ses quatre membres et ainsi se mouvoir d'une façon opposée à son habitude. Poursuivant mon déplacement dans la salle, j'ajoute à mes pas une mise en voix du mouvement, en disant « *boum* » chaque fois que mon pied se pose sur le sol, de part et d'autre de mon axe. Je marche ainsi en me dandinant, comme un pingouin, cherchant alors chacun des enfants du regard quand je les croise, afin de les inciter à prendre appui sur l'onomatopée que je prononce. En conséquence, j'observe Leïla relever sa tête, la nuque ainsi plus tonique, tout comme l'ensemble de son corps qui peu à peu s'était relâché. Elle poursuit alors son déplacement reprenant l'onomatopée associée à une démarche assurée telle une soldate. Je suppose ici que c'est l'imitation dans la situation de groupe, ainsi que le soutien du verbal qui l'amènent à avoir sa propre interprétation et mise en mouvement de l'adjectif initial « raide ».

Dans la suite, je propose l'opposition avec l'adjectif « mou », auquel j'ajoute l'image d'un chamallow. Medhi, les bras vers le ciel, est le premier à s'essayer, en se laissant progressivement tomber vers le sol jusqu'à s'y allonger. Pendant ce temps, Leïla l'observe et reprend en partie sa façon de faire, en y ajoutant d'elle-même une onomatopée « *vioup* ». J'observe son corps comme « onduler » de la tête au pied et se laissant glisser vers le bas, sans aller jusqu'au sol. Son tonus est bas, mais suffisamment contrôlé pour ne pas s'effondrer. Je suis alors agréablement surprise par la façon de se mouvoir de Leïla qui me semble plus personnelle sur ce temps de séance, et plus expressive que ce que j'ai pu observer jusqu'à présent. Je la félicite et encourage l'ensemble du groupe à la regarder faire. Avec le recul, je me dis que cela aurait pu la mettre dans l'inconfort, d'être ainsi mise sous le regard du groupe. Cependant, je ne perçois pas de changement dans sa façon de faire ensuite, elle poursuit son mouvement tout en se déplaçant.

4.3. L'expression corporelle de Leïla

4.3.1. La mise en mouvement

Lors des temps de motricité libre, sur la musique, je suis de suite interpellée par la façon de se mouvoir de Leïla. En effet, j'observe que ses mouvements sont très petits, l'amplitude des ouvertures de bras est faible. Elle se tient debout, toujours avec la tête orientée vers le bas, les bras le long du corps. Ses pieds bougent peu, seules ses hanches semblent se déplacer légèrement d'un côté puis de l'autre. Lors de la première séance, ils avaient chacun un ruban de GRS en main, qui se tient donc par une barre métallique. À ce moment-là, elle décolle légèrement son bras du corps, juste assez pour que son poignet puisse faire quelques mouvements permettant d'animer le ruban. Son coude vient parfois se fléchir légèrement, et son regard reste très souvent fixé sur le ruban. Cela me surprend, car la longueur du ruban et la variété des mouvements possibles auraient tendance à faire gagner de l'amplitude aux gestes, pour venir prendre de la place dans l'espace. Je me demande si, ce qui me fait penser à une restriction/limitation du mouvement, est justement pour elle une façon de ne pas prendre de place ? Ou bien le reflet d'une difficulté à investir le mouvement et/ou son corps ?

Quelques séances plus tard, nous proposons aux enfants de danser sur la musique « Best Life » de Naps qu'ils ont choisi, en suivant les consignes que je leur énonce. Ils n'ont pas d'objet en main, et les consignes ont pour objectif de faire varier les temps en étant seul, et ceux en groupe. Sur le début de l'activité, j'observe Leïla bouger sur la musique. Elle me donne l'impression de ne pas savoir quoi faire de son corps. Je fais aussi le lien avec le fait que c'est une des premières séances où nous leur demandons de se mouvoir sans avoir d'objet en main, ni foulard, ni ruban de GRS. Ici, la seule chose avec laquelle elle peut bouger est son corps. Je me demande si Leïla en a conscience. Perçoit-elle son corps simplement dans son versant instrumental ? Ou a-t-elle conscience de son pouvoir expressif et relationnel ? Je fais alors l'hypothèse que le ruban devient un soutien dans sa mise en mouvement et son expression corporelle. Elle paraît se tenir à l'écart, en périphérie du groupe et ses pieds ne quittent pas le sol. Seuls ses bras bougent autour de son axe hypotonique, me rappelant alors les premières observations que j'avais pu faire en début d'année. Autour d'elle, Medhi fait des acrobaties, se donne en spectacle et bouge au centre du groupe, tout en tournant sur lui-même. Noûr se tient de l'autre côté de la pièce. Limitée par son fauteuil et sa maladie, elle se déplace sur un côté de la pièce par des mouvements de jambes, mais prête peu attention à la musique et au fait de danser. Matéo quant à lui, observe beaucoup Medhi, mais aussi Sophie et moi. Il essaie d'imiter certains mouvements et de tourner sur lui-même.

Je commence par proposer de tous nous mettre en file indienne, pour rassembler le groupe et relancer du dynamisme chez les filles en les motivant par une sorte de « chenille ». Les

rires se font entendre chez les quatre enfants, ils se tiennent les uns aux autres, Sophie et moi y participons également. La tête de Leïla se redresse, sourire aux lèvres, elle suit le mouvement du groupe. Cette fois, seules ses jambes sont en mouvement tandis que ses bras poussent le fauteuil de Noûr.

Après un nouveau temps en solitaire, je propose cette fois de faire des duos pour danser. Du fait de la proximité spatiale que chacun a avec les membres du groupe, je me retrouve avec Leïla. Spontanément, nous nous plaçons en face-à-face. Elle commence par faire des mouvements de bras allant de gauche à droite. Je décide de l'imiter pour symboliser une unité entre nous. Cependant, Leïla baisse les yeux vers le sol, et ne me regardera pas jusqu'à ce que je prononce la fin du temps en binôme. Son mouvement me surprend, par l'amplitude supérieure à ce que j'avais pu observer jusque-là, paradoxal avec le mal-être lisible au travers de son tonus et sa posture. En effet, son tronc et sa tête sont enroulés, le tonus de ses membres supérieurs est haut, ses épaules sont alors remontées. Son geste est saccadé, son corps tout entier semble raide, ses bras tout particulièrement. Une nouvelle fois, ses jambes sont immobiles. J'aurais aimé essayer de lui proposer d'autres mouvements, notamment des déplacements ou des jeux de jambes, mais le malaise que je lisais m'a poussé à ne pas lui en demander davantage. Ce dernier est-il lié à la situation de face-à-face que nous vivons ? Autour de nous, les groupes rient, font du bruit et celui composé de Sophie et Medhi est même en déplacement. Medhi se rapproche alors de nous, et il veut passer entre un meuble et Leïla. Cependant, il arrive brusquement, ce qui fait sursauter Leïla, comme s'il venait de rompre la bulle dans laquelle elle se trouvait. Partager ce moment était-il possible pour Leïla ? Ou était-elle seule dans ce moment en binôme ? Après leur passage, j'annonce le retour en solitaire pour la fin de la chanson.

4.3.2. Les effets du groupe sur l'expression corporelle

Lors d'une autre séance, à la demande des enfants, nous proposons de nouveau le temps de motricité libre avec des rubans, toujours sur un fond musical. Medhi, comme à son habitude, montre rapidement beaucoup d'excitation qu'il a du mal à canaliser. Il saute, agite son ruban dans tous les sens, le tout en faisant beaucoup de bruit. Cependant, cela est souvent moteur pour le groupe. Par exemple, ce jour-là, il décide d'aller vers chacun des participants du groupe un à un et de faire semblant de se bagarrer, comme si le ruban était une arme telle qu'une épée. Cela permet alors à Noûr, mais aussi à Leïla de bouger davantage et avec des mouvements de plus grandes envergures. En effet, je la vois en relation avec Medhi, par le regard, mais aussi par son

corps investi dans le mouvement. Cet échange me donne l'impression qu'elle peut mettre une intention dans ses gestes et que cela l'aide à se mouvoir. Son tronc bascule en avant vers Medhi, qui est plus petit qu'elle, son bras droit se dirige également vers lui, et son poignet s'agite pour animer le ruban. Ses jambes aussi sont engagées, bien qu'elles bougent peu, elles semblent soutenir l'ensemble du corps et des gestes de Leïla. Ses genoux sont légèrement fléchis et ses pieds sont disposés en décalés, servant alors de véritables appuis, donnant de l'ancrage au corps.

Lors de la dernière séance de groupe avant les vacances de décembre, nous proposons aux enfants un jeu avec des cartes de personnages tels que la princesse, le pirate, le monstre, etc. Dans un premier temps, nous les découvrons ensemble pour s'assurer que chaque personnage soit identifié par chacun. Ensuite, les enfants retiennent chacun leur tour une carte à mimer et à faire deviner au reste du groupe. Leïla choisit, lors de son premier passage, la carte de l'homme préhistorique. Ainsi, elle marche d'un pas affirmé, place ses bras sur ses hanches et fait parfois des mouvements comme si elle tenait une massue dans une main qu'elle frappait contre l'autre. Ses gestes s'accompagnent d'une voix plus grave que la sienne, en faisant des bruits d'homme primitif. Bien que le groupe ne trouve pas de suite, elle persévère et poursuit son mime, encouragée par ses camarades.

De plus, alors que Medhi mime le chevalier, elle se dirige vers lui en courant et fait de grand geste pour l'arrêter dans sa lancée et lui donner la réponse. Ce comportement me surprend venant de sa part, mais la dynamique du groupe à ce moment-là et l'engouement autour de la devinette des mimes de chacun semblent avoir pris le dessus.

4.3.3. Jouer un personnage

Les mimes se poursuivent avec le reste du groupe puis chacun d'entre nous réalise un second passage. Nous proposons ensuite aux enfants de créer une histoire incluant les personnages qu'ils choisissent d'incarner. Sophie se met avec Matéo tandis que je reste avec les deux filles. Noûr choisit d'être une princesse, Leïla une sorcière et moi, je suis le magicien. Je leur demande si elles ont une idée, et rapidement, Leïla propose un scénario où la sorcière attaquerait la princesse en voulant lui faire avaler de force une potion magique qu'elle aurait préparé. Noûr ajoute que le magicien viendrait alors la sauver en utilisant sa baguette magique pour glacer la sorcière, comme une statue. Je les guide ensuite par des questions pour préciser ce qu'il se passe, et notamment le lieu où se déroule l'histoire. J'essaie d'intervenir le moins possible pour les laisser exprimer leur imagination. Une fois que les deux histoires sont prêtes, nous passons

devant l'autre groupe pour la présenter. C'est Sophie et Matéo qui commencent par jouer le voyage en mer d'un pirate et son ami le dragon. Après les avoir applaudis, c'est à notre tour de présenter notre scénario. Je commence donc par me balader dans la pièce, attendant que la sorcière aille chez la princesse. Cependant, à la vue de l'enthousiasme des filles à la création de l'histoire, je suis surprise de voir que leur jeu est bien moins teinté par cet entrain. En effet, elles sont silencieuses, et leur rencontre, supposée houleuse, est finalement assez calme et sans opposition apparente. C'est après quelques secondes que je vois Leïla me lancer un regard, que j'interprète comme étant un signal pour que je vienne conclure la scène. Je me dirige donc vers elle, tout en verbalisant ce que je vois, et ce que je viens faire pour sauver la princesse. La scène s'arrête ici, Matéo et Sophie nous applaudissent. Leïla peut nous dire qu'elle aimait beaucoup être la sorcière et une fois la scène terminée, elle continue de l'imiter jusqu'à la fin de la séance. Cet attrait tout particulier pour ce personnage me questionne. Est-ce ce que le pouvoir et l'animosité que l'on peut associer à la sorcière, représentent pour Leïla ce qu'elle ne peut pas être, ou ne s'autorise pas en réalité ? Je m'interroge également sur la mise en corps et en mots de la scène jouée, que je trouve très peu expressive pour les deux filles, notamment pour Leïla. Est-ce une difficulté à se mettre « à la place de », afin de prêter son corps et sa voix à un personnage ? Cependant, Leïla pouvait imiter la sorcière en dehors de ce temps de mise en scène. Est-ce, sinon, le regard des spectateurs pendant son passage qui peut la gêner ? Ou bien la part d'improvisation du jeu qui la déstabilise, alors qu'elle aurait besoin davantage de repères ?

