



<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

« À la rencontre de soi »

L'émergence de la conscience de soi dans un groupe à médiation
psychomotrice pour un enfant porteur de TSA

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Eve MORA

Mai 2024 (Session 1)

N°1858

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Jacques LUAUTÉ

« À la rencontre de soi »

L'émergence de la conscience de soi dans un groupe à médiation
psychomotrice pour un enfant porteur de TSA

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Eve MORA

Mai 2024 (Session 1)

N°1858

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Pr. Frédéric FLEURY

Président du Conseil Académique
Pr. Hamda BEN HADID

Vice-président CA
Pr. Philippe CHEVALIER

Secteur Santé

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

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

Comité de Coordination des études
médicales (CCEM)
Présidente **Pr. Carole BURILLON**

Secteur Sciences et Technologies

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

UFR Faculté des sciences
Directrice **Mme Sylvie VIGUIER**

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

Département Informatique
Directrice **Mme Saida BOUAKAZ
BRONDEL**

Département Mécanique
Directeur **Mr Marc BUFFAT**

POLYTECH LYON
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

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

Vice-président Santé
Pr. Jérôme HONNORAT

Directeur Général des Services
M. Pierre ROLLAND

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

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

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

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

Observatoire de Lyon
Directeur **Mr Bruno GUIDERDONI**

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

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques

M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Coordinatrices des stages

Mme Marion MOUNIB
Psychomotricienne

Mme Charlène DUNOD
Psychomotricienne

Gestion de scolarité
Mme Elodie ROYER

Coordinatrice Recherche

Mme Jeanne-Laure EECKHOUT
Psychomotricienne

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE CLINIQUE	3
1 Le Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	3
2 Présentation du groupe et du dispositif.....	4
3 Mathias.....	6
3.1 Parcours de soin et anamnèse	6
3.2 Immersion	7
3.3 Profil psychomoteur	9
3.4 Projet thérapeutique.....	11
4 Évolution des séances	11
4.1 Parcours.....	11
4.2 Halloween.....	12
4.3 Tous en cuisine !.....	12
4.4 Les lutins	13
4.5 Lego	14
4.6 Musique !.....	16
5 Une représentation du corps altérée ?	18
PARTIE THÉORIQUE	19
1 La conscience de soi	19
1.1 Sensation, perception, représentation	19
1.2 Du corps vécu ... au corps représenté.....	19
1.2.1 Le corps vécu	20
1.2.2 Le corps perçu	20
1.2.3 Le corps représenté	21
1.3 Différentes représentations du corps : Corps propre, schéma corporel et image du corps.....	21
1.3.1 Le corps propre.....	21
1.3.2 Le schéma corporel.....	21
1.3.3 L'image du corps.....	22
1.4 Émergence de la conscience de soi.....	23
1.4.1 Une « entité différenciée »	23
1.4.2 Une « entité agente »	24
1.4.3 Une « entité située »	24

1.4.4	La « coconscience »	25
1.4.5	La conscience sociale	25
2	Le trouble du spectre de l'autisme	26
2.1	Définition.....	26
2.2	Origine	27
2.3	Les signes cliniques	27
2.3.1	Trouble socio-communicatif	28
2.3.2	Fonctionnement neuropsychologique.....	28
2.3.3	Particularités dans le traitement de l'information sensorielle.....	29
2.3.4	Particularités dans les réponses comportementales	29
2.4	Autisme et psychomotricité.....	29
2.4.1	Troubles du redressement.....	30
2.4.2	Troubles de l'oralité.....	30
2.4.3	Difficulté de flexion/extension	31
2.4.4	Fragilité de la construction de l'axe corporel	31
2.4.5	L'investissement du bas du corps.....	32
3	Le groupe thérapeutique	32
3.1	Quelques définitions.....	33
3.1.1	Le groupe	33
3.1.2	Le groupe thérapeutique	33
3.1.3	Le groupe thérapeutique en psychomotricité.....	33
3.2	Le cadre thérapeutique.....	34
	PARTIE THÉORICO-CLINIQUE.....	36
1	Le TSA, une entrave à la conscience de soi	36
1.1	Expression du TSA chez Mathias	36
1.1.1	Particularités cognitives	36
1.1.2	Particularités motrices	37
1.1.3	Particularités psychomotrices	37
1.2	À la recherche d'une contenance.....	37
2	Les enjeux de la relation.....	38
2.1	Le sentiment d'existence dans le regard de l'autre	38
2.2	Le rôle de la relation dans la construction de la conscience de soi.....	40
3	Un groupe pour étayer la conscience de soi.....	41
3.1	La rencontre	41
3.1.1	Le groupe, amplificateur d'émotions	42

3.1.2	Le primat du tonique et de l'impulsif	43
3.2	De l'organisme au corps groupal : passer d'une régression psychomotrice à une psychomotricité groupale	45
3.2.1	L'habituation : une régression nécessaire au travail de représentation	45
3.2.2	La cohabitation	46
3.2.3	La co-construction	47
3.3	Du corps groupal au corps propre	48
3.4	Le rôle du psychomotricien	49
3.5	La fonction contenante	51
4	Et ... Aujourd'hui ?	52
	CONCLUSION	54
	BIBLIOGRAPHIE	

LEXIQUE

AESH : Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CMP : Centre Médico-Psychologique

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

ITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique

PCO : Plateforme de Coordination et d'Orientation

TND : Troubles Neuro-Développementaux

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Lundi 6 septembre 2021

Premier TD ... enfin me voilà ... après plusieurs mois à peaufiner ce projet, je suis étudiante en psychomotricité ... 38 ans et étudiante ... recommencer à zéro ! Déconstruire, me mettre à nu afin de me reconstruire, créer ma nouvelle identité professionnelle ! Quinze étudiants sont autour de moi, je reconnais certains visages, me rapproche, « m'accroche », à cette étudiante qui me ressemble et me rassure : elle est aussi maman et en reconversion. L'enseignant se présente, nous explique le fonctionnement de son cours : s'impliquer corporellement, partager ses ressentis, faire des liens. Tous ces concepts me paraissent abstraits et tellement éloignés de mon « ancienne » vie professionnelle. Ce nouvel environnement m'impressionne, j'ai besoin d'un temps, de prendre du recul ; mon réflexe serait plutôt de me faire toute petite, me recroqueviller afin que personne ne me voit ... et à côté de moi j'observe cette étudiante, si à l'aise qui prend la parole, danse, virevolte de l'un à l'autre ... elle n'a pas l'air dérangée par toute cette nouveauté, au contraire, elle paraît exaltée !

Jeudi 4 avril 2024

Dernier TD, dernier groupe de cette formation ... j'ai le recul sur ces trois années de formation. Groupe de relaxation, groupe médiation, groupe population, groupe 1, 2,3 ou 4 ... autant de groupes où je me suis construite. Nourrie par tous ces échanges, j'ai enfin mon identité professionnelle ! Dans quelques semaines, je vais quitter ces groupes d'étudiants afin de rejoindre un groupe de professionnels.

Lorsque j'ai commencé la formation, il m'était difficile d'intervenir face à tout un groupe. Après 3 années, je suis volontaire pour expérimenter face au groupe et je prends du plaisir à le faire. Ce qui me désorganisait au départ, et se manifestait sous la forme d'une inhibition massive, me pousse aujourd'hui à aller de l'avant.

Depuis tout petit nous sommes immergés dans des groupes : en famille, à l'école, au travail, dans les loisirs. La mise en relation est indispensable à notre développement. Les membres qui constituent ces groupes changent et nous nous adaptons ... Quelle empreinte laissent-ils ? Comment nous construisent-ils ? Comment faisons-nous pour

nous adapter, nous accorder sans pour autant perdre notre identité propre ? Comment un environnement si désorganisant initialement peut-il nous aider à nous construire ?

L'étude des groupes est un sujet largement exploré en psychologie, sociologie, anthropologie, psychomotricité et d'autres encore. Le groupe est un marqueur d'identité, on s'identifie, on se compare, on se confronte et on s'individualise.

C'est avec ce vécu et ce regard que j'ai élaboré ma problématique. À partir d'un cas clinique, celui de Mathias, six ans, avec un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) que je rencontre dans le cadre d'un groupe thérapeutique, je vais tenter d'apporter des éléments de réponse à la question suivante :

En quoi le groupe thérapeutique contribue à l'émergence de la conscience de soi chez un enfant avec un TSA présentant une agitation psychocorporelle ?

La première partie sera dédiée à la présentation de Mathias, sujet principal de mes observations, et à l'évolution des séances. La deuxième partie se concentrera sur la présentation d'éléments théoriques permettant de comprendre le déploiement de la conscience de soi, puis le développement de l'enfant dans le cadre de l'autisme et, enfin, les apports des interventions en groupe thérapeutique. Enfin, je m'appuierai sur ces concepts afin d'apporter des éléments de réponses à ma problématique dans une troisième partie étayée par des éléments cliniques et théoriques.

Afin de respecter la confidentialité, toutes les personnes citées dans ce mémoire ont été renommées.

PARTIE CLINIQUE

PARTIE CLINIQUE

1 Le Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)

Le CATTP fait partie de l'offre de soin du centre psychothérapique régional au sein du pôle de pédopsychiatrie ; il est rattaché au Centre Médico Psychologique (CMP) infanto-juvénile. Ce dispositif assure, sur prescription médicale, des soins réguliers pour des enfants ayant besoin d'une prise en charge plus intensive qu'en CMP. Son objectif est d'améliorer leur développement, leur socialisation et leur inclusion scolaire. Pour ce faire, il propose des prises en charges groupales à raison de deux séances de deux heures par semaine, associées, si besoin, à des prises en charge individuelles. Le CATTP dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée d'un pédopsychiatre, d'infirmières, de psychologues, d'une psychomotricienne, d'une assistante sociale, d'une auxiliaire de puériculture, d'une secrétaire et d'un cadre de santé. L'établissement accueille une trentaine d'enfants âgés de deux à dix ans présentant des troubles variés tels que des troubles mentaux ou des troubles du neurodéveloppement.

L'indication en CATTP se fait sur prescription médicale. Les familles sont reçues par un médecin responsable qui valide ou non cette indication. Puis, la situation est présentée en réunion d'équipe. La première rencontre entre la famille et l'équipe consiste à présenter le fonctionnement du service, les modalités de prise en charge, à visiter les lieux ainsi qu'à recueillir les besoins de l'enfant et les attentes de la famille. Ensuite, un temps d'observation de l'enfant est planifié : il est intégré à un groupe, nouveau ou déjà existant, sur une période de huit à dix séances afin de préciser et affiner ses besoins et de définir les pistes de travail. Le projet de soin est pensé en équipe pluridisciplinaire, puis présenté à la famille sous forme d'une proposition de soin. Ce projet individualisé est pensé pour une année scolaire et peut être renouvelé sur une durée de trois ans maximum ; il est réévalué chaque année. La famille se porte garante de la régularité des soins et de la présence de leur enfant à toutes les séances proposées.

L'espace de soins du CATTP est à l'écart des bureaux ; il est composé d'un sas d'accueil, où les enfants déposent leurs effets personnels, débouchant sur un couloir qui dessert deux salles d'activité, une salle de psychomotricité et une cuisine.

2 Présentation du groupe et du dispositif

Les groupes du CATTP sont composés de quatre à cinq enfants maximum, et sont encadrés par deux soignants. Les rencontres sont bi-hebdomadaires, l'un des thérapeutes, désigné comme référent, accompagne le groupe sur toutes les séances afin de garantir la continuité du soin. Le groupe nommé « vert clair » est un groupe thérapeutique fermé mis en place en septembre 2023. Il dispose d'une séance de deux heures le mardi après-midi, à laquelle je participe, et une seconde les jeudis matin. Les enfants sont accueillis à l'entrée de l'espace de soins.

Ce groupe est composé de quatre enfants : Mathias, Loris, Emmy, Alexandre, encadrés par Clara, psychomotricienne, et Sarah, infirmière. Ces quatre enfants, même s'ils disposent tous d'un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA), présentent une symptomatologie très variable.

Loris, sept ans, vit en famille d'accueil. Il est placé depuis ses quatorze mois à la demande de sa mère. Il est adressé au CATTP en janvier 2022 pour des troubles du comportement. Il peut avoir des accès de colère et adopter des comportements régressifs. Il est petit, fluet avec les cheveux châtain clair, coupés courts. Ses yeux verts sont empreints de tristesse et peuvent se voiler de colère. Il se présente souvent au groupe en jouant le rôle d'un animal, un tigre ou un singe. Il peut être attaquant dans le lien mais peut faire preuve d'empathie et de bienveillance.

Emmy, six ans, vit avec sa mère et ses deux sœurs aînées. Elle est adressée au CATTP en mars 2023 pour des peurs envahissantes. Elle a besoin de rituels et éprouve des difficultés à s'ajuster au niveau relationnel. L'agitation du groupe génère des émotions qu'elle contient en s'agrippant à une peluche ou en courant dans la salle sans but et en réclamant de l'aide pour « arrêter ses jambes ». Emmy a le teint pâle, les yeux marrons souvent cernés par la fatigue. Elle a de long cheveux châtain rassemblés en une couette agrémentée de barrettes. Elle est coquette, toujours apprêtée et est passionnée par les personnages du dessin animé « Bingo et Bluey ».

Alexandre, huit ans, vit avec ses deux parents et son grand frère. Il est accueilli en institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP) et est orienté au CATTP en février 2023 pour instabilité psychomotrice. Il éprouve des difficultés à différencier le réel et l'imaginaire. Son discours peut être décousu et il présente des intérêts restreints. Il est plutôt grand pour son âge, a les cheveux noirs et courts. Ses yeux verts perçants sont entourés de lunettes à monture noire et verte. Il semble « habité » par un monde

inquiétant envahi de monstres. Il lui est difficile de s'intéresser à l'autre et, même au milieu du groupe, peut se retrouver happé dans ses histoires.

Mathias, six ans, est orienté au CATTP en septembre 2023 pour des troubles du comportement. Il manque d'ajustement relationnel : il peut être dans le rejet et l'instant suivant être dans un collage envahissant. Il cherche les limites et adopte des comportements provocateurs. Il est petit, corpulent, un sourire coquin est imprimé sur son visage aux joues rebondies. Il est le sujet principal de mon observation : son anamnèse et son parcours de soin seront détaillés dans le chapitre suivant.

Les objectifs principaux de cette prise en charge sont de se rencontrer, de les accompagner dans la gestion des transitions et de la frustration, de travailler autour du corps, des éprouvés et des ressentis, et d'avoir du plaisir à être ensemble et à faire groupe.

La séance est structurée en différents temps :

- L'accueil : une histoire est lue dans la première salle d'activité. Un espace contenant est aménagé avec des canapés en mousse, un tapis et des coussins ;
- L'activité corporelle est composée d'un temps de mise en mouvement suivi d'un temps de relaxation. Elle a lieu dans la salle de psychomotricité, qui est aménagée selon la médiation du jour ;
- La collation est organisée dans la cuisine ;
- Le retour au calme : en fin de séance, un CD reprend l'histoire lue au début, dans le même espace. Cela marque alors la transition de début et de fin de séance.

Je rencontre le groupe, lors de la troisième séance. Je suis présentée aux enfants et ils sont invités à me raconter ce qu'ils y font. Je me place en tant qu'observatrice lors des premières séances, mais rapidement je suis sollicitée par les enfants et ma position devient plus active. J'adopte une posture plus contenante, voire cadrante, et je présente certaines activités sur le temps de psychomotricité.

Dès le premier jour, mon attention est happée par Mathias. Ce patient m'interpelle par les mouvements d'ambivalence qu'il suscite : un enfant aussi bien repoussant qu'attachant. Il m'interroge non seulement par son comportement, mais vient me questionner sur mes propres réactions, mes capacités à aborder des enfants présentant des troubles aussi bruyants. J'ai le souvenir, à la fin de la première séance, de m'être interrogée au-delà du versant professionnel. Mon désarroi face à cet enfant est venu pousser le questionnement dans ma sphère personnelle dans une projection avec mes propres enfants, bousculant mes compétences parentales : « Si je ne suis pas capable de

faire face à cet enfant, alors suis-je une bonne mère ? Et sous-entendu ... Pourrais-je être une bonne soignante » ?

3 Mathias

3.1 Parcours de soin et anamnèse

Les éléments d'anamnèse sont issus du dossier médical de Mathias et ont été relatés par les parents. Mathias est né en février 2018 à terme, il est le deuxième d'une fratrie de deux enfants. La grossesse s'est bien déroulée. C'est un bébé plutôt calme qui ne pleure pas beaucoup et joue seul. Aucune anomalie n'est à noter dans son développement psychomoteur : il a marché à dix mois et a acquis la propreté vers deux ans et demi. Il a un bon niveau de langage. Ses premiers mois de vie sont décrits comme étant « dépressogènes » par le médecin : à la reprise de son travail, la maman décrit un état dépressif à cause d'une mise à l'écart dans son entreprise et se voit contrainte de quitter son emploi. À cette même période, Mathias est gardé par une nourrice qui n'était pas disponible psychologiquement en raison du décès de son petit-fils.

