

Université Pierre et Marie Curie

Sémiologie psychomotrice de l'enfant

Deuxième année

2002 - 2003

Thierry Benavides, psychomotricien, psychologue clinicien, psychothérapeute

Mise à jour : 9 janvier 2003

Sommaire

3 **Sommaire**

5 **Chapitre 1 : Spécificité de la psychomotricité**

- 5 1.1 Symptômes et syndromes psychomoteurs
- 6 1.2 La gestualité et le mouvement
- 6 1.3 La représentation du corps chez l'enfant
- 7 1.4 Spatialité
 - 7 1.4.1 Ontogénèse de l'espace psychologique selon Piaget
 - 7 1.4.2 Le corps propre et l'organisation de l'espace
 - 8 1.4.3 La psychanalyse et l'espace
 - 8 1.4.4 Latéralisation fonctionnelle et asymétrie cérébrale
- 9 1.5 Tonicité
 - 9 1.5.1 Neurophysiologie du tonus
 - 10 1.5.2 Le tonus comme communication et expression de la vie psychique

11 **Chapitre 2 : La clinique psychomotrice**

- 11 2.1 Débilité motrice
 - 11 2.1.1 Définition
 - 11 2.1.2 Description clinique
 - 12 2.1.3 Etiologie
- 12 2.2 Les dyspraxies
 - 12 2.2.1 Définition
 - 12 2.2.2 Cliniquement
 - 13 2.2.3 L'efficacité mentale et la spécificité de l'atteinte
 - 13 2.2.4 Les troubles psychomoteurs
 - 13 2.2.5 Sur le plan affectif et relationnel
 - 13 2.2.6 Etiologies principales
 - 13 2.2.7 L'abord thérapeutique
- 14 2.3 Dyslexie et dysorthographe
 - 14 2.3.1 Description
 - 14 2.3.2 La sémiologie psychomotrice
 - 15 2.3.3 Les facteurs étiologiques
 - 15 2.3.4 L'abord thérapeutique
- 15 2.4 Inhibition
 - 15 2.4.1 Les signes cliniques
 - 15 2.4.2 L'abord thérapeutique
- 16 2.5 L'instabilité
 - 16 2.5.1 Historique
 - 16 2.5.2 Les perspectives actuelles

17	2.5.3	Définitions-critères diagnostiques
17	2.5.4	Sémiologie psychomotrice
18	2.5.5	L'abord thérapeutique
18	2.6	Les troubles toniques
20	2.7	Bégaiements
20	2.7.1	Définition et sémiologie du bégaiement
21	2.7.2	Sémiologie psychomotrice du bégaiement
21	2.7.3	L'abord thérapeutique
21	2.8	Tics
21	2.8.1	Définition
21	2.8.2	Sémiologie psychiatrique
23		Chapitre 3 : Les interventions psychomotrices
23	3.1	Thérapies à médiation corporelle
23	3.1.1	Notion de corps
23	3.1.2	Définition de la notion de corps
24	3.1.3	Cadre thérapeutique
24	3.1.4	Les effets thérapeutiques
24	3.1.5	Les contraintes en direction des thérapeutes
24	3.1.6	Le dispositif thérapeutique implique
25	3.2	Les différentes approches corporelles
25	3.2.1	Les thérapies psychosensorielles
29	3.2.2	Les thérapies expressives
33	3.2.3	Les thérapies perceptivo-motrices
37		Bibliographie

Chapitre 1

Spécificité de la psychomotricité

1.1 Symptômes et syndromes psychomoteurs

L'intervention psychomotrice tient compte de la globalité et de la complexité de l'être humain. Cette position conduit à l'élaboration d'une intervention située entre intention et savoir et résulte de facteurs symboliques et moteurs concourant à la variété des représentations.

L'examen psychomoteur cherche à tendre à une connaissance et à une compréhension aussi larges que possible de la globalité de la personne du malade et de son histoire personnelle et familiale. Par ailleurs, l'examen se situe d'emblée comme un acte thérapeutique dans la mesure où il s'inscrit dans une relation interpersonnelle.

Le plus souvent les symptômes se renvoient les uns aux autres plutôt qu'à une étiologie précise. Les facteurs étiologiques sont multiples, complémentaires les uns des autres, se situant dans un système de causalité circulaire.

Situé dans une position pluridisciplinaire où toutes les conceptions théoriques du corps s'éclairent mutuellement sans préjuger d'une hiérarchie dans leur validité, le cadre thérapeutique en psychomotricité sollicite des représentations qui soient tout autant des actes intentionnels que des productions langagières.

L'intervention psychomotrice est alors conçue comme un dispositif thérapeutique qui sollicite des représentations verbales et des représentations gestuelles. Celui-ci implique :

- Un équilibre entre processus d'apprentissage et processus relationnels ;
- Un équilibre entre processus interne et réalité ;
- Un contexte de co-construction permanent incluant le thérapeute dans son élaboration ;
- Une réflexion sur le choix de la médiation thérapeutique.

Le dispositif thérapeutique psychomoteur instaure un espace thérapeutique intermédiaire, axé sur l'apprentissage et le sens, par l'implication corporelle. Ce qui conduit cette discipline à un carrefour thématique où les différences conceptuelles cherchent à se compléter plutôt qu'à s'exclure.

1.2 La gestualité et le mouvement

Les activités motrices sont tout à la fois conséquence et cause de perceptions, lieu d'intégration de processus sensoriels et moteurs, réponses aux sollicitations externes et internes, et actions sur l'environnement.

Par ailleurs, les activités sensorimotrices sont génératrices d'activités intellectuelles. Les travaux de Piaget sur le développement de l'enfant ont montré le rôle décisif de la motricité chez le jeune enfant. Ceux de Wallon ont montré leur importance dans celui de la personnalité.

Les travaux psychanalytiques ont œuvré pour mettre en évidence le rôle fondamental de la motricité dans la constitution de l'individualité et dans l'étayage relationnel que celle-ci suppose.

Une action désigne une manifestation comportementale intentionnelle. Les actions sont intentionnelles, orientées vers un but, les activités désignent plutôt les déplacements et les mouvements eux-même.

L'action implique donc une planification et la programmation nécessaire à sa réalisation.

Pour maîtriser ses relations spatiales avec l'environnement, l'organisme dispose d'un répertoire d'activités motrices qui se rapportent à deux grandes classes d'activités : les actions de transport et de positionnement et les actions de manipulation. (Paillard, 1974)

1.3 La représentation du corps chez l'enfant

La représentation du corps renvoie à la manière dont le sujet fait siennes ses expériences corporelles. Elle repose sur une activité de représentation générale qui donne sens à la sensation, et l'inclue dans une tonalité affective, une modalité de percevoir. Cette représentation s'appuie sur une construction progressive tout au long de la vie d'un individu lui permettant d'affirmer son identité et tout autant de le propulser dans la vie relationnelle. La représentation du corps peut être définie comme une appropriation cognitive, motrice, affective du corps dans une relation humaine, sociale.

Les facteurs de la corporéité

Le schéma corporel

En plus des notions spatiales, et donc de la localisation du corps dans son milieu en plus des rapports spatiaux entretenus entre les différentes parties du corps, le schéma corporel est une entité changeante, adaptative qui dépasse les processus physiologiques à proprement parler.

« Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, 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. » (De Ajuriaguerra)

L'image du corps

La motricité et plus généralement encore l'expérience sensorielle est liée à une expérience émotionnelle imposée par la relation à autrui. Aux aspects intégratifs des

données sensorielles et aux modes spécifiques des traitements de l'information, s'y adjoint un champ affectif et relationnel.

Au concept neurologique de schéma corporel, Schilder superposera le concept d'Image du corps, qui se situe dans le champ psychanalytique, affirmant que s'il existe une base biologique à la conscience du corps, sa structure est sous la dépendance des processus émotionnels.

Le corps comme être au - monde

L'apport phénoménologique va s'attacher à rendre compte du critère dynamique du schéma corporel. Le corps apparaît comme posture en vue de certaines tâches actuelles ou possibles. Il est orienté tout entier dans une situation qui polarise toutes ses actions. Le schéma corporel est alors une manière d'exprimer que mon corps est au-monde.

1.4 Spatialité

Lorsqu'on fait passer des tests, nous savons ou nous admettons facilement que des performances médiocres à un test spatial peuvent s'expliquer par de multiples façons, plus ou moins liées à l'espace. Se pose alors la question de la spécificité des mécanismes à l'œuvre.

1.4.1 Ontogénèse de l'espace psychologique selon Piaget

Piaget a décrit deux étapes dans l'organisation de l'espace au cours du développement de l'enfant.

- Un espace d'action ou sensori-moteur, préopérateur s'achevant vers l'âge de 18 à 24 mois.
- Un espace représentatif qui implique l'acquisition de la fonction sémiotique et dont l'organisation va s'étaler entre 2 et 12 ans.