Par la suite, nous reprenons les cartes personnages, mais les utilisons différemment avant de jouer une saynète. Chacun choisit une carte et propose un geste qui l'illustre au reste du groupe, puis nous le faisons tous ensemble. Juste au moment du choix des cartes, Noûr doit quitter la séance pour aller en rendez-vous. Nous ne sommes plus que cinq, et c'est Sophie qui commence à présenter son geste du magicien, puis c'est au tour de Medhi qui nous propose un geste très explosif de super-héros. Vient ensuite mon tour pour le dragon. Jusque-là, tous les mouvements réalisés étaient assez rythmés et la démonstration de Leïla a fait l'effet d'une coupure dans ce rythme, en proposant un geste lent d'une sorcière qui mélange sa potion dans un chaudron. Je remarque que la posture de Leïla a changé, et ce n'est que plus tard que je fais le lien avec le départ de Noûr. En effet, avant ce dernier, Leïla était assise sur sa chaise, les pieds bien ancrés dans le sol, et le buste légèrement en avant, décollé du dossier. Elle était souriante et très en relation avec Noûr, avec qui elle faisait des messes basses. Désormais, tout son poids semble reposer sur sa chaise, les jambes tendues vers l'avant, croisées, avec un talon faisant contact avec le sol. Son dos est posé sur le dossier, tandis que son bassin se pose sur le bord de la

chaise. Son visage est également moins expressif, et elle semble avoir perdu en motivation pour cette fin de séance. Je m'étonne de ce contraste si net entre les deux postures, séparées de quelques minutes seulement. C'est ainsi que je comprends le soutien que lui procure Noûr, et combien leur relation et l'affinité qui les lie occupe une place importante dans l'investissement dans chacune de nos propositions. Ici, le départ précipité de Noûr a fait l'effet d'une rupture pour Leïla.

Cela se ressent dans la suite de la séance où je n'entends Leïla que très rarement. Elle se laisse guider par Medhi dans l'élaboration du scénario, ce qui contraste avec la semaine précédente où elle était riche d'idées et source de propositions. Durant la mise en scène, où je suis spectatrice et où Leïla incarne de nouveau la sorcière, je la guide pour lui dire quoi faire et l'encourage à parler. Cependant, elle ne s'exprime qu'en chuchotant à Medhi pour lui dire qu'elle a terminé de verser sa potion, et qu'il peut se relever.

À travers le récit des différentes séances que j'ai pu partager avec l'ensemble du groupe, j'ai donc observé des progrès de Leïla, à la fois dans son expression verbale et corporelle. Je la trouve également plus en lien, et investie au sein du groupe qui semble constituer un véritable soutien pour elle. Ainsi, je m'interroge **en quoi la prise en charge groupale en psychomotricité peut-elle soutenir l'expression corporelle ?**

Chapitre 3 : Théorico-clinique

Chapitre 3 : Théorico-clinique

Après avoir posé quelques bases théoriques et avoir fait la rencontre de Leïla, nous allons maintenant essayer de comprendre comment la prise en charge groupale, avec le cadre qui le constitue et ses phénomènes particuliers, peut-il participer à enrichir l'expression corporelle d'un patient ? De plus, nous nous intéresserons plus particulièrement au rôle du psychomotricien dans un tel dispositif.

1. Cadre thérapeutique du groupe et dispositif

1.1. *Quels cadre et dispositif dans notre groupe ?*

Comme j'ai pu le souligner en première partie théorique, le cadre et le dispositif du groupe doivent être pensés au préalable. Le groupe *1,2,3, soleil* dont Leïla fait partie, a été pensé bien avant mon arrivée en stage. Il a d'abord vu le jour pour permettre la réunion de deux pratiques, la psychomotricité et la kinésithérapie, et il a depuis lors évolué et été repensé.

1.1.1. Le dispositif : une variable

Tout d'abord, le dispositif constitue une variable qui dépend notamment de la façon dont le soignant pense le soin. Cette année, mon arrivée dans le groupe vient donc modifier des éléments du dispositif puisque ma vision du soin et mon apport, sont certainement différents de la stagiaire de l'an passé. Afin de préparer le groupe, Sophie et moi, nous sommes donc retrouvées en amont du début des séances, pour organiser l'année à venir, et notamment décider de ce que nous envisageons pour le groupe *1,2,3, soleil*. Elle a pu me présenter les différents patients que nous accompagnons et ce qui avait été fait les années précédentes. À partir de cette première présentation, nous avons toutes les deux réalisé un « brainstorming » à propos des notions d'expression corporelle et d'expression verbale. Nous nous sommes donc attachées à définir ces notions pour nous, et ce que nous pourrions proposer en fonction des objectifs individuels et pour le groupe. L'ensemble de ces paramètres ont permis la rédaction du projet de groupe, que je vous ai présenté en partie clinique. Le dispositif, c'est-à-dire ce que nous mettons en place, dépend par exemple des définitions sur lesquelles nous nous appuyons pour travailler autour de l'expression corporelle et verbale. Dès les premiers échanges, j'ai senti que Sophie et moi avions en tête une même approche de ces notions. Tout d'abord, nous associons l'idée

d'expression corporelle à celle de communication et donc d'utiliser son corps pour se faire comprendre par un autre. Ensuite, nous concevons l'expression verbale selon deux versants : le fond et la forme. D'après moi, une partie du travail peut se faire avec une orthophoniste et c'est pourquoi je me suis interrogée très tôt sur notre spécificité : que pouvons-nous apporter aux enfants dans notre groupe de psychomotricité, et qu'ils n'auraient peut-être pas ou peu durant leur séance individuelle avec l'orthophoniste ? À cette question, je répondrais que ce sont toutes les nuances expressives de la voix que nous recherchons, dans les intonations, le ton utilisé, le débit ; mais aussi l'utilisation des mots pour partager un ressenti et s'adapter dans la relation.

À travers nos réflexions et nos questionnements, le groupe prend forme, reposant sur notre dispositif.

De plus, le dispositif tient compte des patients et de leurs possibilités. Nous devons donc prendre en considération un paramètre supplémentaire : l'arrivée de Noûr dans le groupe, qui se déplace en fauteuil roulant, et pour qui les activités motrices sont restreintes et doivent être adaptées.

Enfin, le dispositif renferme également les éléments suivants :

- La cothérapie : Sophie et moi sommes en coanimation pour le groupe. Nous occupons toutes deux le même rôle au sein du groupe et auprès des enfants. « La cothérapie facilite également le va-et-vient entre le groupal et l'individuel lorsqu'une attention particulière est nécessaire à l'un ou l'autre participant. » (Amoretti, 2015, p. 148). La cothérapie est bénéfique autant pour nous, car nous nous pouvons croiser nos regards et observations, et échanger nos idées lors des temps de préparation, que pour les enfants qui trouvent davantage d'appuis offerts par les psychomotriciennes. Par ailleurs, cela m'a été d'un réel soutien en début d'année, afin de m'appuyer sur Sophie pour prendre progressivement ma place au sein de ce groupe.
- Le groupe est fermé : les enfants sont les mêmes à chaque séance ce qui favorise « la constitution du groupe lui-même par la reconnaissance des processus psycho-affectifs qu'il génère. » (Amoretti, 2015, p. 149), et dont nous discuterons ensuite.

1.1.2. Le cadre : un invariable

Comme précisé dans la partie théorique, le cadre d'un groupe vient poser les limites et donne des repères spatio-temporels et institutionnels. Il constitue un invariable. Le groupe 1,2,3,

soleil existe depuis plusieurs années, le cadre spatio-temporel et le cadre institutionnel sont fixes. Les seules variations portent sur les médiations.

Au niveau spatial, nous sommes systématiquement dans la même salle, aménagée de la même façon, comme je l'ai décrite au début de mon récit. Au cours des séances, les différents espaces, au nombre de quatre, constituent des repères pour les enfants, et cela leur permet ainsi de structurer les différents temps de séances. Dès leur arrivée, ils se précipitent pour s'asseoir autour de la table basse, où nous avons disposé le nombre exact de chaises avant leur arrivée, tout en laissant une place pour le fauteuil roulant de Noûr. Puis, lorsque nous annonçons le changement d'activité, ils savent également là où nous en sommes, selon où nous nous trouvons. J'ai remarqué que l'association d'un espace à une activité leur permet de se remémorer les semaines passées et c'est donc ainsi que sont rattachés leurs souvenirs. Par exemple, il m'arrive souvent de leur demander s'ils se souviennent de ce qu'on a fait la séance précédente, pour créer du lien et permettre une continuité entre les séances. Lorsqu'ils me répondent par une activité que nous avons effectivement faite, mais dans le cadre d'un autre temps de la séance, il suffit le plus souvent de leur indiquer où nous étions, pour faire émerger les souvenirs.

Au niveau temporel, le cadre repose, entre autres, sur la régularité des séances. Elles ont lieu de façon hebdomadaire, tous les mardis à la même heure, sur les périodes scolaires. De même les séances ont une durée fixe, et un rythme particulier s'est instauré au sein de l'heure que nous partageons ensemble, du fait de la trame que nous suivons.

Au niveau institutionnel, le cadre a été posé avant mon arrivée également, lorsque le projet a été présenté au directeur et discuté en réunion d'équipe. De plus, la prise en charge groupale en psychomotricité s'inscrit dans un projet de soin pluridisciplinaire porté par l'institution.

Enfin, concernant les médiations utilisées, ce sont principalement des médiations d'expression corporelle qui vont donc favoriser la mise en relation des enfants pour partager une expérience commune vers des buts communs. Parmi elles, les mimes, la danse, les jeux de saynètes notamment. Cela remplit la première fonction de la médiation décrite par Potel : « proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions » (2019b, p. 403).

De plus, l'introduction d'objets médiateurs a permis le déploiement corporel. Par exemple, l'utilisation du ruban GRS durant le temps de motricité permet à Leila d'avoir une

meilleure aisance corporelle que je peux souligner par la comparaison des séances où Leïla doit bouger avec un ruban en main, et celle où elle n'a aucun objet en main. Lorsqu'elle utilise le ruban, bien que l'amplitude du mouvement soit faible dans la première séance, Leïla est parmi le groupe et anime l'objet. L'entrée en relation est possible, et une interaction peut émerger comme cela a par exemple été le cas avec Medhi lorsque l'un et l'autre ont fait semblant de se battre, ruban en main. À l'inverse, lorsque nous leur demandons de danser ou de bouger sur de la musique seulement, sans objet, Leïla ne semble pas savoir quoi faire et se coupe de la relation. Aussi bien lorsqu'elle est toute seule, où lorsque nous partageons un moment en toutes les deux, Leïla semble dans sa bulle, renfermée sur elle-même. Nous pouvons en conclure que le ruban de GRS, objet médiateur ajouté ici à la musique, permet ici « de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant » (Potel, 2019b, p. 403). Aussi, cela permet à Leïla, dans la relation et avec les rubans par exemple, de bouger davantage, d'oser le mouvement pour faire émerger des expériences nouvelles.