Les premières préoccupations surviennent vers dix-huit mois : les parents sont alertés quant au comportement social et affectif de Mathias. Ils sont orientés vers le pédopsychiatre du CMP, qui le rencontre en 2021. Le diagnostic est posé lorsque Mathias est âgé de trois ans et demi : trouble du spectre de l'autisme avec une agitation psychocorporelle très importante, des troubles du sommeil, et des angoisses qui se manifestent sous forme d'agressivité verbale et physique. Les observations révèlent que Mathias éprouve des difficultés lors des transitions, telles que passer d'une activité à l'autre, il fait preuve d'impulsivité et de peu de flexibilité mentale. Il est dans un comportement de toute-puissance et de maîtrise. Il se montre agressif et présente des comportements masturbatoires compulsifs. Mathias est orienté vers la plateforme de coordination et d'orientation (PCO) qui valide un parcours de soins intégrant des séances de psychomotricité hebdomadaire en libéral, un suivi par une psychologue en libéral ainsi que des séances de guidance parentale. Mathias est également pris en charge en 2022 au sein d'un groupe d'accueil pour les plus petits, par le CMP. Mais rapidement, les professionnels se rendent compte qu'il serait nécessaire de proposer un suivi plus intense : il intègre alors le CATTP en septembre 2023 (à la place du suivi en CMP). Ces prises en charge sont associées à un traitement médicamenteux de fond constitué de neuroleptique (Risperdal®) et d'anxiolytique (Atarax®).

Mathias vit au sein du domicile familial avec son père, sa mère et sa sœur âgée de neuf ans. Il est aujourd'hui scolarisé en grande section de maternelle dans une école ordinaire, une heure trente par jour, et dispose d'une accompagnante des élèves en situation de handicap (AESH). Le reste du temps, il est gardé par ses grands-parents paternels ou maternels.

3.2 Immersion

La première fois que je rencontre ce petit garçon à l'air jovial, les joues légèrement rougies par l'effort que lui a coûté la volée de marches, il arrive dans le sas d'entrée du CATTP sourire aux lèvres, droit comme un i, la démarche assurée, roulant un peu des mécaniques. Il est confiant, je le suis aussi. Les autres enfants du groupe arrivent. Tout le monde s'installe pour le rituel de départ : enlever ses chaussures, se laver les mains ... on bavarde, on raconte les aventures de la matinée, on prend le temps de se retrouver. Mathias se lève, part dans le couloir, toujours avec sa démarche assurée. Je suis en compagnie de Loris, nous regardons le planisphère et nous discutons ; sans prévenir Mathias arrive par derrière et lui assène un coup de poing. Quelque chose m'échappe... D'où provient ce coup ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui l'a déclenché ? Loris retient ses gestes, exprime sa colère en serrant les dents et se tournant vers Mathias, lui profère des menaces. Mathias bombe le torse, fier de son effet, et le nargue avec une grimace. Je m'interroge : la rencontre génère-t-elle des émotions trop envahissantes ? Cette manière percutante d'entrer en relation a-t-elle pour fonction de nous signifier sa présence ?

Nous les séparons et les orientons vers l'entrée de la salle. Tout le monde s'apaise enfin, nous nous installons pour le temps d'accueil, tous assis au sol, dans un espace aménagé spécialement : un petit recoin garni de coussins et de banquettes en mousse, contenant et sécurisant. Les enfants s'installent, et là survient le choix cornélien de la peluche : Simba, le roi lion et sa douce crinière se retrouve au cœur des sollicitations, c'est le débordement ! Deux enfants se disputent, crient, s'échappent, cherchent du réconfort à leur manière : Emmy se met à courir en criant « mes jambes ne veulent plus s'arrêter, rattrapez-moi, arrêtez-moi », Loris se réfugie, blotti entre deux étagères, Alexandre, agacé par tout ce remue-ménage, se recroqueville sur une banquette et oscille dans un mouvement de balancier d'avant en arrière, accompagné de mimiques grimaçantes et marmonne ... Mais où est Mathias ? Je ne me souviens plus, ça va trop vite, et je ne sais où regarder ... Je le retrouve quelques minutes plus tard assis au centre du tapis.

En prenant place au sein du groupe, Emmy le cogne involontairement et s'excuse ... mais Mathias ne l'entend pas de cette oreille : qui a osé pénétrer son espace ? Son corps se raidit, son regard se noircit, il lève la main, prêt à frapper, mais OUF ! une main le retient, il se débat, crie, il n'est pas d'accord, la psychomotricienne ne le lâche pas, resserre son étreinte et dans un corps à corps tenace l'entraîne en dehors de la zone. Elle le contient : son corps en tension ne veut pas se relâcher, elle maintient son étreinte, lui parle, met des mots sur ses ressentis, s'isole du groupe et dans ce tête à tête parvient à faire céder ce bloc de nerfs. Cet apaisement est-il le résultat de la contenance physique et psychique ? Ou de l'isolement du groupe qui aurait permis de diminuer les stimulations sensorielles envahissantes ? Ou peut-être des deux actions simultanées ?

Ils reviennent tous les deux, Mathias semble apaisé, sourire aux lèvres, démarche chaloupée il s'approche et en passant à côté d'Emmy, la frappe d'un coup bref, sans signe avant-coureur. Il m'est difficile de savoir si cet acte était prémédité ou s'il s'agit d'un mouvement pulsionnel, incontrôlable, activé par la vue d'Emmy.

Voilà quinze minutes que nous sommes là, « ensemble », l'activité n'a pas commencé. Je suis spectatrice de ce scénario, sidérée, impuissante, ne sachant si je dois intervenir, mais auprès de quel enfant ? M'enfuir ? Crier moi aussi ? Protéger ? Mais qui ?

L'histoire commence : une brèche spatio-temporelle. L'agitation tombe d'un coup : enfin ils font groupe. Tous ensemble, les yeux rivés sur le livre, capable de tolérer le camarade qui passe devant les images au pouvoir hypnotique. Un répit de quelques minutes : les visages se détendent, les corps s'affaissent, se rassemblent, se collent aux adultes. Mathias s'apaise, son souffle devient de plus en plus long, son visage détendu reprend les traits d'un poupon que l'on a envie de câliner. Sarah, l'infirmière, telle une magicienne prend le temps, les sollicite, maintient leur attention. Mais le moment redouté survient : le point final de l'histoire ! Ni une, ni deux, les enfants se remobilisent toniquement. L'espace est envahi. Ils se lèvent d'un coup et s'agitent. Vite une échappatoire : la salle de psychomotricité ! Ils se précipitent dans le couloir et s'agglutinent devant la porte « c'est moi qui ouvre » « non c'est moi ! », se bousculent, s'écrasent les uns sur les autres tels un amas de corps enchevêtrés. Tour de force de la psychomotricienne, qui repoussent ce conglomérat, se fraye un passage et ouvre la porte elle-même afin d'éviter les querelles. Un matelas trône au milieu de la pièce : ils sont invités à s'y installer. Les quatre enfants s'entassent, crient, questionnent « qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui ? ». L'attente semble insupportable, elle génère de l'agitation, le débordement est proche. Pas le temps d'expliquer les consignes : Mathias se jette sur ses

camarades, sur l'un puis sur l'autre. Clara le retient et l'accompagne pour qu'il s'installe sur le matelas. Il s'avachit, s'installe sur le ventre, le visage en appui sur le tapis, la bouche entrouverte, le bassin légèrement surélevé, les mains entre les jambes dans un mouvement frénétique de masturbation. Il est invité à sortir. Il reproduit ce geste à plusieurs reprises lors de la séance. Prise dans la frénésie du groupe, je ne parviens pas à en déterminer l'élément déclencheur. Cet acte masturbatoire serait-il à assimiler à un agrippement sensoriel dont la fonction serait l'apaisement de tensions internes ?

Tout se passe vite, les actions s'enchaînent, je n'ai pas le temps d'analyser tout ce qu'il se passe au cours de cette séance. La première impression qui émerge à ce moment : pour Mathias, le groupe ne fonctionne pas, il ne contient pas. Les angoisses des uns et des autres semblent se télescoper, se renvoyer, voire se diffuser.

3.3 Profil psychomoteur

Je dresse le profil psychomoteur à partir de mes observations et du bilan réalisé par un psychomotricien en libéral, qui suit Mathias depuis février 2022.

Au même titre que lors des séances au CATTP, le praticien mentionne « que cela avait été du sport pour réaliser les quelques épreuves de bilan », Mathias ayant, je cite, « participé au bilan, à sa manière ».

- **Tonus** : Mathias présente un tonus global élevé, un corps qui fait parfois bloc et manquant de dissociation. Il présente un tonus pneumatique, alliant sa respiration à son engagement tonique. Le relâchement peut être possible à condition d'être étayé par l'adulte et dans un mouvement de bercement.
- **Coordination globale et équilibre** : L'impulsivité, l'agitation motrice et les difficultés attentionnelles de Mathias impactent de façon significative ses coordinations globales et fines ainsi que ses équilibres statiques et dynamiques. Les épreuves de la batterie « M-ABC 2 » révèlent une difficulté motrice significative. Il n'ajuste pas son tonus dans les lancers, et il n'anticipe pas son geste pour la réception d'objets. Il peut marcher spontanément sur la pointe des pieds, mais il échoue sur consigne. Il ne parvient pas à maintenir l'équilibre en appui unipodal. Mathias peut montrer ses capacités de coordinations générales mais a besoin d'être sans cesse encouragé par l'adulte.
- **Motricité fine** : Au prix d'une attention accrue, Mathias est capable de réaliser des activités de motricité fine et de prendre plaisir à répondre aux consignes. Il sollicite le soutien de l'adulte pour finaliser une activité. Il appuie très fort sur son

crayon et a conscience de ce geste : lors de sa demande d'aide pour finaliser un coloriage, il donne pour consigne « tu appuies très fort ». Cette hypertonicité des doigts associée à son manque d'inhibition impactent la précision de son geste et le fait déborder des limites du dessin.

- **Latéralité** : il utilise la main droite préférentiellement.
- **Schéma corporel** : il connaît les principales parties du corps, mais est en-deçà des attendus de son âge. À l'épreuve du dessin du bonhomme, il a réalisé des formes spiralées et de multiples points.
- **Espace - temps** : Mathias a une bonne connaissance de la terminologie spatiale de base, mais il n'a pas intégré les notions de distances relationnelles. Il a tendance à envahir l'espace : l'espace partagé ainsi que l'espace de l'autre. Il ne parvient pas à s'ajuster : il fonctionne en tout ou rien dans un mouvement trop près, collé, ou trop loin, en mettant à distance. Le rythme propre interne de Mathias est rapide. Il enchaîne les actions et ne tolère pas l'attente. Il est capable d'adapter son rythme de déplacement en fonction d'un tempo imposé lorsqu'il est rapide mais échoue sur les rythmes lents et sur les mouvements d'inhibition. Ses repères temporels sont à soutenir.

Le profil sensoriel met en évidence des recherches auditives, tactiles et kinesthésiques. Mathias présente un facteur d'inattention plus marqué que les autres. C'est un enfant facilement distractible, hyperactif, continuellement dans l'action et excitable. Il a des difficultés à traiter plusieurs informations sensorielles à la fois : il peut s'allonger au sol pour ne pas avoir à traiter certaines informations ou manifester un comportement d'opposition.

Mathias est un enfant qui fonce et teste les limites. Il exprime peu ses émotions et éprouve des difficultés à les identifier chez autrui. Il a besoin d'un cadre clair et sécurisé. Les temps d'attente ou intermédiaire sont compliqués à gérer pour lui et pour les adultes qui l'accompagnent. Il a besoin de repères. De manière générale, Mathias fait preuve d'impulsivité, d'agitation motrice, de manque de concentration et d'attention, mais il est capable de faire preuve de curiosité et d'appétence à réaliser les activités. Il gère difficilement la contrainte. Il est dans la toute-puissance et dispose de peu de flexibilité mentale. Il occupe énormément de place au sein du groupe.

3.4 Projet thérapeutique

Les objectifs de la prise en charge individuelle en psychomotricité sont axés sur l'amélioration des coordinations fines et globales, la connaissance de son schéma corporel, l'augmentation de la durée de concentration et d'attention et la reconnaissance des émotions de base.

La prise en charge groupale a pour objectif de travailler sa conscience corporelle, la prise en considération de l'autre, d'ajuster les interactions et la distance relationnelle.

4 Évolution des séances

Dans cette partie, je prête une attention particulière au temps de mise en mouvement dans la salle de psychomotricité. Par l'évolution des séances, je développe mes observations et les aménagements mis en place afin de proposer à Mathias une contenance pour l'accompagner dans sa prise de conscience de lui-même, des autres et de l'aider à se réguler au sein de ce groupe explosif. Initialement, le temps de psychomotricité est organisé de manière à laisser de la liberté aux enfants. Or nous remarquons rapidement que cette proposition a un effet désorganisant pour Mathias.

4.1 Parcours

Lors de la première séance à laquelle j'assiste début octobre, le temps de psychomotricité est dédié à la construction d'un parcours : chaque enfant choisit un module puis l'installe selon les éléments précédemment disposés. Puis, ils expérimentent ce parcours chacun leur tour. L'objectif est alors de les inscrire dans un projet commun, de créer de la continuité, en tenant compte de ce que les autres ont déjà construit. Cette activité soutient le repérage spatial par l'installation de son module dans la salle, en fonction des éléments déjà présents, et le repérage temporel, en instaurant le rythme « chacun son tour ». Expérimenter le parcours permet de sentir son corps en mouvement, d'en éprouver la solidité, de sentir ses appuis. Cette séance reposait sur un cadre libre, peu structuré au départ, où les enfants participaient à sa construction. Dans cette activité, Mathias a fait preuve d'une grande agitation, débordant régulièrement et nécessitant l'intervention de l'adulte pour le contenir. Il envahit l'espace : il court partout, se colle ou repousse les autres, les frappe et n'attend pas son tour.

4.2 Halloween

Face à ce chaos, nous envisageons, la semaine suivante, une séance où les espaces de chaque enfant sont délimités. La confrontation au groupe entier semble générer des stimulations beaucoup trop envahissantes. Dans des cerceaux, nous disposons des « bonbons » d'Halloween (représentés par des sacs lestés de couleur jaune, rouge, vert ou bleu) qu'ils doivent transporter un par un dans un autre cerceau. Nous organisons quatre parcours impliquant quatre modes de déplacements différents : ramper, marcher en équilibre sur une poutre, à quatre pattes, sauter comme un super héros, selon les propositions des enfants. Lorsqu'ils ont terminé, ils doivent s'asseoir dans le cerceau en attendant que tous les enfants aient rapatrié leur butin ; ils passent ensuite au parcours suivant. Avec cet aménagement, le cadre est structuré et représenté physiquement : chaque enfant dispose d'un point de départ et d'un point d'arrivée, matérialisés par les cerceaux, les trajets sont indépendants et ne se croisent pas. Les interactions entre les enfants sont donc limitées.

Cette séance me donne l'opportunité d'affiner mon observation des compétences psychomotrices de Mathias. Ainsi, je repère qu'il se déplace en bloc, il manque de fluidité dans les déplacements qui nécessitent des coordinations. Sur la poutre, il cherche des appuis externes, sollicite l'adulte dans un mouvement d'agrippement, comme s'il ne disposait pas des ressources internes suffisamment solides pour l'étayer. Il enchaîne les activités en passant d'une hypertonie globale à un effondrement. Plus nous avançons dans le déroulé de la séance, plus son corps bouge, passant outre les consignes : il embarque les sacs lestés par deux ou trois et ne respecte plus les déplacements imposés par son parcours. Les temps de transition semblent insupportables pour lui : il ne parvient pas à rester assis, il se lève et va taquiner les autres enfants dans une attitude de défiance. Il envahit leur espace, vole et fait semblant de manger les bonbons du voisin, générant ainsi consternation et colère.

4.3 Tous en cuisine !

En novembre, nous faisons évoluer l'activité des bonbons d'Halloween, afin de favoriser les interactions. Les enfants incarnent le Chef de la cuisine à tour de rôle. Ce dernier choisit une recette à préparer et dirige les cuisiniers : il passe ses commandes, c'est-à-dire qu'il demande les ingrédients aux autres enfants, puis il les réceptionne et les jette dans la marmite, matérialisée par la grosse toupie. Les cuisiniers, incarnés par les trois autres enfants et un thérapeute, sont répartis en équipes de deux. Chaque équipe

dispose de son parcours : le premier récupère l'ordre du Chef au niveau d'un premier cerceau, se déplace, selon les suggestions des enfants (à cloche-pied, en Spiderman, en sautillant, en pas chassés) jusqu'à un deuxième cerceau où l'attend son coéquipier, il lui tape dans la main pour transmettre la commande. Le deuxième se déplace à son tour jusqu'au dernier cerceau où il récupère l'ingrédient (le sac lesté) et le lance au premier cuisinier, qui le passe à son tour au Chef.

Pour cette activité, les adultes font équipe avec les enfants. Je me joins spontanément à Mathias. Ainsi, je suis au plus près son évolution au cours du jeu. Le premier tour se déroule sans embuche. Il est appliqué, même s'il lui est difficile de se déplacer à cloche-pied ; il doit effectuer plusieurs tentatives pour réussir à enchaîner quelques sauts. Les activités de motricité globale le mettent en difficulté : les sauts de grenouille, les sauts à cloche-pied, les pas chassés nécessitent trop de coordinations. Je remarque sa démotivation : progressivement, il s'éloigne de notre aire de jeu, se rapproche de l'équipe voisine, lorgne leurs ingrédients ... C'est alors que je le hèle « J'ai besoin de toi Mathias, je ne peux pas y arriver seule » : investi d'une mission, il revient et poursuit l'activité. Mais cela ne dure pas. Les temps d'attente sont trop longs. La tentation des tomates de l'équipe rouge est trop grande ... et les citrons de l'équipe jaune ... mais ces derniers ne se laissent pas voler : ils ripostent, veulent garder leur butin ! C'en est trop pour Mathias, la seule issue : cogner ! C'est inacceptable, Sarah l'attrape, le retient, le contient physiquement dans son giron. Le débordement est trop fort, Mathias essaye de la frapper et lui crache dessus. Clara et moi poursuivons l'activité avec les autres enfants. Pour marquer l'interdit, Mathias est conduit dans le bureau de la cadre, figure d'autorité. Cet isolement du groupe n'a pas l'effet escompté : il le perçoit comme une faveur, celui d'une relation privilégiée à l'adulte. À son retour au sein du groupe, il poursuit les comportements provocateurs de manière à être conduit à nouveau dans le bureau de la cadre.