Les liens entre les objets présupposent l'acquisition de la construction de l'objet d'abord et de son invariance ensuite ; ce sera le travail des actions du petit enfant dans ses mouvements, ses gestes, ses manipulations, l'adéquation progressive de ses tâtonnements.

1.4.2 Le corps propre et l'organisation de l'espace

« L'appareil moteur des organismes apparaît comme une structure assimilatrice, transformatrice et génératrice d'ordre spatial ». Jacques Paillard, pose de manière irréversible le corps comme un système unificateur (moteur et postural) qui sert de référence primordiale à l'organisation de l'espace. Le choix des descripteurs permet à J. Paillard de retenir l'importance de la référence par rapport au corps propre :

- **référence égocentrique ou égocentrée** : l'axe ou le plan de référence est défini par le corps

actif ;

- **référence exocentrique ou exocentrée** : l'axe de référence renvoie à l'espace extra-corporel ou à des invariants.

C'est l'organisme actif qui prend l'initiative de ces références, malgré lui en quelque sorte, selon les dispositifs initiaux et selon l'espace auquel il est confronté.

J. Paillard distingue deux types d'espace :

- **L'espace des lieux** : C'est un espace des positions à partir de la localisation d'objets ou d'événements situés dans l'environnement selon les activités de positionnement directionnel et/ou les activités de transport dirigé, du corps ou des segments mobiles du corps où fonctionnent les capteurs visuels, tactiles, auditifs, oraux... en tant qu'espaces de capture.
- **L'espace des formes** concerne les informations spatiales sur l'espace de l'objet qui caractérisent leur « forme » (ou figure), l'invariance de leurs propriétés, impliquant des relations topologiques.

Ces deux types d'espace correspondent à un traitement différent des informations. C'est l'espace sensori-moteur du mouvement et des déplacements qui sera le plus souvent concerné. Paillard montre que ce qui touche à la maîtrise des relations spatiales dépend de la morphologie et de l'organisation fonctionnelle de l'appareil sensori-moteur.

1.4.3 La psychanalyse et l'espace

L'architecture des travaux de Freud repose sur une structuration psychique perçue d'emblée sous l'angle spatial. Ainsi élabore-t-il deux topiques. Le développement de ces structures et des modalités de fonctionnement se fait par étapes depuis la naissance, en liaison avec la sexualité.

1.4.4 Latéralisation fonctionnelle et asymétrie cérébrale

La notion d'asymétrie fonctionnelle hémisphérique, qui correspond à celle de latéralisation, désigne les différences de fonctionnement entre les deux organes apparemment symétriques que constituent les deux hémisphères cérébraux.

La latéralisation manuelle

Les différences fonctionnelles entre les deux mains sont évidentes et ont toujours été l'objet de normes sociales. On sait depuis longtemps que les voies nerveuses qui contrôlent les mouvements des membres sont croisées, de telle sorte que c'est l'hémisphère gauche qui commande la main droite.

On sait maintenant que la distribution statistique de la préférence manuelle pour différentes activités est bimodale.

Il faut noter que la distribution n'est pas identique pour les deux sexes : on trouve plus d'hommes gauchers extrêmes et plus de femmes moins nettement latéralisées.

Les pressions sociales ne créent pas la dominance manuelle, mais elles peuvent contraindre

les sujets moins clairement latéralisés dans le sens de la droiterie.

Il est important de distinguer deux manières de définir la latéralisation manuelle :

- L'une s'intéresse à la main préférée dans des tâches unimanuelles et est liée aux notions de dominance ou d'habileté.
- L'autre considère l'attribution de rôles différents aux deux mains et leur coordination.

Asymétries des fonctions centrales

Le langage

L'hémisphère gauche exerce un contrôle sur l'émission et la réception du langage. Toutefois, on ne saurait conclure aussi directement à une liaison totale entre l'hémisphère gauche et le langage. On a donc été amené à considérer que l'hémisphère droit possédait aussi la capacité de contrôler le langage et à parler d'équipotentialité hémisphérique.

On est donc amené à conclure que l'hémisphère gauche apparaît bien, dans l'espèce humaine, contrôler le langage, mais que cela n'exclut ni la participation de l'hémisphère droit à cette capacité, ni l'existence d'une équipotentialité, qui apparaît dans la plasticité des organisations substitutives.

Les informations spatiales et la reconnaissance des visages

L'hémisphère droit est particulièrement disposé pour le traitement des informations spatiales et des opérations de transformation sur des formes et relations spatiales. L'hémisphère droit apparaît comme étant particulièrement destiné au contrôle des manifestations affectives et de la reconnaissance des visages.

Traitement global et analytique

Les études sur les différences dans le traitement des informations par l'hémisphère gauche ou par l'hémisphère droit ont amené à opposer des formes différentes de processus.

1.5 Tonicité

Le tonus est une expérience neurophysiologique et caractérise l'état de tension d'un muscle. Étudié en premier lieu par la physiologie pour définir les états d'activités des muscles, progressivement introduit par la psychologie pour découler dans un système où le tonus devient un état de relation entre un organisme et son milieu.

1.5.1 Neurophysiologie du tonus

Le tonus se définit comme une contraction musculaire permanente et modérée, entretenue par des influx nerveux, affectant en permanence tout muscle au repos (tonus de fond), pour s'exagérer à l'effort (tonus d'action) Les structures qui le régulent, sont dispersées tout le long du névraxe à différents niveaux.

1.5.2 Le tonus comme communication et expression de la vie psychique

Si le tonus est un phénomène nerveux complexe, il est associé dès le début de l'existence à un vécu émotionnel. Le tonus non seulement prépare et guide le geste, mais il exprime en même temps les fluctuations affectives.

Il s'établira entre l'enfant en pleine maturation et son milieu, un véritable dialogue tonique dont les soubassements seront posés au cours des premières interactions mère-enfant. Pour De Ajuriaguerra le dialogue tonique entre la mère et l'enfant permettra d'établir le premier couple antithétique : l'hypertonie d'appel et l'hypotonie de satisfaction.

En résumé l'adaptation tonique permet l'élaboration d'une gestualité adaptée aux contraintes de la réalité et intégrée à la personnalité. Elle constitue le fondement le plus précoce de la relation à l'autre en propulsant le corps dans une activité symbolique.

- Phénomène nerveux très complexe, il est la trame de tous les mouvements, sans disparaître dans l'inaction ;
- Il s'investit à tous les niveaux de la personnalité psychomotrice, et participe à toutes les fonctions motrices ;
- Il est surtout le véhicule de l'expression des émotions ;
- Il est le support essentiel de la communication infraverbale, du langage corporel.

Chapitre 2

La clinique psychomotrice

2.1 Débilité motrice

En 1911, Dupré isole et décrit une entité clinique qu'il nomme « débilité motrice ».

2.1.1 Définition

Dupré décrit la débilité motrice comme suit :

« Dans une série de travaux j'ai décrit sous le nom de syndrome de débilité motrice un état pathologique congénital de la motilité, souvent héréditaire et familial, caractérisé par l'exagération des réflexes ostéo-tendineux, la perturbation du réflexe plantaire, la syncinésie, la maladresse des mouvements volontaires et enfin par une variété d'hypertonie musculaire diffuse, en rapport avec les mouvements intentionnels et aboutissant à l'impossibilité de réaliser volontairement la résolution musculaire. J'ai proposé pour désigner ce dernier trouble le terme de paratonie. Presque tous les sujets paratoniques sont peu aptes à l'exécution des mouvements délicats, compliqués ou rapides ; ils se montrent dans la vie courante malhabiles, gauches, empotés, comme l'on dit. »

2.1.2 Description clinique

Les troubles du tonus

Ils sont représentés par la **présence de syncinésies**, mais aussi d'un **état permanent d'hypertonie** qui s'exprime aussi par une **paratonie**.

Anomalie de certains réflexes

- **Vivacité des réflexes**, surtout celle du réflexe tendineux.
- **Survivance d'anciens réflexes**.

La maladresse

Elle peut se manifester soit globalement, soit dans certains secteurs avec l'existence de discordance, une inadaptation motrice flagrante pouvant cohabiter avec une motricité correcte dans d'autres domaines. Elle constitue le symptôme d'appel.

Les troubles affectifs

Ajuriaguerra et Diaktine ont noté l'importance des réactions émotionnelles aggravant l'apparition de la paratonie et de la maladresse.

2.1.3 Etiologie

Pour Dupré, la débilité motrice est due à une insuffisance de maturation du système nerveux pyramidal. La débilité motrice est normale chez le jeune enfant.

2.2 Les dyspraxies

2.2.1 Définition

Les dyspraxies de l'enfant réalisent un tableau neuro-psychologique dominé par la maladresse en rapport avec une perturbation majeure de l'organisation conjointe du schéma corporel et de la présentation spatiale. Si la caractéristique essentielle de ces troubles est une altération importante du développement de la coordination motrice. Celle-ci ne peut être imputable à un retard intellectuel global ou à une affection neurologique spécifique.

