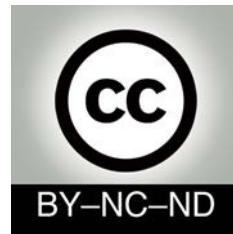




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.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

Quand l’anxiété envahit, la sécurité redonne des repères : Le rôle du cadre thérapeutique en psychomotricité

Mémoire présenté pour l’obtention

du Diplôme d’État de Psychomotricien

Par : Jade-Ilinca DENTAL

Mai 2025 (Session 1)

N° 1892

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENEY

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

Quand l’anxiété envahit, la sécurité redonne des repères : Le rôle du cadre thérapeutique en psychomotricité

**Mémoire présenté pour l’obtention
du Diplôme d’État de Psychomotricien**

Par : Jade-Ilinca DENTAL

Mai 2025 (Session 1)

N° 1892

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENEY

Université Claude Bernard Lyon

Président
Pr. Bruno LINA

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
Directeur **Pr. Jean-Christophe MAURIN**

U.F.R. de Médecine et de Maïeutique –
Lyon Sud Charles Mérieux
Doyen **Pr. Philippe PAPAREL**

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

Comité de Coordination des études
médicales (CCEM)
Président **Pr. Philippe PAPAREL**

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**

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

UFR Faculté des sciences
Directrice **Mr Olivier DEZELLUS**

Observatoire de Lyon
Directeur **Mr Bruno GUIDERDONI**

Département de Génie électrique et des
procédés
Directrice **Mme Sophie CAVASSILA**

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

Département Informatique
Directrice **Mme Saida BOUAKAZ
BRONDEL**

Département Mécanique
Directeur **Mr Marc BUFFAT**

POLYTECH LYON
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

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

Institut Universitaire de Technologie Lyon 1
(IUT)
Directeur **Mr Michel MASSENZIO**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur Pr. Jacques LUAUTÉ

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques

M. Bastien MORIN

Psychomotricien

M. Raphaël VONSENEY

Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD

Psychomotricienne

Coordinatrices des stages

Mme Marion MOUNIB

Psychomotricienne

Mme Charlène DUNOD

Psychomotricienne

Gestionnaire de scolarité

Mme Léonore GALANTE

Coordinatrice Recherche

Mme Jeanne-Laure EECKHOUT

Psychomotricienne

REMERCIEMENTS

Avant toute chose, je tiens à remercier chaleureusement Mélody Olmeta, ma maître de mémoire, pour son accompagnement tout au long de cette rédaction. Merci pour sa disponibilité, son écoute bienveillante, ses conseils précis et toujours pertinents qui m'ont permis de structurer ma réflexion et de prendre confiance en ma capacité à mener à bien ce travail. Son regard soutenant et encourageant a été précieux dans les moments de doute.

Je souhaite également exprimer toute ma gratitude à mes maîtres de stage, Mathieu Duchêne et Clémence Guihery, pour m'avoir accueillie au sein de leur structure et pour m'avoir accompagnée dans ma progression clinique. Leur regard expérimenté, leur confiance, leurs conseils bienveillants et les temps d'échange partagés ont joué un rôle essentiel dans l'évolution de ma posture professionnelle tout au long de cette année. Leur investissement et leur volonté de transmettre leur savoir-faire ont été pour moi une source d'inspiration.

Mes remerciements les plus sincères vont également à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Psychomotricité. Je remercie particulièrement les professeurs qui, par la richesse de leur enseignement et leur engagement, m'ont permis d'acquérir des connaissances solides, de développer mon esprit critique et d'avancer dans ma formation. Merci également pour leur soutien tout au long de ces trois années, dans un parcours parfois exigeant mais toujours passionnant.

Je tiens à adresser un immense merci à mes amies Emma, Juliette, Romane et Zoé avec qui j'ai partagé cette aventure humaine et professionnelle. Merci pour les moments de soutien mutuel, les encouragements, les rires, les échanges de doutes et de réussites. Leur présence à mes côtés a été un véritable moteur tout au long de ces années de formation.

Enfin, je souhaite exprimer toute ma reconnaissance envers ma famille. Merci pour leur soutien inconditionnel, leur confiance, leur patience et leur amour, sans lesquels rien de tout cela n'aurait été possible. Leur présence discrète mais essentielle a été un repère constant dans mon cheminement personnel et professionnel.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE CLINIQUE	3
1. Présentation.....	3
1.1 Anamnèse, profil psychomoteur et projet de soin.....	3
1.2 Le cadre des séances	6
2. Ma première rencontre avec Liam	7
3. L'investissement de la médiation jeu en séance	8
3.1. Le jeu qui surprend	8
3.2. Le refus du jeu	9
3.3. Le jeu symbolique	11
4. Les manifestations anxiuses en séance	12
4.1. L'anxiété de séparation.....	12
4.2. L'agitation psychomotrice	13
4.3. Des paroles qui reflètent une insécurité ?.....	14
4.4. Le besoin de maîtrise	14
PARTIE THÉORIQUE	17
1. Qu'est-ce que l'anxiété ?	17
1.1 Définition de l'anxiété.....	17
1.2 Les différences entre anxiété, stress et angoisse	17
1.2.1 Le stress.....	18
1.2.2 L'angoisse	18
1.3 L'impact de la confiance en soi sur l'anxiété de performance	19
2. Sécuriser l'enfant en séance de psychomotricité	21
2.1. L'alliance thérapeutique	21
2.2. Le cadre thérapeutique	22
2.3. Le cadre physique	23
2.4. Le cadre psychique	25
2.5. La contenance du psychomotricien.....	26
DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE	28

1. L'anxiété et le besoin de maîtrise	28
2. De la désorganisation à la réassurance.....	29
2.1 Sécuriser l'enfant en séance de psychomotricité	30
2.2 Par le biais de l'environnement.....	31
2.3 Par le biais de la relation.....	32
3. L'effet du cadre thérapeutique sur l'anxiété	33
3.1 Favoriser la confiance en soi face à la peur de l'échec.....	33
3.2 Évolution de Liam face à son anxiété en séance	34
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE.....	

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Actuellement étudiante en troisième année de psychomotricité, j'ai eu l'opportunité d'effectuer deux stages cliniques répartis sur l'année scolaire, à raison d'une journée par semaine pour chacun. Dans cet écrit, je vais plus particulièrement m'intéresser à mon stage du mardi, que j'effectue au sein d'un cabinet libéral. Celui-ci se trouve dans un centre paramédical composé de deux psychomotriciens, une orthophoniste et une neuropsychologue. Les enfants que nous suivons en psychomotricité sont parfois également suivis par les autres professionnels du centre paramédical. Mon tuteur de stage est présent les mardis et les jeudis dans l'enceinte du cabinet. Je l'accompagne donc les mardis, de neuf heures à dix-huit heures. Durant cette journée, j'ai l'occasion de suivre des patients âgés de trois à huit ans. Les enfants accueillis en cabinet libéral suivent une prise en charge psychomotrice prescrite par le médecin. Au cœur de ce cabinet, de nombreux enfants sont orientés par les Plateformes de Communications et d'orientations (PCO) suite à une suspicion de Trouble du Neuro-Développement (TND). Ainsi, ils ont accès à une prise en charge des séances de psychomotricité dans l'attente d'avoir un diagnostic complet. Les principales pathologies que je rencontre lors de ce stage sont majoritairement des Troubles du Neuro-Développement, des troubles des apprentissages et des difficultés concernant la gestion des émotions.

Selon mon maître de stage, il est primordial que l'espace de la salle de psychomotricité reste un lieu de soin consacré à l'enfant. De ce fait, les parents n'assistent pas aux séances, hormis lors de l'entretien d'anamnèse où ils sont conviés à entrer dans la salle afin d'échanger sur les éléments de vie de leur enfant. Parmi les différentes rencontres que j'ai pu faire avec les enfants du cabinet, celle avec un petit garçon que je vais nommer Liam, m'a beaucoup interpellée. Liam est âgé de trois ans et deux mois lors de notre rencontre. Il se distingue par des manifestations d'anxiété marquées, perceptibles à travers une agitation corporelle importante, souvent sans objectif moteur précis, ainsi que par un discours très expressif, empreint de propos sombres et inquiétants. Au fil des séances, ses attitudes et ses paroles ont suscité chez moi de nombreuses interrogations, notamment sur la manière dont son anxiété pouvait s'exprimer à travers son corps, son langage, ainsi qu'à travers une possible peur de l'échec.

Cette rencontre m'a également amenée à réfléchir à la façon dont il est possible, en séance de psychomotricité, de favoriser un climat plus apaisant et sécurisant pour un enfant présentant de telles manifestations.

C'est ainsi que la prise en soin de Liam m'a permis d'orienter la rédaction de mon mémoire autour de la question suivante : **En quoi un cadre thérapeutique sécurisant en séance de psychomotricité permet à un jeune enfant présentant des manifestations anxieuses de soutenir sa confiance en lui ?**

Je débuterai mon étude de cas par la présentation de Liam, en exposant son anamnèse, son profil psychomoteur ainsi que les objectifs définis pour son suivi. Dans cette partie clinique, je présenterai le cadre mis en place lors des séances de psychomotricité, ainsi que le contenu des séances et mes observations concernant l'anxiété de Liam, notamment à travers le jeu.

Je poursuivrai par plusieurs apports théoriques visant à définir plus précisément ce qu'est l'anxiété et à en explorer les impacts, en particulier sur la confiance en soi. J'approfondirai ensuite, à travers différents écrits d'auteurs, sur les éléments pouvant contribuer à sécuriser l'enfant en séance de psychomotricité.

Enfin, je tenterai d'apporter des réponses à ma problématique. Je développerai des liens théorico-cliniques me permettant de mieux comprendre certaines réactions de Liam et de porter une attention particulière au cadre instauré au fil des séances.

PARTIE CLINIQUE

PARTIE CLINIQUE

1. Présentation

1.1 Anamnèse, profil psychomoteur et projet de soin

Liam est né le 11 juillet 2021, il a donc trois ans et deux mois lors de son bilan psychomoteur. Le petit garçon et sa famille sont orientés vers un bilan psychomoteur à la demande de l'école. L'équipe enseignante a en effet repéré chez Liam certaines difficultés dans le lien aux autres enfants. Par ailleurs, le bilan est également indiqué en raison d'une régulation émotionnelle difficile. Liam semble avoir du mal à gérer ses émotions, ce qui peut impacter ses relations. À ce jour, aucun diagnostic n'a été énoncé. Liam bénéficie d'une prise en charge exclusivement psychomotrice.

Lors du premier entretien, Liam est accompagné par son papa, puis par ses deux parents lors du deuxième. Liam est le premier et seul enfant du couple. Il est né à terme à la suite d'une grossesse et d'un accouchement vécu sans complications. Le papa note une grande fatigue chez le couple, due à un déménagement avant l'arrivée de leur enfant et des insomnies à répétition pour la maman.

L'arrivée de Liam a été une période très heureuse pour le couple. Le petit garçon a été nourri avec du lait industriel. La diversification alimentaire a été compliquée, car Liam refusait la nourriture préparée par ses parents et n'acceptait que la nourriture industrielle. Au niveau de son sommeil, Liam était un bébé qui a faisait des nuits complètes assez rapidement.

Concernant son développement psychomoteur, Liam s'est beaucoup déplacé en rampant, il a fait peu de quatre pattes et a commencé à marcher à 14 mois. Le papa note une inquiétude de sa part à cette période car Liam présentait des genoux en valgum, ce qui pouvait l'amener à chuter régulièrement.

L'apprentissage de la propreté s'est bien déroulé, mais depuis son entrée à l'école, Liam est soumis à de l'enurésie diurne et nocturne.