4.4 Les lutins

Les débordements de Mathias en séance, son agressivité génèrent une ambiance anxieuse pour les autres participants. Nous décidons alors de proposer une activité avec un cadre encore plus contenant à partir du mois de décembre : des bureaux sont installés aux quatre coins de la pièce, reliés par des éléments de parcours. Les enfants colorient un dessin de père de Noël avec le matériel à disposition sur le bureau ; puis passent au suivant lorsque nous donnons le signal. Dans cette activité, le cadre est davantage structuré : la place des enfants est délimitée par les bureaux et cloisonnée par les murs de

la salle, les parties du dessin à colorier sont désignées à chaque étape et le temps à chaque bureau est imposé. À la fin, les dessins sont mis en commun puis exposés dans les couloirs du CATTP. La séance est découpée en temps individuel, puis en temps collectif plus court. Cette organisation permet à Mathias de se sentir contenu, de limiter les interactions directes potentiellement trop stimulantes et de protéger ainsi les autres enfants. Il semble moins éparpillé avec cette structure et peut investir le dessin, à condition d'être étayé par l'adulte : il demande rapidement de l'aide pour le coloriage.

4.5 Legó

L'organisation aux bureaux semble apporter la contenance nécessaire à Mathias. Nous maintenons donc cette disposition pour les séances du mois de janvier, en proposant des Lego, afin d'introduire progressivement l'idée d'une construction commune au groupe. Chacun dispose de son plateau et a la liberté de choisir son projet de construction. Les caisses de Lego sont disposées au centre de la pièce et sont accessibles par des éléments de parcours : pierres de rivière, dalles tactiles, briques ... Nous leur laissons deux minutes pour récupérer les pièces nécessaires à leur édifice, puis ils retournent à leurs bureaux pour l'assemblage ; un Timer est proposé afin de leur donner des repères temporels. Dans cette activité de construction, Mathias est en difficulté. Il souhaite construire une maison, mais sa régulation tonique ne lui permet pas d'assembler les pièces correctement, elles ne s'emboîtent pas, sa fabrication ne tient pas. Il sollicite continuellement l'adulte pour l'aider à positionner les éléments. Clara l'aide et construit des murs, une porte, des fenêtres, afin que sa maison s'érige. Mathias peut ainsi prendre appui sur la psychomotricienne afin de structurer l'espace, de délimiter un dedans et un dehors pour sa maison. Cette activité a fait émerger spontanément des relations d'aide et de cohésion entre les enfants. Loris vient également en aide à Mathias et lui propose de lui construire une toupie. C'est le premier échange bienveillant que je perçois entre ces deux enfants.

En retraçant le fil des séances, j'observe que nous sommes dans un ajustement continu, tentant de proposer des aménagements afin que chaque enfant puisse exploiter les potentialités du groupe. Après avoir cloisonné les espaces, nous estimons que le temps de la rencontre doit être favorisé. Nous voulons leur proposer un temps d'échange spontané. Ainsi, nous pouvons observer ce que la spontanéité peut faire émerger et la manière dont ils peuvent se saisir de leurs interactions. Début février, nous intégrons un temps de jeu libre dès le début de la séance, modifiant ainsi le rituel du groupe. L'arrivée se fait avec plus de calme ; chacun a l'opportunité d'explorer l'espace, de choisir son activité ou de se regrouper autour d'un jeu. Mathias s'installe spontanément à une table

avec un jeu de société, et peut commencer le temps de groupe tranquillement, sans débordement. Le fait d'avoir le choix, de ne pas se sentir oppressé par des règles dès le départ semble l'apaiser : cette liberté d'action lui permet de tolérer la présence des autres enfants. Il supporte l'attente et le tour de rôle. Je constate que les activités sans engagement corporel semblent plus faciles pour Mathias. Ce démarrage semble plus calme, les liens nous paraissent possibles.

Nous profitons de cette séance pour les rassembler lors du temps de motricité : toutes leurs constructions sont installées dans un espace commun, un recoin de la pièce protégé par des modules. L'objectif de la séance consiste à regrouper leurs édifices pour en faire une élaboration commune. Cette réalisation offre l'opportunité de matérialiser le groupe et la place de chacun, de participer ensemble à une tâche commune et de soutenir la construction identitaire de chaque individu et du groupe. Les bacs de Lego sont disposés le long d'un parcours qui fait le tour de la pièce : les enfants doivent se concerter, coopérer afin de récupérer les pièces nécessaires à l'assemblage de leur construction. Nous leur laissons davantage de liberté de mouvements : chacun peut s'aventurer sur le parcours quand il le souhaite, la consigne étant de ne pas dépasser celui qui le précède. Ils deviennent maîtres de leur temps individuel et collectif : ils peuvent se séparer, aller à la rencontre de l'autre, se retrouver, échanger, s'entraider. Mathias parvient à respecter le cadre. Cette mise en forme de l'activité a permis de faire émerger de l'entraide. Les enfants s'observent sur le parcours, peuvent s'encourager les uns et les autres. Quand Mathias se retrouve coincé à l'abord d'une poutre en pente douce, Emmy vient à sa rescousse et lui explique comment franchir cet obstacle.

Mathias prend l'initiative d'aller chercher tout un bac de Lego afin de le ramener à ses coéquipiers dans la cabane. Voyant son geste valorisé, il recommence et rapporte tous les bacs de Lego. Au cours de cette séance, Mathias partage un instant de complicité avec Alexandre : ils se cachent en arrivant dans la salle de lecture, afin de faire une blague à l'ensemble du groupe. Ce moment simple pourrait sembler anodin, mais il est remarquable pour ces enfants, il marque l'émergence d'un lien, la reconnaissance de l'autre en tant qu'individu. Mathias semble apaisé et disponible pour échanger avec les autres enfants : cette séance serait-elle le point départ d'un partage groupal dans une dimension de plaisir partagé ?

4.6 Musique !

Il se passe plusieurs semaines chaotiques, marquées par l'absence de l'infirmière et de la psychomotricienne. Elles sont remplacées au pied levé par d'autres professionnelles ou les séances du groupe sont annulées. Nous reprenons les séances mi-mars avec un cadre stable. Sarah, actuellement en congé maternité, est remplacée de manière pérenne par Marjolaine, éducatrice spécialisée. Nous profitons de cette nouveauté pour marquer le cadre spatial et temporel. Pour cette première séance, nous décidons en amont de les accueillir autour d'une table, afin de les contenir physiquement. Ils placent leurs photos et les pictogrammes des activités de la séance sur un support afin de prendre connaissance du déroulé et de leur donner des repères spatiaux et temporels. Nous rappelons les règles du groupe et du vivre ensemble, et nous leur indiquons que tout manquement à ces règles est pénalisé par une mise à l'écart du groupe. Puis nous les invitons à parler de leurs émotions à partir d'un support visuel : les cartes émotions.

En effet au départ, l'agitation est contenue, les enfants respectent les consignes et sont moins dispersés. Le temps de discussion est possible, ils parviennent à s'écouter sur un temps court. La lecture se déroule dans le calme et nous parvenons même à aller au bout de l'activité psychomotrice sans trop de débordement. Afin de trouver l'accordage, nous leur proposons une activité autour de la musique. Nous demandons aux enfants de disposer dans la salle des dalles de couleurs (bleu, jaune, rouge, vert) et de formes différentes (rond, carré, triangle), puis nous installons un module au centre de la pièce, place du chef d'orchestre. Ce dernier propose une manière de se déplacer (à quatre pattes, ramper, en marche arrière ...) et joue avec le xylophone. Les autres participants, enfants et adultes, marchent dans la salle au rythme de l'instrument : lentement, rapidement selon le rythme, pas lourds ou légers selon l'intensité de la frappe. L'objectif est de s'accorder au chef d'orchestre et d'adopter un rythme commun. Lorsque le musicien arrête de jouer, il désigne une forme ou une couleur sur laquelle il faut se placer. Une règle précise que lors de nos déplacements, nous ne pouvons toucher ni les dalles, ni le chef d'orchestre : celui qui enfreint cette règle est écarté du jeu (assis sur un banc) jusqu'au changement de meneur. Chacun prend le rôle de chef d'orchestre à tour de rôle. Ce jeu leur permet d'expérimenter les différentes postures : suivre un autre, observer l'effet de ses propres actions sur l'environnement, adopter un rythme commun, s'accorder au groupe.

Mathias, soutenu par les adultes, en le sollicitant pour expliquer les consignes, en marchant à côté de lui, en l'appelant pour s'installer sur les dalles, supporte les règles du jeu. Cependant je l'observe au fil du jeu et je le vois flirter avec les règles et défier le chef

d'orchestre. La limite semble trop difficile à respecter dans la durée. Répondre aux injonctions des autres joueurs deviendrait alors intolérable ? Ou est-ce cet accordage, cette sensation d'être fondu dans le groupe et d'en perdre son individualité ? Ressentirait-il le besoin de se démarquer des autres membres afin d'être vu et d'exister au travers du regard du meneur ?

Dans un second temps, chacun choisit un instrument et le chef, Clara, dirige son orchestre. Mathias se saisit d'un tambourin ; nous lui demandons de ne pas jouer tant que tous les joueurs n'ont pas choisi leurs instruments. La consigne lui est répétée plusieurs fois mais il ne peut s'empêcher de taper sur le tambourin. Son geste semble automatique, son regard absorbé par l'instrument. Pris entre le mouvement de son corps incontrôlable et la conscience de l'infraction à la règle, il part se cacher derrière un rideau de fortune. Marjolaine décide d'appliquer la règle énoncée au début de la séance et l'accompagne dans le bureau de la cadre qui joue le rôle de tiers. Une fois installé dans le bureau, il s'apaise, sans qu'elle ait à surjouer la figure d'autorité. Il s'installe tranquillement sur une chaise, pose sa tête sur ses bras dans une posture de regroupement. Cette accalmie est-elle possible car il est enfin coupé de toutes les stimulations sensorielles, générées par le groupe, trop envahissantes pour lui ? Ou le tiers incarne-t-il un rôle cadrant et rassurant ?

Il est réintégré au groupe pour le temps de relaxation. Les trois autres enfants se sont rassemblés, collés les uns aux autres, sous un tissu, donnant l'impression d'une masse informe, comme fusionnés. Lorsque Mathias revient dans la salle, nous essayons de préserver cette bulle de calme pour les trois autres enfants déjà installés et lui demandons de trouver une place à côté, avec un adulte s'il le souhaite. En l'entendant arriver, les autres enfants s'écrient en chœur « Non pas Mathias ! ». Je trouve cette scène d'une violence inouïe pour Mathias : cet enfant déjà aux prises de ses émotions, se trouve confronté à une agitation qu'il ne maîtrise pas. Dans le même temps, ses agirs sont très violents pour les autres enfants, qui le rejettent ensuite de peur d'être blessés. Mathias insiste et cherche à se mêler de force aux trois autres enfants. Il est à nouveau écarté du groupe par Marjolaine et isolé dans la pièce voisine. Je ne le vois pas, mais le son de sa voix, la résonance de ses cris et de ses pleurs me transperce : je peux éprouver la profondeur de sa tristesse à cet instant.

5 Une représentation du corps altérée ?

Mathias présente des difficultés dans ses relations aux autres, à son propre corps, à l'espace et au temps. Au fil des séances, il oscille entre comportements d'attachement et mouvements de rejet. Il vient chercher les autres dans une reconnaissance affective, il se colle, trop près, quémande des bisous et des câlins ; ou au contraire, il tape, jette des objets en prenant les autres pour cible et comportements inadaptés, intrusant le corps de l'autre en essayant de toucher les parties intimes et ne se formalisant pas de l'interdit qui lui est clairement énoncé. Cette non-consideration des distances relationnelles m'interpelle sur sa capacité à se différencier des autres. Quelle conscience a-t-il de lui, de son corps, et de celui des autres ?

Cette recherche constante des limites (du cadre, de l'espace, de l'autre) m'interroge sur la représentation que Mathias a de son propre corps. Cette carapace tonique dans les moments d'excitation, ferait-elle office de tuteur ou d'enveloppe contenant ? Cherche-t-il à l'extérieur la contenance que son propre corps ne peut lui procurer ? La transgression des règles, serait-elle un moyen d'attirer l'attention, de chercher la relation à l'adulte, de se lire au travers du regard de l'adulte ? Ou d'éprouver les limites et le cadre contenant ?

De la même manière, les mouvements se dessinent dans l'espace, délimitent un périmètre autour du corps, et permettent d'augmenter la surface de son espace personnel ; l'agitation psychocorporelle ferait-elle aussi fonction d'enveloppe ?

Au sein d'un groupe, la rencontre génère des mouvements physiques et psychiques : les éprouvés sont traduits par une mise en corps et en acte. Comment, la rencontre des autres parfois désorganisant, peut-elle aider l'enfant à s'organiser et à prendre conscience de ce qui lui appartient ?

Tous ces questionnements m'amènent à poser la problématique suivante :

En quoi le groupe thérapeutique contribue à l'émergence de la conscience de soi chez un enfant avec un TSA présentant une agitation psychocorporelle ?

PARTIE THÉORIQUE

PARTIE THÉORIQUE

1 La conscience de soi

« Une personne, un corps ; un esprit, un corps – premier principe (...). Un corps unique va de pair avec un soi unique »(Damasio et al., 2002, p. 187).

La conscience de soi se construit à partir de la manière dont on se perçoit et dont on se représente mentalement notre propre corps. Afin de mieux comprendre l'acquisition de la conscience de soi, je vais aborder, dans cette partie, quelques concepts en relation avec la représentation du corps dans le cas d'un développement neurotypique.

1.1 Sensation, perception, représentation

Les termes sensation, perception et représentation sont couramment utilisés lorsque l'on évoque la représentation du corps et peuvent être confondus. Mais quelle est leur signification ? Comment les distingue-t-on ?

La sensation naît lors de la stimulation d'un organe récepteur. Elle se compose d'une phase de réception d'une information physique de notre milieu, externe ou interne, et d'une phase de transduction qui transforme cette information en message électrique transmis aux cortex sensoriels primaires. La sensation est un décodage de l'information via notre corps ; elle est à l'origine de la perception de notre corps (Aubin-Horth, 2024).

Une perception est un processus de sélection, d'organisation et d'interprétation des données sensorielles. Elle correspond à « la réunion de sensations en image mentale » (Le Robert, 2024). Il s'agit d'une phase d'assemblage des informations au niveau des cortex associatifs afin de fournir une représentation mentale unique et multisensorielle.

Une représentation correspond au « processus par lequel une image est présentée aux sens » (Le Robert, 2024) . C'est la capacité à évoquer un objet absent, à pouvoir en saisir les caractéristiques malgré le fait qu'il ne soit plus perceptible physiquement.

1.2 Du corps vécu ... au corps représenté

Ajuriaguerra (1971) décrit le développement psychomoteur de l'enfant ordinaire selon trois étapes : le corps vécu de la naissance à trois ans, le corps perçu de trois ans à

six ans et le corps représenté de six ans à douze - quatorze ans (cité par Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2012).

1.2.1 Le corps vécu

De la naissance à trois ans, le tonus fonctionne de manière bipolaire : l'enfant passe d'un état de contraction quand il éprouve un besoin à un état de détente quand ce besoin est satisfait. Il fonctionne en tout ou rien et n'est pas en capacité de réguler lui-même ses états toniques. Le parent vient donner du sens à ce qu'éprouve son enfant (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2012). Ainsi, un nourrisson qui a faim, se trouve dans une hypertonicité. Le parent donne une signification à cet affect « oh tu as faim ! », et couple sa verbalisation à des actions : il prend le bébé dans ses bras, lui offrant une contenance, un contact apaisant, et le nourrit, satisfaisant son besoin primaire. Le bébé sent son corps se relâcher et intègre dans le même temps les mots de son parent. Le dialogue tonico-émotionnel est soutenu par le dialogue verbal. Il s'agit là du premier mode de communication du bébé. La maturation du système nerveux central assure l'équilibration du tonus et l'entourage soutient le bébé afin qu'il apprenne à nuancer ses états toniques. Le bébé passe progressivement d'un état tonique à un état émotionnel (Livoir-Petersen, 2008).

L'enfant devient de plus en plus acteur de ses mouvements, il multiplie les expériences sensorielles et motrices afin d'acquérir une connaissance vécue de son corps ; il apprend ainsi à maîtriser son corps et les objets qui l'entourent. Il construit une perception corporelle unifiée en reliant les différents espaces perceptifs entre eux. Il situe les objets par rapport à son propre corps. À ce stade, il peut éviter avec précision un obstacle qui se présente au-dessus de sa tête ou ajuster son geste pour saisir un objet (Ignazio & Martin, 2018).

1.2.2 Le corps perçu

À partir de trois ans, l'enfant est en mesure de discriminer les sensations perçues. Il comprend ses éprouvés et possède une meilleure conscience de son corps dans l'espace. Il maîtrise sa régulation tonique : il est capable d'ajuster ses réponses motrices selon les sollicitations, par exemple adapter son tonus pour lancer une balle. Ses compétences motrices se perfectionnent, il dispose d'un meilleur ajustement postural et la latéralité se met en place (Ignazio & Martin, 2018). Cette étape marque le début de la construction du

schéma corporel ; cette notion essentielle en psychomotricité sera abordée dans la partie suivante.