Par ailleurs, les cartes sont un autre objet médiateur que nous utilisons de façon systématique en séance. Support au travail d'expression verbale, elles offrent aux enfants une base sur laquelle ils peuvent s'appuyer pour parler. Elles assurent alors la troisième fonction de l'objet médiateur décrite par Potel (2019b), celle de symbolisation. En effet, au travers des échanges permis par les cartes sur les émotions, les enfants peuvent associer leur ressenti, leur expérience, à une représentation. Ils peuvent mettre des mots sur un vécu. Au-delà de les faire simplement parler, nous attendons le partage d'une pensée personnelle, qu'ils nous livrent quelque chose de leur histoire, leurs ressentis.

1.2. Les fonctions du cadre

Le groupe a plusieurs fonctions, nous en avons cité quelques-unes : les fonctions d'individuation, de pare-excitation, de transformation et de contenance. Ces dernières sont à la fois permises par le rôle des professionnels mais aussi par le cadre, qui est en lui-même thérapeutique. Nous allons reprendre ces différentes fonctions une à une, pour voir comment le cadre fait partie intégrante du soin, et constitue un véritable soutien, notamment pour l'expression corporelle de Leïla et ses camarades.

1.2.1. La fonction d'individuation pour se différencier

Lors de la séance avant les vacances de Noël, où seuls Matéo et Leïla sont présents, ils se dirigent vers le tonneau, formant un cylindre dans lequel ils peuvent se glisser. Matéo commence par s'y allonger à l'intérieur, et lorsque Leïla l'observe, elle peut commenter que cela ne doit pas être confortable d'y être. Elle s'identifie à Matéo et lui prête ses ressentis personnels, comme s'ils étaient en partie pareils. Il y a donc une indifférenciation entre les deux enfants, comme le décrivait Anzieu (2006) lors de la phase *d'illusion groupale*. Pour compléter, Chapelier (2002b) reconnaît « l'indifférenciation primaire » et « l'indifférenciation secondaire ». C'est cette dernière qui nous intéresse ici, puisqu'elle concerne la seconde phase d'évolution du groupe (*l'illusion groupale*) et se rapporte également au concept d'isomorphie décrit par Kaës (cité par Anzieu & Martin, 2006). Chapelier définit l'indifférenciation secondaire comme une « idéologie égalitariste » qui « affirme la similitude des membres entre eux, en niant les différences de sexe, de génération, etc. », « Le lien entre les membres se fait par identification » (Chapelier, 2002b). Pendant le temps d'expérimentation de Matéo, Leïla se tient à côté du tonneau et le regarde. Bien que nous tentions de la rassurer et que Matéo semble apprécier ce moment, Leïla me paraît sceptique. Sa bouche est très légèrement éversée et ses yeux se plissent d'étonnement. Une fois venue son tour d'entrer dans le tonneau, j'aide Leïla à s'installer en la guidant verbalement, puis nous lui laissons un moment, seule, pour qu'elle profite de cette expérience. Les bercements semblent lui permettre de trouver du calme et d'apprécier l'expérience, ou du moins d'en avoir une vision différente de ses a priori. Ainsi, l'expérience commune faite tour à tour par Matéo et Leïla, permet comme le souligne Latour (2015), de faire à la fois l'expérience du semblable, et celle du singulier. En essayant de faire la même chose que Matéo, Leïla peut se rendre compte que son expérience est différente : elle n'entre pas dans le tonneau de la même façon, son installation est différente et son vécu l'est aussi. En fin de séance, elle nous dit d'ailleurs avoir préféré rouler sur le tonneau que de se bercer à l'intérieur contrairement à Matéo. Cela lui permet alors de se différencier et donc de s'individuer, comme lors de la dernière phase décrite par Anzieu (2006) de *redifférenciation*. Ceci est lié à l'expérience faite en situation de groupe, mais aussi grâce à notre cadre où nous offrons à chaque enfant sa place et son temps d'expérimentation.

Cette fonction d'individuation est essentielle pour l'expression corporelle puisque, comme l'a souligné Potel (2019a), la différenciation en est une condition indispensable.

1.2.2. La fonction de pare-excitation face aux débordements

Par ailleurs, cette expérience du semblable peut parfois être difficile à accepter pour les enfants, et peut être perçue comme une menace tel que cela est décrit par Anzieu et Martin (2006) durant la *période initiale*.

Je vais pour cela vous présenter une vignette clinique, où la similitude est perçue comme une attaque par Medhi. Lors du temps d'expression verbale, Sophie ou moi-même disposons sur la grande table les différentes cartes parmi lesquelles les enfants pourront en choisir une. Nous leur donnons pour consigne de faire le tour de la table pour prendre le temps de regarder chacune des cartes, puis de reculer une fois leur choix réalisé, mais ce, sans prendre la carte en main. Cela offre la possibilité qu'une même carte soit choisie par plusieurs personnes. Ici encore, le cadre que nous avons posé permet de se différencier, dans le cas où une carte est choisie par deux personnes, car à partir d'une même carte, les justifications et réflexions seront différentes et propres à chacun. Néanmoins, pour Medhi, voir sa carte être choisie par un autre camarade est difficile à accepter.

Je peux citer une des fois où les cartes disposées sur la table, étaient des photos d'enfants dans une situation de la vie quotidienne et rattachées à un contexte émotionnel. Leïla choisit celle d'un enfant faisant de la luge avec sa maman, Noûr prend l'image d'une fillette faisant du vélo, tandis que les garçons choisissent tous les deux celle d'un garçon soufflant ses bougies et entourés de ses camarades. Matéo se saisit de la carte en premier, ce qui agace Medhi qui tente de prendre la carte des mains de Matéo. Ce dernier se détourne, empêchant Medhi d'atteindre son but et le rendant furieux. Les deux garçons s'agrippent tous deux à la carte, et le ton commence à monter, chacun revendiquant qu'il s'agit de leur carte. Sophie se trouve alors à proximité des garçons tandis que je suis de l'autre côté de la table avec les filles, qui regardent avec perplexité la scène qui se déploie devant leurs yeux. C'est donc Sophie qui intervient, énonçant de nouveau les consignes et notamment la possibilité qu'une même carte soit choisie plusieurs fois. Medhi se vexe, essaie de se justifier en criant puis finit par lâcher la carte et se rasseoir sur sa chaise, bras croisés sur la table, plongeant sa tête dans ses bras. L'idée qu'un autre soit comme lui ne lui est pas supportable ce qui l'amène à une attaque du cadre. De même, une fois que nous sommes tous à table, il reste un moment dans cette position avant de nouveau s'énerver et prétendre que la carte est à lui, et qu'il n'a rien fait de mal. Sophie reprend et repose les limites du cadre, elle énonce les règles instaurées pour le groupe concernant le respect de chacun notamment. Medhi s'excuse et accepte d'écouter Matéo puis de s'exprimer lui aussi à propos de la carte. Ainsi, c'est en appui sur le cadre que Sophie a pu limiter les risques de

débordements. Le comportement de Medhi constituant une menace pour le groupe, le rappel du cadre a permis un retour au calme et donc d'assurer sa fonction de pare-excitation. Autrement, le comportement de Medhi aurait pu entraver le bon fonctionnement du groupe et notamment la participation des autres enfants.

Ainsi, la fonction de pare-excitation réduit les stimulations sensorielles potentiellement désorganisatrice pour le groupe et pour les individus de manière individuelle. Cela participe donc au maintien de l'équilibre sensori-tonique, sur lequel nous reviendrons par la suite, indispensable à l'expression corporelle. Sans cela, il est difficile de porter une attention à soi et aux autres ce qui aurait un impact sur la relation et l'expression corporelle de chacun.

1.2.3. La fonction de contenance, source de sécurité

Pour continuer, dans la façon dont nous avons pensé ce groupe thérapeutique, nous avons décidé de participer pleinement aux activités avec les enfants autant que possible : que ce soit pour l'expression verbale, les temps de motricité ou encore les saynètes en fin de séance. Au début, nous choisissons aussi une carte pour laquelle nous voulons partager quelque chose au groupe, puis nous bougeons, dansons, incarnons un personnage dans les saynètes lorsque cela est possible, etc. Ainsi, nous nous mettons au même niveau que les enfants, ce qui marque une différence avec le milieu scolaire dans lequel ils sont au quotidien. À l'école, les enseignants peuvent prendre une posture plus directive, où la hiérarchisation enseignant/enseigné est davantage marquée. À mon sens, cela a quelque chose de rassurant pour les enfants, de nous voir dans la même situation qu'eux. Au-delà du fait que nous pouvons avoir fonction de modèle, nous en reparlerons plus tard, cela participe à la fonction de contenance. En effet, en étant tous au même niveau, cela renforce les liens entre tous et participe à la création d'une unité. Nous sommes différents participants existant individuellement, mais formons un tout réuni par l'enveloppe groupale. « Le dispositif groupal a une fonction de cadre, de contenant, d'enveloppe dans laquelle un travail psychique pourra avoir lieu » (Thirant, 2010, p. 25). Cette contenance apporte alors un climat de confiance et un sentiment de sécurité pour oser aller vers de nouvelles expériences, se livrer de la façon la plus authentique possible et donc avoir une meilleure expression corporelle et verbale.

1.2.4. La fonction de transformation : comprendre pour exprimer

Pour finir, revenons à la saynète jouée par les enfants, dans laquelle un nouvel élève se trouve seul dans la cour de récréation. Après le temps de mise en scène, nous faisons le choix avec Sophie de rediscuter sur ce qu'il vient d'être joué dans un temps de reprise, avant de poursuivre en inversant les rôles. Dans un premier temps, c'est Leïla qui joue la nouvelle, qui est ensuite interpellée par Medhi. Ce dernier lui parle de loin sans y mettre les formes habituellement usées en société. Ainsi, pendant le temps de reprise, où nous sommes tous en cercle, Sophie commence par demander à Leïla comment elle s'est sentie lors de la prise de contact de Medhi avec elle. Leïla, immobile, baisse la tête vers le sol le temps de réfléchir puis jette un rapide regard à Sophie pour lui répondre « *ça va* » et de nouveau baisser la tête. Je l'invite à nous en dire plus en lui demandant si elle aimerait bien qu'un enfant l'interpelle de cette façon pour l'inviter à jouer. Elle me répond « *pas trop* », mais ne peut rien ajouter lorsque je lui demande pourquoi. Sophie et moi formulons des hypothèses, auxquelles elle acquiesce plus ou moins, sur ce qu'elle a pu ressentir, penser, les émotions qu'elle a pu vivre à ce moment-là, etc. Ce temps de reprise, que nous avons pensé dans notre préparation de séance, est une aide à la verbalisation, permettant une meilleure compréhension des vécus parfois difficilement mis en mot, en sens. Nous retrouvons alors la fonction de transformation du groupe, en partie permise par le cadre et le dispositif que nous avons instaurés avec Sophie. Cette fonction de transformation est importante, puisqu'elle permet que « ces expressions prennent toute leur valeur créative et transformatrice » (Potel, 2019a, p. 367). Ici, nous avons pu pendant l'observation du jeu de Leïla et de ses camarades, recevoir des éléments bruts sur lesquels Leïla ne pouvait pas poser de mots. En effet, les enfants sont gênés par le retard de langage, mais il me semble que la compréhension même de l'émotion et que l'identification des ressentis internes et des vécus eux-mêmes sont difficiles. Comment nommer et argumenter sur quelque chose que l'on ne connaît pas bien ? Ainsi, comme le fait la mère très tôt lorsqu'elle détoxifie les vécus bruts de son enfant ; Sophie et moi prenons ce même rôle dans le but d'améliorer la compréhension des ressentis, afin de s'en créer des représentations. Cela s'apparente alors à la fonction alpha décrite par Bion (cité par Gatecel et al., 2015), ceci dans l'idée qu'une émotion mieux identifiée pourra ensuite être exprimée plus facilement et d'une façon plus riche.