Le papa relate que les difficultés et les changements de comportement de son fils remontent à environ un an. À ce moment-là, Liam devient le plus grand chez l'assistante maternelle qui le garde depuis ses 4 mois. Rapidement, les parents notent une forme d'agressivité de la part de Liam envers les autres enfants. À la suite de cela, des difficultés d'endormissement se sont présentées pour le

petit garçon. Ce manque de sommeil a ainsi provoqué de l'irritabilité et des comportements « agressifs » envers ses parents.

À propos de son alimentation, Liam présente une sélectivité alimentaire et mange en fonction de la couleur des aliments. Il aime quand ils sont blancs, jaunes, oranges et marron. Ses parents parviennent malgré tout à lui proposer une alimentation équilibrée. D'autre part, Liam est autonome, ses parents relatent qu'il mange sans aide et de manière propre.

En ce qui concerne l'habillage, Liam est aidé par ses parents pour choisir ses habits. Il peut parfois refuser d'en porter certains, mais il n'y a pas forcément de cohérence entre ses différents refus. Son papa note qu'il a besoin d'être à l'extérieur pour se rendre compte qu'il fait froid et qu'il faut donc mettre une veste.

Liam aime occuper son temps libre en jouant aux voitures, au ballon et aux jeux de construction. Il aime également les livres et les figurines de dinosaures ou de « tortues ninja ». Il apprécie aussi le dessin, et surtout le fait de regarder ses parents dessiner. C'est une activité qu'ils partagent régulièrement en famille.

Le psychomotricien réalise le bilan psychomoteur de Liam sur deux séances à travers différents tests, notamment la Batterie d'Évaluation du Mouvement chez l'Enfant (MABC-2) pour l'équilibre, les coordinations et la motricité fine. De plus, certaines épreuves du bilan Bucher sont utilisées pour l'observation du tonus. Enfin, des observations libres ainsi que des bilans non standardisés ont permis d'évaluer le schéma corporel, le temps et l'espace.

Durant la passation du bilan psychomoteur, Liam refuse que son papa quitte la salle. Il ne pourra participer aux activités proposées qu'en sa présence. Selon mon maître de stage, le comportement de Liam lui a demandé beaucoup d'adaptation lors du bilan dû aux nombreux refus de la part du petit garçon.

Concernant son tonus, Liam montre lors du bilan qu'il a un grand besoin de maîtrise, que ce soit sur son environnement comme sur son corps. Cela se ressent au niveau tonique. En effet, Liam contrôle ses mouvements et ne se laisse pas aller vers la détente musculaire ou le lâcher-prise. Son tonus de fond est élevé. Néanmoins, il présente un tonus d'action plutôt bas et a besoin d'énergie pour réaliser les activités en mouvement avec un tonus adapté. Ce recrutement tonique semble le fatiguer, pour autant, Liam ne reste jamais statique lorsqu'il est debout et a besoin d'être en mouvement. D'autre part, son besoin de maîtrise rend les changements, les échecs et les refus très compliqués pour lui. Cela a un impact direct sur son corps et son recrutement tonique.

Au niveau de son schéma corporel, Liam a de bonnes connaissances des différentes parties de son corps. Lorsqu'il est en mouvement, ses repères se modifient et il lui est plus compliqué d'avoir une représentation de son corps dans ces moments-là. Cela reste ordinaire pour son âge.

En ce qui concerne la motricité globale, les activités d'équilibre ne sont pas évidentes pour Liam. Il lui est difficile de maintenir une posture et de trouver des stratégies pour se rééquilibrer. Cela s'accentue par un recrutement tonique faible au niveau de son axe corporel. Les coordinations correspondent à ce qui est attendu pour son âge. Liam parvient facilement à organiser ses gestes et les différentes parties de son corps entre-elles dans le but de réaliser une action.

Au niveau de l'orientation dans l'espace, Liam a une bonne connaissance des différents termes en lien avec cet item. Il ajuste l'espace de la relation en fonction de ses besoins. Il choisit quand il s'approche et quand il se retire du lien à l'autre. Liam garde une vigilance constante sur l'espace et l'environnement qui l'entoure et n'hésite pas à explorer la salle de psychomotricité.

Concernant l'orientation temporelle, Liam a besoin de beaucoup de repères temporels. Cela semble le rassurer et participer à son besoin de maîtrise. D'autre part, les termes en lien avec le temps sont acquis.

Liam présente de bonnes acquisitions psychomotrices qu'il parvient très bien à intégrer afin de se créer des repères au niveau corporel, spatial ou temporel. Il éprouve des difficultés à trouver un équilibre émotionnel. Cela l'entrave dans sa régulation tonique pouvant ainsi se répercuter sur son équilibre corporel. Lors du bilan, Liam montre une faible confiance en lui. La gestion de l'échec est difficile pour lui. Il parvient régulièrement à dire qu'il se sent incapable et trouve des stratégies pour fuir l'activité. Le soutien psychique de l'adulte et la réassurance sont indispensables pour que Liam accepte de réaliser un exercice qui lui paraît trop difficile.

À la suite de ce bilan, mon maître de stage estime qu'un suivi en psychomotricité serait pertinent pour Liam. Il en résulte plusieurs objectifs thérapeutiques : tout d'abord, utiliser la psychomotricité comme soutien d'expérimentation du lâcher-prise et de la confiance en soi dans un espace protégé. D'autre part, travailler sur la régulation tonique pour ainsi soutenir les activités d'équilibre. Enfin, travailler sur la gestion des émotions et donc sur la régulation tonico-

émotionnelle. Ces axes de travail permettront à Liam de contribuer à un développement plus serein et ainsi de diminuer son besoin de maîtrise.

1.2 Le cadre des séances

Les séances de psychomotricité au sein du cabinet sont organisées autour d'un cadre précis, relativement identique pour chaque enfant accueilli par le psychomotricien. Tout d'abord, le cadre physique de l'espace est bien défini. Le cabinet est divisé en deux zones distinctes : la salle d'attente à l'entrée et la salle de psychomotricité, séparée par une porte. Les enfants savent que leur séance commence dès qu'ils franchissent cette porte. Selon l'âge de l'enfant, le psychomotricien peut ajuster la taille de la salle de psychomotricité. En effet, il est possible d'ouvrir une porte coulissante menant à une autre salle utilisée par un collègue psychomotricien. Le fait qu'il ne soit pas présent le mardi nous permet de disposer de cette salle supplémentaire, offrant ainsi plus d'espace. À l'intérieur de la salle de psychomotricité, un espace est dédié au rangement des jeux, auxquels l'enfant peut accéder, avec l'accord du psychomotricien.

Cette salle est exclusivement réservée au soin de l'enfant, et c'est pourquoi les parents sont invités à rester à l'extérieur, sauf dans le cadre des séances prodiguées aux bébés.

Le cadre temporel des séances est également un élément structurant. La durée de chaque séance est de 45 minutes, ou de 30 minutes pour les enfants de moins de 2 ans. De plus, le cadre temporel se réfère à l'heure régulière à laquelle l'enfant a l'habitude de venir en séance. Étant donné que les suivis sont hebdomadaires, les enfants s'habituent à cette constance horaire.

Les règles imposées par le psychomotricien en séance font aussi partie intégrante du cadre. Trois règles essentielles mises en place par mon maître de stage sont à appliquer : ne pas abîmer le matériel, ne pas se blesser volontairement et ne pas blesser les autres.

Enfin, certains rituels renforcent cette structure et participent à la création de repères temporels pour les enfants. Par exemple, l'action d'enlever ses chaussures et son manteau à l'entrée de la salle, puis de les remettre à la fin de la séance, contribue à rythmer les séances et à leur offrir des repères dans le temps.

2. Ma première rencontre avec Liam

Je rencontre Liam pour la première fois. C'était un mardi à environ 11 h 45, jour et heure auxquels sont fixées ses séances de psychomotricité. Je le vois d'abord dans la salle d'attente, au moment où nous raccompagnons un autre enfant à la fin de sa séance. J'observe un petit garçon brun, assez fin, vêtu d'un jean bleu foncé et d'un sweat à capuche vert. Il attend debout dans la salle d'attente, proche de son papa qui lui, est assis sur une chaise. Je remarque un léger sourire qui s'esquisse sur son visage lorsque Liam nous voit. Mon maître de stage explique alors que je suis sa stagiaire et que je serai présente durant les prochaines séances de psychomotricité. Liam n'a pas l'air surpris par ma présence. Lorsqu'il est venu le moment d'entrer dans la salle de psychomotricité, Liam s'agrippe à son papa en pleurant et refuse d'entrer. Je remarque qu'il paraît anxieux à l'idée d'être séparé de son papa. Je me demande alors si ma présence est à l'origine de cette réaction. Peut-être que ma présence inhabituelle aurait pu engendrer un sentiment de peur face à l'inconnu pour Liam. Nous décidons alors de laisser la porte ouverte entre la salle d'attente et la salle de psychomotricité, ce qui semble rassurer Liam qui décide alors de nous rejoindre pour débuter la séance.

Une fois dans la salle de psychomotricité, je remarque que Liam a besoin de temps pour explorer ce nouvel environnement. Je décide donc de m'installer à sa hauteur, proche d'un des murs de la salle. J'essaye alors de me montrer disponible et à l'écoute dans le cas où Liam aurait envie d'entrer en relation avec moi. À cet instant, je n'avais toujours pas entendu sa voix, seulement quelques bruitages que j'ai pu percevoir dans la salle d'attente. Quelques minutes plus tard, mon maître de stage s'adresse à Liam en lui demandant d'enlever ses chaussures. Il répond en s'opposant à cette demande et semble être inquiet à l'idée de ne plus avoir ses chaussures à ses pieds. Il continue alors d'explorer son environnement puis il s'approche vers mon maître de stage et moi-même en disant : « Je veux faire un jeu de grand ». Après avoir ouvert l'armoire à jeux, Liam pointe du doigt une boîte en carton avec un requin dessus. Mon maître de stage attrape alors ce jeu, nommé « Shark bite », puis il l'installe au sol. Liam semble alors se désintéresser et fait des va-et-vient dans l'espace de la salle pendant que mon maître de stage et moi-même l'attendons pour jouer. Après quelques minutes, Liam se joint à nous, nous lui expliquons les règles : l'objectif est d'attraper les poissons qui se trouvent dans la gueule du requin, à l'aide d'une canne à pêche. Je remarque que le jeu procure une certaine excitation pour nous tous, car à tout moment, le requin peut nous surprendre et fermer sa bouche brusquement sur notre main. Liam semble à la fois apprécier le jeu, mais aussi en avoir peur. Après plusieurs tours de jeu, Liam refuse de jouer une

nouvelle fois, il nous dit qu'il est nul et qu'il ne va pas y arriver. Il se lève alors et continue les va-et-vient dans la salle tout en nous expliquant ce qu'il a fait ce matin avant de venir en séance. Il nous raconte qu'il a trouvé un requin dans sa piscine et qu'il l'a tué car il était méchant. Puis qu'il a continué sa journée en allant tuer ses voisins. Je suis restée assez surprise à ce moment-là et j'ai questionné Liam de manière innocente et étonné en lui disant : « Tu as vu un vrai requin dans ta piscine ? ». Il me répond « oui » et insiste sur le fait qu'il a tué ce requin. Je décide alors de rentrer dans son jeu et je lui dis que personnellement ça ne m'est jamais arrivé et que je n'aurais jamais eu le courage d'affronter un requin.

3. L'investissement de la médiation jeu en séance

3.1. Le jeu qui surprend

Durant les premières séances, je laisse à Liam la possibilité de choisir les activités de la séance. Je remarque que ces choix se tournent toujours vers deux mêmes jeux : « Shark Bite », effectué lors de ma première rencontre avec Liam, ou bien le jeu nommé « Croc Dog ». L'objectif de « Croc Dog » est d'attraper la nourriture présente dans la gamelle d'un chien sans qu'il ne se réveille et qu'il bondisse. Pour cela, il faut faire preuve de délicatesse dans nos mouvements en utilisant des gestes fins et minutieux.