2.2.2 Cliniquement

dans la vie quotidienne

Le jeune enfant peut avoir une démarche maladroite et être lent à apprendre à courir, à sauter ou à monter et descendre des escaliers.

Il peut par ailleurs présenter une maladresse générale dans les mouvements fins ou globaux, et avoir tendance à laisser tomber des objets, à trébucher, à buter sur des obstacles...

Dans la vie scolaire

Les acquisitions graphiques posent problèmes ainsi que l'acquisition de la lecture bien que plus facilement accessible.

L'apprentissage de l'écriture est difficile et souvent aléatoire, sans que pour autant (dans un premier temps) l'enfant ne manifeste de résistance à cet apprentissage.

L'échec est massif dans les opérations spatiales et les opérations logico-mathématiques. L'acquisition de la lecture est souvent plus accessible bien qu'elle puisse présenter chez certains patients des accros sous la forme de lenteur par exemple...

2.2.3 L'efficacité mentale et la spécificité de l'atteinte

Les tests d'efficacité intellectuelle mettent très nettement en évidence une discordance entre l'efficacité verbale et l'efficacité de performance. La différence entre performance et verbal peut s'étendre de 20 à 25 points.

De fait, la dyspraxie chez l'enfant recoupe un certain nombre de symptômes psychomoteurs, dans un tableau psychologique bien spécifique.

2.2.4 Les troubles psychomoteurs

Les signes majeurs sont alors les troubles de l'organisation gestuelle (maladresse), les troubles spatiaux et les troubles du schéma corporel.

2.2.5 Sur le plan affectif et relationnel

De Ajuriaguerra distingue deux groupes d'enfants.

Les premiers présentent des difficultés motrices prévalantes, sans traits psychopathologiques saillants.

Le second groupe manifeste en revanche des perturbations plus profondes de l'organisation de la personnalité qui se traduisent au plan clinique par un aspect bizarre, la difficulté de contact, par leur relatif isolement du groupe des enfants.

2.2.6 Etiologies principales

Les facteurs neuro-psychologiques

mettent en avant la prédominance d'une atteinte à minima du système nerveux, en allégeant d'une corrélation avec les apraxies chez l'adulte.

Les facteurs psychoaffectifs

mettent en évidence la prédominance d'éléments archaïques chez certains dyspraxiques évoquant un état prépsychotique.

A côté de ce groupe, la maladresse se réalise dans un contexte de personnalité névrotique avec un maintien de la relation d'étayage et donc une forme de dépendance à l'égard de l'entourage qui est souvent amené à faire à la place de l'enfant.

2.2.7 L'abord thérapeutique

Le principe thérapeutique est centré sur le développement de la représentation du corps et plus particulièrement du schéma corporel, c'est à dire l'amélioration des élaborations spatiales. Les activi-

tés de représentation doivent tout autant s'appuyer sur un contexte relationnel adéquat, c'est à dire explorant et constructeur de ces données. Un cadre thérapeutique facilitant mais non activiste.

L'utilisation de l'activité ludique spontanée de l'enfant est une bonne base pour intervenir dans l'élaboration de l'activité et la construction progressive des étapes nécessaires dans le déroulement de l'activité motrice et gestuelle. Dans les mêmes perspectives l'utilisation de la médiation des techniques perceptivo-motrices peuvent convenir. Et de même l'utilisation des jeux de rôle qui permettent de se combiner avec les précédentes techniques. Ce sont en général les activités que les enfants préfèrent considérant que l'espace thérapeutique intermédiaire constitue un excellent dispositif pour interroger et élaborer le monde interne et la réalité externe.

2.3 Dyslexie et dysorthographe

La dyslexie se caractérise par une difficulté à acquérir la lecture à l'âge habituel en dehors de toute débilité ou déficience sensorielle. A la dyslexie s'associent des difficultés d'orthographe d'où le nom de dyslexie - dysorthographe.

2.3.1 Description

Il est noté :

- des confusions de graphèmes ;
- des inversions ;
- des omissions ; ou encore des additions, des substitutions.
- Il existe aussi une difficulté à saisir le découpage et le rythme de la phrase.

2.3.2 La sémiologie psychomotrice

Elle s'appuie essentiellement sur les troubles spatio-temporels

- Il existe ainsi des troubles de la latéralisation
- troubles de l'organisation temporo-spatiale.
- De même est présente une difficulté utiliser les notions d'orientation spatiale
- Si les troubles temporo-spatiaux constituent la dimension principale de la sémiologie psychomotrice, il est vraisemblable de trouver de même des troubles du schéma corporel, compte tenu du fait que la spatialité s'appuie en premier lieu sur la topographie corporelle.

2.3.3 Les facteurs étiologiques

- Les facteurs génétiques.
- La souffrance cérébrale.
- Les troubles perceptifs.
- L'équilibre psychoaffectif.
- L'influence du milieu socioculturel.

2.3.4 L'abord thérapeutique

Il existe une approche thérapeutique qui doit être évoquée en première intention : celle de l'orthophonie. Néanmoins, l'abord psychomoteur permet d'élaborer les données spatiales dans une dynamique que n'offre pas le cadre de l'intervention orthophonique. Les activités mettant en avant la spatialité sont celles qui seront utilisées.

2.4 Inhibition

L'inhibition se retrouve dans divers tableaux de la psychiatrie adulte comme de l'enfant. Si l'inhibition est un mécanisme adaptatif essentiel dans la confrontation avec le milieu environnant, et dans l'exercice des fonctions motrices, elle ne devient pathologique que par son excès qui va limiter l'intégration au réel, et être l'expression d'une souffrance latente.

2.4.1 Les signes cliniques

Ils sont essentiellement centrés sur la **dysharmonie tonico-émotionnelle avec une hypertonie de situation**.

- **Les troubles de la représentation du corps** sont perceptibles dans l'investissement péjoratif du corps qui caractérise l'inhibition.
- **En ce qui concerne l'activité ludique**, le choix est difficile non pas comme dans l'instabilité par une indécision liée à la captation sensorielle, mais par la crainte d'expression.
- **Les activités pratiques** sont bonnes mais l'inhibition peut aussi présenter des secteurs de sous stimulation qui vont alors toucher la sphère praxique.

2.4.2 L'abord thérapeutique

Les techniques théâtrales et d'expression constituent les dispositifs thérapeutiques de choix et forment la meilleure intervention thérapeutique. Au cours de ces activités, la place des interprétations

situationnelles sont importantes à verbaliser afin de vérifier la validité de l'exploration. Il ne s'agit pas d'apprendre à faire du théâtre mais de se servir des techniques expressives pour faire émerger des élaborations, tant imaginaires, que symboliques, tant verbales que gestuelles.

Les techniques d'expression à prédominance physique sont valorisantes et stimulantes, comme les activités de danse ou de gymnastique rythmique... Ce qui importe c'est que ces activités soient congruentes avec le désir de l'inhibé tout en permettant une disponibilité du thérapeute.

2.5 L'instabilité

2.5.1 Historique

Avec Dupré, le trouble sera structuré comme une véritable entité. A côté de la débilité motrice, l'instabilité psychomotrice illustre le parallélisme entre les phénomènes psychiques et les phénomènes moteurs.

Heuyer, poursuivant les travaux de Dupré, va rechercher un parallélisme de forme entre instabilité de l'attention et du mouvement. Cette conception en s'appuyant dans un premier temps sur un substratum organique va se développer. L'illustration de la thèse organique, est la conception de Wallon en 1925 qui décrit quatre niveaux de turbulence infantile :

- Un syndrome d'insuffisance cérébelleuse caractérisée par l'asynergie motrice et mentale ;
- Un syndrome d'insuffisance mésodiencephalique centré sur l'incontinence choréique ;
- Un syndrome d'insuffisance opto-striée où s'associe incontinence des affects, anxiété et anesthésie affective ;
- Un syndrome d'insuffisance frontale avec état d'excitation analogue à la Moria et aux états maniaco-dépressifs.

Une fois reconnue le substratum organique, les travaux d'Abramson vont permettre d'envisager le trouble comme le résultat d'un déséquilibre affectif, intellectuel et moteur.

En 1982, Thiffault reprend l'étude de l'instabilité décrite de façon plus moderne à travers la notion d'hyperactivité. Elle est définie par l'association d'une hyperkinésie, d'une distractibilité et d'une impulsivité.

Les travaux anglo-saxons vont essentiellement chercher à valider l'aspect organique, surtout en proposant une description comportementale soutenue par un étayage organiciste : la notion de MBD (*Minimal Brain Dysfunction*) ou DCM (Dysfonctionnement Cérébral à Minima).