1.2.5. Le maintien de l'équilibre sensori-tonique

Pour conclure, au travers de ces différentes fonctions, notre cadre et notre dispositif vont favoriser le maintien de l'équilibre sensori-tonique développé par Bullinger. Par exemple, la fonction de pare-excitation que nous venons de développer dans la vignette clinique concernant Medhi, est essentielle afin de réguler les stimulations et d'éviter le débordement face à un nombre trop important de stimulations sensorielles incohérentes et/ou inadaptées. Or, pour maintenir cet équilibre, qui rappelons-le, est indispensable pour « agir sur le monde » (Bullinger, 2007, p. 158), les trois composantes (physique, biologique et sociale) doivent former un tout harmonieux et équilibré. Par la fonction de pare-excitation, nous agissons sur le milieu physique en assurant le maintien d'une stabilité dans les stimulations sensorielles au sein du groupe. Nous veillons à ce qu'il n'y ait pas de surstimulation qui déborderait les capacités de gestion des flux sensoriels par les enfants, entravant alors leur motricité et capacité à penser.

La composante biologique de cet équilibre concerne des besoins fondamentaux assouvis. En psychomotricité, nous ne sommes pas les premiers concernés par la satisfaction des besoins primaires tels que la satiété et le sommeil. Cependant, nous ne pouvons pas avoir les mêmes attentes envers un enfant dont les besoins physiologiques ne sont pas assouvis. En effet, cela entrave le maintien de l'équilibre sensori-tonique et donc impacte l'expression corporelle de l'enfant. Ainsi, dans notre cadre et notre dispositif, nous devons avoir une certaine souplesse pour s'adapter à l'état de l'enfant au moment présent.

Enfin, la sphère sociale est également importante à prendre en considération. Les participants du groupe se connaissent entre eux, et ce, avant la création du projet, ce qui modifie les interrelations en séance et facilite l'ajustement mutuel entre tous, nécessaire au maintien en équilibre de la composante humaine. Cet équilibre passe également par un dialogue tonique adapté, dont nous reparlerons ensuite, au travers de la fonction du psychomotricien.

2. Place et fonction du psychomotricien dans un groupe

La pratique du thérapeute, va avoir une influence sur son positionnement pendant les séances, c'est-à-dire, s'il reste en observation, tient une part active, se place comme accompagnateur, etc. Dans le cadre d'un groupe de psychomotricité, le rôle du psychomotricien

est plutôt celui de soutien à la création, d'accompagnateur de ce qui peut se jouer corporellement et/ou psychiquement dans le groupe.

2.1. Engagement corporel et dialogue tonique

« Le psychomotricien doit par essence s'impliquer corporellement dans la prise en charge du patient. » (Pireyre, 2015a, p. 21). Sophie et moi prenons une part active lors des séances, nous participons aux activités avec les enfants, nous nous impliquons corporellement, et cela demande une grande attention. En effet, il ne s'agit pas simplement de faire avec ou comme eux, mais bien de nous engager dans l'action d'une manière particulière. En tant que psychomotricien, le corps est au cœur de notre pratique et du soin, et notre intérêt se porte à la fois sur notre corps, mais aussi celui du ou des patient(s). Par exemple, lorsque Leïla se trouve allongée dans le tonneau, positionné à l'horizontale, elle est en difficulté pour sortir de cette position. Sa nuque se raidit, orientant son menton vers sa poitrine et faisant l'effet d'une coupure dans la détente précédemment observée, durant les bercements. Ses genoux se fléchissent, ses pieds s'agitent, tout comme ses mains qui cherchent un point d'accroche pouvant lui permettre de se hisser au-dessus du tonneau. Jusqu'alors accroupie à côté du tonneau, je lis la nervosité au travers de son corps. La posture que je tenais jusqu'à ce moment, devient inconfortable, mes muscles se contractent, et me demandent une remise en mouvement pour cesser l'ankylose. Ici, c'est donc par l'écoute de mes propres ressentis, que j'ai pu entendre et percevoir ceux de Leïla et alors m'ajuster. Je me lève pour désengourdir mes jambes, et m'approche d'elle. Je me mets à genoux, le buste légèrement penché en avant et j'abaisse mon tonus. Ma voix se pose pour la guider verbalement dans les différentes étapes qu'elle doit suivre pour sortir du tonneau. Instantanément, Leïla repose sa tête contre la paroi de l'objet et son corps semble se détendre avant de se mettre en mouvement pour suivre mes indications. Nos deux corps en relation ont alors pu communiquer et un accordage a eu lieu : un dialogue tonique se met en place.

Comme souligné en théorie, Ajuriaguerra développe cinq canaux de communication corporelle auxquels Pireyre (2015d) en ajoute un sixième : le regard. Parmi les six canaux, tous ne seront pas utilisés par une même personne. Chacun a des « canaux d'expression » privilégiés, ainsi que des « canaux de lecture » préférentiels dans la compréhension de l'état émotionnel d'autrui. C'est au professionnel de repérer quels sont-ils pour lui-même et chez son patient. On parle d'implication, ou d'engagement corporel du psychomotricien lorsqu'il « analyse [...] les canaux utilisés par le patient et y réagit éventuellement verbalement, mais aussi en miroir au

moyen de son propre corps et de son ressenti émotionnel. » (Pireyre, 2015d, p. 136). Il peut alors modifier son attitude (sa façon de se tenir corporellement), se placer différemment dans la pièce, être à l'écoute des propres modifications toniques, à ses gestes et leur qualité, ses mimiques et être attentif à l'objet sur lequel se porte son regard. C'est par l'écoute de soi, que le psychomotricien peut aider son patient dans la compréhension de ses canaux de communication et la prise de conscience de son corps et de ses émotions. Dans la séquence précédemment décrite, c'est par mon engagement et donc la lecture de nos deux corps en relation, que j'ai modifié mon attitude et la place que j'occupais dans l'espace pour m'ajuster à Leïla. Ceci, dans le but de faire descendre le tonus de Leïla en retour, et faciliter son exploration au travers d'un vécu plus positif.

Ce dialogue tonique ajusté, participe alors au maintien de l'équilibre sensori-tonique décrit par Bullinger, notamment par son influence sur la composante humaine. En apportant des réponses corporelles et toniques adaptées, je participe à la régulation tonique de Leïla, ce dont elle pourra progressivement prendre conscience par la répétition de ce dialogue ajusté. « On fera l'hypothèse ici que l'engagement corporel du psychomotricien a valeur de langage. Langage corporel qui permet au patient une certaine prise de conscience de son style psychomoteur et de ses gestes, volontaires ou non. » (Pireyre, 2015a, p. 22). Ainsi, l'équilibre sensori-tonique assuré, et une meilleure conscience de son corps en relation, participent à l'enrichissement de l'expression corporelle.

Par ailleurs, cet engagement corporel au sein d'un groupe a la particularité de prendre place dans une prise en charge où il faut à la fois faire de l'individuel et du groupal. Cela demande un positionnement particulier qu'il m'a été difficile de trouver dans les premiers temps. Comment s'ajuster à plusieurs personnes dont les besoins sont différents ? Parfois prise avec Matéo, qui me demande un tonus bas et une attitude posée pour le ramener dans le groupe, j'ai été confrontée au besoin simultané d'élever mon tonus pour gagner en fermeté afin de reposer les limites et le cadre à Medhi. Deux dialogues opposés qui se confondent et dont l'un vient rompre quelque chose de l'autre.

2.2. La mise en mots

Si le corps du psychomotricien peut prendre une forme de « langage » comme le nomme Pireyre (2015a), les mots ont eux aussi toute leur importance en psychomotricité. En séance, les

moments de silence sont peu nombreux. D'une part, parce que les enfants aiment discuter entre eux et chahuter avec les uns et les autres ; et d'autre part, car Sophie et moi occupons une place importante de ce bain langagier.

Ainsi, le langage du psychomotricien peut avoir plusieurs fonctions :

Tout d'abord, une fonction d'explication : lorsque nous énonçons les consignes et les reformulons.

Ensuite, une fonction de transformation, d'accès à la représentation : nous l'avons évoqué avec les fonctions du cadre. Ce dernier contient en effet, des temps prévus à la mise en mots de notre part en tant que psychomotriciennes. Par ailleurs, cela peut se faire de façon spontanée tout au long de la séance, par le rôle du psychomotricien, qui comme la mère, assure la fonction alpha que nous avons déjà détaillée. Nous sommes là pour enrichir et alimenter leurs récits, mais également mettre des mots sur ce qui est difficilement énonçable. Cela permet également de donner des images pour faire des associations entre une expérience et des mots. Par exemple, dans le jeu des contrastes où j'associe l'adjectif raide à « *être comme des bâtons* », « *un robot* », ou encore, la colère que je décris comme « *on a envie de taper du pied* », « *on devient tout dur* », « *on serre des poings* », etc.

Également, une fonction de reconnaissance de l'autre comme sujet dans la relation. Par la verbalisation d'un vécu qu'il observe chez le patient, le psychomotricien reconnaît l'état traversé par ce dernier. Pour le patient, cela lui permet de se sentir écouté et pris en considération dans la relation. Par exemple, avant les vacances de Pâques, seule Leïla est présente en séance. Il était prévu qu'une autre stagiaire soit présente sur ce jour, et donc la séance a été maintenue afin qu'elle puisse observer une séance de psychomotricité malgré tout. Cependant, la situation est intimidante pour Leïla, qui se retrouve face à trois adultes, dont une qu'elle ne connaît pas. Lorsque nous débutons la séance, autour de la table comme à notre habitude, Leïla se tient en retrait. Sa chaise est éloignée de la table, son dos repose sur le dossier tandis que son bassin est en antéversion sur le bord de l'assise de la chaise. Ses mains sont jointes sur ses cuisses, et son regard s'oriente vers le bas. Je retrouve alors l'expression corporelle d'un mal-être, comme cela pouvait se manifester lors des premières séances. Sophie prend la parole et met en mot combien cela doit être intimidant d'être assise face à nous trois. Leïla sourit, gênée, mais aussi soulagée d'être entendue dans son ressenti. Après cet échange, et une présentation des activités prévues pour cette séance particulière, j'observe Leïla se redresser sur sa chaise, basculant son bassin vers l'arrière et ouvrant son regard plus au loin qu'auparavant. La mise en mots de son ressenti semble

avoir participé à une mise en confiance et à l'émergence d'un sentiment de sécurité ce qui a impacté sa posture dans la suite de la séance et facilité sa mise en mouvement.

Enfin, une fonction de réassurance, permise à la fois par les mots employés et la prosodie de la voix. Dans la séquence où j'aide Leïla à sortir du tonneau, mes mots permettent également une certaine réassurance. En effet, ma voix constitue un support sur lequel Leïla peut s'appuyer pour se mettre en mouvement et s'exprimer.

Tous ces mots constituent un bain langagier dans lequel sont plongés les patients, et qui participe au sentiment de contenance. Or, ce dernier est essentiel pour qu'émerge un sentiment de sécurité, nécessaire à l'expression corporelle.