Ces deux jeux demandent d'être adroits et précis pour éviter de déclencher un mécanisme brusque. D'autre part, il y a un côté imprévisible qui peut surprendre les joueurs et ajouter du suspens dans la partie. Je remarque une nouvelle fois que Liam semble avoir peur de ces jeux. Il désinvestit rapidement l'espace où nous sommes en train de jouer et se lève pour explorer l'environnement de la salle. Cela m'intrigue, car il est pourtant à l'origine de ce choix de jeu et semble être enjoué à l'idée de rejouer à ces mêmes jeux lors de chaque séance. Je fais alors le lien entre son besoin de maîtrise, observé lors du bilan, et les jeux choisis où nous ne pouvons pas réellement maîtriser le moment où le requin va mordre et le moment où le chien va bondir. Je me demande ainsi si les moments où Liam fuit le jeu pourraient s'expliquer par un manque de maîtrise de sa part qui pourrait le rendre anxieux. Je remarque donc une ambivalence entre le choix d'effectuer le même jeu à chacune des séances, ce qui semble le rassurer, et le jeu en lui-même qui aurait un effet désorganisateur face à son imprévisibilité.

Lors de la séance suivante, Liam vient en séance accompagné d'une peluche représentant un poussin. Je lui propose alors de jouer à cache-cache avec sa peluche. Mon maître de stage commence alors à cacher le poussin dans la salle, pendant que Liam et moi-même fermons nos yeux en comptant jusqu'à dix. Je remarque que Liam peine à garder ses yeux fermés. Je lui propose alors de se rapprocher de moi afin que nous fermions nos yeux ensemble en nous appuyant contre un matelas présent le long d'un mur de la salle. Il semble cette fois réussir à cacher ses yeux sans difficulté. Je me questionne alors sur l'action de fermer les yeux qui aurait pu engendrer un manque de maîtrise chez le jeune garçon. D'autre part, je me demande si le contact physique que je lui ai apporté ainsi que l'appui contre le matelas auraient permis d'apporter une contenance et un soutien à Liam.

Après avoir compté, nous essayons alors ensemble de retrouver la peluche. Le jeune garçon se déplace dans la salle sans pour autant montrer d'intérêt à retrouver sa peluche. Il fait des allers-retours dans son environnement et s'intéresse aux objets qui l'entourent, mais il ne semble pas réellement chercher son poussin. Je me questionne sur l'effet de surprise que Liam pourrait ressentir en retrouvant sa peluche. Ce sentiment pourrait être désagréable pour lui, à l'image de la surprise provoquée par les jeux « Shark Bite » et « Croc Dog », où l'élément imprévisible pourrait être désorganisateur. Cette réaction pourrait expliquer pourquoi Liam évite certains jeux lorsqu'il perd le contrôle de son environnement.

3.2. Le refus du jeu

Au cours des séances de psychomotricité, j'observe chez Liam une forte prévalence de la peur de l'échec. Celle-ci semble l'envahir, l'empêchant d'aller au bout des activités proposées. Dès qu'il anticipe un risque d'échec, il a tendance à se retirer du jeu. Il verbalise d'ailleurs ses difficultés en exprimant qu'il « se sent nul » et qu'il pense « ne pas y arriver ». Cela m'amène à me questionner sur un possible manque de confiance en lui. Ses parents m'ont également rapporté que ces refus sont présents dans le contexte scolaire : Liam accepte difficilement les activités proposées, affirmant qu'il ne se sent pas capable de les accomplir. Dans ces situations, il semble éprouver un profond mal-être, pouvant se traduire par des comportements agressifs envers les autres enfants. Lors des séances, cette agressivité observée à l'école semble davantage s'exprimer sous forme de manifestations anxieuses, notamment par une agitation psychomotrice marquée. Il me paraît donc essentiel de soutenir Liam en valorisant ses réussites durant les jeux, afin de lui donner confiance en ses capacités. De plus, lorsqu'il exprime un refus ou une appréhension face à l'échec, je lui

propose mon aide afin que nous réalisions l'activité ensemble. Cela semble dans un premier temps le rassurer et l'encourager à poursuivre. Toutefois, l'agitation psychomotrice et le retrait finissent par réapparaître au cours de la séance.

Au fil des séances, je remarque que Liam met en place certaines stratégies pour pallier cette peur de l'échec. Récemment, Liam a accepté de jouer à un nouveau jeu nommé « Elefun ». Les joueurs doivent attraper des papillons qui s'envolent grâce à un éléphant soufflant de l'air par sa trompe. La partie se termine lorsque l'éléphant a soufflé tous les papillons. Chaque joueur compte alors le nombre de papillons qu'il a attrapés. Celui qui en a le plus est déclaré vainqueur. Avant de démarrer le jeu, Liam semble être enjoué, de par son langage non-verbal, à l'idée d'attraper les papillons. En revanche, une fois la partie lancée, je remarque qu'il se désintéresse et ne semble plus être motivé par l'enjeu de l'activité. Lors de la seconde partie, Liam exprime son envie de n'attraper que les papillons bleus. Mon maître de stage et moi-même accueillons positivement son idée et suggérons que chaque joueur attrape les papillons d'une couleur spécifique. Au cours de cette manche, Liam nous dit qu'il se sent « nul ». Il s'accroupit et récupère les papillons tombés au sol pour les ajouter à ceux qu'il a déjà attrapés, comme une manière d'augmenter ses chances de remporter la partie. Cette attitude témoigne, selon moi, d'une volonté de contrôler l'issue du jeu afin de limiter le risque d'échec. Face à cette situation, mon maître de stage et moi-même avons orienté notre accompagnement sur le plaisir du jeu, indépendamment du nombre de papillons attrapés. Il nous paraît essentiel d'aider Liam à investir l'activité pour lui-même, et non uniquement dans une optique de performance ou de comparaison.

Dans les séances suivantes, je veille donc à proposer des jeux où les règles peuvent être adaptées et où l'objectif n'est pas centré sur la compétition, mais plutôt sur la coopération ou l'expérimentation.

Lors de la séance suivante, nous avons eu l'opportunité de construire un parcours de billes. J'ai proposé mon soutien à Liam tout en lui laissant l'espace nécessaire pour expérimenter à son rythme. Le parcours est composé de tubes à emboîter, et j'ai choisi de lui fournir les éléments adéquats, en le laissant libre de les assembler comme il le souhaite. Liam semble apprécier cette forme de coopération, s'impliquant activement et encastrant les différents tubes avec efficacité. Je prends soin de valoriser ses initiatives et ses réussites tout au long de l'activité. Ainsi, il parvient à compléter l'ensemble du parcours sans manifester de signes liés à une appréhension de l'échec. Cela semble avoir permis à Liam d'éprouver un sentiment de réussite sans craindre l'échec, tout en renforçant progressivement sa confiance en ses capacités.

3.3. Le jeu symbolique

La suite des séances s'est orientée vers du jeu symbolique. Le psychomotricien propose à Liam de construire sa propre cabane. Liam accepte et utilise des blocs de mousse rectangulaires. Il commence par fabriquer les murs en empilant les blocs de mousse, puis il construit le toit en procédant de la même manière. Par la suite, nous lui avons demandé s'il voulait qu'on crée une porte pour refermer sa cabane. Il est alors entré à l'intérieur puis il nous a demandé de fabriquer une barrière plutôt qu'une porte, car cela lui paraissait plus solide. Je me demande alors si ce choix lui permet de se sentir plus en sécurité dans un espace qui lui appartient. Le jeu s'est poursuivi, nous sommes tous entrés dans nos cabanes respectives. Je remarque que Liam ne semble pas inquiet à l'idée de rester seul dans cet espace, et cela, même en n'ayant pas de contact visuel ni auditif avec l'adulte. Je me demande alors si cela est possible grâce à un lien de confiance qui se serait peu à peu instauré au fil des séances. Pour ce jeu, Liam a décidé d'incarner un loup, il a alors effectué les bruitages de cet animal, puis il a appelé à l'aide car le loup s'était fait mal à la patte. Mon maître de stage et moi-même avons donc décidé de jouer les vétérinaires pour aller soigner le loup. Liam a alors démolie sa barrière et est venu nous voir pour qu'on le soigne. Il s'est aussi exprimé en disant que cette cabane était dangereuse. Le jeu s'est poursuivi ainsi jusqu'à la fin de la séance. Je me demande alors si sa cabane représentait finalement un espace sûre ou non pour lui. Cela me donne l'impression que l'imaginaire de Liam se traduit la plupart du temps par des éléments qui lui font peur. Je remarque toutefois que Liam parvient à demander de l'aide lorsqu'il s'engage dans le jeu symbolique, alors que cette capacité semblait moins présente lors des jeux effectués dans les séances précédentes, le conduisant souvent à se retirer de l'activité. Cela m'amène à me questionner : le fait d'endosser le rôle du loup favoriserait-il chez lui cette possibilité de demander de l'aide, en lui offrant une certaine mise à distance de ses propres émotions ?

Nous avons eu l'occasion d'effectuer un second jeu symbolique lors d'une autre séance. Liam arrive en séance et nous parle d'un canadair avec lequel il aime jouer. Je lui propose alors de reproduire ce canadair à l'aide des blocs de mousse. Le jeune garçon semblait ne plus se souvenir de la forme de cet engin. Je décide alors d'en dessiner un sur un tableau blanc afin que Liam, le psychomotricien et moi-même ayons une base commune pour effectuer cette construction. Je remarque alors que le jeune garçon prend plaisir à effectuer cette fabrication. Une fois terminé, je demande à Liam quelle serait la mission de ce canadair, il me répond que notre objectif est d'aller sauver des policiers. Nous nous installons alors à l'intérieur de celui-ci afin de débuter notre intervention. Je constate alors que Liam éprouve des difficultés à s'engager dans le jeu symbolique.

Il sort du canadair et se met à l'écart, préférant manipuler un Rubik's Cube posé sur le bureau du psychomotricien. À ce moment-là, je ressens une forme d'abandon de la part de Liam au sein du jeu. Je tente alors de rester dans le personnage que j'incarne et je lui fais part que les policiers nous attendent pour qu'on les sauve. Liam ne semble pas se sentir concerné par notre mission, il nous rejoint tout de même dans le canadair, mais reste à distance du jeu. Liam a rencontré des difficultés à s'engager pleinement dans ce jeu symbolique, ce qui m'a demandé une grande capacité d'adaptation pour réussir à le maintenir impliqué. J'ai alors choisi de renforcer et d'exagérer mes réactions afin d'attirer son attention et de lui permettre de mieux s'approprier les enjeux de notre mission.

4. Les manifestations anxieuses en séance

4.1. L'anxiété de séparation

Lors de la première séance, j'ai pu observer des signes évocateurs d'une potentielle anxiété de séparation. En effet, Liam éprouve des difficultés à se séparer de son papa. Comme j'ai pu l'évoquer précédemment, le jeune garçon s'agrippe à son papa en pleurant, manifestant ainsi une forme de détresse à l'idée de se séparer de lui. Je me questionne à ce moment-là sur l'inconnu et l'insécurité que la salle de psychomotricité peut représenter pour Liam. D'autre part, je me sens démunie face à cette situation, ne sachant pas encore comment interagir avec ce jeune garçon que je découvre à peine. Je choisis donc d'adopter une posture à la fois attentive et bienveillante, tout en observant la scène. Pendant ce temps, mon maître de stage dialogue avec Liam afin de lui expliquer le déroulement de la séance et tenter de le rassurer.

Cette scène m'a beaucoup marquée, car elle a été la première impression que j'ai eue de Liam. Aujourd'hui, ces manifestations ne sont plus présentes. En effet, depuis qu'il est accompagné par sa baby-sitter il entre en séance sans difficulté apparente. Je m'interroge alors : est-ce simplement le changement d'accompagnant qui a permis cela ? Ou bien était-ce une réaction spécifique à la séparation avec son papa ? Aurait-il réagi de la même manière si son papa avait continué de l'emmener en séance ? Ces questions restent ouvertes, mais elles me permettent de rester vigilante à ce que chaque transition peut représenter pour lui.