1.2.3 Le corps représenté

À partir de six ans, l'enfant acquiert la capacité à se représenter son corps dans sa globalité, mais également par segments. Il accède à une connaissance topologique de son corps. À partir de cette représentation, l'enfant construit ses repères spatiaux puis temporels, prémices de l'acquisition des praxies (Ignazio & Martin, 2018).

1.3 Différentes représentations du corps : Corps propre, schéma corporel et image du corps.

Comme le souligne Pireyre (2021), penser les représentations du corps est « un grand défi pour les psychomotriciens ». De nombreux auteurs s'y sont intéressés ; j'ai choisi de définir ceux qui étaient le plus communément utilisés dans les théories psychomotrices.

1.3.1 Le corps propre

Le corps propre fait référence à un corps sensoriel, un corps d'expérience à partir duquel vont se construire la conscience, la temporalité et la spatialité. Nous découvrons le monde par notre corps : il est le support de nos perceptions mais aussi de nos émotions et de nos pensées, qui participent à l'appropriation de ce corps afin qu'il devienne « notre corps ». Bullinger distingue le corps de l'organisme : « le corps est représentation, représentation de l'organisme, objet matériel du milieu sur lequel la cognition opère » (cité par Lesage, 2021, p. 331).

Le corps propre n'est pas comme les autres objets car il est à la fois perçu de l'intérieur et de l'extérieur. C'est un objet bizarre et paradoxal car il ne peut être vu et touché que dans son extériorité. Ce corps me permet d'avoir des projets et de m'engager dans l'action : il est le véhicule de l'être au monde. (Giromini, 2012)

Corps et pensée appartiennent à une même unité psychomotrice, ainsi tout ce qui touche le corps atteint la pensée et inversement.

1.3.2 Le schéma corporel

Selon Ajuriaguerra (1971) le schéma corporel est :

Édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles ; le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. (cité par Scialom, 2012, p. 228)

Il s'agit de la connaissance objective de notre corps, qui se construit dans l'expérience motrice. Un système de représentation interne du corps transmet des informations sur la posture et la localisation des différentes parties, et donne une « image d'un corps complet et organisé dans son espace » (Potel, 2019, p. 150). Les informations sont actualisées selon les entrées sensorielles et motrices et se modifient au cours de l'action et ce de manière inconsciente. Ce qui permet au sujet de savoir à tout moment situer son corps et ajuster ses gestes selon l'action à effectuer.

Corraze (2009) intègre deux concepts dans le schéma corporel :

- Le référentiel égocentrique qui distingue le corps propre de ce qui est extérieur et sert de point de référence au mouvement ;
- Et l'espace corporel, qui définit l'espace accessible, lui-même divisé en trois sous-espaces. L'espace extra-personnel est déterminé par les perceptions auditives et visuelles, faisant alors référence à un champ éloigné. L'espace péri-personnel est défini par ce qui est accessible sans engager de déplacements ou de mouvements du tronc, intégrant ainsi la perception tactile. Et l'espace personnel correspond au corps propre : sa représentation s'édifie sur la base des informations proprioceptives, tactiles et visuelles (Cardinali et al., 2009 cités par Albaret 2012).

1.3.3 L'image du corps

Dolto suggère que le schéma corporel fait allusion à l'équipement physiologique, puis elle introduit la notion « d'image inconsciente du corps » pour l'aborder sous l'angle de la subjectivité (Pireyre, 2021). Pour Dolto, l'image du corps est la représentation mentale et subjective que chacun se fait de son propre corps. Elle inclue la perception physique, les sensations, mais aussi son ressenti émotionnel à l'égard de son corps. Cette représentation joue un rôle fondamental dans le développement de la personnalité et peut être influencée par des facteurs psychologiques, sociaux et culturels. « L'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire » (cité par Pireyre, 2021, p. 69).

L'image du corps se construit dans la relation. Le regard que le parent porte sur son bébé influence son image du corps. Un enfant nourri par l'attention de son parent développera une image positive de lui ; à l'inverse, un bébé qui n'est pas regardé par son parent développera une image teintée par le manque, la non-reconnaissance. L'image du corps comporte une partie consciente et une partie inconsciente (Potel, 2019) et évolue tout au long de la vie. Elle comprend une dimension évaluative de son propre corps : un corps empreint d'émotions, de satisfactions et d'insatisfactions. Cette image influence l'investissement de notre propre corps (Albaret 2012).

1.4 Émergence de la conscience de soi

De nombreux auteurs se sont intéressés à la conscience de soi, chacun y insufflant un vocabulaire spécifique. Mon cas clinique portant sur un trouble neurodéveloppemental, j'ai choisi d'aborder ce concept sous les deux angles : développemental et neurologique.

Rochat (2003) défend l'idée que la conscience de soi s'élabore depuis la naissance, voire en amont, et qu'elle résulte d'expériences sensorielles du bébé et d'interactions avec son environnement physique et humain. Ses concepts, étayés par des expérimentations, soutiennent que le bébé est capable de développer une connaissance de son corps comme étant une « entité différenciée, située et agente » (Rochat, 2003, p. 41). D'après lui, la connaissance perceptive du corps propre serait un précurseur de sa capacité à se différencier d'autrui. L'auteur remarque que le développement de la conscience de soi chez un enfant neurotypique s'élabore par étapes.

1.4.1 Une « entité différenciée »

Dès sa venue au monde, le bébé, grâce à ses perceptions et sa proprioception, est capable de différencier une stimulation provenant de son propre corps, d'une stimulation externe. Rochat (2003) étaye ses propos sur une expérimentation où il observe les réactions de froufrou du nouveau-né : elles sont moindres lorsque le nouveau-né touche sa joue avec sa propre main versus la main de l'examineur. Cette capacité de discrimination témoigne de la conscience de son corps propre situé dans un environnement différencié : Rochat nomme cette première conscience de soi, le « soi écologique ». Cette étape est abordée sous un versant neurologique par Damasio (2010) (cité par Giromini & Coutolleau, 2015). Nous disposons d'un système de représentation interne du corps, soutenu par des réseaux de neurones, situés dans la partie supérieure du tronc cérébral, qui intègrent et rendent compte de l'état du corps en temps réel. D'après le

neurologue, le tronc cérébral traite les signaux sensoriels qui parviennent à l'organisme et les traduit en « sentiments primordiaux », évalués en valence positive (plaisir) ou négative (douleur) : c'est la première forme de perception consciente de son propre corps. Ce « sentiment primordial » participe à l'élaboration d'une première forme de subjectivité qu'il nomme le « protosoi », qui peut être défini comme le sentiment du corps vivant. Ce « protosoi », rattaché aux limites du corps constitue une base stable, ancrant la continuité de soi. L'individu devient capable de s'approprier ses états corporels et développe le sentiment d'existence : son corps existe indépendamment de son environnement (Damasio, 2010). Le bébé se perçoit comme une « entité différenciée » (Rochat, 2003, p. 41).

1.4.2 Une « entité agente »

À deux mois, l'enfant est sensible à son influence sur son environnement. Il devient acteur et capable de modifier ses comportements pour faire varier les réponses de ce dernier : il se perçoit comme une « entité agente » (Rochat, 2003, p. 42). Ceci constitue la preuve qu'il possède déjà une certaine conscience de son corps propre. À cet âge, il initie des interactions avec son environnement, engage une communication non verbale volontaire et orientée. Le début du partage de cette expérience avec autrui est marqué par le sourire social. Damasio (2010) précise que nous ressentons les effets de notre environnement sur notre corps et notre homéostasie. Cette perception des objets extérieurs participe au développement du soi qu'il nomme à ce stade le « soi-noyau » ; ce dernier est constitué du sentiment du corps vivant (« protosoi ») et du sentiment du corps modifié par les objets extérieurs - les « pulsations du protosoi suscitées par l'extérieur ».

1.4.3 Une « entité située »

Vers quatre mois, le bébé se considère comme une « entité située » (Rochat, 2003, p. 42) : il situe son corps par rapport aux objets environnants. Il marque une attirance sélective pour certains éléments et il tient compte de la distance qui les sépare de son corps. Il organise sa posture et ses gestes de manière à atteindre les objets accessibles dans sa zone de préhension, c'est-à-dire, la zone atteignable avec l'extension maximale des bras et du tronc, et il se désintéresse des objets inaccessibles situés en dehors de cette zone.

En parallèle, entre deux et sept mois, le bébé observe les réactions de son entourage et est en mesure d'attendre des réponses spécifiques de ses interactions. L'angoisse du huitième

mois semble témoigner de ce nouveau mode d'interaction où le nourrisson évalue les réactions de ses interlocuteurs et adapte sa réponse (Rochat, 2003).

1.4.4 La « coconscience »

À neuf mois, le bébé augmente ses échanges sociaux et devient capable d'attention partagée avec autrui. Puis de neuf à dix-huit mois, l'enfant développe la collaboration et fait l'expérience du monde avec autrui, ce que Rochat (2003) nomme la « coconscience ». Il peut se détacher de son égocentrisme et adopter un point de vue externe. Cette position décentrée permet de développer ses capacités à se représenter les perceptions d'autrui et favorise l'émergence de la pensée symbolique : les bases de la théorie de l'esprit sont édifiées. Ensuite, à partir des expressions émotionnelles manifestées par ses interlocuteurs, il devient capable de se représenter leurs états mentaux et d'inférer leurs intentions.

1.4.5 La conscience sociale

Vers quatorze mois, l'enfant s'intéresse à la manière dont les autres le perçoivent, il prend conscience de son corps intégré à un environnement social : ce que je vois dans le miroir correspond à ce que les autres perçoivent de moi. Il est en mesure d'apprécier son image au regard d'autrui. Il commence à penser son rapport à son environnement, il développe une conscience sociale et il évalue ses relations avec les autres. La maturation neurologique, avec le déploiement des noyaux gris centraux et du cortex limbique, permet de passer à une représentation plus élaborée. Selon Damasio (2002) cela correspond à l'émergence d'un « soi autobiographique » : le sujet se vit comme un individu inscrit dans une histoire, intégré dans un environnement relationnel, un corps agissant. L'âge de quatorze mois marque également la capacité du bébé à évaluer ses compétences et à les comparer à celles des autres individus. Entre quatorze et dix-huit mois, le bébé affirme ses affinités. Il identifie les capacités de son entourage et est en mesure de solliciter celles dont il a besoin. À dix-huit mois, il est capable d'appréhender ses propres limites et de solliciter l'aide nécessaire pour atteindre un objectif ; cette étape constitue un préliminaire pour les apprentissages futurs.

Rochat (2003) prône une conscience précoce de l'enfant : à partir de ses expériences sensorielles et de ses perceptions, le bébé est déjà capable à la naissance de se distinguer de son environnement, il intègre la notion de corps propre qui continuera à évoluer.

Le concept de la conscience de soi serait achevé au moment où l'enfant se reconnaît dans un miroir, vers deux ans. Elle est mise en évidence par une expérience où un examinateur dessine une tâche rouge sur le nez de l'enfant et le place face à un miroir. L'enfant qui a acquis une conscience de soi, se reconnaît et porte la main à son visage pour effacer la tâche (Bee et al., 2003). Les expériences perceptives de son corps, soutenues par les interactions sociales, aident l'enfant à se distinguer des autres et à se considérer comme un être unique. Damasio (2010) parle de « processus du soi », induisant l'idée d'une structure dynamique.

Quelle que soit l'approche, développementale ou neurologique, nous voyons bien que la conscience de soi est un processus qui évolue par étape et dans le lien à l'autre. Je reviendrai sur certains de ces points dans la partie théorico-clinique.

2 Le trouble du spectre de l'autisme

2.1 Définition

En 2013, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) publie la cinquième édition de son référentiel. Dans cette version, les anciennes catégories de l'autisme sont regroupées sous une seule appellation : celle du trouble du spectre de l'autisme (TSA). Le TSA appartient à la catégorie des troubles neurodéveloppementaux (TND). Le DSM définit une dyade autistique permettant d'établir le diagnostic. Les critères d'évaluation concernent :

- Les déficits de la communication et des interactions sociales : déficit de réciprocité sociale ou émotionnelle, déficit des comportements non verbaux, déficit du développement des relations.
- Le caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts : mouvements répétitifs ou stéréotypés, intolérance aux changements, adhésion inflexible à des routines, intérêts restreints ou fixes, anormaux dans leur intensité ou leur but, hyper ou hypo sensibilité aux stimuli sensoriels (Autisme info service, 2024).

Un dysfonctionnement cérébral serait à l'origine de ces symptômes ce qui engendrerait une perception particulière du monde. Le diagnostic peut être posé lorsque le sujet présente des symptômes dans les deux catégories. Les signes apparaissent généralement lors du développement précoce, avant trois ans. Ils ont un impact significatif sur plusieurs domaines : social, scolaire ou professionnel. Leur intensité varie de légère à sévère.

L'autisme est appréhendé selon trois facteurs, en interaction constante : la génétique, le développement et le comportement.

Le TSA s'accompagne souvent de comorbidités ; les troubles du sommeil, de l'alimentation, l'épilepsie, l'hyperactivité et les déficits intellectuels en sont les plus fréquentes (Ministère du travail, de la santé et des solidarités, 2024).

2.2 Origine

Les connaissances actuelles ne permettent pas de définir avec certitude les causes de l'autisme ; cependant, plusieurs hypothèses sont formulées quant à l'origine du TSA.

La première suppose un défaut de construction. Des anomalies structurales du cortex et un défaut de connectivité entre les zones corticales et sous-corticales sont suspectées. Ainsi, dans un fonctionnement neurotypique, l'hippocampe joue un rôle inhibiteur de l'amygdale. Cette dernière agit comme un système d'alerte : elle enclenche une réponse comportementale rapide face à un danger. L'hippocampe, impliquée dans le circuit de la mémoire, analyse les signaux, les compare aux situations similaires et nuance la réponse de l'amygdale si le danger n'est pas réel et immédiat. Cette connexion permet de répondre avec ajustement à une situation : le comportement est adapté. Dans le cas de l'autisme, amygdale et hippocampe ne sont pas correctement reliées : les comportements d'un individu avec TSA sont moins modulés dans les situations d'émotion intense telle que la peur, ce qui peut engendrer des réactions impulsives, inadaptées.

Une seconde hypothèse concernerait un dysfonctionnement de certaines structures corticales qui impacte le fonctionnement sensoriel dans les cas d'autisme. Dès la naissance les systèmes sensoriels sous-corticaux, dits anciens ou archaïques, sont matures : ils génèrent des réactions d'alerte et d'orientation. Les systèmes sensoriels récents se mettent en place après la naissance ; ils permettent une perception plus élaborée et une nuance sensorielle. Les anomalies de structuration du cortex empêchent la mise en place de ces systèmes récents, laissant les systèmes archaïques prédominants, faisant obstacle au traitement adéquat de l'information (Pireyre, 2019).

2.3 Les signes cliniques

L'expression de ce trouble est multiple et variée. Le diagnostic s'inscrit dans un spectre car chaque individu revêt des particularités et une expression propre de ses troubles : les compétences et les difficultés doivent être évaluées individuellement. Les

symptômes varient selon les individus ; leur nature et leur intensité se manifestent différemment au fil du temps.

La sémiologie du TSA peut être abordée selon les grands domaines de développement, comme cela a été détaillée par Réveillé et al. (2018).

2.3.1 Trouble socio-communicatif

Les autistes présentent des particularités concernant la communication non verbale. Leur difficulté à interpréter les signes non verbaux et à discriminer les émotions de leurs interlocuteurs, les inscrivent dans un trouble de la cognition sociale. Les anomalies du contact social se manifestent par un appauvrissement des mimiques faciales et des gestes conventionnels, tels que saluer avec la main. Les signes propres à la communication non-verbale peuvent être utilisés, mais dans un décalage avec le contexte ou une intensité inappropriée. Leur trouble rend difficile l'accès à l'attention conjointe.

Des particularités d'imitation peuvent être relevées précocement. Ce déficit peut impacter les apprentissages : l'imitation jouant un rôle de communication sociale, cela perturbe l'interaction et limite la possibilité des reproductions de nouvelles actions.

Ces troubles de l'imitation et de la communication non-verbale, précurseurs du langage oral, affectent son acquisition. La communication verbale peut alors être retardée ou atypique chez les enfants diagnostiqués avec un TSA, qui peuvent présenter des écholalies ou une prosodie particulière. Ces particularités entravent l'intégration sociale des personnes avec TSA, qui sont alors en retrait ou présentent des manifestations sociales inadaptées.

2.3.2 Fonctionnement neuropsychologique

Dans le TSA, le fonctionnement cognitif et intellectuel peut être atypique. Réveillé et al. (2018) évoque une « intelligence autistique », qui ne serait pas déficitaire, mais non fonctionnelle dans l'environnement, ce qui inscrit le sujet avec TSA dans une situation de handicap.

Un autre signe est celui de la difficulté à se représenter les états mentaux d'autrui : les autistes accèdent difficilement à la théorie de l'esprit.

Les fonctions exécutives peuvent être entravées notamment les capacités d'inhibition et de planification. Le manque de flexibilité mentale pourrait justifier la difficulté à s'adapter aux changements et à généraliser les apprentissages.