2.3. *Laisser une place à la créativité*

La créativité, c'est créer quelque chose de personnel que l'on partage à l'autre. La créativité d'un enfant peut s'exprimer de multiples façons, et elle nous importe en tant que psychomotricien puisqu'elle est révélatrice quant à la personnalité, un ressenti, la structuration interne ou encore le stade de développement de notre patient (Lièvre & Staes, 2011). Dans nos séances, c'est nous qui décidons des activités que nous réalisons, et il n'y a pas de jeu libre à proprement parlé. Cependant, nous veillons à offrir la possibilité aux enfants d'exprimer leur créativité au travers de nos propositions. Lors des saynètes, les premiers scénarios proposés étaient entièrement construits, et les enfants devaient seulement jouer le rôle qui leur était attribué, comme lors de la scène où un chien est perdu et que son maître est recherché. Par la suite, nous leur demandons davantage de participer à l'élaboration de la saynète voire de l'imaginer entièrement, comme cela est le cas avec les personnages fictifs tels que le pirate, la princesse, etc. Ils ont un rôle à jouer et leur participation active sur le pan créatif est vivement attendue. Le jeu qui prend forme, est alors pour chacun, un moyen d'expression qui peut par exemple laisser émerger l'expression de fantasmes. Ainsi, prendre plaisir à incarner une sorcière comme c'est le cas pour Leïla, peut être pour elle, un moyen d'être ce qu'elle ne peut pas ou ne s'autorise pas à être en dehors du cadre de la séance. Au travers du faire-semblant et de l'imagination, elle peut vivre une expérience nouvelle qui nous témoigne de ses ressentis intérieurs, en utilisant le jeu et son corps comme médiation. La création, support de ses ressentis, vient alors nourrir son expression corporelle dans la relation.

Par ailleurs, il arrive que le patient soit en manque d'inspiration et que sa créativité fasse défaut. Il est alors du ressort du professionnel de l'aider pour qu'il parvienne à créer malgré ses difficultés (Lièvre & Staes, 2011). C'est au travers de questions, de verbalisation ou encore en prêtant son corps que le psychomotricien peut favoriser l'émergence d'une création chez le patient. C'est le cas lorsque j'interroge Medhi et Leïla durant l'élaboration de leur histoire entre un chevalier et une sorcière. Les aider à construire leur scénario a pour moi, à ce moment-là, l'objectif d'enrichir leurs idées et faciliter le jeu des personnages et donc l'expression corporelle. De même, lors des mimes avec ces mêmes personnages, il m'arrive de les aider à exprimer l'idée qu'ils se font du personnage par des questions ou indices verbaux, sans directement le faire moi-même, afin que la réalisation finale soit l'expression de leur représentation personnelle et singulière.

De plus, en tant que psychomotricien, nous avons également en tête des objectifs pour nos patients. Dans les objectifs pour le groupe, nous avons évoqué le développement de l'aisance relationnelle, que ce soit dans l'expression verbale, mais également dans l'utilisation du corps comme messenger. Ainsi, l'objectif est que les progrès observés en séances puissent être réutilisables dans un cadre différent (Lièvre & Staes, 2011). C'est pourquoi, la construction des séances au fil de l'année, s'adapte aux progrès que nous observons et est en cohérence avec notre projet de soin. Nous avons donc fait le choix de faire évoluer nos propositions de saynètes de situation imaginaires à des situations au plus proche du quotidien, comme par exemple jouer des clients se rendant dans une boulangerie. Après un passage où nous leur demandons de jouer des clients ordinaires, Sophie leur propose d'incarner des clients plus atypiques : un client pressé, sourd, lent... Au départ, nous ne leur faisons aucune proposition, Sophie donne simplement l'exemple de ce qu'elle va faire (le client indécis) pour que cela vienne d'eux. Nous faisons alors appel à leur créativité dans la formulation de propositions, mais également un travail d'expression corporelle dans un contexte de corps en relation, où l'attitude et la posture doivent être ajustées dans la rencontre, comme vecteur de communication.

Enfin, laisser une place à la créativité dans l'espace groupal, qualifié de transitionnel par Winnicott (2002), est aussi l'occasion de permettre un travail d'écoute de soi et de l'autre dans la relation. Au sein d'une création partagée, une part d'improvisation est à l'œuvre, ce qui demande une attention particulière à l'expression corporelle de l'autre, qui laisse une trace en soi : c'est un travail d'*impressivité*, comme le décrit Lesage (2021). Dans la séquence de jeu où Leïla interprète une nouvelle arrivante dans l'école et seule en récréation, elle n'a dans un premier temps pas

d'idées sur la façon dont le reste du groupe va entrer en relation. C'est Medhi qui l'interpelle en premier, de manière houleuse, ce qui surprend Leïla. Cette dernière relève la tête, jusqu'alors dos au reste du groupe, et doit alors faire une lecture de la situation pour ensuite pouvoir y répondre. La façon qu'a eue Medhi de s'adresser à elle, n'est pas sans laisser de traces dans son vécu personnel. Cependant, elle a du mal à mettre des mots sur son vécu et c'est moi qui lui propose une expression verbale de ses ressentis, à laquelle elle acquiesce. Ici, j'effectue un « travail de prédigestion psychique » (Potel, 2019a, p. 376), qui permet à l'enfant de comprendre l'impression, c'est-à-dire, la trace laissée par l'autre en soi. Au travers de moyens qui lui sont propres, le psychomotricien « va prêter en quelque sorte son psychisme à ses patients » (Potel, 2019a, p. 377), afin de rendre les ressentis du patient plus assimilables par ce dernier. Ce travail *d'impressivité* étant indissociable de celui d'expressivité, ces propositions de co-construction dans l'espace transitionnel prennent alors toute leur importance.

2.4. « La locomotion de groupe »

La « locomotion de groupe » (Cartwright et Zander cités par Anzieu & Martin, 2006, p. 171) est un concept psychologique afin de qualifier l'évolution du groupe. Cependant, en psychomotricité, l'idée de conduire les patients d'un état à un autre est aussi vraie. Le thérapeute fait des propositions au groupe afin de susciter leur intérêt, de les mettre au travail sur une certaine thématique et d'atteindre des objectifs définis en amont. En début d'année, nous avons déterminé un projet de groupe, dans lequel figurent à la fois des objectifs généraux, pour le groupe, mais aussi des objectifs individuels au plus proche des capacités et besoins de chacun des enfants. Par exemple, Medhi et Noûr ont pour projet d'entrer au collège à la rentrée prochaine, et les attendus en termes d'expression corporelle et verbale sont donc différents de ceux de Matéo et Leïla qui restent dans la même école primaire. Par ailleurs, les capacités initiales de chacun des enfants étaient différentes, et bien qu'ils aient un projet commun pour l'année prochaine, leurs objectifs sont adaptés. Ainsi, lorsque nous préparons nos séances d'une semaine pour l'autre, nous faisons le point sur les progrès observés pour chacun et ce qu'il reste à travailler afin de poursuivre au travers de nouvelles propositions d'activités. Pour Leïla, nous avons noté des progrès quant à son expression verbale qui s'accompagnent d'une prise de confiance en soi, et d'une plus grande motivation à participer aux expérimentations et à s'y engager corporellement. Notre objectif est alors de poursuivre la mise en jeu du corps en relation. Les activités que nous pensons pour la suite sont pour l'ensemble du groupe, mais notre accompagnement en séance

est différent selon les enfants. Nous nous appuyons perpétuellement sur le projet de soin défini en début d'année, afin de réévaluer les objectifs.

Pour reprendre le concept de Cartwright et Zander, Anzieu et Martin (2006) s'appuient ensuite sur les travaux de Lewin, pour qui, dans chacun des groupes, il y a un potentiel d'énergie. Seulement une partie est utilisée tandis que l'autre est latente. Parmi l'énergie utilisée, nous pouvons distinguer deux types d'usage : l'un en vue d'atteindre les buts communs par des activités instrumentales, c'est le système de tensions positives ; l'autre en vue de maintenir la cohésion de groupe et d'améliorer les relations interpersonnelles entre les membres par des activités dites « consommatoires », c'est le système de tensions négatives (Anzieu & Martin, 2006). En tant que psychomotriciennes, Sophie et moi occupons la fonction de *headship* que nous nous partageons, du fait de la coanimation du groupe. Il est de notre fonction de s'assurer de l'usage de l'énergie potentielle dans le groupe. Ainsi, nous guidons la séance par l'annonce des consignes, la gestion du temps, les reformulations et adaptations à chacun des enfants, pour un bon déroulement des activités proposées, et la mise au travail des objectifs précédemment définis. Par ailleurs, cela ne peut fonctionner, si nous n'assurons pas également le maintien d'une atmosphère bienveillante et propice au travail psychomoteur proposé. C'est pourquoi la fonction de pare-excitation garantie par le cadre du groupe comme nous l'avons détaillée, et par notre engagement corporel, est essentielle afin de ne pas mettre à mal les diverses interrelations et la cohésion de groupe.

Pour favoriser le maintien d'une atmosphère favorable à la mise en œuvre d'activités instrumentales, nous veillons à la dimension ludique de la séance. Le but est que les enfants prennent du plaisir, nous en discuterons plus en détails dans la suite de mon récit. Au travers de ces propositions ludiques, nous invitons « à une recherche personnelle profonde, à la rencontre des sensations, images et états émotionnels qui donnent forme au corps et s'extériorisent selon des modes d'expression singuliers. » (Cologne, 2010). Le psychomotricien propose des expériences où le corps est mis en mouvement, incitant alors chaque patient à porter une attention à soi, à son corps, ses ressentis émotionnels, vécus corporels, etc. Ces derniers sont, dans un même temps, exprimés au travers du corps, permettant une communication des états internes. Sophie et moi sommes particulièrement attentives à l'expression corporelle qui émane des expérimentations, car d'après les objectifs que nous avons définis dans une idée de « locomotion de groupe », l'expression corporelle, notamment, se veut être enrichie.

3. Impact du groupe sur l'expression corporelle

3.1. Etat des lieux de l'expression corporelle de Leïla

3.1.1. Schéma corporel et image du corps de Leïla

Dans le bilan psychomoteur de Leïla, réalisé en mai 2019, il est souligné un retard de développement global et des fragilités au niveau de la construction de son schéma corporel. Aujourd'hui, le vocabulaire relatif aux différentes parties du corps, ainsi que la connaissance du placement de son corps dans l'espace et des rapports des différentes parties entre elles sont maîtrisés et correspondent à ce qui est attendu pour une enfant de son âge. Il semble donc que le retard ait été rattrapé et que le handicap n'est pas laissé d'impact sur le schéma corporel, mais seulement entraîné un retard dans son développement. Cela se justifie notamment compte tenu du handicap, puisque comme le précise Dolto (1992), notre schéma corporel s'édifie selon nos expériences, et dépend de notre réalité. La myopathie impacte sur ses capacités d'investissement corporel et expériences sensori-motrices, et a de fait des répercussions sur la constitution de son schéma corporel. De plus, ce dernier, se constitue par les expériences sensori-motrices du jeune enfant. Or, du fait du handicap, les expériences de Leïla ont été restreintes, en qualité et en quantité, ce qui a retardé l'émergence d'un schéma corporel organisateur de la motricité, et retentit sur le développement psychomoteur global.

Par ailleurs, l'image du corps de Leïla m'interroge. Quelle est-elle ? Comment se représente-t-elle avec son handicap moteur qui touche directement le corps, ainsi que la croissance rapide qu'elle est en train de vivre ? Ces deux éléments ont inévitablement une incidence sur l'image du corps de Leïla, puisque l'image du corps « est la trace structurale de l'histoire émotionnelle d'un être humain » (Dolto, 1992, p. 48) et « support du narcissisme » (Dolto, 1992, p. 23). L'image du corps « est le lieu inconscient [...] d'où s'élabore toute expression du sujet » (Dolto, 1992, p. 48). Impactée chez Leïla, elle retentit donc sur sa motricité, l'expressivité et l'investissement qu'elle a de l'espace. Cependant, le lien à notre environnement entraîne un vécu particulier, et laisse une trace susceptible de modifier l'image du corps, qui se trouve donc réactualisée en permanence. Cela modifie alors la perception de soi-même et donc le narcissisme (Dolto, 1992). Nous comprenons alors que l'image du corps impacte l'expression corporelle de Leïla, mais que celle-ci peut évoluer compte tenu des interrelations prenant forme au sein du groupe.