4.2. L'agitation psychomotrice

L'agitation psychomotrice semble être un moyen pour Liam de se mettre à l'écart de ses ressentis. En effet, j'observe qu'en potentielle situation d'échec Liam a tendance à se retirer de l'activité et se lève pour explorer son environnement. Il a l'habitude de faire des allers-retours en marchant, ce qui me donne l'impression qu'il occupe son corps pour se mettre à distance de ses pensées qui semblent l'envahir. Cela est selon moi en potentielle résonance avec la peur de l'échec et donc un besoin de fuir lorsque l'activité lui paraît trop difficile. Il m'est souvent arrivé de l'entendre dire qu'il se sent « nul » avant de quitter l'activité. Ces mots m'interpellent beaucoup, car ils me semblent lourds de sens. J'ai le sentiment qu'il vit l'erreur ou la difficulté non pas comme une étape d'apprentissage, mais comme une remise en cause de sa propre valeur. C'est à ce moment-là que l'agitation apparaît, comme une réponse immédiate.

Je me questionne beaucoup : est-ce que je propose des activités trop exigeantes ? Est-ce que je repère bien les moments où il aurait besoin d'être davantage soutenu ? Parfois, je me sens impuissante, car même en essayant de l'encourager ou de l'apaiser, il semble déjà loin, pris dans un rythme qui le dépasse.

Cela me pousse à ajuster ma posture, à être plus attentive à ses signaux précoce d'inconfort, pour tenter d'intervenir avant qu'il ne soit complètement envahi. Je me dis aussi qu'il est peut-être nécessaire de lui laisser ces temps d'agitation, sans les interrompre trop vite, pour qu'il puisse progressivement trouver ses propres repères dans l'espace de la séance.

Cette agitation motrice semble s'associer à une agitation psychique. Celle-ci se retranscrit au niveau verbal. Liam peut alors parler très vite, en enchaînant les phrases, parfois sans lien clair entre elles. Il peut passer d'une idée à une autre, revenir en arrière, ou même se répéter. J'ai la sensation qu'il est débordé, autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de lui-même. Il y a quelque chose de très intense dans ces moments-là, presque comme une urgence à dire et à bouger qu'il ne peut contenir.

4.3. Des paroles qui reflètent une insécurité ?

Lorsque Liam arrive en séance de psychomotricité, je remarque qu'il a besoin d'un temps où il s'exprime de manière logorrhéique. Son discours est fluide, rapide, mêlant des récits ancrés dans le réel, comme ses activités du week-end, à des éléments issus de son imaginaire. Son langage est particulièrement riche et structuré pour son âge, avec un vocabulaire précis et varié, en lien avec les sujets qu'il aborde. Il m'est parfois difficile de suivre le fil de ses propos de par le rythme soutenu et le contenu dense. Je constate que ces moments ont tendance à me figer, aussi bien dans ma posture que dans ma réflexion. J'essaie de l'écouter avec attention, mais je peine à trouver comment rebondir sur ce qu'il partage.

Je m'interroge alors sur la fonction de ce besoin qu'a Liam de s'exprimer de manière intense et soutenue en début de chaque séance. Cela lui permet-il d'investir la salle de psychomotricité comme un espace sécurisant, où il se sent libre de livrer ses pensées sans retenue ? J'observe toutefois que ses propos sont souvent teintés de thématiques agressives ou violentes, mettant en scène des scénarios où il est question d'affrontements ou d'actes destructeurs, comme lorsqu'il raconte avoir « tué un requin » ou s'en être pris à ses voisins. Je garde à l'esprit qu'à son âge, l'acquisition des notions telles que la mort ou l'irréversibilité des actes n'est pas encore construite, et qu'il s'agit davantage pour lui d'exprimer des représentations symboliques ou fantasmatisques qu'il explore sans en saisir pleinement les implications.

Cela me donne l'impression que Liam évolue dans un imaginaire très développé, qui semble parfois être une source d'inquiétude et de débordement pour lui. Cet imaginaire occupe une place importante en séance et m'amène à m'interroger sur l'origine de ses propos.

4.4. Le besoin de maîtrise

Comme évoqué précédemment, Liam manifeste un besoin marqué de contrôler à la fois son environnement et son propre corps. Ce besoin transparaît à travers les différents comportements qu'il met en place. Dès les premières séances de bilan, nous avons pu constater que Liam cherche à conserver une forme de maîtrise sur les activités qui lui sont proposées, ce qui se traduit par des refus récurrents face aux jeux suggérés, nécessitant ainsi une grande capacité d'adaptation de la part du psychomotricien. Durant le bilan, la détente musculaire reste difficilement accessible. Liam semble être en perpétuel mouvement répondant au besoin de garder

un contrôle sur son corps, ce qui se manifeste par un tonus de fond élevé et une agitation motrice quasi permanente. Je me demande alors si ce recrutement tonique élevé serait pour lui un moyen de mieux percevoir ses appuis et ses membres, et ainsi de renforcer son sentiment de contrôle sur ses gestes ?

Lors des premières séances avec Liam, j'observe qu'il refuse d'enlever ses chaussures et les garde durant toute la séance. Ce comportement contraste avec celui de la plupart des enfants, qui retirent spontanément leurs chaussures en entrant dans la salle de psychomotricité. Je m'interroge alors : ce refus serait-il une manière pour Liam de maintenir un certain contrôle sur la situation, comme s'il éprouvait le besoin d'être lui-même à l'initiative des décisions le concernant, qu'il s'agisse d'enlever ses chaussures ou de s'engager dans une activité ?

Au fil des séances, je constate que Liam parvient désormais à retirer ses chaussures de manière spontanée. Ce refus initial semble donc peut-être lié au temps nécessaire pour que l'environnement lui devienne suffisamment familier et sécurisant afin qu'il puisse se permettre de relâcher ce contrôle. Il est également possible que ce geste ait simplement eu besoin d'être intégré progressivement par Liam, jusqu'à devenir pour lui un rituel connu et rassurant.

Par la suite, j'ai pu constater que le refus des activités, déjà relevé par mon maître de stage lors du bilan, s'est maintenu au fil des séances. Liam semble systématiquement aller à l'encontre des propositions que nous lui faisons, préférant se tourner uniquement vers les jeux avec lesquels il est déjà familier. J'observe ainsi chez lui une réelle réticence face à la nouveauté. Il semble avoir besoin d'un cadre stable et prévisible, avec des séances structurées autour des mêmes activités d'une semaine à l'autre. Ce fonctionnement lui permet de s'appuyer sur des repères connus, installant ainsi un rituel rassurant qui lui offre la possibilité d'anticiper le déroulement des séances. Ce besoin de constance pourrait être en lien avec la difficulté qu'il manifeste face à l'imprévu ou à l'effet de surprise, comme nous avons pu l'observer précédemment avec les jeux de surprise.

Enfin, je constate qu'au fil des séances, Liam accepte progressivement de s'engager dans différents jeux qu'il ne connaît pas forcément. Son besoin de maîtrise semble alors s'apaiser sur cet aspect. Toutefois, j'observe que ce besoin de contrôle s'exprime autrement, notamment par une tendance à moduler ou contourner les consignes des activités. Comme je l'ai mentionné précédemment, cela apparaît notamment dans les jeux de compétition, là où il existe un risque de

perdre. Je me demande alors si ce besoin de maîtrise est finalement en lien avec cette peur de l'échec lors des activités ayant un enjeu de performance.

PARTIE THÉORIQUE

PARTIE THÉORIQUE

1. Qu'est-ce que l'anxiété ?

1.1 Définition de l'anxiété

L'anxiété est un état qui se manifeste tant au niveau corporel qu'au niveau psychique.

Elle s'exprime dans quatre registres : « cognitif (...), émotionnel (...), comportemental (...) et somatique (...) ». (Gaëlle Lebeau, 2018, p. 185). L'anxiété révèle un lien indissociable entre l'activité psychique et les manifestations corporelles, illustrant la manière dont l'esprit peut influencer le corps. « L'anxiété est une sensation de tension intérieure, de danger imminent. Elle peut être paralysante, ou au contraire susciter de l'agitation » (Jérôme Palazzolo, 2019). Elle survient lors de « l'anticipation d'un danger potentiel ». Cela la différencie de la peur qui elle est la « réponse émotionnelle à un danger imminent » (Gaëlle Lebeau, 2018, p.185).

L'anxiété peut alors être définie par une inquiétude intense pouvant faire suite à l'anticipation d'un événement ou d'une situation perçue comme menaçante. Elle peut devenir invalidante selon sa fréquence et ses répercussions dans le quotidien de l'individu. Jérôme Palazzolo explique que « lorsqu'elle prend un caractère excessif menant à une pathologie, il s'agit alors de troubles anxieux, affectant le comportement, les pensées, les émotions de la personne ».

Comme évoqué précédemment, l'anxiété se manifeste au niveau corporel. En effet, lorsque le danger est perçu et que le système sympathique et l'axe corticotrope s'activent, des signes physiques surviennent. Ils s'expriment par « une augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, une transpiration, une accélération du transit, des difficultés respiratoires, une insomnie ou une modification de l'appétit ». (Gaëlle Lebeau, 2018, p.185).

1.2 Les différences entre anxiété, stress et angoisse

L'anxiété, l'angoisse et le stress sont trois états distincts, bien que leurs manifestations puissent parfois se ressembler. Ces trois notions doivent être différenciées, car chacune d'elles émerge dans un contexte particulier et s'accompagne d'un vécu corporel et psychique spécifique.

1.2.1 Le stress

Le stress est un mécanisme ordinaire du corps humain. Il peut se définir comme « l'ensemble des moyens physiologiques et psychologiques mis en œuvre par une personne pour s'adapter à un événement donné. Il a une fonction d'adaptation. Face à une situation nouvelle, il pousse à l'action. Le stress est donc utile, voire nécessaire ». (Colombo, 2014, p. 291).

Le stress se distingue alors de l'anxiété par sa fonction de régulation face à un événement nouveau. L'anxiété, elle, émerge dans l'anticipation de cet événement, lorsqu'il est appréhendé comme menaçant.

Hans Selye, médecin pionnier dans l'étude du stress, définit le « syndrome général d'adaptation » en 1936. Il explique alors que l'organisme réagit à une situation de stress selon trois phases : la phase d'alarme, la phase de résistance et la phase d'épuisement. Dans la phase d'alarme, l'organisme se prépare au combat ou à la fuite. Plusieurs adaptations physiologiques se mettent en place. On retrouve une libération d'hormones produites par les glandes médullo-surrénales, notamment l'adrénaline. Ces hormones induisent différentes modifications physiologiques : élévation de la fréquence cardiaque, augmentation de la pression artérielle, variation de la vigilance, et changement de la température corporelle.

Lorsque la situation de stress se poursuit, l'organisme entre dans une phase de résistance. Cette phase se caractérise par la sécrétion de glucocorticoïdes, principalement le cortisol, produit par la glande corticosurrénale. Ces hormones permettent d'augmenter le taux de glucose dans le sang, garantissant ainsi un apport énergétique suffisant aux muscles, au cœur et au cerveau. Ce mécanisme vise à soutenir l'effort requis face au facteur stressant.

Si l'exposition au stress se prolonge ou s'intensifie, les ressources de l'organisme finissent par s'épuiser. La régulation des glucocorticoïdes devient alors inefficace, entraînant un déséquilibre hormonal. L'organisme se trouve submergé par des hormones d'activation qui, sur le long terme, peuvent engendrer des effets délétères pour la santé. (INRS, 2023).

Ainsi, le stress est indispensable car il permet de nous adapter à des situations nouvelles, mais il peut devenir pathologique s'il s'intensifie et devient chronique.