2.3.3 Particularités dans le traitement de l'information sensorielle

Les personnes avec un diagnostic de TSA présentent souvent des hypo ou hypersensibilités selon les canaux sensoriels (auditif, visuel, olfactif ...). Les troubles de traitement de l'information empêchent l'intégration de signaux sensoriels simultanés. Il peut être difficile d'écouter et de regarder simultanément leur interlocuteur, ce qui peut inciter la personne avec un TSA à s'enfermer dans une seule modalité sensorielle. Les difficultés de traitement de l'information sensorielle peuvent aussi affecter les compétences neuropsychologiques et motrices. Leurs répercussions s'observent au niveau des capacités attentionnelles, perceptivo-motrices et motrices, entravant notamment le schéma corporel. Ces entraves limitent les gestes et peuvent impacter l'autonomie dans la vie quotidienne.

2.3.4 Particularités dans les réponses comportementales

La difficulté de gestion des stimuli sensoriels engendre des comportements atypiques d'hyporéactivité - la réaction survient à condition d'un signal sensoriel puissant, ou d'hyper-réactivité - une petite stimulation provoque une réaction.

Si le seuil de sensibilité est bas, les personnes avec TSA peuvent présenter deux types de comportements :

- Une hyper-réactivité sensorielle : elles répondent à toutes les stimulations sans les sélectionner. Cela peut se traduire par une distractibilité, une irritabilité, une instabilité psychomotrice ou émotionnelle.
- Un évitement sensoriel : la personne est gênée par la stimulation et cherche à s'en détourner par un comportement d'évitement.

Si le seuil de sensibilité est haut, deux types de comportements peuvent être observés :

- Une hyporéactivité sensorielle : la personne néglige certaines informations et ne réagit pas aux stimulations de son environnement.
- Une recherche sensorielle : la personne manque de stimulations et va les rechercher activement, notamment par des gestes répétitifs (stéréotypies).

2.4 Autisme et psychomotricité

Le TSA se manifeste avant trois ans, il interfère donc avec le développement psychomoteur de l'enfant.

Meurin (2022) cite Nadel (2011) qui constate que les anomalies du développement moteur précèdent celles du comportement social. Les réflexes archaïques prennent plus de temps à s'estomper pour les individus porteurs de TSA. Ils acquièrent la marche normalement, mais les autres acquisitions motrices sont retardées. Ainsi, Nadel (2011) précise que plusieurs troubles sont relevés concernant le redressement, l'oralité, la coordination flexion/extension, la construction de l'axe corporel et la coordination haut/bas du corps (Meurin, 2022).

2.4.1 Troubles du redressement

À la naissance, le bébé présente une hypotonie axiale et une hypertonie segmentaire. Avec la maturation neurophysiologique, le tonus se régule, ce qui permet aux mouvements de s'organiser afin de s'inscrire dans une gestualité volontaire et d'ajuster la posture jusqu'à la position érigée. Lors d'un TSA, le traitement des stimulations ne permet pas une régulation tonique harmonieuse : la coordination entre les différents signaux n'est pas possible, ce qui empêche le développement de la proprioception, à entendre ici comme « la capacité à s'ajuster de manière harmonieuse aux effets de la pesanteur » (Meurin, 2022, p. 231). Le redressement se fait en force, par un recrutement tonique important engendrant un fonctionnement en tout ou rien, passant rapidement de l'hypotonie à l'hypertonie.

Le tonus de fond chez les enfants avec TSA est caractérisé par une hypotonie et une hyperlaxité ligamentaire. Certains sujets présentent une incapacité à exécuter des diadococinésies, telles que faire les marionnettes. La régulation tonique chez les enfants avec TSA est déficitaire, ce qui engendre des postures et une démarche asymétriques. Cette asymétrie entrave leur capacité d'équilibre.

2.4.2 Troubles de l'oralité

Le besoin physiologique et immédiat de se nourrir place la zone orale comme la première partie du corps investie par le bébé. Elle participe donc à l'organisation de la régulation tonique. Elle répond à deux fonctions : celle de capturer et celle d'explorer. La coordination entre les deux permet de développer la succion et la déglutition. Dans l'autisme, l'une des deux fonctions peut être prédominante : s'il s'agit de la fonction de capture, l'enfant peut développer des comportements d'agrippement, qui se traduisent par exemple, par des morsures, qui ont rôle de rassemblement corporel. Lorsque la fonction d'exploration prédomine, l'enfant peut développer des stéréotypies, telles que suçoter

constamment un objet ou bouger la langue, afin d'induire des réafférences sensorielles. Ce déséquilibre entre les fonctions de capture et d'exploration peut engendrer des troubles du langage et des troubles alimentaires.

2.4.3 Difficulté de flexion/extension

Dans le développement neurotypique, à trois mois, la coordination entre la flexion et l'extension de la tête et du buste se met en place, conjointement à la coordination entre la vision périphérique et la vision focale. Cette évolution permet au bébé de se tourner vers son environnement, de marquer son intérêt pour les interactions et également de développer ses coordinations oculo-manuelles. Un enfant porteur de TSA adopte des postures en extension, empêchant la coordination entre la vision focale et périphérique ; il s'appuie donc majoritairement sur sa vision périphérique, entravant la mise en relation. Il développe une posture en hyperextension, engageant une tension du buste, ce qui empêche le déploiement de la coordination oculo-manuelle, bimanuelle et les mouvements reliant la main à la bouche. Il ne sera pas en mesure de regarder l'autre, ce qui entrave la mise en place de l'attention partagée.

2.4.4 Fragilité de la construction de l'axe corporel

L'axe corporel se construit grâce au déploiement des mouvements de flexion, extension et rotation. Le bébé explore son environnement et peut ainsi mobiliser son corps dans les différents plans de l'espace. Il peut unifier ses deux hémicorps au niveau de l'axe corporel. Il acquiert la position assise, développe ses coordinations oculo-manuelle et bimanuelle et peut ainsi se saisir des objets environnants. Ces expériences participent à la différenciation de ce qui est soi, du non-soi. L'axe corporel revêt une dimension représentative mais également cognitive et émotionnelle. L'hypertonie prédominante dans les cas d'autisme empêche la dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne, ce qui entrave la coordination bimanuelle et l'exploration de l'espace. Les interactions avec autrui en sont alors limitées. Dans les activités qui nécessitent l'usage des deux mains, le croisement de l'axe n'est pas réalisé. La rotation du bassin est difficile, ce qui donne une impression de mouvement monobloc.

Paquet et al. (2017) observent que la latéralité est plus significativement indéterminée chez les enfants avec TSA et émettent l'hypothèse d'un processus de latéralisation perturbé (cité par Réveillé et al., 2018).

2.4.5 L'investissement du bas du corps

La loi de maturation neurophysiologique céphalo-caudale place le bas du corps comme la dernière partie à être investie par l'enfant. Ce dernier augmente ses zones d'exploration au fur et à mesure de son évolution. Ramper, avancer à quatre pattes puis marcher lui permet progressivement d'investir de nouveaux espaces et de développer ses centres d'intérêt : il ne marche pas uniquement pour se déplacer, mais pour atteindre un objet avec une intention. L'enfant avec autisme, comme vu précédemment, doit lutter contre la pesanteur, ce qui est très coûteux au niveau énergétique. Cela peut se traduire par une démarche bruyante, les pieds claquant ou trainant sur le sol ; ou par une hyperextension qui engendre une démarche sur la pointe des pieds. L'espace se construit à partir de repères sensoriels, souvent visuels, et non sur des représentations mentales : l'enfant avec TSA se déplace de manière rituelle mais ne cherche pas explorer. Le manque d'investissement du bas du corps entrave la propreté, l'enfant avec TSA n'ayant pas conscience de la partie en-dessous du bassin.

De manière générale, les enfants avec autisme éprouvent des difficultés à se représenter leur corps dans sa globalité. Ils peuvent en percevoir les parties mais ne parviennent pas à intégrer les liens entre elles. Leur schéma corporel est souvent fragmentaire et inabouti (Potel, 2019, p. 151). Dans le TSA, nous retrouvons des troubles des habiletés motrices impactant le déploiement des motricités globale et fine. Ceci interfère avec leur autonomie dans la vie quotidienne, limitant les gestes de toilette, l'habillage ou l'écriture. Des difficultés praxiques sont fréquemment observées.

Cette sémiologie non-exhaustive donne un aperçu de la multiplicité des signes cliniques du TSA. La variabilité inter-individuelle est tellement importante qu'il n'est pas possible de déterminer un profil psychomoteur type du TSA. Cependant, on repère que le développement psychomoteur est affecté quelle que soit l'expression du trouble.

3 Le groupe thérapeutique

Le groupe thérapeutique est soumis à des influences théoriques multiples : approche systémique, psychanalytique, sociologique, éducative ... Je choisis de développer ce concept de groupe thérapeutique selon l'approche en psychomotricité. Il est important de noter que cette pratique ne vise pas à se substituer à la thérapie individuelle mais intervient en complément.

Dans cette partie, je vais aborder succinctement certains concepts en lien avec le groupe thérapeutique, puis j'y reviendrai plus en détail dans la partie théorico-clinique. En effet, il me paraît plus pertinent d'aborder cette thématique en l'associant à des exemples cliniques.

3.1 Quelques définitions

3.1.1 Le groupe

Le groupe « désigne le lieu par excellence où se joue l'articulation entre l'individuel et le collectif, où se définit le sentiment d'appartenance et d'exclusion, où s'élabore l'identité de chacun » (Fischer, 2020, p. 66). Il s'agit d'un ensemble composé d'individus en interrelation, impliqués dans un système d'échanges. Au sein du groupe, les individus poursuivent un objectif commun, développent des relations affectives et un sentiment d'interdépendance (Fischer, 2020).

3.1.2 Le groupe thérapeutique

Selon l'approche de Marc et Bonnal (2023), le groupe thérapeutique offre un espace d'expériences, de partage, favorisant l'action et la verbalisation. Il joue un rôle d'amplificateur et permet de revisiter la construction individuelle. Cette rencontre met en jeu de nombreux processus qui sont analysés par un thérapeute.

Le travail thérapeutique prend appui sur la vie spontanée du groupe : les communications, les interactions, les relations qui se développent « ici et maintenant » à l'intérieur du cadre thérapeutique. L'hypothèse est que les difficultés propres à chaque patient vont s'exprimer dans le présent, et notamment à travers les relations aux autres participants. Le rôle du thérapeute est alors d'accompagner la vie du groupe, de faciliter la communication et d'aider à la compréhension et à l'analyse du vécu de chacun. (Marc & Bonnal, 2023, p. 43)

Il repose sur un cadre (matériel, temporel ...) avec des règles (de présence, de confidentialité ...) et des modalités (composition, groupe ouvert, fermé ...).

3.1.3 Le groupe thérapeutique en psychomotricité

Le groupe thérapeutique en psychomotricité, inscrit dans le champ de la psychodynamie, propose de créer un espace intermédiaire afin d'ouvrir le travail

thérapeutique. Le partage d'une activité psychomotrice fait office de terrain de rencontre où naît un dialogue entre patients et thérapeutes. En passant par le groupe, chacun peut « entrer en contact avec son monde intérieur et mettre son corps en jeu en s'appartenant et non plus seulement en agissant qui le dépassent » (Chaulet, 2023, p. 124).

Dans un groupe, certains enfants agissent, d'autres regardent, imaginent ou apprennent, puis font à leur manière ou à côté. Les partages s'opèrent à différents niveaux : le corps est engagé au niveau sensoriel et au niveau moteur. Mellier (2023) déclare qu'un enfant qui ne fait pas groupe, est en fait un enfant qui ne répond pas aux normes groupales qu'on lui impose. À partir du moment où un enfant est inscrit dans un groupe, il « fait groupe à un autre niveau », celui de la « groupalité psychique » : l'enfant perçoit la présence de ses pairs par tous ses sens (au niveau kinesthésique, visuel, auditif, olfactif ...). Il faut alors axer la question sur le « comment il fait groupe » (Orjubin et al., 2023, p. 23).

Le groupe incarne une ambivalence : il sème le trouble des limites corporelles et aide le sujet à se construire en tant qu'individu propre, déployant ses capacités d'expression. « Le groupe thérapeutique apparaît de manière paradoxale comme étant d'un côté le révélateur des difficultés à être en relation, et de l'autre l'objet supposé y porter remède » (Orjubin et al., 2023, p. 39). Le groupe en psychomotricité permet de se mettre en jeu, d'éprouver son corps avec ou contre les autres : se confronter aux autres et en même temps à soi-même. Au départ les participants recherchent à se sécuriser. Une fois qu'ils se sentent sécurisés, un besoin de différenciation émerge : un besoin d'être reconnu dans son individualité (Marc & Bonnal, 2023). Dans ce sens, l'autre prend la fonction de miroir et peut faire émerger le sentiment de soi.

3.2 Le cadre thérapeutique

Potel (2023) précise que le cadre du groupe thérapeutique doit être pensé en amont de manière à pouvoir accueillir et transformer les « tensions émotionnelles » générées par la rencontre. Ainsi, il faut réfléchir :

- À la composition du groupe : selon le tempérament des participants, l'ambiance qui s'en dégage est calme, agressive, chaleureuse ou sécurisante.
- Aux thérapeutes qui encadrent : ce qu'ils insufflent au groupe varie selon leur formation initiale, leur expérience, leur genre ... et selon ce qu'ils renvoient aux patients.
- À l'espace : l'environnement, ses stimulations sensorielles sont des éléments qui vont favoriser ou inhiber la mise en relation. Ceci est d'autant plus prégnant

lorsque les patients présentent des troubles de la sensorialité, et qu'ils peuvent se sentir intrusés, perméables ou fragilisés. L'environnement peut agir comme une enveloppe physique et symbolique.

- Le temps : la durée, le moment, la fréquence des rencontres.

Le groupe en psychomotricité offre un espace et un cadre contenant d'expression des émotions. La psychomotricité représente, par essence, le corps en relation et son mouvement allant de l'envie d'appartenance au besoin de s'individualiser pour souligner sa singularité.

Les activités psychomotrices (les propositions, le matériel ludique...) sont souvent source d'excitation. Le psychomotricien doit alors prévoir de contenir les débordements éventuels par un cadre spatial et temporel pare-excitant : rituels et déroulés de séances constants, espaces déterminés, une place et un temps pour chacun. Ce cadre permet de délimiter les temps de retrouvailles, de partage, de séparation, de les anticiper et de contenir en partie les angoisses que le collectif peut générer. Cette structuration donne un cadre clair et des limites contenant, communes à tous, favorisant la cohésion.

Le cadre se doit d'être solide, ferme mais pas rigide : donner des repères et s'ajuster aux participants dans le même temps. Ce dispositif permet de créer un corps groupal, où chacun peut faire corps avec un groupe pour ensuite faire « corps à soi ». Le cadre est garant du travail de symbolisation. Il dépend du cadre interne des thérapeutes et de leur sensibilité, de leur capacité à assurer une fonction pare-excitante en contenant le groupe et à réguler les émotions.

Comme nous venons de le voir dans cette partie théorique, le TSA entrave la construction de représentations corporelles stables, qui sont elles-mêmes nécessaires pour entrer en relation de manière ajustée. Or, nous avons également vu, que la conscience de soi se développe grâce aux interactions précoces. Interactions et conscience de soi sont donc étroitement imbriquées. Nous allons aborder dans la partie suivante, comment le groupe thérapeutique peut offrir un espace permettant d'enrichir les explorations nécessaires à l'élaboration de la conscience de soi.

PARTIE
THÉORICO-CLINIQUE

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

Après avoir exposé les situations cliniques et mis en avant les notions théoriques émergentes, je vais centrer mon travail de réflexion sur le suivi de Mathias afin de d'apporter des éléments de réponse à ma problématique.

1 Le TSA, une entrave à la conscience de soi

Ma réflexion s'est naturellement orientée vers la théorisation du TSA afin d'appréhender les comportements particuliers de Mathias. Certaines manifestations corporelles trouvent leur origine en lien avec ses particularités autistiques.

1.1 Expression du TSA chez Mathias

Mes recherches théoriques concernant l'autisme, me permettent à présent de déterminer le profil de Mathias selon les signes cliniques propres au TSA, en abordant les versants cognitif, moteur et psychomoteur.

1.1.1 Particularités cognitives

Comme nous l'avons vu dans la partie clinique, il apparait que Mathias présente des troubles quant à la lecture des émotions chez autrui. Nous intervenons régulièrement pour lui signifier les intentions des autres enfants à son égard. Ainsi, il cherche régulièrement à s'asseoir à côté d'Alexandre, qui le repousse ou change de place, mais Mathias ne le perçoit pas. Lorsque nous le lui précisons, il semble « l'entendre » mais persiste ensuite dans son comportement. Mathias nous a montré ses capacités d'attention conjointe et de réciprocité dans les jeux de société.

Un manque de flexibilité mentale s'observe chez Mathias : il peut rester sur une idée fixe. Il éprouve des difficultés à passer à autre chose, tout comme on l'observe dans son comportement envers Emmy, lorsqu'il revient dans la salle après être apaisé, mais la frappe malgré tout. Nous voyons également que les moments de transition génèrent une agitation, qui pourrait être lue dans cette difficulté à changer de tâche et trouver de nouveaux repères. Mathias fait preuve de comportements répétitifs au cours des séances, souvent dirigés à l'encontre des autres enfants. Ainsi, il a pu rester fixé sur des thématiques. Un jour, il ponctue toute une séance d'injures envers ses pairs, en leur répétant « t'es gros » ou « t'es chiant ». Un autre, il cherche, à plusieurs reprises, à

atteindre leurs parties intimes et, quand on lui signale l'interdit, il rétorque « j'ai pas fait exprès ». Cette réponse est-elle à entendre comme un acte irrépressible ou peut-elle être envisagée comme une provocation ? J'y reviendrai ultérieurement, car même si ces attitudes peuvent trouver une origine dans les particularités autistiques, elles n'en restent pas moins provocatrices et m'incitent à explorer le champ de la psychodynamie.