Par ailleurs, l'image du corps est liée au tonus, comme le souligne Pireyre (2015c) en appui sur Wallon et Ajuriaguerra. En effet, le tonus est dépendant de l'état émotionnel du sujet, ce qui en fait un point commun avec l'image du corps. Ainsi, le tonus peut être le reflet de l'image du corps du sujet, notamment au travers de réactions tonico-émotionnelles particulières. L'hypotonie de Leïla, causée par une pathologie neuromusculaire, reste tout de même influencée par son état psycho-affectif. L'observation de son état tonique reste donc un indicateur majeur de son expression corporelle.

3.1.2. Tonus et posture : quelle lecture du corps ?

Nous l'avons vu, nous pouvons subdiviser le tonus sous trois formes : le tonus de fond, le tonus postural et le tonus d'action (Pireyre, 2015c). Du fait de sa myopathie, Leïla a une hypotonie globale donc son tonus de repos est bas. En séance, Leïla n'est jamais tout à fait au repos puisque même en simple position assise, les muscles antigravitaires sont mobilisés pour permettre le maintien d'une posture stable. Cependant, ce fond hypotonique résonne sur l'ensemble de la façon d'être de Leïla, ainsi que sur sa motricité. Notamment, cela a un impact sur sa posture. Si je reprends sa façon de se tenir debout, l'hypotonie est au centre de mes observations. Les épaules de Leïla sont enroulées vers l'avant, les bras ballants le long de son tronc hypotonique. Son regard s'oriente le plus souvent vers le bas, la tête penchée vers l'avant. Cela engendre donc un enroulement de son axe que nous pouvons associer à un repli sur soi comme chez le jeune enfant. Indéniablement, la tonicité de chacun n'est pas sans incidence sur les différents corps en présence. En effet, la tonicité a trois fonctions : « rencontrer l'autre en soi ; se rencontrer soi-même ; rencontrer le bébé qui n'a pas encore le langage parlé. » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 175). Ici, c'est par la vue que je rencontre Leïla et lorsque je l'observe se tenant ainsi, je sens que mon tonus s'abaisse lui aussi, notamment au niveau du haut de mon corps où je prends conscience que mes épaules s'abaissent. Par ailleurs, lorsque Leïla ouvre davantage son regard, ce qui s'accompagne généralement d'un recrutement de son tonus, je me sens alors plus en alerte. Comme si je me préparais à entrer en relation avec elle, mon tonus s'élève et tout mon axe se redresse. Les mots de Pireyre prennent alors tout leur sens : « Lorsque nous constatons des tensions ou variations toniques, même faibles, chez autrui, notre propre corps réagit toniquement » (Pireyre, 2015c, p. 106). Mon ajustement tonique, est alors l'illustration d'un dialogue tonique se réalisant à distance et souligne donc tout l'enjeu relationnel de notre posture. Ici, Leïla n'a pas conscience de ce que son corps exprime, et même si au départ, sa volonté n'est

pas de communiquer, des messages non-verbaux me sont transmis. Le dialogue tonique est en partie inconscient, mais un travail en psychomotricité peut amener à le rendre de plus en plus conscient. Cela est notamment possible grâce aux activités dans lesquelles une attention est portée à son corps et au corps de l'autre. Ainsi, le dialogue tonique peut devenir un véritable outil de communication et d'expression.

Par ailleurs, sur les premières séances groupales de l'année, lorsque nous demandons aux enfants de se mouvoir ou de danser avec un ruban de GRS, Leïla semble se mettre en mouvement uniquement pour animer le ruban et répondre à notre consigne. Elle n'est pas en relation avec les autres, comme isolée dans sa bulle, elle fixe le ruban. Seul son poignet, et parfois son coude, sont engagés dans l'action. Ici, son tonus d'action est bas, cela veut dire que le tonus recruté pour mettre en œuvre le mouvement est moindre. Cela est lié entre autres à l'hypotonie, mais également à l'intention qu'elle met dans son mouvement, et qui est limitée. Or, l'expression corporelle, c'est avoir une intention de communiquer au-dehors ce qui est interne à soi. Par ailleurs, un geste se définit comme étant une succession de mouvements guidés par une intention, afin d'atteindre un but conscient ou non (Sage et al., 2011, p. 131). Ainsi, gestes et expression corporelle peuvent être mis en parallèle puisqu'ils sont tous deux le fruit d'une intention : l'un sur un versant instrumental et l'autre sur un versant relationnel. Un travail sur le geste, demandant alors une intention dans le mouvement et donc le recrutement d'un tonus d'action plus important, pourrait donc être une piste de travail pour favoriser l'expression corporelle, requérant elle aussi une intention, cette fois de communication. Par exemple, quand Leïla anime son ruban de GRS pour jouer à la bagarre avec Medhi, elle met une intention dans son geste, et alors l'ensemble de son corps devient plus expressif.

Toutes ces observations des modulations toniques de Leïla et de sa posture, montrent bien que le corps communique. Cela est souligné par la célèbre expression de Watzlawick, issu de l'école de Palo Alto (cité par Pireyre, 2015d, p. 126) : « nous ne pouvons pas ne pas communiquer ». Notre corps communique malgré nous, sans que nous en mesurions l'ampleur. Cependant, une fois que nous prenons conscience de notre corps expressif, il peut devenir un véritable outil où la mise en mouvement teintée d'intention devient expression.

3.2. *Le plaisir d'être en relation*

Chaque semaine, après notre séance de groupe, Sophie et moi prenons une demi-heure pour partager nos observations sur la séance, mais également préparer la séance à venir. Dans cette préparation, nous devons tenir compte de plusieurs éléments : nos objectifs, les capacités de chacun, la continuité d'une séance à l'autre, etc. Mais également, il nous importe de rendre la séance ludique, pour que les enfants prennent du plaisir tout en travaillant sur leurs objectifs.

Ici, j'entends le terme de plaisir comme un « état affectif agréable, durable, que procure la satisfaction d'un besoin, d'un désir ou l'accomplissement d'une activité gratifiante. » (CNRTL, 2012d), et non au sens psychanalytique du terme. La prise de plaisir s'exprime verbalement, par exemple lorsque Leïla nous dit « *j'ai bien aimé faire la sorcière, c'était drôle de pouvoir être méchante* », mais aussi au travers des rires et des sourires que nous pouvons lire sur le visage des enfants. Ce contentement émerge d'une part de l'activité ludique en elle-même. En effet, au travers de nos propositions, nous cherchons également à offrir un espace d'expériences où la mise en mouvement pourrait être associée au plaisir. « Ces expériences d'exploration motrice et corporelle sont nécessaires pour se construire et pour, malgré le handicap, investir le corps dans le plaisir des sensations et des éprouvés corporels » (Rodriguez, 2019, p. 202).

En outre, c'est aussi de la relation, que naît cette satisfaction. Si nous prenons justement l'exemple du jeu de la sorcière par Leïla, ce plaisir était bien plus expressif dans la situation de groupe où elle devait jouer une saynète avec Noûr ou Medhi, que lorsqu'elle était seule pour mimer le personnage. Durant le jeu de mime, il y a certes le regard des autres sur soi qui importe, mais également, la relation à un pair est restreinte, puisque l'un observe l'autre sans être dans la même expérimentation. Ici, Leïla se tient face au groupe, les mains fermées devant elle comme si elle tenait une grande cuillère permettant de mélanger une potion dans un chaudron devant elle. Son regard a du mal à se fixer, et fait des allers-retours entre ses mains et le groupe. Son visage est neutre. En revanche, lorsqu'il s'agit de jouer la sorcière au sein d'une histoire dont elle a participé à l'imagination, Leïla est d'autant plus investie. Elle reste tout de même peu expressive au moment même de jouer la saynète, en lien avec une difficulté à se mettre en scène devant le reste du groupe. Par ailleurs, cela marque un contraste important avec les temps de séance qui ont entouré la saynète. Leïla, en relation avec Noûr qui joue la princesse, montre beaucoup de plaisir : elle tape des mains pour montrer son enthousiasme, sourit et plaisante avec sa camarade. Ainsi, le plaisir ressenti dans la relation a un impact sur l'expression corporelle puisque c'est dans la relation que le corps s'exprime. Nous pouvons parler d'expression à partir du moment où il y a

un émetteur, ici Leïla, et un récepteur, Noûr de façon directe et les observateurs de la scène indirectement.

Par ailleurs, lorsque qu'on tente d'induire un changement dans un groupe, il y a des mécanismes de défenses qui se mettent en place et marquent une résistance au changement (Anzieu & Martin, 2006), aussi bien à l'échelle individuelle que groupale. Or, le plaisir éprouvé dans la relation facilite la mise en mouvement. L'enfant qui prend du plaisir avec le groupe, accepte plus facilement de se prêter aux expériences proposées. Lors de la séance où Noûr quitte le groupe avant les autres, l'attitude de Leïla se modifie ainsi que son investissement diminue. Assise sur sa chaise, Leïla se ferme à la relation et ses propositions sont moins expressives, par exemple dans le mime de la sorcière. Le plaisir de la relation s'est ici dissipé du fait du départ de son amie. Cela a alors eu un impact sur sa participation et notamment dans l'intention de ses gestes et de son expression corporelle. Le plaisir de la relation apparaît donc comme un élément essentiel pour Leïla, afin de faciliter sa mise en mouvement et son expressivité.

3.3. Prendre appui sur l'autre et être un appui

Le groupe met en relation plusieurs personnes, et cela offre à chacun la possibilité de pouvoir regarder l'autre, mais aussi d'être regardé. Dans un premier temps, cette réunion de différentes personnes peut inquiéter, avec la crainte de perdre son identité comme le souligne Anzieu dans la description de la *période initiale*. Mais ensuite, peut émerger une période *d'illusion groupale* durant laquelle tous forment une unité. C'est alors une période durant laquelle les imitations sont nombreuses. Imiter, c'est « reproduire l'allure, le comportement de quelqu'un, d'un animal, le bruit, le mouvement de quelque chose, essayer de restituer ce qu'ils ont de caractéristique », mais aussi « prendre quelqu'un, son action pour modèles, s'en inspirer dans son propre comportement » (Larousse en ligne, 2023d). Lors des moments de motricité libre, où nous demandons par exemple de jouer sur les contrastes, il y a un premier temps où la mise en corps de l'adjectif énoncé est presque identique pour tous les enfants. Face à la difficulté à s'imaginer comment faire, c'est souvent en appui sur le premier qui s'essaye à l'exercice ou sur Sophie ou moi-même que le reste du groupe se met en mouvement. Ainsi, ils prennent exemple sur un modèle, s'en inspirent, pour trouver des appuis et ensuite faire évoluer leur façon de faire et progressivement s'exprimer de façon plus personnelle. C'est ainsi que Leïla, d'abord en imitant le groupe, puis en reprenant mon onomatopée, peut avoir une mise en corps personnelle de l'adjectif raide.