1.2.2 L'angoisse

Le terme de « névrose d'angoisse » est utilisé pour la première fois par Freud en 1895. « Il propose de séparer de la “neurasthénie”, notion très utilisée à la fin du XIXe siècle, un syndrome sous le nom de “névrose d'angoisse” ». (Vassilis Kapsambelis, 2024, p.25).

Vassilis Kapsambelis, psychiatre et psychanalyste, s'exprime dans un entretien nommé « *Cliniques de l'angoisse* » (2024, extrait 2). Il explique que l'angoisse est définie dans un premier temps comme un trouble fonctionnel cardiaque, autrement dit neuropathie cardiaque. Le trouble cardiaque est en effet dans la clinique de l'attaque de panique : tachycardie, douleurs thoraciques, hypersudation, tremblements, pâleur. Aujourd'hui, l'hypothèse d'un lien entre la neuropathie cardiaque et la crise d'angoisse est toujours d'actualité.

Il différencie la crise d'angoisse sous forme d'attaque de panique et l'angoisse chronique décrivant une personnalité anxieuse. Ces deux formes d'angoisse ont des traitements médicamenteux différents. Vassilis Kapsambelis parle de progressive extinction de la répétition des crises par antidépresseur pour les crises de panique. En revanche, pour l'angoisse chronique, les benzodiazépines sont les plus utilisés. (*Cliniques de l'angoisse*, 2024, extrait 3).

L'angoisse fait alors l'objet d'un trouble panique faisant partie de la catégorie des troubles anxieux présents dans la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Le trouble panique se caractérise alors par « la survenue d'attaques de panique répétées, généralement accompagnées de l'anxiété anticipatoire concernant la survenue de futures crises ou de modification du comportement visant à éviter les situations prédisposant aux attaques de panique. » (DSM-5, 2013, p.244).

1.3 L'impact de la confiance en soi sur l'anxiété de performance

Selon l'équipe de rédaction de la Clinique E-Santé (2023), « l'anxiété excessive provient parfois d'un manque de confiance, d'une faible estime de soi ».

La confiance en soi peut se définir comme étant « La capacité à croire en soi pour accomplir une tâche, et cela, peu importe la difficulté et le défi à relever. C'est un état interne qui repose sur la conscience, l'acceptation, l'estime et l'affirmation de soi. » (Arnaud, Mellet, 2019, p.58). Cette capacité à croire en soi s'articule étroitement avec une autre notion fondamentale : celle de l'estime de soi.

L'estime de soi se définit comme « l'attitude plus ou moins favorable que chaque personne a envers elle-même, la considération et le respect qu'elle se porte, le sentiment qu'elle a de sa propre valeur » (Rosenberg, 1979, n.p). Selon Nicole Guédeney (2011, p.134), l'estime de soi commence à se construire dès la première année de vie.

Le sentiment d'efficacité personnelle se développe surtout à partir des expériences de succès et des renforcements de l'entourage.

Ainsi, en psychomotricité, ces deux dimensions peuvent se construire dans l'expérience corporelle et relationnelle. Le corps devient un support d'expérimentation et de reconnaissance de soi, et la relation thérapeutique joue un rôle essentiel dans le soutien à la valorisation de soi et au renforcement de la confiance en ses capacités.

Cependant, cette construction de la confiance peut être perturbée par des facteurs externes, comme l'anxiété de performance, qui émerge souvent en réponse à des pressions sociales. Ainsi, l'auteur (Mélanie Thibault, 2011, p.4) met en évidence l'importance du rôle des proches dans la valorisation de l'estime de soi. Elle souligne en effet que « L'environnement social peut également contribuer à générer de l'anxiété de performance ». L'anxiété de performance peut être définie comme étant « la peur de l'échec ou de faire des erreurs en situation de performance » (Denis, 2016, n.p.).

La confiance en soi et l'estime de soi peuvent donc être profondément influencées par les interactions sociales et les regards extérieurs. Dans ce contexte, Christophe André (2005, p.28) met en lumière le lien entre l'estime de soi et la peur de l'échec, soulignant l'impact des facteurs relationnels sur cette dynamique. Selon lui, l'estime de soi est une qualité « stable et indépendante », ce qui signifie que l'enfant ne doit pas se définir uniquement par ses réussites ou ses échecs.

Toutefois, il ajoute que la sensibilité à l'échec, très liée au niveau d'estime de soi, est fortement modulée par les facteurs relationnels : les sujets à basse estime de soi sont d'autant plus hésitants à prendre des décisions qu'ils savent que celles-ci seront observées et commentées par des évaluateurs (l'échec aura donc un caractère public) (2005, p.28). Christophe André ajoute qu'une « estime de soi déficiente est souvent associée à des stratégies inverses » tel qu'un repli sur soi, une fuite de la situation ou encore une réticence à demander de l'aide.

La confiance en soi et l'estime de soi sont intimement liées aux interactions sociales et à l'environnement extérieur. L'anxiété de performance, alimentée par le regard des autres, peut altérer ces dimensions, en particulier chez les enfants. En psychomotricité, la relation thérapeutique joue donc un rôle clé en offrant un cadre sécurisant, permettant à l'enfant de renforcer sa confiance en soi, tout en soutenant sa valorisation personnelle.

2. Sécuriser l'enfant en séance de psychomotricité

Le sentiment de sécurité chez l'enfant est primordial pour qu'il évolue dans des conditions optimales lui permettant d'explorer le monde et de se développer sereinement.

Pour l'enfant, cette base, dont dépend le sentiment de sécurité, est constituée de 3 parties essentielles : C'est d'abord une présence, un lien très fortement investi, stable et fiable avec un autre humain, élu pour sa disponibilité continue et sa capacité à le soutenir, le comprendre et le réconforter lorsqu'il en a besoin. (Emmanuelle Bonneville-Baruchel, 2014, p.31).

Lors du soin, il est nécessaire qu'une sécurité physique et psychique se mette en place. La salle de psychomotricité doit être un espace favorisant l'expression tant psychique que corporelle de l'enfant. Pour que cette expression puisse émerger, il est essentiel que le patient s'y sente en sécurité. Dès la première rencontre, le psychomotricien veille donc à instaurer les conditions nécessaires à ce sentiment de sécurité.

2.1. L'alliance thérapeutique

Le terme « alliance thérapeutique » est utilisé pour la première fois par S. Freud en 1913. « Il insistait alors sur l'importance d'une alliance forte entre un patient et son thérapeute. » (Charly Cungi, 2016, p.174). C'est la relation de confiance entre le patient et le professionnel de santé qui se met en place.

L'alliance thérapeutique peut être définie par « Une relation médecin-malade basée sur une confiance réciproque et une capacité d'écoute mutuelle, ainsi qu'un accord sur les objectifs thérapeutiques et les moyens d'y parvenir. » (Médecine générale Sorbonne Université, 2020).

Carl Rogers définit alors les qualités nécessaires pour pratiquer le métier de psychothérapeute, valables également pour tout autre soignant : l'empathie, l'authenticité, la chaleur humaine. Ces qualités sont alors essentielles dans la mise en place de l'alliance thérapeutique. Selon Charly Cungi, elles permettent un bon rapport collaboratif.

L'empathie est l'aptitude que possède une personne pour percevoir la réalité que vit une autre personne, et de quelle manière il peut restituer à autrui ce qu'il en a compris.

L'authenticité est l'aptitude d'un thérapeute à se sentir à l'aise dans la situation thérapeutique, avec ses propres émotions, ses propres sentiments, ses pensées et réflexions, et aussi avec son malaise personnel. En effet, les patients vivent fréquemment des situations difficiles susceptibles d'induire un malaise important chez les soignants. Enfin être chaleureux, c'est trouver le patient sympathique au sens commun du terme. (Charly Cungi, 2016, p.174).

Selon Doris Vasconcellos-Bernstein, « établir la confiance, poser un cadre stable, accueillir la réalité de la demande, sont les bases de l'établissement d'une relation thérapeutique. »

Il explique que cette relation est asymétrique : l'attribution de pouvoir est déplacée sur le professionnel qui a été consulté en raison même de la reconnaissance de ce pouvoir, représenté en premier lieu par sa qualification intellectuelle. (...) La gestion de la relation asymétrique cherche à établir l'alliance thérapeutique qui va cadrer et stabiliser le processus thérapeutique (2013, p.25).

2.2. Le cadre thérapeutique

Le dictionnaire Larousse définit le mot cadre comme étant une « bordure rigide limitant une surface dans laquelle on place un tableau (...), limites d'un espace ; entourage, milieu, contexte, ce qui borne, limite l'action de quelqu'un ». Cette définition offre une compréhension globale du terme, pouvant être interprétée selon différents sens.

En psychomotricité, nous nous intéressons plus particulièrement au cadre thérapeutique. Concept issu du courant psychanalytique. Celui-ci se définit comme « un ensemble de règles nécessaires, aussi bien matérielles que psychiques, constituant un contenant dans lequel le processus de soin peut se dérouler, "un contenant pour maintenir un contenu" » (Rojas-Urrego, 2012, p.33).

D'un point de vue psychomoteur, la psychomotricienne C. Potel (2019, p.357) précise que le cadre thérapeutique est « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée », soulignant ainsi l'importance des repères spatio-temporels et psychiques pour soutenir le travail thérapeutique.

Selon Catherine Potel, le cadre thérapeutique est primordial en psychomotricité. « Il faut donc des conditions particulières pour qu'un travail psychomoteur puisse se faire ». Elle définit plusieurs conditions très concrètes permettant d'instaurer un cadre thérapeutique : des conditions d'espace, de matériel, de temps, d'encadrement, de fonctionnement institutionnel (2019, p.358).

2.3 Le cadre physique

Dans le cadre physique, nous retrouvons les limites spatio-temporelles des séances de psychomotricité. L'espace de la salle de psychomotricité est un lieu où l'enfant doit pouvoir explorer et s'exprimer. Cet espace accueille l'enfant avec son vécu, ses émotions, ses manifestations psychiques et corporelles.

Pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps. (...) Le cadre thérapeutique limite, borde et balise l'espace proposé. C'est en même temps, un espace matériel et un espace de jeu potentiel à venir (Potel, 2006, p. 107).

Les limites du cadre spatial se composent également des objets présents dans la salle de psychomotricité. Le psychomotricien fait le choix du matériel qu'il installe et met à disposition dans sa salle. C'est à partir de celui-ci que l'enfant va pouvoir expérimenter et soutenir son développement psychomoteur. Catherine Potel met en évidence que les conditions de matériel sont un « support aux intégrations et à l'imaginaire » (2019,p.358). De plus, l'enfant se familiarise avec l'environnement grâce à la récurrence du matériel. En effet, la constance du matériel à disposition permet au patient de progressivement s'approprier un espace, un objet médiateur qui pourra servir d'appui pour un jeu, un échange ou une interaction. (Veeser, 2015, p.143).

Le cadre physique inclut des limites temporelles stables. Les séances de psychomotricité ont une durée définie, que l'enfant intègre grâce à leur fréquence constante. Ce repère temporel s'instaure donc selon l'horaire à laquelle le patient à l'habitude de venir en séance, mais également par sa durée inchangée. Comme le souligne Catherine Potel « Une séance où il va s'agir de jouer,

(...) de bouger son corps demande (...) une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères » (Potel, 2019, p.358).

Comme mentionné précédemment, Catherine Potel évoque la notion de constance d'encadrement, qu'elle associe à la présence physique des personnes ou de la personne assurant le soin. Elle explique que « le psychomotricien peut travailler seul, en équipe, à deux, en co-animation ». La continuité des soins, assurée par la présence stable des mêmes professionnels, est essentielle pour sécuriser l'enfant et favoriser son développement. John Bowlby, fondateur de la théorie de l'attachement en 1958, explique que le bébé se développe grâce à des figures d'attachements qui constituent une base de sécurité et de protection. Bien que les parents soient la figure d'attachement première de l'enfant, le professionnel de santé peut lui aussi en devenir une pour l'enfant. En effet, « Est susceptible de devenir une figure d'attachement tout adulte (dans les conditions normales) qui s'engage dans une interaction sociale et durable animée avec le bébé, et qui répondra facilement à ses signaux et à ses approches. »(Dugravier, Barbey-Mintz, 2015, p.16).