2.5.2 Les perspectives actuelles

Le DSM III en décrivant la réaction hyperkinétique de l'enfance, privilégiait l'abord cognitif du trouble en faisant du trouble attentionnel, le trouble majeur. Le DSM III distinguait en effet : un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et un trouble déficitaire de l'attention sans hy-

peractivité, et un trouble déficitaire de l'attention, type résiduel dans lequel demeure absente l'hyperactivité mais présentes l'inattention et l'impulsivité. Le DSM III R insiste plus particulièrement sur l'hyperactivité tout en maintenant cette distinction : hyperactivité avec ou sans trouble de l'attention.

2.5.3 Définitions-critères diagnostiques

Ces troubles ont plusieurs appellations, on parle ainsi d'hyperkinésie idiopathique, d'hyperactivité avec attention déficitaire, déficit attentionnel, anciennement, on parlait d'instabilité psychomotrice. Les classifications actuelles (DSM3 et DSM4) insistent sur l'association déficit attentionnel/hyperactivité-impulsivité.

Le diagnostic de ce syndrome repose donc sur les critères suivants :

- un déficit de l'attention
- une hyperactivité avec impulsivité
- début des signes avant 7 ans
- durée des signes supérieure à 6 mois
- les troubles s'expriment dans au moins deux milieux de vie différents
- conséquences manifestes dans les apprentissages, la vie scolaire, sociale ou familiale

La nosographie psychiatrique française actuelle met en avant trois symptômes prédominants : inattention, hyperactivité, et impulsivité.

- **L'inattention** désigne schématiquement les difficultés pour l'enfant de rester fixé sur une tâche.
- **L'hyperactivité** désigne l'excès de mouvement.
- **L'impulsivité** est une notion évoquée pour rendre compte de l'atteinte de la réalisation motrice.

A ses symptômes s'ajoutent :

- **des troubles du comportement ;**
- **des troubles du développement.**

L'instabilité est normale chez les jeunes enfants.

2.5.4 Sémiologie psychomotrice

Diagnostic d'instabilité qui se distingue de l'état hypomaniaque.

Les troubles toniques

Ils ont été particulièrement étudiés par Bergès qui distingue deux types d'instabilité en fonction de leur tonicité.

- **Les instables avec état tensionnel**, qui se caractérisent par une hypertonie.
- **Les instables avec état de déhiscence** qui se caractérisent par une hypotonie se manifestant par une incapacité d'activité coordonnée dans les limites d'un cadre donné.

Les troubles praxiques

Ils rendent compte de la maladresse chez ces enfants. Cette maladresse traduit le manque d'élaboration de plan moteur mais plus finement l'intégration corporelle à l'adaptation gestuelle. Cette maladresse permet de caractériser l'activité motrice au-delà de son versant quantitatif, elle rend compte de l'improductivité de l'instable.

Les troubles spatio-temporels

Les troubles de la latéralité sont constants. Ils demeurent présents dans les troubles de l'orientation spatiale. La structuration spatiale est elle aussi déficitaire. L'enfant ne parvenant pas à structurer un ordre séquentiel d'espace pour parvenir à un but.

Les troubles temporels sont constants et massifs. Ils atteignent à la fois le déroulement d'une activité, mais aussi la localisation temporelle de l'enfant.

Les troubles de la représentation du corps

Ces troubles témoignent du manque de représentativité du corps chez ces enfants. Et l'on peut parler d'une sous-représentativité du corps, spécifique à l'enfant instable. Ainsi cette sous-représentativité concerne à la fois le schéma corporel et l'image du corps chez ces enfants qui ont souvent tendance à anticiper l'échec, à s'auto déprécier, à se présenter sous l'angle d'une immaturité corporelle en décalage avec leur âge réel.

2.5.5 L'abord thérapeutique

C'est dans ce cadre que prend place la psychomotricité, comme thérapie à médiation corporelle. Médiation qui concerne à la fois l'accès au registre verbal et la formation des représentations verbales, et surtout l'élaboration de représentations corporelles passant dans le registre verbal mais aussi moteur, gestuel...

2.6 Les troubles toniques

Il existe donc deux versants de troubles du tonus : l'un en liaison avec la psychopathologie, l'autre comme expression de difficultés réactionnelles ou transitoires.

Les troubles toniques sont majorés par les émotions. Dans ce contexte seront distingués :

- Les dystonies qui regroupent les crampes et torticolis ;
- Les dysharmonies toniques réunissant :
 - les réactions de prestance ;
 - les syncinésies ;
- Les paratonies ;
- Les tremblements

- Les tics
- Les bégaiements

Les dystonies

Ce sont des contractions musculaires inadaptées apparaissant au cours d'un mouvement (dystonie de fonction) ou dans le maintien d'une attitude (torticolis) et pouvant éventuellement s'accompagner de contractures provoquant des spasmes.

La plus caractéristique des dystonies de fonction est la crampe de l'écrivain. Elle se réalise par une gêne plus ou moins douloureuse de l'écriture qui devient malhabile et pénible.

Les dystonies de fonction sont différentes des crampes. Les crampes traduisent la conséquence physiologique de cet effort et cèdent à l'étirement passif du muscle ou à l'absorption d'eau salée. La dystonie est sur son versant organique et possède une composante psychique.

Les dysharmonies toniques

Les réactions de prestance

Elles sont aussi dénommées réactions de contenance et désignent l'inadéquation de l'adaptation relationnelle dans ses éléments tonico-moteur, postural, gestuel ou mimique. Néanmoins, la clinique psychomotrice distingue les réactions de prestance par son pôle hypotonique et les réactions de contenance qui sont orientées vers une hypertonie.

Les syncinésies

Les syncinésies sont des contractions ou des mouvements involontaires qui s'effectuent dans une partie du corps tandis que dans une autre partie sont exécutés des mouvements volontaires, automatiques ou réflexes. Elles sont de plusieurs types et Ajuriaguerra distingue :

- les syncinésies d'imitation ou de reproduction ou tonico-cinétiques ; ce sont des mouvements identiques d'intensité variable ou des ébauches de mouvement, du côté opposé aux mouvements inducteurs.
- les syncinésies à diffusion tonique ; elles se matérialisent sous la forme de crispations avec augmentation du tonus musculaire, au cours d'un mouvement quelconque.

Les paratonies

Il s'agit d'anomalies de la contraction musculaire qui se traduisent par l'impossibilité de réaliser la résolution musculaire sur commande. Au lieu de se relâcher, le muscle se contracte ce qui a pour effet de maintenir le segment de membre intéressé dans une position cataleptoïde momentanée.

Les tremblements

Il s'agit d'une oscillation rapide d'une ou de plusieurs parties du corps, autour de la position d'équilibre qui résulte de la contraction successive des muscles agonistes et antagonistes. D'apparition fréquente lors du maintien de certaines attitudes et semblent localisées plus spécifiquement au niveau des membres supérieurs (tremblement postural), il peut parasiter les actions.

La disparition complète au cours du repos est fréquente mais non obligatoire.

Les tics

Les tics consistent en l'exécution soudaine et impérieuse de mouvements ou de vocalisa-

tions. Ils peuvent être transitoires ou chroniques, isolés ou multiples. Leur répression cause un malaise et ils demeurent souvent irrépressibles, bien qu'ils puissent disparaître durant une période de temps variable.

Leurs localisations et leurs formes sont multiples. Ils intéressent l'ensemble segmentarisé du corps : tics de la face (clignement des paupières, mordillement des lèvres, rictus...) ; tics de la tête et du cou (hochement, salutation, affirmation...) ; tics du tronc et des membres... Les tics possèdent des facteurs aggravant tels que l'anxiété, la fatigue et l'ennui. A l'opposé le sommeil, la concentration sur une activité agréable ou l'abaissement du seuil tonique ont un effet inverse.

Le syndrome de Gilles de la Tourette, appelé aussi maladie des tics, est caractérisé par l'association de mouvements anormaux, d'écholalie et coprolalie ainsi que des tics moteurs et verbaux. Comme le note Ajuriaguerra, du point de vue historique Gilles de la Tourette (1885) n'a jamais parlé de tics mais d'incoordination motrice et de mouvements incoordonnés, cette expression (tics) n'a été employée qu'à la suite du travail de G. Guinon sur la « maladie des tics » (1886).

Les bégaiements

Ils consistent en des hésitations avant le mot ou la syllabe suivante, de répétitions de mots ou de syllabes. Schématiquement deux types de bégaiements sont à distinguer : les bégaiements cloniques et les bégaiements toniques. Les bégaiements cloniques se traduisent par une répétition ou une prolongation de mots ou de syllabes qui viennent d'être prononcés, alors que les bégaiements toniques sont un blocage avant la première syllabe.

Les troubles du tonus s'associent à une perturbation du rythme respiratoire.