1.1.2 Particularités motrices

Les réponses comportementales atypiques sont manifestes chez Mathias. Le plus probant dans ses particularités réside dans le manque de modulation de ses réactions, qui sont plutôt de l'ordre d'une hyper-réactivité sensorielle traduite par sa distractibilité et son agitation psychocorporelle.

1.1.3 Particularités psychomotrices

Le fonctionnement tonique de Mathias est peu modulable. Il passe d'un état de tension à un effondrement tonique, comme s'il n'avait pas de prise sur son corps. Sa régulation tonique semble entravée par le traitement atypique des stimulations.

Les difficultés de coordination de Mathias évoquées dans le bilan, ainsi que sa manière de se déplacer donnant un effet monobloc, peuvent être mises en relation avec un défaut de construction de son axe corporel, fréquent dans le TSA. Sa posture lors des jeux sur table corrobore cette hypothèse : il est régulièrement en appui sur la personne assise à côté de lui, ou affalé sur la table, comme s'il ne disposait pas de la solidité interne suffisante pour se tenir lui-même.

Nous avons vu dans la partie théorique, que les expériences qui permettent la construction de l'axe corporel participent également à la différenciation soi/non-soi. Une entrave à cette édification de l'axe corporel limite les mouvements de l'enfant vers l'extérieur et interfère donc sur son mode relationnel. La conscience de soi et des autres semble altérée pour Mathias. Cette lacune influence sa perception du lien avec autrui.

1.2 **À la recherche d'une contenance**

Nous savons à présent que les particularités du TSA impactent la régulation tonique. Or il s'avère que le tonus est le garant du sentiment de contenance. Cette notion revêt deux significations : la première évoque le réceptacle pouvant recueillir du contenu et la seconde renvoie à la capacité de contenir en soi (Veese, 2015). La contenance peut être représentée par une enveloppe dont la fonction est de séparer le dedans et le dehors tout

en les maintenant reliés (Vennat, 2019). Il est important pour un individu de sentir cette contenance, qui permet, comme l'évoque Lobbé (2019, p. 163) de « percevoir son corps de manière globale » et d'éviter « l'éparpillement ». Le tonus permet de sentir « le lien entre les différentes parties du corps autour d'un centre et à l'intérieur de limites. (...) Le tonus soutient le sentiment d'unité corporelle et d'individuation et constitue une véritable enveloppe tonique en support de l'enveloppe-peau » » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 173).

Cette tonicité particulière empêche la construction de la conscience de soi et du sentiment de contenance. L'un de mes questionnements supposait que l'agitation psychocorporelle omniprésente chez Mathias, qui implique un recrutement tonique global, pourrait faire fonction d'enveloppe. Cette hypothèse peut être mise en lumière par Veesser (2015) qui développe l'idée que le « mouvement participe à une tentative de prise de conscience d'une enveloppe corporelle unifiée, en stimulant les récepteurs de la peau et les propriocepteurs ». Pour faire face à ses angoisses, l'individu rigidifie son tonus musculaire de manière à former une « carapace rigide, tonique ».

Mes lectures du côté de la théorie du TSA apportent quelques éléments de compréhension quant au profil de Mathias. Cependant, des doutes persistent, car les signes cliniques du TSA n'apparaissent pas au premier plan pour Mathias. La problématique autour de la relation alimente encore de nombreux questionnements. J'ai donc cherché des éléments de réponses dans un autre champ théorique. Dans la partie suivante je m'attache à questionner plus en profondeur ce qui relève de la relation.

2 Les enjeux de la relation

2.1 Le sentiment d'existence dans le regard de l'autre

En considérant l'expression des troubles de Mathias, je suis amenée à envisager une autre hypothèse : celle d'une immaturité psycho-affective.

Le comportement défiant de Mathias m'interroge sur la raison de cette attitude. La transgression des règles, serait-elle un moyen d'attirer l'attention, de chercher la relation à l'adulte, ou de se lire au travers du regard de l'adulte ? Une hypothèse pourrait être que l'agitation interviendrait comme un moyen d'être au centre de l'attention, de happer le regard des thérapeutes et d'y être reconnu. Winnicott (1999) met en relation le stade du miroir de Lacan et le visage du parent. Ce dernier occupe la fonction de miroir pour son

enfant. Cet échange de regard soutient le sentiment d'existence. Regarder et être vu en retour permet d'exister à travers le regard de l'autre : « Quand je regarde, on me voit donc j'existe » (Winnicott et Monod, 1999, p. 158). Lacan (1966) insiste sur l'importance du rôle de « l'Autre » dans le stade du miroir, étape dans le développement de l'enfant qui lui permet de percevoir son corps dans sa globalité par l'intermédiaire de son parent (Scialom, 2012). Cette étape importante laisserait à penser que Mathias n'a pas encore dépassé ce stade survenant habituellement entre seize et dix-huit mois (Potel, 2019). Mathias pourrait alors être en recherche de ce regard contenant afin de se sentir exister.

Sa recherche d'attention permanente pourrait trouver une piste de compréhension du côté de son lien d'attachement. La théorie de l'attachement de Bowlby permet d'orienter la réflexion du côté des relations interpersonnelles précoces, qui conditionnent les capacités d'autorégulation futures de l'enfant. Bowlby précise que, avant un an, le bébé développe des « stratégies relationnelles ». Il oriente ses « comportements d'attachement » vers les adultes qui répondent le plus souvent à ses besoins. Ces réponses teintent ses représentations et son sentiment de sécurité. Il développe un style d'attachement - « sécure », « insécure - évitant », « insécure - ambivalent » ou « désorganisé » - qui peut se retrouver dans ses liens futurs (cité par Richard, 2023). Cette théorie donne des éclairages quant au comportement de Mathias, oscillant entre adhérence et rejet. Richard (2023) met en lien ce concept d'attachement et la théorie de Bullinger (2004). Ce dernier donne une place centrale au parent comme appui : « Il est précieux de voir comment l'enfant s'appuie sur ses parents (ou pas) et comment les parents aident l'enfant à transformer le trop de sensations, le trop d'émotion dans l'interaction ». Nous voyons au regard de ce concept, le rôle de l'environnement, par le dialogue tonico-émotionnel et verbal, dans l'étayage de l'enfant pour qu'il « habite son corps ». Le thérapeute peut prendre cette fonction de « figure d'attachement auxiliaire », permettant à l'enfant de se sentir sécurisé, dans un rôle de base de sécurité à partir de laquelle il peut aller explorer puis revenir quand il a besoin de réconfort. Dans cette perspective, la relation thérapeutique peut être envisagée comme un levier qui permet d'amorcer un changement (Richard, 2023).

Mathias, dans son investissement des thérapeutes semble (re)jouer cet attachement. Il recourt à l'adulte pour se sécuriser et s'appuie sur ce lien d'une séance à l'autre. Je m'aperçois aujourd'hui, que mon intérêt pour Mathias a eu un fort impact sur notre relation. Après plusieurs mois, il peut venir me solliciter de lui-même afin d'obtenir une base sécurisante.

2.2 Le rôle de la relation dans la construction de la conscience de soi

Comme on a pu le voir dans la partie théorique, le corps se construit au cours d'un processus où la relation occupe une place centrale. En répondant aux besoins de son bébé, le parent lui permet d'assimiler une première perception d'un soi pourvu de besoins et une première perception d'un autre ayant la capacité d'y répondre. Par ces qualités d'empathie et d'accordage tonique, cette personne secourable permet à l'enfant de s'apaiser et d'explorer son corps et son environnement. Le bébé utilise l'adulte pour définir les limites de son corps propre (regard, paroles, toucher etc...) et acquérir le sentiment de soi (Livoir-Petersen, 2008).

Nous avons vu précédemment que la conscience de soi se développe à partir d'expériences corporelles et passe par la construction d'une enveloppe psychocorporelle contenant : il existe donc un lien fondamental entre corps et psychisme. Les interactions avec l'environnement et les expériences corporelles, sensorielles et motrices, permettent à l'enfant de construire une « enveloppe psychocorporelle contenant ». Cette enveloppe permet la différenciation soi / non-soi au niveau corporel et psychique. Elle permet d'accéder à l'individuation (Veeser, 2015). Cette enveloppe psychocorporelle comprend une dimension physique et psychique. La contenance physique sous-tend le sentiment de posséder un corps délimité par rapport à l'extérieur, qui peut agir sur son environnement. La contenance psychique est assurée initialement par l'environnement ; elle donne à l'enfant son sentiment continu d'exister, prémices de la conscience de soi (Veeser, 2015).

« Le sens de soi ne peut véritablement se construire que si toutes ces expériences faites et éprouvées par l'enfant peuvent se « loger » dans un espace, celui d'un corps protégé par des limites sensibles solides, sécurisantes » (Potel, 2019, p. 79). Or, nous le constatons, Mathias ne semble pas avoir construit de limites corporelles stables et a besoin du soutien de l'adulte pour se sentir exister. Comme l'écrit Potel (2019, p. 79), « les expériences sensorimotrices permettent à l'enfant tout-petit de se sentir et de se construire, encore faut-il qu'il puisse s'approprier ces expériences vécues. Le bébé ne peut le faire seul. Il lui faut pour cela être accompagné, contenu dans une relation ».

Il me paraît important de revenir sur ces notions afin de comprendre certains agirs de Mathias. La notion de conscience de soi est étroitement liée à celle de l'intimité. Comme évoqué précédemment, Mathias ne semble pas avoir intégré le concept d'intimité. Il s'amuse à toucher le sexe des autres enfants et ne tient pas compte de l'interdit. Il se joue de ces limites en partageant avec délectation ses productions corporelles (morve, flatulence). Ce comportement m'interroge quant à la constitution d'une enveloppe

psychocorporelle assurant la distinction entre un dedans à soi et un dehors non à soi. Potel (2019) précise que « L'intimité se construit, elle ne va pas de soi ; elle est liée à la capacité à investir son corps comme sien, différencié, individualisé, séparé du corps de l'autre » (Potel, 2019, p. 77) . Construire son intimité se fait progressivement par l'investissement de son propre corps (ses besoins, plaisirs ...) mais également par le regard extérieur qui se pose sur ce corps. Potel met en avant l'importance du rôle du parent dans cette construction identitaire. Cette théorisation de Potel (2019) sur l'acquisition de l'intimité étaye l'hypothèse d'un développement psycho-affectif immature. Mathias ne semble pas avoir acquis cette conscience de lui et joue régulièrement avec cette notion d'intimité, en défiant les interdits.

Nous constatons que les relations jouent un rôle important dans cette prise en charge. Dans la partie suivante, je tenterai de mettre en évidence le rôle du groupe et du psychomotricien dans l'accompagnement du processus d'individuation de Mathias.

3 Un groupe pour étayer la conscience de soi

Mellier rappelle que dès sa naissance, un bébé n'est pas seul avec sa mère, il est intégré à un groupe familial (Orjubin et al., 2023, p. 38). La psychologie des groupes part de l'hypothèse que « dans la réalité psychosociale, le groupe est premier par rapport à l'individualité » (Marc & Bonnal, 2023, p. 15).

Marc et Bonnal (2023) précisent que l'intérêt du travail groupal est de « susciter chez les participants, beaucoup plus rapidement que la relation duelle un mouvement régressif qui leur permet de contacter leurs problématiques les plus profondes et les plus archaïques » ; c'est ce qui les inscrit dans le processus thérapeutique. Le groupe thérapeutique favorise la spontanéité et annihile les résistances.

3.1 La rencontre

Cette idée de la rencontre et des affects qu'elle génère chez Mathias m'a interrogée. Au départ, elle faisait place à une incompréhension : pourquoi persister à laisser cet enfant au sein d'un groupe ? Comme nous l'avons vu, la rencontre entre tous ces patients est « explosive » et engendre un mal-être aussi bien du côté des patients que des thérapeutes. Je ne comprenais pas comment les objectifs pouvaient être atteints en sachant qu'ils ne se « supportaient » pas. Ce terme peut être entendu ici sous plusieurs sens : « accepter la présence de quelqu'un » ou « soutenir quelque chose, lui servir d'appui » (Larousse,

2024). Je me suis donc intéressée à la théorie concernant le groupe thérapeutique pour comprendre les enjeux.

3.1.1 Le groupe, amplificateur d'émotions

D'un point de vue psychanalytique, les fondements du groupe reposent sur le travail de l'émotion et de l'excitation qui en émergent. Aujourd'hui, le travail de groupe est abordé sous l'angle de la socialisation, mais ce qui émerge en premier dans cette rencontre relève de l'archaïque (Orjubin et al., 2023). Comment, au sein du groupe, partager des émotions sans qu'elles ne soient envahissantes pour les autres ?

Le groupe agit comme un amplificateur des affects de chacun : les individus arrivent au sein du groupe avec leurs propres émotions qui se retrouvent projetées sur l'ensemble. Cette projection fait violence et les individus répondent en actes, qu'ils renvoient en retour à l'ensemble du groupe. Comme une violence déniée qui se propagerait sous forme d'agirs, prenant la forme d'agitation, de débordement, d'agression physique et verbale (Orjubin et al., 2023). Cette approche nous permet d'appréhender ce qu'il se joue pour Mathias, Loris, Emmy et Alexandre lorsqu'ils se retrouvent au sein du groupe. Ces patients ne peuvent contenir les affects trop forts pour eux. Ici contenir est à entendre dans le sens de « Réprimer, empêcher sa manifestation extérieure » (Larousse, 2024), autrement dit les maintenir en eux. Ils extériorisent cette souffrance qui vient résonner chez l'autre. Le destinataire se retrouve alors réceptacle d'une émotion délestée par un autre, une émotion imposée, effractante, dont il n'est pas à l'origine. Ceci engendre une confusion des limites de chacun : si je suis envahi par l'émotion d'un autre, où sont mes limites et les siennes ? Qu'y-a-t-il entre moi et l'autre ?

Nous l'avons vu précédemment, la distinction soi / non-soi est fragilisée chez Mathias. La mise en groupe intensifie cette sensation de confusion. Comme il a été évoqué également, le rôle du groupe est de faire émerger les sentiments archaïques afin de mettre en exergue la matière à travailler.

Il existe un « risque de contagion des tensions émotionnelles » (Mellier, 2023, p. 19). Cet état de tension peut occulter le rôle du thérapeute qui serait en mesure de canaliser ces affects et de les rassembler autour d'une émotion commune, ce qui augmente l'état de stress. De se sentir dé-contenu, les patients n'ont plus accès à l'objet secourable. Ils ne sentent plus la présence de l'adulte et ne parviennent pas à la symboliser : naît alors un sentiment de solitude, accompagné de détresse, alors qu'ils sont au sein du groupe. « Ils vont réveiller chez les autres cet état de détresse » (Orjubin et al., 2023, p. 19), qui peut

se manifester sous la forme d'agirs violents. Ce sentiment de ne plus pouvoir compter sur l'adulte génère une désorganisation.

L'adulte, dans son rôle sécurisant, permet à l'enfant d'accueillir et de supporter la violence qui naît en lui. S'il ne se sent plus contenu par le thérapeute, l'enfant peut entrer dans un « processus de désubjectivation », autrement dit, une entrave au processus de subjectivation, soit de se considérer comme sujet. Cela entraîne une perte des limites du sujet - par rapport aux autres. Selon les individus qui le composent et les affects qu'ils mettent en jeu, le groupe jouera le rôle d'amplificateur de ce phénomène ou sera en mesure de contenir la violence naissante.

Instituer un groupe thérapeutique met à l'épreuve les interactions sociales, avant de pouvoir les favoriser. (...) Les mouvements d'excitation, de fusion corporelle, de passage à l'acte, qui annihilent le jeu relationnel, sont parfois provoqués par ce que le groupe génère sur le plan émotionnel. (Orjubin et al., 2023, p. 43)

La mise en jeu du corps dans les groupes à médiation psychomotrice peut réactiver des manifestations d'angoisse et d'inquiétude qui s'expriment sous la forme d'agitation ou de retrait. Le thérapeute se doit alors d'accueillir et de transformer ses affects afin de permettre aux patients d'atteindre un état d'apaisement. Ce dernier est nécessaire à leur disponibilité et leur engagement dans le travail groupal.

3.1.2 Le primat du tonique et de l'impulsif

Nous l'avons abordé, l'idée de mettre en place un suivi groupal est avant tout de générer des rencontres, entre patients, mais également avec les thérapeutes. Cependant, la rencontre engendre des affects qui se traduisent par des phases d'agitation. En entrant dans la salle, les enfants se précipitent, se jettent sur les modules, les renversent, se saisissent des objets accessibles ou agrippent les peluches. Chacun enchaîne les actions à sa manière, telles des décharges sensori-motrices, indépendamment des autres membres. Loris se réfugie dans des espaces contenant ; Alexandre se recroqueville et semble s'échapper dans un monde imaginaire ; Emmy se met à courir dans tous les sens et demande à un adulte de l'arrêter ; quant à Mathias, une transformation physique s'observe dès la rencontre : son rythme s'accélère, il se raidit, occupe de plus en plus l'espace et parle fort. « Les cris, les déplacements précipités, les agrippements aux objets et à leurs qualités sensorielles témoignent d'une régression psychomotrice, c'est-à-dire cet état initial (Wallon) du primat du tonique et de l'impulsif » (Leplat, 2015). Ces enfants, débordés par leurs émotions et leur excitation ne parviennent pas à verbaliser et utilisent l'agir comme

exutoire. Ils reviennent à une forme primitive d'expression, passant par « la sensorialité, la perception et la motricité au détriment de la pensée et du langage » (Bertin, 2023, p. 127). J'ai l'impression que ces formes de réactions violentes sont amplifiées par le TSA : ces enfants sont en proie à leurs sensations corporelles. Latour (2023) explique ces comportements par un système de pare-excitation inopérant : les enfants se retrouvent à subir leur corps et ses assauts constants, sans parvenir à le contrôler.