Alina Veeser, psychomotricienne, met en lien la régularité des conditions de matériel et d'encadrement comme outil sécurisant dans le soin :

La constance des participants et du matériel participe à maintenir un cadre thérapeutique. Toute absence se doit donc d'être prévenue afin de permettre au patient d'anticiper les changements et d'éviter toute émergence d'angoisses (d'abandon par exemple) pouvant créer une rupture du lien thérapeutique préalablement établi. (Veeser, 2015, p.143).

Les règles dans le soin constituent les limites physiques de l'espace de la salle de psychomotricité. Ces règles doivent être définies en amont et expliquées à l'enfant afin de maintenir un cadre. Elles vont contribuer au sentiment de sécurité du patient, Catherine Potel démontre que « Les règles de fonctionnement vont donner des repères fiables et sécurisants. » (2006, p.107).

2.4 Le cadre psychique

« Le cadre garantit la « sécurité physique et psychique » des participants. Ce qui fait appel directement aux capacités de pare-excitation du thérapeute » (Potel, 2006, p.107). Autrement dit, le cadre psychique se met en place selon les qualités du psychomotricien. D.W. Winnicott souligne qu'« il ne s'agit pas de répondre parfaitement, mais d'être là, suffisamment bon, pour que l'enfant puisse se sentir en sécurité » (D.W. Winnicott, 2006).

La fonction de pare-excitation est évoquée pour la première fois par Freud en 1920. Cette fonction est « envisagée initialement comme une fonction de protection de l'organisme contre les excitations provenant du monde extérieur » (Belot, 2012, p.19).

Par la suite, les écrits de D.W. Winnicott (1956) définissent trois rôles de l'environnement : le « *holding* », le « *handling* » et « *l'object presenting* ». Le « *handling* » fait référence aux soins primaires que la mère apporte au bébé, notamment le portage, l'habillage ou encore le bain. Le « *holding* » désigne les interactions entre la mère et le bébé qui permettent de développer un sentiment de sécurité interne. Le parent soutient affectivement l'enfant dans un environnement sécurisant. Enfin la notion d' « *object presenting* » concerne la manière dont un parent présente des objets ou des jouets à l'enfant. Cela fait référence par exemple à l'objet transitionnel comme la peluche que le parent donne au bébé.

Alina Veeser met en lien cette fonction de pare-excitation avec le rôle du psychomotricien au sein de la prise en charge : « Cette fonction s'illustre par l'adaptation du psychomotricien : adaptation aux rythmes de l'enfant mais aussi à ses sollicitations ». Le psychomotricien devient ainsi un acteur de pare-excitation lorsqu'il s'adapte à l'enfant « il organise et délimite (...) il ajuste ses interventions en fonction des besoins, de la disponibilité et de la disposition du patient. » (Veeser, 2015, p.149)

La formation au Diplôme d'État de psychomotricien valorise la qualité de l'observation. Albert Ciccone, psychologue clinicien et psychanalyste, met en lumière les différentes fonctions de l'observation clinique. Il insiste sur l'importance de « veiller sur l'autre » et d'adopter une « position d'ouverture », c'est-à-dire accueillir l'autre sans jugement. Il aborde également la fonction de pare-excitation du thérapeute et souligne l'importance de prendre en compte la « réalité psychique » de l'autre (A. Ciccone, 2019).

La capacité d'être à l'écoute de l'autre et de se sentir écouté est primordiale dans le soin psychomoteur. La bienveillance à l'égard de ce que le patient manifeste lui permet de se sentir « compris, soutenu, reconnu dans ce qu'il ressent. Cette sensation d'être écouté est indispensable en psychomotricité » (Alizée Deynu, 2022, p.31).

Alina Veeser précise que « c'est une forme d'écoute qui se veut empathique ». L'empathie permet d'accueillir et d'identifier les émotions du patient sans que celles-ci ne soient partagées ou transmises au thérapeute. De son côté, Gérard Jorland (2006, p.58) aborde la notion de sympathie, qu'il définit comme « le partage des émotions d'autrui ». Il souligne que la sympathie se distingue de l'empathie, cette dernière étant définie comme la « reconnaissance des émotions d'autrui ». Afin de répondre à cette écoute empathique, il est essentiel de mettre en place une attention fine aux manifestations non-verbales du patient. « Nous mettons à disposition tous nos sens afin d'être à l'écoute des manifestations psychocorporelles de notre patient. (...) Il est nécessaire, pour ce faire, d'être attentifs à tous les indices non verbaux » (Veeser, 2015, p.148).

2.5 La contenance du psychomotricien

« Accueillir l'autre pour l'aider à se révéler... », c'est ce qu'a dit Alina Veeser (2015, p. 136) pour évoquer le rôle de la contenance du psychomotricien. Elle définit la contenance d'une part comme un « réceptacle renfermant un volume et accueillant un contenu » mais aussi comme la « capacité de maintenir en soi un contenu ». Cette double approche de la contenance, à la fois corporelle et psychique, met en lumière la manière dont le psychomotricien intervient sur les deux plans pour offrir un cadre sécurisant et structurant à l'enfant. « En psychomotricité, la contenance se pense non seulement en référence au corps, c'est-à-dire à l'enveloppe corporelle, mais également en référence au psychisme c'est-à-dire à l'enveloppe psychique. » (Veeser, 2015, p.139).

Cette fonction de contenance est également évoquée par D.W Winnicott lorsqu'il définit la notion de « *handling* » dans le travail de parentalité. Cela fait référence notamment aux soins qui sont prodigués au bébé incluant l'action de mobiliser le bébé en maintenant ses limites corporelles physiques.

Par contenance physique, nous entendons un sentiment d'avoir un corps qui est délimité, par rapport à l'extérieur. Un corps qui peut contenir, qui peut accueillir les stimulations

sensorielles, tant internes qu'externes, sans se « désintégrer », pour finalement agir sur l'environnement. (Veeser, 2015, p.138).

Cette citation met en lumière l'importance de la contenance corporelle dans le développement du sentiment d'unité du bébé. En maintenant ses limites physiques, le professionnel ou le parent offre un cadre structurant qui permet à l'enfant de se sentir contenu, rassemblé et capable de faire face aux stimulations sensorielles sans être débordé.

Cette approche de la contenance physique s'articule étroitement avec sa dimension psychique, toutes deux œuvrant de manière complémentaire pour offrir à l'enfant un sentiment d'unité et de sécurité.

La contenance psychique, fonction consistant à contenir et à transformer, est indissociable de la notion d'enveloppe psychique. L'enveloppe psychique correspond à une surface intérieurisée psychiquement qui délimite le monde interne du monde externe, c'est-à-dire une interface permettant la distinction dedans et dehors. (Veeser, 2015, p.139).

Alina Veeser offre une vision du soin psychomoteur mettant en lumière le rôle fondamental du psychomotricien en tant que soutien structurant, capable d'offrir un contenant sécurisant à l'enfant.

Elle souligne que la prise en charge psychomotrice cherche à favoriser l'émergence d'une enveloppe contenante. Par ses interventions psychiques et corporelles, le psychomotricien transforme ce qui est difficilement supportable et angoissant en éléments assimilables, base de la sécurité corporelle et psychique (Veeser, 2015, p. 139).

DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE

DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE

Au fil de mes lectures théoriques, l'importance du cadre dans le soin psychomoteur s'est peu à peu précisée, éclairant sous un nouveau jour certaines situations vécues en séance. Cette compréhension m'a permis d'affiner mon regard sur les réactions de Liam, en particulier celles liées à son anxiété, souvent perceptibles à travers ses attitudes corporelles ou ses comportements face à l'imprévu. Soutenue par ces apports théoriques, je peux désormais mieux appréhender et accueillir ses manifestations en séance, en m'appuyant sur un cadre à la fois sécurisant et contenant. À travers une mise en lien entre théorie et clinique, je tenterai donc d'explorer de quelle manière ce cadre, dans ses dimensions matérielles, psychiques et relationnelles, a pu accompagner Liam dans son objectif thérapeutique.

Cette démarche me conduira donc à explorer plus en profondeur mon questionnement initial : En quoi un cadre thérapeutique sécurisant en séance de psychomotricité permet à un jeune enfant présentant des manifestations anxieuses de soutenir sa confiance en lui ?

1. L'anxiété et le besoin de maîtrise

Comme je l'ai évoqué dans ma partie théorique, l'anxiété peut se manifester par une forme d'inhibition, ou au contraire, par une agitation marquée. Dans ma partie clinique, j'ai mis en lumière le comportement de Liam face aux situations d'échec, celui-ci témoigne justement d'une agitation à la fois psychique et motrice. Cette réaction apparaît notamment lors des temps de jeu, et plus précisément lorsque Liam ne parvient plus à maîtriser le déroulement ou l'issue du jeu. Je me suis alors questionnée : cette agitation pourrait-elle être l'expression d'une anxiété liée à la perte de contrôle ? La définition de l'anxiété proposée par Jérôme Palazzolo me semble apporter un éclairage pertinent à cette hypothèse, en soulignant le lien possible entre perte de maîtrise et émergence de l'anxiété chez Liam.

Gaëlle Lebeau (2018, p.185) souligne que l'anxiété naît de l'anticipation d'un danger potentiel. Cela me permet de faire un lien avec l'attitude de Liam face à l'issue du jeu. Comme je l'ai décrit dans la partie clinique, Liam a tendance à se retirer, notamment lors des jeux de surprise, avant même d'en connaître le dénouement. L'apport théorique de Gaëlle Lebeau éclaire ainsi une possible anticipation de l'échec de ces jeux de la part de Liam, ce qui pourrait générer chez lui une forme d'anxiété.

Cette double manifestation de l'anxiété chez Liam, tantôt sous forme d'agitation, tantôt sous forme de retrait, illustre la complexité de ses réactions face aux situations perçues comme insécurisantes. Son comportement oscillant semble directement lié à son besoin de maîtrise sur l'environnement. Lorsque cette maîtrise lui échappe, comme dans les jeux de surprise ou dans ceux où l'issue évolue de manière imprévisible, l'apparition de signes d'anxiété devient manifeste.

Ces observations cliniques rejoignent également les propos de Didier Anzieu (1985,n.p) sur la fonction pare-excitante du Moi-peau, qui protège le psychisme contre des excitations internes ou externes trop intenses. Chez Liam, la perte de contrôle sur l'issue d'un jeu peut être vécue comme une effraction sensorielle ou émotionnelle, entraînant une déstabilisation de son enveloppe psychique et une tentative de retrait ou une décharge motrice. Il chercherait ainsi, à travers ces manifestations, à restaurer une forme de contenant interne.

En séance, ces moments sont aussi des opportunités thérapeutiques précieuses. Ils permettent d'observer comment Liam réagit face à l'incertitude, mais aussi comment il mobilise ses ressources, ou au contraire, se trouve débordé. L'objectif est alors de soutenir un cadre sécurisant qui puisse contenir cette anxiété et offrir à l'enfant des repères stables, favorisant une réappropriation progressive de son sentiment de compétence et de sa confiance en lui.

2. De la désorganisation à la réassurance

Cette désorganisation, à la fois psychique et motrice, me semble nécessiter la mise en place d'un cadre contenant et sécurisant, permettant à Liam de se sentir accompagné dans l'expression de ses manifestations corporelles, tout en favorisant la reconstruction progressive de ses repères internes.

C'est dans cette dynamique que s'inscrit le travail du psychomotricien, qui, par la régularité de sa présence, la stabilité du cadre et l'attention portée au vécu corporel de l'enfant, participe activement à la réorganisation de son vécu corporel et émotionnel.