Pour mieux comprendre ce phénomène d'imitation, nous pouvons nous appuyer sur le concept des neurones miroirs, mis en évidence par Rizzolatti et Sinigaglia. Cette équipe de chercheurs en neurosciences, a d'abord mené des expériences chez les macaques. Ainsi, ils ont pu observer que certains neurones s'activaient à la fois lors de la réalisation d'une action, et également lors de l'observation d'un congénère réalisant cette même action. La présence de ces neurones particuliers a ensuite pu être démontrée chez l'Homme, grâce à l'imagerie. Plus tard, les recherches ont également révélé que l'activation n'était pas seulement valable pour les actions, mais également pour les émotions (Rizzolatti, 2006). Ces neurones miroirs ont donc plusieurs rôles, et expliquent notamment pourquoi l'être humain apprend essentiellement au travers de l'observation et de l'imitation. De plus, ils ont un rôle à jouer dans l'empathie, c'est-à-dire la reconnaissance et la compréhension des émotions d'autrui.

Observer un visage sur lequel transparait une émotion, active des neurones miroirs de façon automatique. Les aires sensorielles activées sont semblables à celles qui s'activeraient si l'observateur était en train d'exprimer cette même émotion, de manière spontanée. Ainsi, la rencontre avec un autre observé, induit inévitablement une « résonance » (Rizzolatti et Sinigaglia cités par Pireyre, 2015d, p. 128) entre les deux systèmes nerveux qui facilite l'apprentissage et la compréhension d'autrui.

Ainsi, s'appuyer sur un autre, par l'imitation, paraît essentiel pour faire évoluer son expression corporelle. Nous pouvons alors parler d'étaillage ; étailler signifiant « soutenir, mettre un support, un appui à » ou encore « constituer un étau, un support à (quelqu'un ou quelque chose) ». (CNRTL, 2012b). Au sein du groupe, les interrelations sont nombreuses et donc l'étaillage peut se faire à plusieurs niveaux. Tout d'abord, la psychomotricienne et moi-même, par la place que nous occupons au sein du groupe, avons une fonction d'étaillage auprès des patients, comme nous avons pu en discuter en seconde partie théorique-clinique. Cependant, les patients, entre eux, constituent également des appuis les uns pour les autres et ont donc une fonction de co-étaillage : « [...] les deux personnes sont en voie de structuration psychomotrice. Bien que différentes par leurs problématiques, elles sont dans une relation plus égalitaire, [...] dans une coopération structurante, un co-étaillage » (Brehelin, 2013, p. 39). Cela permet à chacun d'enrichir sa pensée, son mouvement, sa créativité. C'est aussi parce que la dynamique de groupe a la particularité de faire des allers-retours entre l'individu et le groupe, que l'étaillage prend toute son importance. Cet étaillage participe alors à l'émergence d'un sentiment de sécurité, propice à l'expression corporelle.

Par ailleurs, étant donné ce co-étayage, il est intéressant de souligner que Leïla occupe donc elle aussi cette fonction et qu'elle constitue un appui pour les autres enfants du groupe. Je peux citer, a contrario de la vignette clinique précédemment évoquée avec l'adjectif « raide », la séquence suivante autour de l'adjectif « mou ». Je prends notamment Leïla comme modèle, en demandant au groupe de regarder sa façon de faire, car sa mise en corps est particulièrement réussie. À ce moment-là, cela est valorisant pour Leïla et a sans doute un impact positif sur l'estime qu'elle a d'elle-même, du fait « qu'elle y arrive mieux » et que cela soit reconnu. De plus, Treich et Godjo soulignent un « bénéfice multidimensionnel » (2016) car les enfants qui félicitent Leïla témoignent « retrouver l'inspiration et le désir de déployer sa créativité » et « le groupe [...] s'en trouve renforcé et satisfait de porter des changements bénéfiques » (Treich & Godjo, 2016).

« Le groupe devient donc un lieu de restauration narcissique. » (Thirant, 2010, p. 32)

3.4. Le groupe comme miroir dans la relation

En thérapie, les groupes rassemblent des patients choisis et réunis pour des raisons diverses. Ce peut être selon leur âge, une problématique commune, une même pathologie, etc. Les différences, mais aussi ressemblances entre les patients seront perçus par ces derniers, car le plus souvent, ils vont se regarder. Or, dans le développement de l'enfant, le regard de l'autre occupe une place centrale. En effet, comme l'a théorisé Winnicott (cité par Toubert-Dufort, 2013) au travers des notions de holding et de handling maternel, c'est par le regard de sa mère, durant les soins notamment, que l'enfant va prendre conscience de lui-même. C'est parce qu'il se sent investi par le regard d'autrui qu'il pourra se sentir sujet (Toubert-Dufort, 2013).

De la même façon, dans le groupe, « le regard porté par autrui constitue un miroir qui peut se révéler narcissisant ou au contraire stigmatisant, selon les situations. » (Toubert-Dufort, 2013). À la lecture de cette citation, nous comprenons qu'au travers du regard d'autrui, le patient verra son investissement corporel se modifier, selon que ce dernier est positif (narcissisant) ou plus péjoratif (stigmatisant). Prendre la parole dans un groupe, se donner à voir, peut être au départ difficile. En effet, cela demande d'accepter que le groupe reçoive son discours, observe son mouvement et le transforme. Il peut y avoir une impression d'être jugé, mais à l'inverse, le fait de se sentir écouté et entendu peut être très narcissisant. Marc et Bonnal (cités par Brosius, 2015, p. 61) renforcent cette idée de miroir en soulignant que le groupe « constitue une sorte de « laboratoire expérientiel » où chacun peut se découvrir dans le miroir des autres, se sentir plus libre d'être lui-même sans redouter leurs jugements ».

Si nous prenons l'exemple de notre groupe *1,2,3, soleil* où tous les enfants ont une difficulté commune : un handicap moteur. Nous pouvons imaginer que l'effet miroir est présent. En effet, contrairement à leur groupe scolaire ou social, chacun vient avec son handicap dont les difficultés qui en résultent peuvent entraver une même fonction. Ainsi, en position d'observateur, le miroir de l'autre, permet à chacun de constater qu'il n'est pas seul, que d'autres ont des difficultés, et ainsi permettre un phénomène d'identification, tel que nous l'avons déjà défini. Toubert-Dufort (2013), nous dit à ce sujet « le groupe, lieu d'identifications et de différenciations multiples constitue potentiellement un espace d'étayage grâce à la complémentarité des conduites et aux possibilités d'identifications offertes par chacun à chacun. ». De plus, au travers du regard de l'autre, l'enfant peut se sentir aimé et ainsi se penser aimable. Dans le cas de Leïla par exemple, elle peut observer des difficultés similaires chez Noûr dont la force musculaire est également entravée par le handicap. Par ailleurs, sa différence n'est pas placée au centre de l'attention et elle peut se sentir aimée et reconnue telle qu'elle est ce qui favorise un sentiment de confiance et de sécurité dans le groupe pour oser utiliser son corps pour s'exprimer.

Pour conclure cette partie théorico-clinique, je souhaiterais souligner une dernière fois l'enjeu derrière le travail d'expression corporelle. Car oui, quoi que nous faisons, notre corps laisse paraître des messages, « d'un point de vue trivial, on pourrait croire que tout est expression » (Scialom, 2015, p. 36). Cependant, ce qui nous intéresse en tant que psychomotricien, c'est comment le patient vit avec son corps et comment il l'utilise.

Avoir un corps, c'est entre autres pouvoir quelque chose : pouvoir être là, se manifester, engager, rencontrer, provoquer, bousculer, imprimer. [...] L'expressivité qui nous intéresse ici – nous sommes dans une visée thérapeutique – renvoie donc à un processus actif qui tend à laisser une trace, une projection, la mise en forme d'un projet. (Scialom, 2015, p. 38)

Le groupe et son cadre thérapeutique, semblent alors être le lieu idéal pour un travail d'expressivité, laissant des impressions chez chacun des participants.

Conclusion

Conclusion

Au fil de ces trois années d'études, j'ai pris conscience à quel point le corps est expressif et peut refléter un état interne vécu à un instant T. Les concepts de tonus et de dialogue tonique, découverts pendant la formation, prennent alors tout leur sens, dans l'observation des corps en relation. Sans en avoir conscience, nous utilisons sans cesse le dialogue tonique comme mode de communication, et comme grille de lecture de ceux qui nous entourent. C'est un concept très important pour les psychomotriciens, qui implique leur engagement corporel en séances avec les patients. Cela nécessite alors de le conscientiser pour avoir une modulation tonique volontaire ou maîtrisée.

Leïla est hypotonique, et montre des difficultés de modulation de son tonus, en lien avec sa pathologie, mais également à une difficulté pour se mettre en mouvement, notamment sous le regard de l'autre. En dehors des réactions tonico-émotionnelles que j'observe, il y a peu d'expressivité, c'est-à-dire qu'elle ne semble pas percevoir les possibilités que lui offre son corps, en termes de relation et de communication intentionnelle d'un message qui lui est propre. Lors des premières séances à ses côtés, c'est justement la limitation dans sa motricité qui attire mon attention. Cependant, j'observe rapidement des capacités relationnelles et expressives au travers de son expression verbale, soutenue par le groupe. Je me demande alors en quoi le groupe constitue-t-il un support ? Comment cette modalité de soin peut-elle être soutenante pour Leïla, et son expression corporelle ? En séance, je constate la place importante qu'occupe le groupe dans l'évolution de l'expression corporelle de Leïla. Cependant, c'est grâce au travail de recherche réalisé pour la rédaction de ce mémoire, que j'ai pu élaborer une réflexion sur les enjeux d'une prise en charge groupale, notamment par des apports théoriques. Ainsi, j'ai pris conscience de l'importance du cadre, qui est déjà thérapeutique en soi, par ses multiples fonctions, notamment d'individuation, de pare-excitation, de contenance et de transformation. Cela apporte de la sécurité et la possibilité de trouver des appuis et ressources internes, indispensables à l'expression de soi. Par ailleurs, la richesse des interactions que chacun peut entretenir au sein du groupe, que ce soit avec nous, les professionnelles, ou bien avec les autres enfants, constitue un appui supplémentaire. En effet, les multiples identifications possibles, l'imitation, la fonction de miroir du groupe ainsi que le plaisir puisé dans la relation, soutiennent l'expressivité de Leïla en favorisant une meilleure connaissance de soi et de l'autre dans la rencontre.

Je fais le parallèle avec le soutien que m'ont apporté mes camarades durant les TD de cette formation, ou encore l'appui que constituait chacun des maîtres de stage auprès desquels j'ai appris, en les observant faire, les imitant, et grâce à leurs conseils et leur confiance pour me laisser guider les séances et faire mes propositions. Cela m'a aidé à prendre confiance en moi, pour progressivement prendre ma place en séance et ajuster ma posture professionnelle et devenir petit à petit, la psychomotricienne que je souhaite être. De l'identification à la différenciation, toutes ces rencontres et partages d'expériences m'ont permis d'évoluer professionnellement et personnellement. En effet, j'ai fait l'expérience de l'engagement corporel décrit par Pireyre lors de suivis individuels, mais cela se vit différemment dans un cadre groupal. Il a notamment été difficile pour moi, dans un premier temps, de tenir compte de toutes les interrelations possibles que je pouvais moi-même avoir avec chacun, mais également des enfants entre eux ou avec Sophie. Je devais également rester vigilante à ne pas m'enfermer dans l'observation unique de Leïla, mais à porter la même attention au reste du groupe. Cela m'a donc demandé aussi de prendre du recul pour avoir une vision plus générale et percevoir les nuances avec lesquelles je devais travailler, pour m'ajuster aux particularités de chacun. En tant que future professionnelle, la rédaction de ce mémoire m'aura donc beaucoup appris, tout comme les expériences riches et variées que j'ai pu vivre au travers de mes différents stages et de ma formation, et qui ont participé à me faire devenir la psychomotricienne que je m'apprête à être. Tout comme Leïla, c'est au contact des autres que mon expression corporelle s'est enrichie, ceci ayant un impact dans mon contact aux patients, tout comme cela impacte sa relation aux autres.