Une section particulière a été consacrée à l'étude plus approfondie des tics (section 2.8 page 21) et des bégaiements (section 2.7 page 20).

2.7 Bégaiements

2.7.1 Définition et sémiologie du bégaiement

Le bégaiement est un trouble de l'émission verbale touchant le débit élocutoire ; avant 3 ans il doit être considéré comme physiologique et demeure transitoire. Deux principaux types de bégaiement sont classiquement distingués :

- **Le bégaiement tonique** qui se traduit par un blocage de l'émission sonore avec l'impossibilité d'émettre un son pendant un temps de latence plus ou moins important ;
- **Le bégaiement clonique** caractérisé par la répétition d'une syllabe ou d'un début de mot.

A cette classification s'adjoint le bégaiement tonico-clonique associant les manifestations cliniques des deux autres troubles.

2.7.2 Sémiologie psychomotrice du bégaiement

Trouble du tonus

La sémiologie psychomotrice met en avant une dysharmonie tonique plus qu'une hypertonie. Les dysharmonies toniques rendent compte de l'engagement affectif dans la mise en jeu du corps dans les échanges. Ils traduisent l'hésitation à s'engager dans l'action sans craindre de ne pouvoir maîtriser les débordements éventuels du corps.

Trouble spatio-temporel

Le défaut d'utilisation des données spatiales, notamment au niveau de l'orientation spatiale s'appuyant sur un trouble de la latéralisation, constitue un autre versant de la sémiologie psychomotrice du bégaiement.

Trouble de la représentation du corps

Les troubles temporo-spatiaux du bégaiement s'appuient sur les difficultés d'élaboration d'une topographie corporelle qui sera ensuite utilisée par l'enfant pour définir l'espace.

2.7.3 L'abord thérapeutique

Les possibilités d'investissement du corps se répercutent sur le langage. Il est en effet courant d'observer que l'approche psychomotrice permet d'obtenir un effet de signification du symptôme.

La relaxation est la médiation la plus adaptée. Elle s'appuie en effet sur la recherche de la modulation du tonus tout en proposant un travail d'investissement et de représentation du corps. A partir de l'action symptomatique sur les manifestations corporelles de l'anxiété, ces méthodes visent à accroître la connaissance par le patient de son corps et à en explorer son investissement.

2.8 Tics

2.8.1 Définition

Contraction musculaire brusque, involontaire mais non intentionnelle (inconsciente, échappant à l'intention de le produire), le tic affecte d'un mouvement rapide et répété un endroit précis du corps, peu susceptible de changement. Il se manifeste à l'état de veille chez des individus émotifs, avec une tendance à s'exacerber lorsque s'accroissent les difficultés.

2.8.2 Sémiologie psychiatrique

Les tics sont fréquents chez l'enfant. Ils apparaissent vers l'âge de 7 ou 8 ans et, principalement chez les garçons, lors de la puberté. Les tics ne surviennent guère avant 6 ans. Leur évolution est capricieuse, ils peuvent apparaître et disparaître spontanément, changer de localisation, réapparaître

tre de façon intermittente ou s'installer définitivement, être mineur et peu envahissant ou au contraire très gênant. Ils disparaissent généralement avec la croissance, pour autant que celle-ci apporte un plus grand sentiment de sécurité et fasse succéder aux effervescences de la formation un climat psychologique plus serein.

Il faut distinguer les tics, des divers mouvements anormaux qui ne possèdent ni la brusquerie ni l'aspect stéréotypé : mouvements choréiques, gestes conjuratoires de certains obsessionnels graves (frotter les pieds sur le paillason, toucher préventif d'un objet...), stéréotypies psychotiques (marquée par la finesse et la bizarrerie du geste), rythmiques diverses (des membres de la tête) moins brusques.

Il faut signaler encore, outre diverses variétés de chorées, une forme extrême, et plus rare, du symptôme, la « maladie des tics convulsifs », à laquelle un disciple de Charcot, Georges Gilles de La Tourette (1857-1904), a attaché son nom et dans laquelle le trouble s'étend à la totalité du corps, lui imprimant une gesticulation intense et incoercible, accompagnée de coprolalie, de sueurs et, surtout, d'impressionnantes manifestations vocales. Alors que les tics semblent directement apparentés aux névroses de l'enfant, la maladie de Gilles de La Tourette apparaît comme un syndrome évolutif d'ordre psychomoteur.

Chapitre 3

Les interventions psychomotrices

3.1 Thérapies à médiation corporelle

Ambiguïté de la terminologie : thérapies à médiation corporelle, thérapies psychocorporelles, psychothérapies à médiation corporelle, psychothérapies corporelles, somatothérapies, psychothérapies à implication corporelle...

⇒ Cette multiplicité traduit la multiplicité des références théoriques sur la notion de corps.

3.1.1 Notion de corps

Evidence de la présence du corps : c'est par lui et en lui que nous sentons, agissons, exprimons, désirons, pensons...

Mais **complexité de définition de la notion de corps** dans la mesure où le corps :

- appartient à un univers sémantique polysémique où coexistent plusieurs modèles de conceptualisation ;
- est avant tout une expérience.

3.1.2 Définition de la notion de corps

Le corps est l'un des éléments constitutifs des différents systèmes de représentations de l'être humain, il peut ainsi être considéré comme un élément symbolique parmi d'autres au sein de systèmes symboliques variables.

L'élaboration de cette représentation s'appuie sur un entrelacement de ce qui est perçu :

- Comme espace vécu ou ressenti,
- Comme espace imaginé,
- Comme modalité intersubjective, c'est à dire comme objet d'une communication avec autrui.

3.1.3 Cadre thérapeutique

Les thérapies à médiation corporelle sont des procédures d'influence destinées à modifier une personne, une famille ou une situation, à partir d'une intention « thérapeutique ».

Situé dans une position pluridisciplinaire où toutes les conceptions théoriques du corps s'éclairent mutuellement, le cadre thérapeutique sollicite des représentations qui s'étaient tout autant sur des actes que sur des mots.

Cette orientation se fonde sur les faits :

- qu'il existe une implication corporelle dans le dispositif
- que cette implication vise à modifier en incluant le thérapeute
- que le dispositif explore/construit en s'étayant sur un espace de négociation

⇒ Les thérapies à médiation corporelle axent leurs interventions sur l'éprouvé corporel ainsi que sur la présence corporelle

3.1.4 Les effets thérapeutiques

Ils sont constitués :

- par la sensorialité engagée dans l'ici et le maintenant
- par l'engagement du corps dans la relation
- par la concrétisation en utilisant la vectorisation du corps
- par la recherche de sens, de significations à ce qui est vécu ou ressenti, éventuellement en référence à l'historicité du sujet

3.1.5 Les contraintes en direction des thérapeutes

- contrainte d'expérimentation
- contrainte d'implication
- contrainte d'élaboration

3.1.6 Le dispositif thérapeutique implique

- un équilibre entre processus d'apprentissage et processus relationnels
- un équilibre entre processus interne et réalité
- un contexte de co-construction permanent incluant le thérapeute dans son élaboration

- une réflexion sur le choix de la médiation thérapeutique.

3.2 Les différentes approches corporelles

Il y a trois types de dispositifs thérapeutiques différents

3.2.1 Les thérapies psychosensorielles

Elles sont fondées sur une exploration introspective de la sensorialité ;
Elles s'appuient sur la stimulation sensorielle en vue de produire, d'évoquer ou d'élaborer un discours introspectif, d'exploration interne.

Leurs domaines concernent :

- l'enveloppement humide ;
- les techniques de massage ;
- l'hydrothérapie ;
- la relaxation et les méthodes de relâchement tonico-musculaire.

3.2.1.1 La relaxation

La relaxation est une technique qui place le corps en avant des préoccupations tout autant comme ouvrant la voie à une analyse de contenu, mais aussi comme intervention sur le contenant. La détente neuromusculaire constitue le fondement de l'intervention thérapeutique, sa trace concrète, dans la relaxation elle impose une élaboration dont la progression traduit une construction progressive.

Dans ce cadre d'intervention, la relaxation constitue une thérapie qui en plus d'être une expérience bien vivante, explore les traces historiques de cette expérience dans une relation où l'analyse de la dimension affective est essentielle.

Les techniques de relaxation sont nombreuses. Historiquement, deux courants vont se détacher.

Le premier préconise une relaxation fondée sur les théories cognitivo - comportementales : il s'agit d'atteindre un état tonique adapté en fonction des circonstances. Le paradigme est constitué par la méthode de Jacobson nommé Relaxation Progressive.

Les relaxations à point de départ psychothérapeutique, sont illustrées par les travaux de Schultz à partir de 1911 et s'exprime dans la méthode de training autogène, issue de l'hypnose. Il s'agit d'une auto suggestion concentrative provoquant une modification volontaire de l'état tonique.