2.1 Sécuriser l'enfant en séance de psychomotricité

De nombreux auteurs, qu'ils soient psychomotriciens, psychanalystes ou psychologues, ont souligné l'importance du sentiment de sécurité dans le développement de l'enfant. Comme je l'ai montré dans ma partie théorique à travers différents écrits, ce sentiment de sécurité s'avère tout aussi fondamental dans le cadre du soin. En effet, nous avons vu le rôle du cadre thérapeutique, en tant qu'espace structurant et sécurisant, mais aussi du cadre psychique, comme soutien aux processus internes de l'enfant. Ces deux dimensions apparaissent comme des conditions essentielles à l'instauration d'un environnement sûr en séance de psychomotricité.

Il m'a semblé essentiel, dans le cadre de mes suivis en stage, d'instaurer une relation de confiance ainsi qu'un cadre sécurisant. Cette attention a été particulièrement présente dans le suivi de Liam, dont les manifestations corporelles et émotionnelles laissaient transparaître une insécurité sous-jacente. En m'appuyant sur les éléments cliniques précédemment exposés, son besoin de sécurité m'est apparu central. Liam présente une anxiété marquée au moment de la séparation avec son papa, se traduisant par des pleurs ou une réticence à entrer en séance. Il m'a paru primordial que l'espace de la salle de psychomotricité devienne un espace où Liam se sent en sécurité afin d'entrer en séance de manière plus apaisée.

D'autre part, lorsqu'il se décrit comme étant « nul » révèle d'une estime de soi fragile, souvent mise à mal dans les situations de jeu. Ce mal-être se reflète également dans son corps, à travers une agitation psychomotrice notable. Celle-ci se manifeste par des déplacements incessants dans l'espace ou encore une difficulté à investir les consignes proposées, notamment lorsque la situation semble lui échapper ou devenir incertaine.

Ces observations m'ont conduite à être particulièrement vigilante à plusieurs aspects du cadre proposé en séance : l'aménagement de l'environnement, la régularité des séances et l'anticipation des transitions ou des changements. Ces éléments m'ont semblé essentiels pour instaurer un climat de sécurité, permettant à Liam de mieux s'appuyer sur la relation et de s'engager plus sereinement dans le processus thérapeutique.

Par ailleurs, ses propos en séance traduisent parfois une perception du monde environnant comme potentiellement menaçant et inquiétant, ce qui, selon moi, nécessite d'accueillir ces paroles avec bienveillance tout en veillant à maintenir un environnement sécurisant.

2.2 Par le biais de l'environnement

L'environnement dans lequel l'enfant évolue en séance participe activement à l'accueil du patient ainsi qu'au processus thérapeutique. L'environnement souligne différents éléments que l'on retrouve dans le cadre physique. Comme évoqué précédemment, le cadre physique joue un rôle essentiel dans le sentiment de sécurité ressenti par le patient. Il regroupe plusieurs dimensions telles que l'organisation de l'espace, la régularité temporelle, le choix du matériel, les règles instaurées ou encore la constance dans la posture de soin. Le cadre thérapeutique, tel que défini par Catherine Potel, participe à la contenance de l'espace de soin, lui donnant une structure suffisamment stable pour que le patient puisse s'y appuyer.

Dans ma partie théorique, j'ai notamment développé l'idée que la régularité du cadre, en particulier celle liée au matériel, contribue fortement à l'instauration de ce climat de sécurité. Alina Veeser (2015, p.143) insiste sur l'importance de cette constance matérielle, qui permet au patient de se familiariser avec un environnement nouveau et potentiellement insécurisant. Elle met en lumière le rôle sécurisant que peut jouer le matériel en séance, en le comparant à un objet sur lequel l'enfant peut s'appuyer pour apprivoiser progressivement l'espace thérapeutique.

Ces apports théoriques m'ont permis de mieux comprendre les premières séances réalisées avec Liam. Dès les débuts de son accompagnement, Liam manifestait le désir quasi systématique de rejouer aux mêmes deux jeux, très similaires dans leur structure. Ce choix récurrent ne m'a pas semblé anodin. Il traduisait, à mon sens, une tentative d'instaurer un repère stable dans un environnement encore inconnu pour lui. En retrouvant les mêmes jeux d'une séance à l'autre, Liam pouvait s'appuyer sur un élément connu, prévisible, qu'il maîtrisait et qui participait ainsi à diminuer l'anxiété liée à la nouveauté ou à l'incertitude de la situation.

Dans cette dynamique, le jeu devenait alors un véritable support transitionnel. Il permettait non seulement de sécuriser Liam dans le cadre physique, mais aussi d'instaurer un rythme régulier et anticipable d'une séance à l'autre. Cette régularité contribue à rendre le cadre plus lisible pour lui, en réduisant l'imprévisibilité, souvent génératrice d'agitation ou de retrait chez lui. Ainsi, en m'appuyant sur les apports d'Alina Veeser (2015, p.143), j'ai pu renforcer ma compréhension du besoin de constance de Liam, et adapter ma posture en veillant à maintenir une continuité matérielle qui puisse lui servir de point d'ancrage dans le déroulé des séances.

2.3 Par le biais de la relation

La relation construite entre l'enfant et le thérapeute constitue un pilier fondamental du soin psychomoteur. Elle prend forme dans l'alliance thérapeutique, entendue comme un lien de confiance réciproque, possible et singulier selon les qualités du thérapeute évoquées dans ma partie théorique et mises en lumière par Carl Rogers : l'empathie, l'authenticité, la chaleur humaine.

Dans le suivi avec Liam, cette alliance thérapeutique s'est construite dans un contexte particulier. En effet, mon arrivée en tant que stagiaire a modifié la configuration du cadre d'encadrement précédemment connu par Liam. D'une part, car les séances de bilan étaient réalisées par moment avec les parents présents dans l'espace de la salle de psychomotricité. D'autre part car il n'y avait qu'un seul soignant et donc une seule personne non connue par Liam.

Lors des moments d'activité, une relation duelle était mise en place entre Liam et le psychomotricien. La relation est alors passée à une triangulation soudaine, nécessitant, d'après différents éléments cliniques, un temps d'adaptation de la part de Liam, mais aussi une vigilance particulière de notre part pour maintenir une continuité dans le cadre relationnel.

Ce sentiment de sécurité qu'il a pu progressivement investir à travers cette nouvelle configuration relationnelle s'est particulièrement illustré lors d'un jeu symbolique autour de la construction d'une cabane. Comme je l'ai décrit dans la partie clinique, Liam a fabriqué sa propre cabane à l'aide de blocs de mousse, l'a fermée avec une barrière qu'il voulait « plus solide », puis s'y est enfermé seul. Ce moment m'a semblé significatif, pour la première fois, il acceptait d'être isolé visuellement et auditivement de nous, sans signe d'anxiété. Cela m'a donné l'impression qu'un lien de confiance suffisamment solide s'était tissé, lui permettant de lâcher momentanément le contrôle de la situation, ce qui, jusque-là, semblait difficile pour lui.

Le jeu s'est poursuivi avec une mise en scène dans laquelle Liam incarnait un loup blessé. Il a alors démolie sa barrière pour venir nous demander de l'aide, en déclarant que sa cabane était « dangereuse ». Là où, dans les séances précédentes, il pouvait avoir tendance à se retirer de l'activité face à une difficulté, il est ici parvenu à exprimer un besoin, dans un cadre relationnel soutenant. Le fait d'endosser le rôle du loup semble avoir facilité cette mise à distance de ses propres émotions, rendant possible l'appel à l'autre.

Ce moment de jeu vient, selon moi, illustrer la manière dont la qualité de la relation peut favoriser un sentiment de sécurité chez l'enfant, l'autorisant à explorer, à se risquer, mais aussi à s'appuyer sur l'autre au moment où il en ressent le besoin.

3. L'effet du cadre thérapeutique sur l'anxiété

Avec Liam, le cadre thérapeutique semble avoir eu un effet apaisant et structurant sur son anxiété. Au fil du suivi, mon maître de stage et moi-même avons pu observer que la régularité des séances, la stabilité de la relation, ainsi que notre posture contenante, ont constitué des repères sécurisants pour lui. Cela nous a demandé une certaine attention quant à la manière de poser et de maintenir le cadre, tout en l'adaptant aux besoins et aux réactions de Liam. Ce travail d'ajustement nous a permis de mobiliser pleinement notre fonction de contenance en tant que psychomotriciens, et d'en observer les effets bénéfiques sur l'anxiété de Liam, notamment face à la peur de l'échec.

3.1 Favoriser la confiance en soi face à la peur de l'échec

L'estime de soi, comme le souligne Nicole Guédeney (2011, p.134) se construit dès les premières années de vie et continue d'évoluer jusqu'à l'âge adulte. Liam, en pleine structuration de cette estime de lui-même, semble particulièrement impacté par les situations d'échec ou les moments où il perd le contrôle. Cela se manifeste autant en séance que dans le cadre scolaire, selon les retours de son institutrice. Ce comportement m'a conduite à formuler l'hypothèse d'une anxiété de performance. En effet, dès que l'activité devient trop complexe selon lui ou que l'issue lui échappe, il manifeste une agitation psychomotrice marquée et se désengage en quittant l'interaction pour explorer l'environnement, sans formuler de demande d'aide.

Ces réactions font écho aux propos de Christophe André (2005, p.28), qui associe une faible estime de soi à des stratégies d'évitement telles que le repli ou la fuite face à la difficulté. Chez Liam, cette fuite semble se manifester dès lors que la situation devient imprévisible ou perçue comme risquée, révélant une difficulté à faire face à l'échec potentiel. Ce type de comportement

peut ainsi être interprété comme un mécanisme de protection visant à préserver une estime de soi encore fragile.

Le travail autour de la peur de l'échec est aujourd'hui au cœur de notre accompagnement avec Liam. Récemment, nous avons proposé un parcours de bille à construire à l'aide d'éléments à emboîter. Lorsqu'un assemblage ne fonctionnait pas, Liam a su réessayer sans manifester d'anxiété notable. Il accepte plus volontiers l'aide des adultes lorsqu'il en ressent le besoin, et son agitation psychomotrice, autrefois marquée face à l'échec, tend à diminuer dans ces situations.

Dans ce contexte, le psychomotricien et moi-même adoptons une posture favorable pour que Liam puisse expérimenter, essayer, rater parfois, mais dans un cadre contenant, bienveillant et sans jugement. L'objectif n'est pas d'éloigner Liam de l'échec, mais plutôt de l'accompagner pour qu'il puisse progressivement le tolérer, sans que cela ne remette en question sa valeur personnelle. Cela passe notamment par l'instauration d'un climat de confiance, où chaque tentative est valorisée, quel que soit son résultat. Ce travail d'ajustement a parfois permis à Liam de rester engagé plus longtemps dans l'activité.

3.2 Évolution de Liam face à son anxiété en séance

Au cours du sixième mois de suivi, mon maître de stage et moi-même avons observé une évolution significative dans l'attitude de Liam en séance. Il semblait progressivement s'autoriser à explorer davantage l'espace thérapeutique, et ce, de manière plus spontanée. C'est notamment au travers des jeux de construction que ce changement s'est manifesté : après avoir patiemment empilé des blocs de mousse avec nous, Liam prenait un plaisir manifeste à tout démolir, souvent dans un grand éclat de rire. Ce moment de destruction faisait partie intégrante du jeu pour lui, comme s'il en était l'aboutissement. Il ne s'agissait pas d'un simple geste impulsif, mais bien d'un acte répété, attendu, investi.

Par ailleurs, Liam se permettait aussi de plaisanter ou de se moquer gentiment de nous, comme s'il testait notre réaction, jouant avec la relation établie. Ces comportements m'ont donné le sentiment qu'il mettait à l'épreuve non seulement les limites du cadre en séance, mais aussi notre solidité psychique et relationnelle en tant qu'adultes encadrants.