Pour Mathias, cette agitation apparaît sans transition et s'arrête dès la fin de groupe. J'observe au fil des semaines que la séparation du groupe signe également la fin de son agitation. Il s'apaise dès qu'il retrouve sa mère ou ses grands-parents à la sortie du CATTP.

Ainsi nous comprenons en partie les sentiments qui animent Mathias lorsqu'il se retrouve au sein du groupe. Au-delà d'une problématique de traitement sensoriel, nous voyons ici ce que la rencontre génère et les moyens de défense mis en œuvre. « L'émotion dans le groupe est tout de suite présente : elle s'exprime et peut conduire à vivre un débordement, une contagion émotionnelle que l'on ne comprend pas toujours et qui nous renvoie à de possibles contre-attitudes » (Orjubin, 2023, p. 15). La première sensation qui émerge peut être l'impossibilité de mettre en commun. Il est vrai, que dès le premier jour, je me suis sentie happée par ce tourbillon émotionnel, adoptant un comportement de fuite et de mise à distance, là où ces enfants avaient besoin de contenance. L'effet désorganisateur du groupe est une étape bouleversante mais nécessaire pour penser le soin.

Maintenant nous savons que la rencontre génère de l'excitation, des affects et que cette « matière » constitue la base du travail de groupe. Cette régression est nécessaire au travail de symbolisation. L'agitation de tous les protagonistes est une forme d'éprouvés bruts qu'il est nécessaire de canaliser afin de pouvoir les symboliser (Marc & Bonnal, 2023). Le rôle des thérapeutes est de prévoir un dispositif sécurisant. Ils se doivent d'offrir à leurs patients un cadre étayant, pare-excitant et contenant. Bertin (2023, p. 127) spécifie qu'il est « important que notre dispositif et nos interventions permettent à l'excitation de se déployer, mais en sécurité, sans renforcer le côté pulsionnel et sans qu'elle devienne déstructurante et angoissante».

3.2 De l'organisme au corps groupal : passer d'une régression psychomotrice à une psychomotricité groupale

Orjubin (2019) évoque différentes étapes dans la « quête de l'espace groupal », qui illustre le processus que j'ai observé dans le déroulé du groupe de Mathias : « l'habitation », la « cohabitation » et enfin la « co-construction ».

3.2.1 L'habitation : une régression nécessaire au travail de représentation

Cette habitation est nécessaire afin de permettre à l'enfant de se sentir sécurisé au sein du groupe et de ne pas s'y confondre (Orjubin, 2019). Cette forme explosive de libération des affects impose un cadre contenant et le renforcement des règles afin de garantir la sécurité des enfants mais aussi celle des thérapeutes. Dans le descriptif des séances, nous relevons cette étape nécessaire de « corseter » le cadre (Orjubin et al., 2023). Ainsi, nous ajoutons du matériel (les bureaux, les chaises, le parcours pour les déplacements, le Time-timer) et des règles (énoncées par les thérapeutes, symbolisées par la hiérarchie et le recours à la cadre de santé pour pointer l'écart à la règle). Mathias, incapable de se mêler au groupe sereinement les premiers temps, a montré des signes d'apaisement quand nous lui avons offert un cadre contenant, des repères et une place délimitée au sein du groupe. Ces moments contenus ont été investis par Mathias afin qu'il se concentre sur sa production (dessin, construction en Lego). Il semblait alors coupé de ses pairs, mais prêtait une attention particulière aux adultes, sources de réassurance.

Je remarque, au fil des séances, que nous cherchons toutes à apaiser ce flux incessant de mouvements, en contenant physiquement, en structurant l'espace et le temps, en intervenant verbalement de manière à procurer une enveloppe sensorielle à Mathias. Sans se concerter, nous prenons à tour de rôle cette posture contenant, en gardant toujours un œil sur lui, anticipant le moindre de ses faits et gestes. Dès qu'il papillonne, s'agite, se déplace dans tous les sens, saute sur les modules, plonge sur les coussins ou envahit l'espace personnel, voire intime, des autres enfants, nous essayons de capter son attention et de le mobiliser ou de l'investir d'une mission, comme placer les pictogrammes sur le tableau. Orjubin (2019) constate que, dans un objectif de sécurité pour l'ensemble du groupe, le réflexe du thérapeute est de se rapprocher de l'enfant et de faire fonction de pare-excitation, afin de filtrer les stimulations qui lui parviennent : adopter une posture de relation dyadique avec l'enfant, tout en le préservant des stimulations issues du groupe. Cette position place le thérapeute dans une « situation

paradoxe » où il s'efforce de contenir les émotions de son patient tout en maintenant une ouverture avec ses pairs.

Latour (2023) décrit avec justesse ce sentiment ambivalent du thérapeute dans sa fonction de pare-excitation. Ainsi, j'observe que je suis en état d'alerte, avec la peur que tout bascule d'un moment à l'autre, la peur que Mathias fasse à nouveau preuve d'une agitation brusque et que cela impacte le climat du groupe. À l'image de Mathias, j'alterne les états de tension et de relâchement. J'essaie de maintenir mon calme afin de le canaliser, jouant sur l'accompagnement verbal et sur le dialogue tonique.

Cette position proche de l'enfant, puis plus éloignée selon les besoins du groupe permet de jouer sur les notions de présence et d'absence (Orjubin, 2019). Orjubin (2019) précise que l'enjeu de cette étape, spécialement pour les enfants avec TSA, est de faire en sorte que l'enfant supporte des moments de discontinuité, imposés par la dynamique de groupe, sans pour autant vivre cette discontinuité comme une rupture. Ainsi, accompagné par le thérapeute, l'enfant peut prendre conscience d'une continuité entre les deux et gérer progressivement les moments de transitions.

À partir de cette phase d'habituation, l'enjeu pour les thérapeutes est de soutenir chacun des enfants dans son individualité tout en favorisant le lien de manière à dessiner progressivement une enveloppe groupale (Orjubin, 2019).

3.2.2 La cohabitation

Orjubin (2019) précise que l'ouverture au groupe ne peut avoir lieu qu'une fois que le patient est sécurisé ; après avoir vérifié la solidité du cadre matériel, du thérapeute et de son « intégrité corporelle ». L'enfant peut chercher à retrouver la relation dyadique qu'il a éprouvé dans la phase d'habituation. Le thérapeute, tourné vers le groupe, suscite ainsi un sentiment de manque qui est alors supportable pour l'enfant. L'indisponibilité de l'adulte l'incite à se tourner vers ses pairs : ici émerge la cohabitation. À ce moment, « l'enfant peut se saisir lui-même de cette capacité à se séparer dans la découverte de jeux où il se cache partiellement du regard de l'adulte » (Orjubin, 2019). Souvenez-vous, fin janvier cette partie de cache-cache initiée par Mathias. Cet exemple nous montre l'évolution de cet enfant, maintenant capable de se dérober lui-même du regard de l'adulte et d'entraîner un de ses pairs dans son jeu.

Cette habituation s'illustre particulièrement lors des temps d'histoire. Comme si leur attention focalisée sur les images et le conte, avait permis de faire abstraction des autres et de tolérer leur présence. Pendant l'histoire, à tour de rôle, nous offrons une

contenance physique et psychique à Mathias, par le flux verbal, en apposant une main sur son dos, en gardant un contact physique avec lui. Je me rappelle une séance où Loris a pris la place du conteur. Je suis assise sur une banquette en mousse, Mathias est allongé sur le ventre devant moi, son pied est en contact avec le mien. Je me surprends à maintenir ce lien entre nos pieds. Je peux percevoir les variations toniques de son corps : il se contracte quand Loris bute sur les mots pendant la lecture, puis il intervient quelques secondes plus tard « tu ne lis pas très vite Loris » ! Je m'étonne, je m'attendais à une réaction plus explosive. Mathias me surprend par ces propos mesurés, ajustés voire précautionneux. Lui habituellement dans la confrontation avec Loris semble se soucier de son état émotionnel, comme s'il avait perçu l'importance pour Loris de réaliser cet exercice de lecture. Je me demande s'il est en mesure de percevoir cette contenance que nous nous efforçons de maintenir autour de lui et si cela lui permettrait de réguler ses agirs.

L'histoire, par son enveloppe sonore et visuelle, a constitué naturellement une enveloppe sécurisante pour les enfants. C'est aussi dans cet espace que Mathias a fait preuve en premier lieu d'empathie : une prise en considération de l'émotion de ses pairs, voire un début de co-construction.

3.2.3 La co-construction

La co-construction représente le temps où les enfants sont capables de « jouer ensemble en présence de l'adulte » (Winnicott, cité par Orjubin, 2019). Orjubin (2019) précise qu'à cette étape, les enfants ne sont pas en « capacité d'échange et de communication entre eux », mais ils peuvent envisager d'être en « relation de proximité ». Les thérapeutes soutiennent le jeu, mais dans une position plus distante. Cette étape de co-construction a pris forme lors des séances intitulées « En musique ! ». Les enfants à ce moment, toujours avec l'étayage des thérapeutes, parviennent à suivre un rythme commun. Ils semblent suffisamment sécurisés dans cet environnement. La contenance physique est allégée, laissant place à une enveloppe groupale, ici symbolisée par la musique, qui porte le groupe dans un mouvement collectif.

« Le groupe offre aux enfants une contenance psychique qui prend la forme d'une enveloppe groupale. Elle lui donne sa base structurelle car elle instaure une différence entre le dedans et le dehors » (Anzieu cité par Joly & Caillou, 2022, p. 248). Cette enveloppe groupale englobe les aspects physiques et symboliques de l'espace ainsi que les interactions au sein du groupe. Elle a pour fonction de contenir, délimiter, protéger et permettre des échanges avec l'extérieur tout en assurant un sentiment de sécurité et

d'appartenance (Joly & Caillou, 2022). Travailler sur l'enveloppe groupale en psychomotricité, implique de créer un cadre sécurisant et structurant, propice à l'expression, la communication et le développement de chacun.

Sensorialité, corps dans l'espace, corps dans ses rythmes, adaptation et intégration dans le rythme groupal, dans l'espace groupal, tonicité et relation de tonicité à l'autre ... tous ces jeux d'expressivité du corps que le psychomotricien propose reprennent les points d'ancrage sur lesquels se fonde la construction identitaire du sujet. (Potel, 2023, p. 102)

Nous le voyons les notions de corps, espace et temps, explorées dans les groupes à médiation psychomotrice soutiennent les expériences et participent à la construction du sujet. Or ces dimensions se déploient dans l'interactivité et ne sont donc pas individuelles (Bertin, 2023).

3.3 Du corps groupal au corps propre

Comme il a été évoqué dans la partie théorique, l'intégration sensorielle atypique et les troubles tonico-émotionnels entravent la constitution de représentations corporelles stables pour les enfants avec un TSA. Tel est le cas pour Mathias, qui manifeste des signes d'une altération de son rapport à son corps et au corps de l'autre. Je l'observe notamment lors de ses moments d'agitation : il se cogne ou tombe régulièrement, mais n'exprime pas de douleur, ni même de gêne, comme s'il était déconnecté de son corps et de ses sensations. Au sein du groupe, Mathias agit de manière impulsive ; il se jette sur les modules la tête la première ne prenant pas conscience du danger. Tout comme il agit son corps contre les objets, il cherche ce rapport impactant avec ses pairs, comme si la provocation était un moyen d'éprouver ce contact franc, marqueur de limites. L'enveloppe groupale peut compenser initialement le manque de repères corporels de Mathias et lui apporter la réassurance nécessaire à la poursuite de ses explorations. Selon Caillou et Girard (2023), l'enfant déploie son activité dans l'espace groupal et trace les prémices de sa subjectivité. Le temps de psychomotricité offre un espace sensoriel et moteur qui permet de mettre en forme leurs mouvements corporels. La prise en charge en groupe de psychomotricité permet de mettre en exergue les difficultés du patient concernant sa construction corporelle puis de lui proposer des activités afin qu'il développe la relation. Au-delà de la modulation du cadre, les activités ont suivi une évolution accompagnant les représentations de Mathias. Au départ, les propositions étaient axées sur l'exploration sensori-motrice au travers des déplacements et des parcours ; puis l'activité autour du

dessin a permis d'intégrer une représentation des contours ; enfin, les jeux de construction ont contribué à bâtir une représentation de fondations solides.

La proposition d'expériences psychomotrices dans un cadre groupal permet de donner du sens à cette « sensorialité désorganisée-désorganisante » et participe à la construction de représentations. Au sein du groupe, les individus partagent des expérimentations, mais chacun en vit une expérience qui lui est propre. Ce partage est une occasion d'expérimenter son corps propre en présence et dans le lien à l'autre. Selon Potel (2023), le groupe est un dispositif qui propose un contenant indispensable à la symbolisation. Il revêt différentes fonctions, notamment celles d'amplificateur, de caisse de résonance des affects, de transformation des éprouvés et d'inscription de ces changements. « Le premier organisateur d'un groupe en psychomotricité est le corps » (Potel, 2023, p. 91). Les expériences de groupe génèrent des éprouvés corporels qui sont ensuite transformés en représentation. « Exister et prendre sa place dans un groupe met au cœur du travail la continuité d'être soi, d'exister seul, avec les autres, sans être ni dévoré ni collé. Une altérité de bon aloi » (Potel, 2023, p. 97). Le travail de groupe a pour objectif de transformer un « fonctionnement archaïque » qui entrave le sentiment continu d'exister en un « fonctionnement plus organisé » qui permet à l'enfant d'accéder à l'intersubjectivité (Caillou et Girard, 2023).

Le groupe thérapeutique offre un espace où les patients explorent les distances relationnelles ; ils s'ajustent selon les interactions, proche ou éloigné, partagent un objet médiateur qui permet de jouer dans les relations. Le patient expérimente le partage, le faire groupe mais également le fait d'être seul face au groupe. Il génère des phénomènes d'identification et de différenciation qui aident le patient à construire le sentiment de soi et à trouver sa place au sein d'un groupe. Par ce dispositif, des liens se tissent entre patients ou avec les thérapeutes, et mettent en jeu des relations de conflit, de séduction, de rivalité, sources de toute une gamme de sentiments (Potel, 2023).

3.4 Le rôle du psychomotricien

Le groupe thérapeutique est une médiation où les participants explorent, échangent, se confrontent, éprouvent la frustration dans un cadre contenant, renforcé par la posture des thérapeutes. Dans cet espace contenant, les patients peuvent mettre du sens sur leur vécu. Le cadre du groupe thérapeutique diffère selon les thérapeutes. L'analyste adopte une position non interventionniste, il laisse le groupe explorer et observe ; là où le psychomotricien propose une « participation incarnée » (Potel, 2023, p. 89) : il est actif et

participe aux mouvements et jeux du groupe, il se met en scène corporellement. Cette posture, nous l'avons abordée, renforce le sentiment de contenance pour Mathias.

Le psychomotricien, au cours de sa formation, passe par l'expérience du corps groupal. Il construit son identité professionnelle par des expériences corporelles, sensorielles et par l'expression de ses ressentis et ses éprouvés. Il se nourrit de la relation à soi, à l'autre, à son corps, au corps de l'autre. Sa pratique est fondée sur le toucher, les sensations, les perceptions, les émotions.

La proposition du groupe thérapeutique suggère un travail du corps puis une mise en parole, élaboré par et dans le groupe. Ce travail réactive les processus de symbolisation primaire : « l'expérience sensorimotrice réveille les fondamentaux des enjeux psychomoteurs (espace, temps, rythme, tonus, dialogue tonico-émotionnel ...) » et les processus de symbolisation secondaire : « la mise en pensée et en mots pour soi et dans le groupe » (Potel, 2023).

La rencontre dans le cadre d'un groupe fait naître des émotions diverses, qui s'expriment rapidement et parfois de manière bruyante : débordement, agitation. Ces affects peuvent se propager à l'ensemble des membres du groupe, laissant parfois les thérapeutes dans une incompréhension. Le groupe, dans le cadre d'une prise en charge psychomotrice où le corps est mis en jeu peut engendrer une perte de repères, une désorganisation qui peuvent faire vivre un sentiment d'impuissance aux thérapeutes, impuissance à contenir les débordements, les affects trop prégnants. L'enjeu est alors de comprendre ce qu'il se joue au sein du groupe et de « contenir cette émotion groupale » (Orjubin et al., 2023, p. 15). L'une des fonctions du thérapeute est d'accompagner le patient à exprimer ses émotions et à les réguler. Les émotions agissent comme un message ; le dialogue tonico-émotionnel devient alors le mode de communication privilégié.

Le rôle du psychomotricien au sein du groupe est de garantir l'intégrité de chacun, de contenir les affects, d'être disponible et de soutenir ce qui se joue, ce que les patients apportent physiquement et psychiquement ... tout en étant attentif à ses propres ressentis émotionnels.

Les composantes matérielles et humaines de l'environnement sont fondamentales en psychomotricité. Les médiations et les réponses du psychomotricien, ses verbalisations, sa communication non-verbale, son accordage, peuvent être des supports à la transitionnalité. Le thérapeute accompagne l'enfant dans cette phase intermédiaire où il considère que le monde extérieur fait partie de lui-même et dans le même temps il prend conscience de son individualité (Lesage, 2021).