C'est une méthode qui s'est largement répandue et qui a inspirée de nombreux auteurs dont une illustration évoluée se trouve condensée dans la méthode de relaxation à inductions variables (RIV) de Sapir. Celle-ci fait référence aux concepts psychanalytiques et s'inspire des inductions proposées par Schultz. Elle est relationnelle et souple.

La méthode de relaxation dite rééducation psychotonique de De Ajuriaguerra porte sur les relations entre tonus, émotion, affectivité et relation. L'analyse de la relation entre thérapeute et patient est

une part importante du travail, la deuxième attention est accordée aux résistances du relâchement éprouvées par le sujet. Le thérapeute demande la participation active du patient dans son intervention thérapeutique, ménageant un temps important à la verbalisation du ressenti.

Ces thérapies sont situées :

- entre la prise de considération des expressions et signes et leur décryptage ;
- entre observation et bien-être ;
- entre concentration et flottement ;
- entre réminiscences et découvertes de sensations présentes.

3.2.1.2 L'enveloppement humide

Réintroduite en France par Woodbury en 1966, cette technique fait partie depuis très longtemps des traitements hydrothérapeutiques utilisés en psychiatrie.

Historiquement, l'enveloppement humide ou Pack a surtout été conçu pour répondre à deux objectifs :

- Supprimer les moyens de contentions classiques au sein des institutions asilaires (camisole de force, méthodes de chocs, douche froide, isolement...) ;
- calmer les malades.

La contention constitue l'application essentielle de cette technique. Elle est alors conçue comme un intermédiaire entre la camisole de force et la douche froide.

La conceptualisation de Woodbury va modifier cet aspect. Il ne s'agira plus de contenir la folie mais d'offrir à certains patients une médiation lorsque la relation verbale n'est plus possible.

Le but de ce traitement est à la fois de renforcer la conscience de soi par la perception des limites corporelles et de contrôler les tendances agressives du patient sans l'aliéner par la camisole physique ou chimique et l'isolement.

Technique

Les thérapeutes sont au nombre de 2 ou 3 (plus rarement 4). Ils invitent le patient à s'allonger sur un lit recouvert préalablement d'une couverture de laine, suivi d'un drap sec, d'un drap mouillé, de deux serviettes de bain mouillées et pour terminer de 4 à 6 petites serviettes elles aussi mouillées.

Ils enveloppent les membres du patient avec les petites serviettes puis le thorax et le bassin seront enveloppés avec les grandes serviettes. Le drap mouillé puis le drap sec enveloppent l'ensemble du corps. En dernier lieu, la couverture couvre l'ensemble de l'enveloppement. Des coussins sous la tête complètent souvent le dispositif.

Les contraintes techniques

- Les draps humides doivent être essorés et froids.
- Toutes les parties du corps doivent être enveloppées très serré pour que le linge humide soit bien en contact avec la peau.
- L'enveloppement ne contient pas la tête.
- L'enveloppement dure environ une heure au maximum, il est suivi d'un massage du patient.

- L'enveloppement peut être interrompu par le patient à tout moment. L'interruption doit être considérée comme faisant partie du traitement dès lors que le patient peut se représenter ce qui est en train de se jouer. Il est capital d'obtenir l'adhésion du patient à son traitement.

Les contraintes en direction des thérapeutes

- Les thérapeutes doivent avoir expérimenté le dispositif thérapeutique.
- Ils sont volontaires pour effectuer la prise en charge du patient jusqu'au bout.
- Les thérapeutes sont invités une fois la séance terminée à reprendre ce qui a été dit, senti pendant la séance, en petit groupe.

Les effets thérapeutiques

Le choc thermique

Après une brève période de froid intense, un réchauffement physiologique s'opère qui renverse la situation en matérialisant la sensation de bien-être. Au choc initial du froid, fait place une béatitude liée à la chaleur.

La contention

Elle est redondante au choc thermique. Les linges humides englobent le corps, se moulent sur lui pour permettre une perception globale. Ces manifestations sont saisies par les thérapeutes qui tentent de leur donner sens.

La fin de la séance

Elle est annoncée suffisamment tôt pour permettre au patient d'en anticiper les conséquences et de se préparer au massage. Cette fin de séance se caractérise en effet par la mise en place d'un troisième facteur, redondant au premier, qui va en somme poursuivre les effets du dispositif. Le massage est plus une friction.

Les indications

Le traitement par l'enveloppement humide peut s'appliquer à un certain nombre de patients psychiatriques et de situations cliniques particulières.

L'indication se fonde entre autre sur une « situation d'impasse thérapeutique », c'est à dire en cas d'inadéquation entre la problématique de certains patients et les traitements mis en œuvre.

Le traitement par l'enveloppement s'intègre dans un projet institutionnel de soins et peut être pratiqué avec une fréquence de 1 à 2 fois par semaine sur un temps relativement long.

3.2.1.3 Le toucher thérapeutique ou massage psychomoteur

Introduction

Bien que le renvoi au massage constitue une référence essentielle à cet abord, le terme de toucher thérapeutique ou massage psychomoteur conviennent mieux. Les objectifs de cette médiation sont en effet distincts de ceux du massage.

Le toucher thérapeutique ou massage psychomoteur diffère du massage kinésithérapique par sa dimension d'exploration, du vécu et du ressenti, par sa volonté d'apporter un soulagement aux troubles mentaux ou aux difficultés existentielles.

Les thérapeutes cependant qui s'investiront dans cette démarche thérapeutique ne doivent nier que le contact corporel de la main sur la peau, renvoient à des dimensions psychologi-

ques précises.

- a. Le contact renvoie à la sexualité.
- b. Le contact renvoie à la régression.
- c. Le contact est aussi agression.

Technique

Le massage ne sera pas un massage segmentarisé, les contacts mettront tout le corps en jeu, excepté les zones sexuelles.

Les patients, en sous vêtements, seront confortablement allongés en décubitus ventral ou dorsal selon les zones à toucher.

Le contact sera lent et minutieux insistant sur les extrémités et les points d'attache musculaire, puis il se déplacera au visage, aux bras, aux jambes, à l'abdomen puis au dos.

Les membres sont massés de l'extrémité vers la racine.

La séance se poursuit par l'adjonction de mouvements. Ce sont des mouvements de respiration, d'étirement, d'équilibre et permettent une décharge de tension. Ils permettent aussi indirectement de faire porter l'attention du patient sur ces sensations corporelles. Ils terminent le massage en permettant l'instauration d'une certaine dynamique.

L'ensemble du massage dure environ une demi heure, la séance se poursuit d'un temps de récupération et de verbalisation.

Les indications

Les troubles massifs de la représentation du corps constituent les indications essentielles. Les malades psychotiques sont principalement intéressés ainsi que les patients border line chez qui habituellement les plaintes somatiques sont importantes. Une autre indication concerne les patients dépressifs. Les patients trop régressés, les états délirants et hallucinés sans possibilité de gestion de la réalité même par le retour à une sensation corporelle, demeurent les contre-indications essentielles. L'érotisation massive constitue le second versant de ces contre-indications ainsi que le vécu persécuteur du contact corporel.

Dynamique du massage psychomoteur

La revalorisation du corps

Cette revalorisation s'appuie sur le désinvestissement corporel évident dans certaine pathologie conçue comme une expression des difficultés à intégrer une identité. La revalorisation corporelle est perceptible à travers l'attention progressive que le patient va développer à l'égard du corps au fur et à mesure des séances : hygiène corporelle, soin du corps, préoccupations vestimentaires avec abandon progressif de certaines défenses, vécu de plaisir et accroissement de l'autonomie.

Le travail de contenant

Tout comme les enveloppements humides, la référence à l'élaboration d'un contenant permet de rendre compte de l'impact thérapeutique de cet abord. Grâce aux sensations cutanées, aux impressions kinesthésiques, aux impressions cœnesthésiques, le massage psychomoteur réalise une prise de conscience des limites corporelles et renforce la cohésion.

Le dialogue tonico-émotionnel

Au niveau des afférences, le massage psychomoteur intervient dans la prise de conscience d'un schéma corporel unifié. Le massage psychomoteur est avant tout un dialogue tonique entre deux personnes dans un contexte interactionnel.

3.2.2 Les thérapies expressives

Elles mettent l'accent sur la réalisation de gestes ou de mouvements où la dimension esthétique joue un rôle, même si celle-ci n'est pas recherchée de manière manifeste.

Ces thérapies s'appuient sur un rôle de communication symbolique. Elles produisent un signifié latent ou manifeste rencontrant une forme signifiante. En d'autres termes, elles s'appuient sur l'expression d'un contenu interne par la production d'un contenu externe.

Elles sont constituées par :

- La danse et les techniques associées ;
- Les techniques théâtrales : le mime, le jeu dramatique, l'improvisation dramatique, le jeu spontané, le jeu de rôle, le psychodrame... ;
- Les techniques à support artistique : activités graphiques, de modelage, de façonnage...