Stéphanie Frigout (2023, p.9) explore cette dynamique en soulignant que la recherche de limites par les enfants peut être entendue comme un moyen de se protéger du chaos intérieur. Elle affirme que cela permet « de mettre de l'ordre dans leur monde psychique en trouvant un point d'appui extérieur stable ». Ces propos résonnent avec ceux de Catherine Potel (2006, p.107), évoqués précédemment, concernant le rôle structurant des règles dans le cadre thérapeutique.

Ainsi, j'émets l'hypothèse que Liam, en se permettant ces gestes de destruction joyeuse et de transgression contenue, manifeste un sentiment de sécurité plus affirmé. Il s'approprie l'espace thérapeutique et vient vérifier, par le jeu, la stabilité du cadre et notre capacité à rester des figures constantes et contenantes. Il semble tester jusqu'à quel point nous pouvons accueillir ses agitations et ses « débordements », sans que cela mette en péril la continuité du lien. C'est en cela que ses comportements peuvent être lus non comme des provocations, mais comme des tentatives de vérification de la solidité du cadre et de la fiabilité de l'adulte.

Ce changement est également visible à travers ses comportements plus apaisés lors des séances. Il entre désormais plus volontiers dans la séance, souvent avec un sourire, et n'hésite plus à retirer ses chaussures de lui-même. La volonté d'aller à l'encontre de ce que mon maître de stage et moi-même lui proposons n'est plus aussi fréquente qu'avant. En effet, les refus sont moins présents, notamment lorsque nous lui proposons un nouveau jeu. Liam accepte désormais plus facilement de changer de jeu d'une séance à l'autre, ce qui témoigne d'un besoin d'anticipation et de maîtrise moins marqué.

Il semble aussi se poser davantage de questions, et notamment sur ma vie personnelle et celle de mon maître de stage. Ce phénomène traduit peut-être un désir de mieux nous connaître et de renforcer la relation de confiance qui s'installe progressivement entre nous.

De plus, l'environnement matériel, auparavant perçu comme dangereux ou menaçant, semble devenir plus familier et moins angoissant. Il interagit désormais avec les objets du cabinet avec plus d'assurance, sans la méfiance ou l'anxiété qu'il avait pu manifester dans les premières séances. Ce changement dans sa perception de l'espace témoigne d'une intégration progressive du cadre sécurisant que nous avons favorisé.

Liam semble désormais plus en mesure d'explorer, de jouer, et d'interagir de manière plus libre et confiante, ce qui est un indicateur prometteur dans le processus de soutien à sa confiance en lui.

CONCLUSION

CONCLUSION

Au fil de ma formation en psychomotricité, et tout particulièrement à travers les expériences vécues lors de mes stages, j'ai pu prendre la mesure de la richesse du métier de psychomotricien. Ces expériences de terrain ont été pour moi l'occasion d'aller au-delà de l'application des médiations psychomotrices pour comprendre l'importance fondamentale de tout ce qui entoure nos séances.

À travers les différentes situations rencontrées, j'ai pris conscience que notre rôle ne se limite pas aux outils thérapeutiques que nous mobilisons, mais qu'il s'incarne aussi dans notre manière de penser le cadre, la relation et l'environnement de soin. L'accompagnement que nous proposons, tout comme la qualité du lien établi, constitue un véritable socle sur lequel l'enfant peut s'appuyer pour se sentir en sécurité, se construire, et s'engager dans le travail thérapeutique.

Mon suivi auprès de Liam a été particulièrement révélateur. Il m'a permis de mesurer à quel point l'environnement matériel, la relation thérapeutique, la régularité des séances et l'anticipation des transitions pouvaient soutenir un enfant dans la traversée de ses difficultés. J'ai compris que le cadre thérapeutique, qu'il soit physique ou psychique, n'est pas un simple contenant neutre, mais bien un socle actif, porteur de sécurité, qui soutient les processus de soins.

Ce mémoire m'a ainsi offert l'occasion de me plonger dans les dynamiques invisibles du soin, celles qui s'inscrivent dans l'accueil, la disponibilité, l'écoute, la continuité et la solidité que nous incarnons en tant que thérapeutes. Cela m'a donné l'opportunité de penser la place du cadre autrement : non plus comme une simple organisation externe, mais comme un outil thérapeutique à part entière, contribuant à la contenance psychique et physique de l'enfant.

Ces réflexions m'amènent également à réfléchir à la place des médiations en psychomotricité dans l'accueil et la diminution de l'anxiété chez l'enfant. Si le cadre constitue une première enveloppe sécurisante, les médiations corporelles viennent elles aussi jouer un rôle essentiel pour favoriser l'apaisement et la régulation émotionnelle. Cela m'amène à m'interroger : quels types de médiations en psychomotricité permettent d'accompagner l'enfant dans la régulation de ses émotions et dans le renforcement de son sentiment de sécurité ?

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche En Soins Infirmiers*, N° 82(3), 26–30.
<https://doi.org/10.3917/rsi.082.0026>

Anzieu, D. (1987). *Le Moi-peau*. Paris, France : Dunod

Arnaud, B., & Mellet, É. (n.d.). *Outil 16. Renforcer la confiance en soi*. SHS Cairn.info.
<https://shs.cairn.info/la-boite-a-outils-de-la-psychologie-positive-au-tr--9782100776375-page-58?lang=fr>

Baranes, C. P. (n.d.). *8. Des médiations corporelles : lesquelles* ? SHS Cairn.info. <https://shs-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/corps-brulant-corps-adolescent--9782749206588-page-101?lang=fr>

Belot, R. (2012). Le système pare-excitation parental et ses liens avec l'expression somatique du bébé. *Dialogue*, n° 197(3), 19–30. <https://doi.org/10.3917/dia.197.0019>

Biou, A., Bénony, H., Consoli, S., Krupnick, J., Sotsky, S., Simmens, S., Despland, J.-N., De Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A.-C., & Solai, S. (2020). ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE. In *DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE* (Article No. 20758; Vol. 4, p. 1).
<https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/10/Alliance-the%CC%81rapeutique.pdf>

Bonneville-Baruchel, E. (2014). Besoins fondamentaux et angoisses chez les tout-petits et les plus grands : l'importance de la stabilité et de la continuité relationnelle. *Le Carnet Psy*, N° 181(5), 31–34. <https://doi.org/10.3917/lcp.181.0031>

Colombo, S. (2014). 48. Stress et anxiété. In *Dunod eBooks* (pp. 291–299).
<https://doi.org/10.3917/dunod.lhopi.2014.01.0291>

Deynu, A. (2022). Le cadre thérapeutique dans le soin en psychomotricité : entre souplesse et rigidité. In UNIVERSITÉ de BORDEAUX, *Sciences de l'Homme et Société*.
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03714943v1/document>

Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, N° 66(2), 14–22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>

Frigout, S. (2023). La relation éducative : limites et « bonne distance » pour un bien-être partagé dans la classe. *Éducation Et Socialisation*, 67. <https://doi.org/10.4000/edso.22516>

Guédeney, N. (2011). Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement. *Devenir, Vol. 23*(2), 129–144. <https://doi.org/10.3917/dev.112.0129>

Jorland, G. (2006). Empathie et thérapeutique. *Recherche En Soins Infirmiers, N° 84*(1), 58–65. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0058>

Kapsambelis, V. (2023). Les formes contemporaines de l'angoisse. In *Le Carnet psy* (pp. 25–27). <https://doi.org/10.3917/lcp.266.0025>

Kapsambelis, V. (n.d.). *Cliniques de l'angoisse*. Cairn.info. <https://shs.cairn.info/cliniques-de-l-angoisse?lang=fr>

L'anxiété de performance chez les enfants. (n.d.). <https://passetemps.com/blogue/lanxi%C3%A9t%C3%A9-de-performance-chez-les-enfants-n3567>

Lebeau, G. (2018). Psychiatrie de liaison. In *Lavoisier eBooks* (pp. 185–200). <https://doi.org/10.3917/lav.lemog.2018.01.0185>

Memoli, N. (2018). Chapitre 6. De l'obligation de soin à l'alliance thérapeutique. In *Dunod eBooks* (pp. 100–113). <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2018.01.0100>

OpenAI. (2024). ChatGPT (Version 20 juin 2024) [Logiciel]. <https://openai.com/chatgpt>

Potel, C. (2019). *Être psychomotricien*. <https://doi.org/10.3917/eres.potel.2019.01>

Rojas-Urrego, A. (2012). Un cadre bien tempéré. *Santé Mentale*, 2012(172), 32-36.

Thibault, M. & PE-SPO. (2019). Document préparé par Mélanie Thibault, psychologue, et l'équipe PE-SPO. In *Service De Psychologie Et D'orientation De L'Université De Sherbrooke, Pavillon De La Vie Étudiante*. Service de psychologie et d'orientation de l'Université de Sherbrooke. https://www.usherbrooke.ca/etudiants/fileadmin/sites/etudiants/documents/Psychologie/Brochure_anxiete_performance_2021_01.pdf

Troubles mentaux et psychothérapies. (n.d.). SHS Cairn.info. <https://shs.cairn.info/troubles-mentaux-et-psychotherapies--9782361063917?lang=fr>

Palazzolo, J. (2019). De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique. *Le Journal Des Psychologues*, n° 369(7), 72–77. <https://doi.org/10.3917/jdp.369.0072>

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.

Stress au travail. Effets sur la santé - Risques - INRS. (n.d.). <https://www.inrs.fr/risques/stress/effets-sante.html>

Trouble anxieux généralisé : 6 signes que l'anxiété s'aggrave. (n.d.). <https://www.la-clinique-e-sante.com/blog/troubles-anxieux/signes-troubles-anxieux-generalise>

Vasconcellos-Bernstein, D. (2013). Instaurer l'alliance thérapeutique. *Le Journal Des Psychologues*, n° 310(7), 25–28. <https://doi.org/10.3917/jdp.310.0025>

Veeser, A. (2015). Chapitre 8. Contenance en psychomotricité. In *Dunod eBooks* (pp. 136–153).
<https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2015.02.0136>

Vu par la maître de mémoire

À Volonne le 09/05/2025

Mélody Olmeta

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Mélody Olmeta". The signature is fluid and cursive, with a large, stylized 'M' at the beginning.

Auteur : Jade-Ilinca DENTAL

Titre :

Quand l'anxiété envahit, la sécurité redonne des repères :
Le rôle du cadre thérapeutique en psychomotricité.

Mots - clés :

Psychomotricité – anxiété – sécurité – confiance en soi – accompagnement – cadre thérapeutique.

Psychomotricity – anxiety – safety – self-confidence – care – therapeutic framework

Résumé :

Dans cet écrit, j'ai souhaité m'interroger sur l'importance du cadre thérapeutique en psychomotricité. Lors de mon stage en libéral, j'ai rencontré un jeune garçon de 3 ans qui semble avoir une confiance en lui fragile. Il manifeste également des signes d'anxiété lors des temps de prise en charge. Cette rencontre singulière m'a amenée à me questionner sur la manière dont l'accompagnement psychomoteur peut accueillir le vécu émotionnel et corporel du patient. Ce mémoire cherchera ainsi à explorer **en quoi un cadre thérapeutique sécurisant en séance de psychomotricité peut permettre à un jeune enfant présentant des manifestations anxieuses de soutenir sa confiance en lui.**

In this paper, I wanted to reflect on the importance of the therapeutic framework in psychomotricity. During my internship in a private practice, I met a 3-year-old boy who appeared to have low self-confidence. He also showed signs of anxiety during the sessions. This unique encounter led me to question how psychomotor support can hold and welcome the emotional and bodily experiences of the patient. This thesis will therefore explore how a secure therapeutic framework during psychomotricity sessions can help a young child with anxious manifestations to support and strengthen their self-confidence.