À la rédaction de la conclusion de ce mémoire, je pense également à la conclusion de cette année scolaire. En effet, Noûr et Medhi vont intégrer le collège et le groupe *1,2,3, soleil* va s'arrêter. Je m'interroge alors pour la suite à envisager pour Leïla, va-t-elle intégrer un nouveau groupe ? Quels bénéfices pourrait-elle tirer d'un suivi psychomoteur en individuel ? Aussi, cela m'amène à me demander dans quelle mesure nous envisageons davantage une prise en charge groupale plutôt qu'individuelle pour un patient ?

Bibliographie

Bibliographie

- AFM Téléthon. (2022). *Myopathies congénitales*. AFM Téléthon. <https://www.afm-telethon.fr/fr/fiches-maladies/myopathies-congenitales>
- Amoretti, S. (2015). Chapitre 3 : Modalités de prise en charge. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité : 2. Méthodes et techniques* (p. 129-209). De Boeck-Solal.
- Anzieu, D., & Kaës, R. (1999). Introduction : Imaginaire groupal, structure topique et organisation fantasmatique des groupes. In *Le groupe et l'inconscient : L'imaginaire groupal* (3e édition., p. 1-7). Dunod.
- Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (2006). *La dynamique des groupes restreints*. Presses universitaires de France.
- Ballouard, C. (2011). Chapitre 19. Le langage du corps de l'adulte. In *L'Aide-mémoire de psychomotricité Ed. 2*. Dunod.
- Bertin, C. (2013). Du corps, de l'espace et du rythme comme formes de contenance groupale... *Thérapie psychomotrice et recherches, 178*, 146-161.
- Blossier, P. (2002). 1. À propos des groupes : Entretien avec Daniel MARCELLI. In *Groupes et psychomotricité : Le corps en jeu* (p. 17-26). Solal.
- Brehelin, C. (2013). *Toi et moi idem, pas pareils mais ensemble : Ou les phénomènes d'imitation et de co-étayage comme outils de structuration psychomotrice* [Mémoire de Psychomotricité]. Lyon.
- Brosius, J. (2015). *Quand les corps se parlent : Le groupe d'expression corporelle comme médiation psychomotrice auprès de personnes atteintes d'un syndrome démentiel* [Mémoire de Psychomotricité]. Sorbonne.
- Bullinger, A. (2007). Habiter son organisme ou la recherche de l'équilibre sensori-tonique. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 151-159). Érès.

- Camberlein, P. (2015a). Fiche 2. Les définitions du handicap. In *Politiques et dispositifs du handicap en France* (3e édition., p. 4-11). Dunod.
- Camberlein, P. (2015b). Fiche 3. Les différentes déficiences. In *Politiques et dispositifs du handicap en France* (3e édition., p. 12-17). Dunod.
- Chapelier, J.-B. (2002a). 2. Les Psychothérapies de groupes d'enfants : Abord théorico-clinique. In P. Blossier, *Groupes et psychomotricité : Le corps en jeu* (p. 27-54). Solal.
- Chapelier, J.-B. (2002b). Les identifications narcissiques comme mécanismes initiateurs de l'indifférenciation secondaire. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 38(1), 99-111. <https://doi.org/10.3917/rppg.038.0099>
- CNRTL. (2012a). Communiquer. In *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. <https://www.cnrtl.fr/definition/communiquer>
- CNRTL. (2012b). Étayer. In *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. <https://www.cnrtl.fr/definition/étayer>
- CNRTL. (2012c). Étymologie de Cadre. In *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. <https://www.cnrtl.fr/etymologie/cadre>
- CNRTL. (2012d). Plaisir. In *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. <https://www.cnrtl.fr/definition/plaisir>
- CNRTL. (2012e). Tonus. In *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. <https://www.cnrtl.fr/definition/tonus>
- Cologne, S. (2010). Corps, jeu et émotion dans un groupe thérapeutique à médiation artistique. *Enfances & Psy*, 49(4), 89-99. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0089>
- Dolto, F. (1992). *L'image inconsciente du corps*. Éd. du Seuil.
- Fédération Française de Neurologie. (s. d.). *Maladies neuromusculaires*. Consulté 23 novembre 2022, à l'adresse <https://www.ffn-neurologie.fr/grand-public/maladies/maladies-neuromusculaires>

- Gatecel, A., Massoutre-Denis, B., Giromini, F., Moyano, O., Scialom, P., & Corraze, J. (2015). Chapitre 9. La relation en psychomotricité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité : 1. Concepts fondamentaux* (p. 327-351). De Boeck Supérieur.
- Jocteur, K. (2009). *Comment l'enfant handicapé moteur peut-il accéder à une place de sujet ? : Rôle de la psychomotricité* [Mémoire de psychomotricité]. Lyon.
- Kaës, R., & Anzieu, D. (2010). Troisième partie : Constructions pour une théorie des groupes. In *L'appareil psychique groupal Ed. 3* (3^e éd., p. 185-248). Dunod.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B., & Lagache, D. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. ([5e édition]). Presses universitaires de France.
- Larousse en ligne. (2023a). Contenir, se contenir. In *Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contenir/18568>
- Larousse en ligne. (2023b). Dispositif. In *Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dispositif/25960>
- Larousse en ligne. (2023c). Groupe. In *Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/groupe/38423>
- Larousse en ligne. (2023d). Imiter. In *Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/imiter/41663>
- Larousse en ligne. (2023e). Transformer, se transformer. In *Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transformer/79120>
- Latour, A.-M. (2015). Les organisateurs du groupe en psychomotricité et dans les ateliers à médiations : Pare-excitants et attracteurs. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 181, 28-37.
- Leplat, F. (2013). Au commencement était le groupe ... *Thérapie psychomotrice et recherches*, 178, 4-9.
- Lesage, B. (2021). Tonicité : Modulation, accordage, expressivité et rencontre. In *Un corps à construire* (p. 119-174). Érès.

- Lièvre, B. de, & Staes, L. (2011). *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte : Notions et applications pédagogiques* (5e édition.). De Boeck.
- Martin-Juchat, F. (2020). *L'aventure du corps : La communication corporelle, une voie vers l'émancipation*. PUG.
- Onisep. (2021). *Définition du handicap moteur*. ma-voie-litteraire.onisep.fr. <https://ma-voie-litteraire.onisep.fr/inclusion-et-handicap/mieux-vivre-sa-scolarite/les-differents-types-de-handicap2/scolarite-et-troubles-moteurs/definition-du-handicap-moteur>
- Pireyre, É. W. (2015a). Chapitre 1. Définitions. In *Clinique de l'image du corps* (p. 7-30). Dunod.
- Pireyre, É. W. (2015b). Chapitre 2. Le problème des références théoriques. In *Clinique de l'image du corps* (p. 31-44). Dunod.
- Pireyre, É. W. (2015c). Chapitre 9. Le tonus. In *Clinique de l'image du corps* (p. 99-112). Dunod.
- Pireyre, É. W. (2015d). Chapitre 11. Les compétences communicationnelles du corps : Les communications corporelles. In *Clinique de l'image du corps* (p. 125-140). Dunod.
- Potel, C. (2019a). Chapitre 19. La question du cadre thérapeutique. La contenance, les limites, le corps. In *Être psychomotricien* (p. 357-381). Érès.
- Potel, C. (2019b). Chapitre 21. Médiations thérapeutiques et symbolisations en psychomotricité. In *Être psychomotricien* (p. 400-415). Érès.
- Potel, C. (2019c). Chapitre 22. Les groupes en psychomotricité. In *Être psychomotricien* (p. 416-434). Érès.
- Potel, C. (2019d). Introduction. Psychomotricité, un métier du présent, un métier d'avenir. In *Être psychomotricien* (p. 15-21). Érès.
- Rizzolatti, G. (2006, décembre 12). *Les systèmes de neurones miroir*. Académie des sciences. https://www.academie-sciences.fr/pdf/membre/s121206_rizzolatti.pdf
- Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2015). Chapitre 5. Le tonus et la tonicité. In P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : 1. Concepts fondamentaux* (p. 161-199). De Boeck Supérieur.

- Rodriguez, M. (2019). Chapitre 9. Les troubles psychomoteurs : Plaidoyer pour une pensée complexe. In *Être psychomotricien* (p. 155-199). Érès.
- Sage, I., Crosnier, M., Soppelsa, R., & Galliano, A.-C. (2011). Chapitre 4 : Préhension, adresse, gnosies, praxies. In P. Scialom, F. Canchy-Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : 1. Concepts fondamentaux* (p. 111-160). De Boeck Supérieur.
- Scialom, P. (2015). Chapitre 1 : Spécificités de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité : 2. Méthodes et techniques* (p. 3-98). De Boeck-Solal.
- Story, M. (2022). *Au-delà des mots : Guide de la communication non verbale*. Dunod.
- Thirant, N. (2010). La créativité dans le groupe thérapeutique : Expérience d'un atelier de danse. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 163, 20-35.
- Toubert-Dufort, D. (2013). Le groupe pédagogique, un espace pour apprendre du groupe. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 178, 30-41.
- Treich, L., & Godjo, S. (2016). Des mouvements transférentiels dans les groupes thérapeutiques à médiations expressives : Enjeux, apports et limites. *Cliniques*, 12(2), 64-81.
<https://doi.org/10.3917/clini.012.0064>
- Winnicott, D. W., Monod, C., & Pontalis, J.-B. (2002). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Gallimard.
- Yernaux, J.-P. (2013). L'intervention psychomotrice en groupe, au cœur de l'histoire du lien social. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 178, 10-17.

Vu par la maître de mémoire

À Lyon, le 03 mai 2023

Julie Billiet

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a final flourish.

Auteur : Juliette BERTRAND

Titre :

1,2,3, soleil : quand le groupe met en lumière l'expression corporelle

L'apport de la prise en charge groupale en psychomotricité

Mots - clés: Groupe thérapeutique – expression corporelle – myopathie congénitale – psychomotricité – enfants – SESSAD

Therapeutic group - body expression - congenital myopathy - psychomotricity - children - SESSAD

Résumé : Au cours de mon stage en Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), je coanime un groupe thérapeutique de quatre enfants porteurs d'un handicap moteur. Chaque semaine, nous nous retrouvons pour un travail autour de l'expression corporelle et verbale. Parmi ces enfants, Leïla, une jeune fille de 10 ans et porteuse d'une myopathie congénitale, retient mon attention. Discrète, elle bouge peu, ses mouvements sont de faible amplitude et son expression corporelle est timide. Pourtant, le corps a un pouvoir expressif et relationnel conséquent. En prenant en considération le patient dans sa globalité, le psychomotricien invite à porter une attention aux ressentis internes qui peuvent s'exprimer corporellement, et être partagés dans la relation. Dans ce mémoire, nous verrons alors en quoi le groupe thérapeutique constitue un support pour enrichir l'expression corporelle.

During my internship in SESSAD (Specialized home education and healthcare service), I co-facilitate a therapeutic group of four children with motor disabilities. Every week, we meet for a work around body and verbal expression. Among these children, Leïla, a 10-year-old girl with congenital myopathy, caught my attention. Leila is a discreet young girl, she doesn't move much, her movements are of low amplitude and her body expression is shy. However, the body has significant expressive and relational power. By taking into consideration the patient as a whole, the psychomotor therapist invites to pay attention to the internal feelings that can be expressed bodily, and be shared in the relationship. In this thesis, we will see how the therapeutic group can constitutes a support to enrich body expression.