Pour le thérapeute il faut être garant de la dialectique entre sujet et groupe. Cela signifie qu'il faut pouvoir être porteur, autant que possible, des mouvements du sujet dans le groupe, quand bien même ceux-là ne seraient pas, du moins pour un temps, en faveur de faire groupe. Et, dans le même temps, poursuivre pour le sujet la recherche de cohésion groupale, en encourageant le sujet vers le groupe. Il faut contenir et œuvrer à maintenir vivant cet équilibre subtil entre enveloppes individuelle et groupale. (Orjubin, 2023, p. 51)

Saint-Cast (2011) décrit très bien la posture du psychomotricien qui favorise le dialogue tonico-émotionnel avec leur patient. Le sentiment d'avoir un corps se construit et évolue selon les expériences, se nourrit des interactions avec l'environnement. La variation des expériences permet d'apprécier les limites de ce corps, d'en dissocier l'intérieur et l'extérieur et ainsi d'en éprouver sa continuité et le sentiment de globalité. Ceci associé à la mentalisation participe à la construction de l'image du corps, socle du sentiment de soi. Saint-Cast (2011) décrit le mouvement de ces émotions qui sont extériorisées par l'enfant afin d'être reçues, transformées et renvoyées par le psychomotricien à l'enfant sous une forme plus digeste, processus de transformation rappelant la fonction alpha de Bion.

3.5 La fonction contenant

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée » (Potel, 2012) citée par (Veesser, 2015). La salle fait office de réceptacle aux expériences sensorielles et motrices. Au cours de leurs expériences, les enfants ressentent l'attention des thérapeutes ; ils sont contenus par les mots, les regards. Veesser (2015) se réfère à Winnicott pour expliquer le rôle de ce cadre comme une aire transitionnelle : un espace d'échange où chacun peut prendre conscience de ce qui lui appartient ou non, du soi et du non-soi. La rythmicité, la constance des lieux et des thérapeutes, ce qui définit l'invariabilité participe au « sentiment de continuité d'être et à la construction d'une enveloppe » (Veesser, 2015). Vennat (2019) précise que la contenance du psychomotricien ne se limite pas à ce qui se joue dans la salle. Cette contenance est inhérente à sa capacité à penser son patient au-delà de cet espace et, en référence à Bion (1962), à « héberger ce qui lui est encore possible de contenir ».

Le travail de la contenance en psychomotricité est d'une grande richesse. Mais pour que ce travail soit opérant, on ne doit pas oublier que le psychomotricien doit lui-même être contenu dans un cadre plus large. Celui de l'institution. Il s'agit là

d'une contenance complexe à plusieurs niveaux de l'expérience soignante. Le cadre institutionnel définit et garantit le cadre de travail du psychomotricien, lui-même proposé dans un cadre thérapeutique particulier qui permettra aux patients de construire sa propre contenance. (Vennat, 2019, p. 173)

4 Et ... Aujourd'hui ?

Mardi 30 avril 2024

Aujourd'hui, Emmy est absente. Les trois garçons partent se cacher dans la salle avant que l'on entre. Loris et Mathias se cachent ensemble dans le placard. Alexandre se camoufle derrière un canapé en mousse dans la petite pièce attenante. Ils nous surprennent. Puis, libérés de l'espace contenant de leur cachette, ils repartent chacun de leur côté : un temps d'exaltation est nécessaire à la réappropriation des lieux. Puis ils s'apaisent et acceptent de s'installer autour de la table. Loris invite Mathias à s'asseoir à côté de lui. Fait notable lorsque l'on se remémore le rapport de force existant entre ces deux enfants. Pour cette séance, je ne m'attache pas à décrire le temps de mise en mouvement ; je préfère attirer votre attention sur le temps suivant, nettement plus marquant. Nous sommes installés dans une petite pièce sombre pour le temps de relaxation. Les enfants étant en désaccord sur le niveau de luminosité, Clara leur donne un petit cube lumineux à chacun (cube dont la lumière passe d'une couleur à une autre ... détail qui a toute son importance...). Pendant que je raconte une histoire pour accompagner ce temps de détente, les trois garçons se rejoignent et s'assoient côte à côte. Chacun son cube à la main, ils observent les couleurs défiler : celles de leurs cubes et celles de leurs voisins. Sans intervention de notre part, ils s'accordent pour régler leur cube de manière à faire varier les couleurs au même rythme. Ils éteignent leurs cubes. Alexandre mène le jeu : il donne le top départ et les trois enfants allument leurs lampes en même temps. Tous les yeux sont rivés sur les cubes, vérifiant la synchronisation des couleurs. Ils recommencent jusqu'à avoir les trois cubes de la même couleur. Ce temps qui est né spontanément signe l'évolution de ces enfants au sein du groupe. Cet accordage est le marqueur de l'évolution de Mathias dans sa capacité à prendre l'autre en considération.

Cette scène suscite d'autres questionnements. À chaque séance, Emmy a tendance à rechercher une relation privilégiée avec l'un des trois garçons, ce qui peut avoir pour effet un clivage du groupe. Ce partage, aurait-il eu lieu si Emmy avait été présente ? Cette configuration en « trio », favoriserait-elle un mode relationnel plus propice aux échanges ?

Mais ceci est une autre histoire ...

CONCLUSION

CONCLUSION

J'ai été imprégnée des affects de ce groupe. Je pense que tout comme eux, j'ai été ébranlée à mon arrivée, ne sachant où était ma place. Je me suis sentie happée dans le tourbillon groupal. J'ai dû réfléchir constamment à ma posture, de professionnelle, de stagiaire, trouver la juste distance, ne pas me laisser uniquement guider par ma curiosité et mon travail d'étudiante, orienté spécifiquement sur l'un des patients.

Voilà maintenant huit mois que ces enfants se rencontrent chaque semaine. Nous pourrions penser qu'avec l'habitude les affects sont contenus, les enfants s'apaisent. Mais leur fragilité neurodéveloppementale et affective entrave l'intégration de cette stabilité corporelle. Mathias présente une évolution au fil des séances ; nous nous saisissons des instants éphémères de partage et d'attention à l'autre, signe d'une émergence de la conscience de soi. Mais ce travail est en cours et doit se poursuivre. Huit mois que Mathias occupe l'espace de ce groupe et au-delà ; ainsi, le cas de cet enfant revient régulièrement au cours des discussions cliniques.

L'idée de ce travail n'est pas de présenter un dispositif infaillible, mais au contraire de montrer l'adaptation constante des thérapeutes, tout en maintenant la contenance du groupe. Adapter le dispositif groupal est nécessaire mais épineux car chaque participant exploite la potentialité du groupe de manière différente. Il est important de prendre en considération la complexité des prises en charge que nous menons. Ce qui fonctionne pour un patient, ne fonctionnera pas pour un autre ; tout comme ce qui fonctionne au cours d'une séance risque d'échouer à la suivante. Nous le voyons, pour ces enfants le travail thérapeutique ici n'est pas encore de « faire avec », mais bien de faire en présence. Aujourd'hui se pose la question de la suite. La poursuite des soins est indéniable pour l'ensemble de ces enfants, mais la complexité de leur rapport amène le questionnement de la composition des groupes pour l'année prochaine. Chacun a évolué à sa manière : faut-il laisser ce travail se poursuivre ou est-il temps de leur proposer un nouveau dispositif afin de générer de nouvelles rencontres ?

Ce travail de réflexion m'a permis de mieux appréhender les défis auxquels sont confrontés les professionnels de la santé mentale, et de réfléchir également à la manière de gérer mes propres émotions et mes propres limites. L'idée est également d'engendrer une réflexion sur la relation thérapeutique, et le subtil équilibre entre proximité émotionnelle et distance professionnelle. Nous le voyons, la contenance est nécessaire pour nos

patients, mais elle n'est possible que si le praticien lui-même se sent contenu dans une institution étayante. Comment les soignants peuvent-ils assurer leur fonction contenante lorsque la contenance institutionnelle fait défaut ? À travers ce mémoire, je souhaitais mettre en lumière les défis complexes rencontrés dans le cadre thérapeutique afin d'être en adéquation avec ma position de future professionnelle.

Huit mois peuvent paraître long, mais nous le constatons, ce n'est qu'une étape dans le processus de (re)construction de ces enfants. Comment la notion de temporalité et celle de « résultat » exigé actuellement, peuvent-elles être en adéquation ?

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- Aubin-Horth, N. (2024). 16. Le système sensoriel. In *Écophysiologie évolutive* (p. 338-371). Fabrique REL. <https://pressbooks.etsmtl.ca/ecoevolutive/chapter/16-le-systeme-sensoriel/>
- Autisme info service. (2024, avril 16). *Diagnostic TSA : comprendre les critères du diagnostic*. Autisme info service. <https://www.autismeinfoservice.fr/informer/diagnostic/comprendre-criteres-diagnostic>
- Bee, H., Boyd, D., & Gosselin, F. (2003). *Psychologie du développement : Les âges de la vie* (2e éd). De Boeck Éd. du Renouveau pédagogique.
- Bertin, C. (2023). Chapitre 6. Du corps au groupe ... « le corps groupal ». In J. Boutinaud & J.-M. Orjubin, *Groupe et psychomotricité* (p. 125-144). Editions In Press.
- Boscaini, F., & Saint-Cast, A. (2011). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice: *Enfances & Psy*, n° 49(4), 78-88. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0078>
- Busschaert, B., Vandewalle, B., Meurin, B., Giromini, F., Reinalter Ponsin, F., Matta Abi-Zeid, C., Pireyre, E., & Albaret, J.-M. (2012). Chapitre 6. Le corps et ses représentations. In P. Scialom, *Manuel d'enseignement en psychomotricité* (p. 201-246). De Boeck Supérieur; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2012.02.0201>

- Caillou, M., & Girard, A. (2023). Chapitre 8. Groupe et autisme : De l'importance d'une prise en charge précoce en psychomotricité. In J. Boutinaud & J.-M. Orjubin, *Groupe et psychomotricité* (p. 169-185). Editions In Press.
- Chalet, D. (2023). Chapitre 5. Groupe thérapeutique à médiation psychomotrice. In J. Boutinaud & J.-M. Orjubin, *Groupe et psychomotricité* (p. 105-124). Editions In Press.
- Damasio, A. (2010). La conscience et le soi. *Cerveau et psycho*, 42, 46-49.
- Damasio, A., Larssonneur, C., & Tiercelin, C. (2002). *Le sentiment même de soi : Corps, émotions, conscience*. O. Jacob.
- D'Ignazio, A., & Martin, J. (2018). *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants*. Tom Pousse. <https://unr-ra-scholarvox-com.docelec.univ-lyon1.fr/reader/docid/88856455/page/20>
- Fischer, G.-N. (2020). Chapitre 3. Le groupe social. In *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale: Vol. 6e éd.* (p. 75-112). Dunod; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dunod.fisch.2020.01.0075>
- Giromini, F., & Coutolleau, M. (2015). Chapitre 16. Discussion finale. Histoire de la psychomotricité et actualité de ses concepts. In *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 270-307). Dunod; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2015.02.0270>
- Joly, F., & Caillou, M. (2022). Groupe et sensorialité dans l'approche psychomotrice de l'autisme. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 12(1), 231-255. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/jpe.023.0231>

- Larousse. (s. d.-a). Contenir. In *Larousse en ligne*. Consulté 5 avril 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contenir/18568>
- Larousse. (s. d.-b). Supporter. In *Larousse en ligne*. Consulté 4 mai 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/supporter/75533>
- Latour, A.-M. (2023). Chapitre 3. Faire corps dans le groupe, travail de l'identification, figures de l'impuissance. In J. Boutinaud & J.-M. Orjubin, *Groupe et psychomotricité* (p. 61-80). Editions In Press.
- Le Robert. (s. d.-a). Perception. In *Le Robert en ligne*. Consulté 16 avril 2024, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/sensation>
- Le Robert. (s. d.-b). Représentation. In *Le Robert en ligne*. Consulté 16 avril 2024, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/representation>
- Leplat, F. (2015). De la sensorimotricité à la psychomotricité : L'intériorisation d'un corps psychomoteur groupal. *Thérapie psychomotrice et Recherches*, 48(182), 256-261.
- Lesage, B. (2021). *Un corps à construire. Tonus, posture, spatialité, temporalité*. Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/un-corps-a-construire--9782749269771.htm>
- Livoir-Petersen, M.-F. (2008). Le dialogue tonico-émotionnel : Un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme: *Contraste*, N° 28-29(1), 41-70. <https://doi.org/10.3917/cont.028.0041>
- Lobbé, J. (2019). Chapitre 27. Contenance et cohérence centrale. In É. W. Pireyre, *Autisme, corps et psychomotricité : Approches plurielles* (p. 162-167). Dunod.
- Marc, E., & Bonnal, C. (2023). *Le groupe thérapeutique : Approche intégrative Ed. 2*. Dunod. <https://unr.ra.scholarvox.com/book/88941504>

- Meurin, B. (2022). Chapitre 15. Les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) et l'approche du psychomotricien. In *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (2e édition). DUNOD. <https://unr-ra-scholarvox-com.docelec.univ-lyon1.fr/reader/docid/88937723/page/226>
- Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (2024, avril 17). *Définition, fonctionnement & différentes formes de l'autisme*. sante.gouv.fr. <https://sante.gouv.fr/archives/archives-handicap/l-autisme/qu-est-ce-que-l-autisme/>
- Orjubin, J.-M. (2019). Autisme et groupe thérapeutique en psychomotricité auprès de jeunes enfants autistes: *Corps & Psychisme*, N° 74(1), 111-125. <https://doi.org/10.3917/cpsy2.074.0111>
- Orjubin, J.-M. (2023). Chapitre 2. La figuration corporelle en groupe de psychomotricité. In *Groupe et psychomotricité* (p. 37-61). Editions In Press.
- Orjubin, J.-M., Boutinaud, J., Bertin, C., Caillou, M., Cattaneo, C., Chaulet, D., Girard, A., Isidor, K.-A., Latour, A.-M., Lauras Petit, A., Mellier, D., Potel, C., & Vachez-Gatecel, A. (2023). *Groupe et psychomotricité*. Editions In Press.
- Pireyre, É. W. (2019). *Autisme, corps et psychomotricité : Approches plurielles*. Dunod.
- Pireyre, É. W. (2021). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (3e éd). Dunod.
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (Nouvelle éd. augmentée). Éres.
- Potel, C. (2023). Chapitre 4. Le corps groupal : Un espace matriciel polymorphe. In J. Boutinaud & J.-M. Orjubin, *Groupe et psychomotricité* (p. 81-104). Editions In Press.

- Réveillé, C., Paquet, A., Le Menn-Tripi, C., Laranjeira-Heslot, C., & Perrin, J. (2018). Chapitre 9. Sémiologie psychomotrice du Trouble du spectre de l'autisme (TSA). In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 515-545). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0515>
- Richard, L. (2023). La place des parents dans le soin au regard de la théorie de l'attachement. Point de vue d'une psychomotricienne. *Empan*, 130(2), 96-102. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/empa.130.0096>
- Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2012). Chapitre 5. Le tonus et la tonicité. In *Manuel d'enseignement en psychomotricité* (p. 161-199). De Boeck Supérieur; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2012.02.0161>
- Rochat, P. (2003). Conscience de soi et des autres au début de la vie. *Enfance*, 55(1), 39-47. <https://doi.org/10.3917/enf.551.0039>
- Veeseer, A. (2015). Chapitre 8. Contenance en psychomotricité. Accueillir l'autre pour l'aider à se révéler.... In *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 136-153). Dunod; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2015.02.0136>
- Vennat, T. (2019). Chapitre 28. Contenance et incontinences. In  . W. Pireyre, *Autisme, corps et psychomotricité : Approches plurielles* (p. 168-173). Dunod.
- Winnicott, D. W., & Monod, C. (1999). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Gallimard.

Vu par le maître de mémoire,

Mme Noémie BEL

Psychomotricienne D.E

À Bourg en Bresse, le 12 Mai 2024

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive 'N' followed by a 'B' and a final flourish.

Auteur : Eve MORA

Titre : « À la rencontre de soi » : L'émergence de la conscience de soi dans un groupe à médiation psychomotrice pour un enfant porteur de TSA

Mots - clés : Trouble du spectre de l'autisme – conscience de soi – groupe thérapeutique – relation – psychomotricité – agitation psychocorporelle
Spectrum disorder – self-awareness – group care – relationship – psychomotricity – psycho-corporeal agitation

Résumé :

Je rencontre Mathias au CATTP dans le cadre d'une prise en charge groupale. Cet enfant me heurte par ses comportements, son agitation massive, sa manière particulière d'entrer en relation : il s'agrippe ou percute les autres. Il ne parvient pas à s'inscrire dans les activités de groupe. Ses agirs au sein du groupe m'interrogent rapidement sur sa manière de penser son corps : quelle conscience a-t-il de son corps ? Quelles notions a-t-il des limites de son propre corps et de celles qui le séparent des autres ? Nous verrons, comment le psychomotricien en agissant sur le dispositif du groupe et en proposant des activités psychomotrices peut participer à l'émergence de la conscience de soi.

I met Mathias in a part time therapy centre, in the context of a group care. This child surprised me by his behaviour, his massive agitation, his special way to enter in relation: he clings or rams the others. He cannot share the activities of the group. When I saw him acting in the group, I wondered about the way he thinks his body: which awareness does he have about his body? Does he know the boundaries of his own body? What about the limits with the others? We will analyse, how the psychomotor therapist, by acting on the devices or proposing psychomotor activities can participate to the emergence of self-awareness.