3.2.2.1 Danse-thérapie

La danse est considérée depuis l'antiquité comme « symbole de l'acte de vivre ». Elle n'est pas seulement une virtuosité technique mais aussi un moyen d'expression dramatique et de communication.

La danse diffère du mime dans le sens où le mime se compose de mouvements représentatifs d'une réalité déjà existante ou de son concept. Le geste du mime est descriptif, alors que celui du danseur est projectif.

La danse comporte deux aspects :

- un aspect formel ;
- un aspect émotionnel.

L'objectif de la danse-thérapie est un travail sur l'image du corps et le vécu corporel ; il permet d'acquérir de nouvelles connaissances sensorielles et motrices.

Le travail porte également sur la respiration, l'organisation motrice, les perceptions tactiles, kinesthésiques, visuelles et auditives et la dynamique du mouvement.

Pratiquée fréquemment en groupe, elle permet une organisation et une communication interactive entre les participants.

Les techniques varient suivant le lieu où elles se pratiquent et les patients qu'elles traitent.

3.2.2.2 Dramatisation et improvisation dramatique

L'improvisation dramatique s'appuie sur les notions de drame, d'improvisation et de jeu dramatique.

L'improvisation dramatique porte en elle le drame et l'exploite à des fins thérapeutiques. Si le théâtre est largement connu pour ses effets psychologiques, ce ne sera qu'avec Moreno que cette disposition sera volontairement utilisée dans cette perspective. Moreno dès 1922 développe une expérience commune de théâtre et de thérapie. Il est introduit en France en 1947 par M. Monod et A. Ancelin- Schützenberger.

- Le langage courant fait un usage abondant de la notion de drame. Il semble que ce soit les conséquences qui donnent à un événement son caractère dramatique. Le mot drame vient d'un mot grec qui signifie action qui réalise une fonction de dévoilement et d'éclaircissement.
- L'improvisation signifie littéralement « composer sur le champ et sans préparation ». Elle serait un certain jaillissement de soi qui ne deviendrait création qu'à partir du moment où un choix viendrait organiser les rapports à la temporalité et à la spatialité d'un corps pris dès lors dans une histoire à exprimer, à dire.

L'improvisation dramatique sollicite aussi quelques mots sur le choix d'une expression qui met l'accent sur la spontanéité. Il ne s'agit pas de préparer un texte, ou de se conforter aux obligations esthétiques mais de laisser libre cours à sa créativité.

L'improvisation dramatique c'est aussi la mise en jeu d'une praxie. C'est à dire que les vertus thérapeutiques concernent aussi le faire, ou plutôt la conjonction entre le faire, le dire et le penser.

- Le jeu dramatique s'origine dans les années 1936 avec Léon Chancerel. La référence principale est le jeu comme mise en acte. Le jeu dramatique est celui du corps de l'acteur en complémentarité de sa parole dans l'espace de représentation scénique.

Si une place importante est laissée à l'improvisation, le jeu dramatique implique nécessairement le regard de l'autre et reste en cela très proche d'une forme théâtrale non écrite qui prend sa source dans le vécu corporel des participants.

Le corps dans l'improvisation dramatique

C'est un corps regardé et regardant qui met en jeu trois types de sensibilité ;

La conscience du corps propre est la combinaison de ces trois types de sensibilité : elle introduit à l'expressivité du corps ;

L'activité corporelle est en relation avec l'affectivité par l'intermédiaire des émotions.

Caractéristiques de l'improvisation dramatique

L'activité est libre, dans le sens où il y a une implication personnelle et où le sujet accepte les règles du jeu non comme contrainte mais comme règle implicite ;

L'activité est séparée de la réalité extérieure dans le sens du faire semblant ;

L'activité est réglée dans le temps et dans l'espace, elle est productive de sens.

Objectifs

L'improvisation dramatique jeu dramatique favorise :

- Le développement de l'expression et de la communication ;
- Le développement des facultés expressives ;
- Le développement des capacités de relation ;
- L'observation des mécanismes de l'action, du rapport du geste à la parole ;
- L'organisation de l'espace et du temps.

3.2.2.3 Les activités graphiques

Dès lors que l'enfant se trouve en situation de laisser son empreinte, il le fait volontiers. Néanmoins, son activité graphique va se modifier au cours du temps et de son développement.

L'activité graphique est ancienne, elle marque les premières civilisations, les premières tribus, les

premières évolutions de l'homme.

Perspectives phylogénétiques

Les premiers témoins d'un graphisme datent de la fin des Paléanthropes. Les traces les plus anciennes sont composées par des cupules ou des séries de traits gravés dans l'os ou la pierre, pouvant être rapprochées des churinga australiens.

Le graphisme ne débute pas dans une tentative naïve de reproduction du réel mais directement dans une forme abstraite. Le graphisme est transposition symbolique et non calque de la réalité.

Perspectives ontogénétiques

Au tout début l'enfant ne fait que rencontrer cette feuille. Son activité motrice le conduit presque par hasard à utiliser ce support comme une affirmation de soi, une tentative de s'approprier ce nouveau support.

Les graphismes de l'enfant de cet âge sont constitués de vagues mouvements, de brusques décharges où l'enfant jubile de faire.

C'est vers l'âge de deux ans que se mettent en place les compétences cognitives qui permettront simultanément au langage de définir des formes chargés d'une intention de signifiant.

La rencontre passe par différents stades évolutifs. Une fois exécuté l'acte il faut l'expérimenter sur de nouveaux supports, de nouvelles matières qui vont intervenir. Ainsi si l'enfant crée le monde par son activité, et qu'il cherche à se représenter sa propre activité, le monde lui-même contribue à modifier son activité et créer lui-même les conditions nécessaires au développement.

Le tracé linéaire, bref est suivi par un tracé courbe puis par une forme circulaire qui tente de se fermer avant d'y parvenir. Cette figure va donc être une véritable jubilation qui n'émergera que vers la fin de la deuxième année et plus véritablement au cours de la troisième.

Les compétences initiales

A l'approche de son premier anniversaire l'enfant ne s'était intéressé au crayon que pour mieux les porter à la bouche, taper avec sur divers objets, les manipuler, les jeter... Au cours de la deuxième année, l'usage d'un outil devient possible. Les objets peuvent en effet se combiner pour réaliser des actions ou des désirs, ils n'ont plus une seule fonction : celui d'être au service de l'activité motrice.

Si dans un premier temps il a laissé ses marques et domestiqué le gribouillage, quelques mois plus tard il assigne une signification à celle-ci. Il incorpore son dessin dans un rite d'échanges social et renforce le lien entre dessin et communication.

Evolution du gribouillage

Au moment de la réalisation de ses premiers gribouillages, le jeune enfant possède déjà une série de schèmes perceptifs et moteurs.

Les premières inscriptions graphiques de l'enfant consistent en des lignes plus ou moins courbes. Tout se passe comme si l'enfant prenait son coude comme pivot sans s'y appuyer. Les enfants de deux ans et demi s'échappent progressivement de leur tourbillon d'activité. Ils parviennent à représenter un cercle. Ce cercle est tout d'abord le fruit d'un heureux hasard, comme une préfiguration occasionnelle, avant de devenir une constante. La forme circulaire devient dominante et quelquefois les enfants y placent intentionnellement des points ou des traits.

A cet âge, le dessin de l'enfant a des résonances avec son activité linguistique. Comme dans le dessin, l'enfant passe par la répétition d'un recueil de mots et de sons qu'il est en voie de maîtriser, pour les combiner.

A mesure qu'il progresse, il va découvrir de manière fortuite la ressemblance entre la trace et l'objet. La ressemblance n'est pas liée aux propriétés objectives de la forme, mais aux dispositions subjectives de l'enfant. Au gribouillage sans signification succède un gribouillage avec intention de signification. L'évolution du dessin est marquée non pas par la maîtrise de la forme comme copie du réel mais comme la nomination par l'enfant de ce qu'il a fait.

A partir de ce moment l'enfant n'aura de cesse de multiplier ses tentatives en tenant compte des circonstances extérieures. Mais c'est surtout au moment où sa maîtrise gestuelle sera plus importante et qu'il entrera dans une période d'investissement du savoir, à partir de 4 ans, que la figuration peut prendre place. L'enfant est à présent libéré du contrôle moteur, de l'acquisition des schèmes perceptivo-moteurs de base et peu ainsi consacré son énergie à réaliser des formes qui tentent de traduire la réalité. Le dessin se suborne de plus en plus à un réalisme visuel.

Dessin et représentation du corps

Les dessins de l'enfant même dans leurs aspects préfiguratifs rendent compte du processus de développement de la représentation du corps.

Le dessin d'un personnage est rendu difficile parce qu'il présuppose l'acquisition d'un grand nombre d'éléments picturaux que l'enfant est à peine en passe de saisir : lignes, cercles, cohérence spatiale... Mais il existe aussi une représentation du corps qui demeure encore très liée à l'activité motrice. L'enfant découvre son corps en agissant par son intermédiaire sur le monde. Les repères spatiaux entretenus entre les différentes parties du corps ne sont pas encore complets, l'enfant est encore à la conquête de son corps même s'il l'a déjà investi, ce qui lui permet de supporter la frustration que cela suppose. Mais un jour, vers la troisième année, les différents facteurs nécessaires à la réalisation de ce personnage sont enfin parvenus à maturité. Il lui faut en effet un carquois de schémas graphiques, l'aptitude à discerner des similitudes entre des entités physiques et des configurations de lignes, la capacité de dresser et d'exécuter un plan moteur avec des stratégies, des coordinations, une maîtrise du milieu, de l'espace, avant de parvenir au dessin figuratif.

Le dessin du bonhomme va suivre une progression. Les premières représentations de personnage sont nommées bonhomme têtard. Leur appellation est venue de ce qu'elles font penser au premier stade de développement de la grenouille, avec son bout elliptique et sa longue queue. Ces représentations consistent toutes en un cercle qui tiendrait lieu soit de tête, soit de corps, soit des deux, comme si l'enfant ne distinguait pas encore son visage de son tronc.

Dessiner : dire et faire

L'évolution des productions graphiques de l'enfant consiste au passage entre les productions incontrôlées, le gribouillage, jusqu'aux formes évoluées de création comme elles peuvent être perçues dans les dessins complexes d'enfants âgés.

Le dessin possède une place importante dans l'expression et le développement de l'enfant, au même titre que le jeu.

Le dessin est une médiation entre l'espace de réalité qui se concrétise par la feuille blanche, et l'espace interne, lieu des représentations.

La pratique du test du bonhomme, ainsi que d'autres tests s'appuyant sur la représentation

graphique de l'enfant, a mis en évidence chez les thérapeutes, le sentiment qu'il pouvait exister une correspondance entre la représentation du corps et le graphisme.

Toute production est le fruit d'une rencontre entre le développement des capacités motrices et relationnelles de l'enfant. Ces productions sont cependant au service de l'expression des désirs et sous-tendues par le plaisir.

Le développement des activités graphiques correspond du gribouillage à des expressions fortement complexes, artistiquement esthétique et volontairement contrôlées en vue de faire naître une émotion chez le spectateur, sans que celui-ci soit tout à fait dupe du caractère « artificiel » de cette production.

Conclusion

A travers le dessin, l'enfant construit sa représentation du monde.

Le dessin de l'enfant avant deux ans impose de prendre en considération, les activités motrices et psychomotrices qui étayent cette réalisation. Le dessin peut être considéré comme un langage sans parole qui conduira à l'écriture.

Les performances graphiques de l'enfant ne doivent pas cependant occulter la place fondamentale que prend la notion de plaisir.

3.2.3 Les thérapies perceptivo-motrices

Elles mettent l'accent sur la dynamique du mouvement et sur la production du mouvement, et donc sur une activité mettant en jeu le corps en vue d'intervenir sur l'environnement ;

Les activités ludiques, physiques et sportives constituent les interventions fondamentales, dans des dispositifs collectifs ou individuels : yoga, taï chi chuan, parcours psychomoteurs...

3.2.3.1 Techniques sportives

Introduction

Dans toutes les sociétés, l'homme a organisé des jeux moteurs ayant des règles et des normes bien définies. L'acte moteur montre qu'il peut être hautement intellectualisé pendant son déroulement. Pourtant maintes activités physiques se passent de l'activité cognitive simultanée. Quelquefois, celle-ci peut être nuisible, à l'efficacité du geste.

Support théorique

Les théories du début du siècle étaient axées sur le jeu en tant que phénomène biologique de nature instinctive assurant une fonction physiologique. Ce sont les théories sur la conservation et l'évacuation du surplus d'énergie. Le jeu est alors considéré comme un vestige du passé animal, en liaison avec des origines très lointaines et expression de ces origines. Ainsi Groos, fortement influencé par la théorie de la sélection naturelle, émet l'hypothèse que le jeu serait le produit d'instincts naissants. Le jeu permettrait de les manifester, de les fixer, et de les exercer ensuite en préparation de la maturité de l'individu.

Hall (1906) considère pour sa part que le jeu est une activité récapitulant les différents stades de l'évolution culturelle de l'humanité.

Nous utiliserons essentiellement trois courants théoriques :

- Le courant psychanalytique, axé sur l'énergie instinctuelle et l'aspect inconscient de

la motivation ;

- Le courant comportementaliste (behaviorisme) axé sur l'apprentissage ;
- Le courant cognitiviste, axé sur la connaissance, l'apprentissage symbolique et l'action interpersonnel.

Le courant psychanalytique

- La pratique sportive est considéré comme des **exutoires de l'angoisse issue de la frustration**.
- Les activités sportives sont considérés comme un moyen pour accéder à la **maîtrise de la réalité, et de son propre fonctionnement psychique**.
- Les activités sportives **libèrent une agressivité réprimée**.
- Les activités sportives permettent un **détachement provisoire de la réalité et d'axer l'activité fantasmatique sur des objets qui ont un rapport direct avec la réalité**.

Le courant comportementaliste

La récompense est le fondement de l'apprentissage. L'apprentissage s'effectue lorsque des états pulsionnels sont réduits par la satisfaction des besoins qui les créent.

- Les activités sportives sont considérés comme un moyen indirect de **conditionnement positif**.
- Les activités sportives comme **apprentissage par imitation de Miller et Dollard (1941)**.
- Les activités sportives comme **mode d'exploration et d'investigation**.
- Les activités sportives comme **besoin d'adaptation de White (1959)**.
- Les activités sportives comme **recherche de la nouveauté. Hechhausen (1964)**.

Le courant cognitiviste

La pratique d'activités sportives, dans cette optique, sont perçues comme permettant de mettre en œuvre des processus spécifiques qui permettent à l'individu, en tant qu'organisme biologique-cognitif et organisme social, de capter des informations sur son environnement, de les analyser, de les traiter enfin pour élaborer une réponse adaptée aux circonstances (circonstances liées à la réalité et à ses fluctuations ; circonstances liées aussi aux contraintes que s'imposent l'individu, à l'expression spécifique de l'individu comme étant un organisme unique possédant sa propre histoire, son propre mode de réflexion et donc de perception...).

- Les activités sportives comme **assimilation et accommodation**.
- Les activités sportives comme **occasion de jeux organisés**.

Quelques réflexions thérapeutiques

Ce n'est pas tant la performance qui doit être cherchée que les notions de plaisir, d'élaboration et de représentation.

A propos des techniques collectives et individuelles :

Classiquement la littérature spécialisée distingue les activités dites collectives, des activités individuelles.

Indications et contre-indications

L'utilisation des techniques sportives s'avèrent indiquée pour les patients dont l'expression des troubles trouvent un versant corporel prédominant, ou lorsque les représentations mentales se trouvent limitées.

La déficience mentale constitue une indication des techniques sportives, notamment en ce qui concernent les activités collectives avec des règles simples et pouvant donner lieu à des échanges spontanés très riches. En général, les activités globales sont mieux perçues par ce type de patient. Les techniques sportives individuelles comme le yoga, le tai-chi-chuan et les arts martiaux demandent une maîtrise corporelle trop importante, une finesse de perception qui sont difficilement accessibles pour les déficients.

Dans les états dépressifs, la restriction des échanges est un facteur limitatif pour la pratique d'activités collectives. Une orientation vers une activité plus individuelle sera mieux indiquée (comme le yoga ou le tai-chi-chuan).

Les activités sportives teintée de mysticisme seront contre-indiqué dans le cadre des psychoses chroniques, en effet ceci pourrait réactiver le délire.

Dans le cadre des pathologies centrées autour du corps (addiction...), les techniques sportives constituent un moyen dynamique de construire une représentation du corps hors d'un champ mortifère. On tiendra compte de l'état somatique du patient qui parfois est précaire.

Le yoga comme exemple de pratique

En se définissant comme « une discipline spirituelle et corporelle, issue d'un système philosophique brahmanique, et qui vise à libérer l'esprit des contraintes du corps par la maîtrise de son mouvement, de son rythme et de son souffle », le yoga se pose comme une pratique mystique permettant de parvenir à une libération spirituelle.

L'Hatha-yoga est la forme la plus répandue en Occident, dont la pratique se dégage de toutes portées mystiques pour orienter l'attention des participants vers des réalisations plus concrètes.

L'Hatha-yoga est un complexe d'exercices gymniques et respiratoires se décomposant en : contrôle de la conscience ; les postures (asanas) et la discipline de la respiration (pranayama).

Le contrôle de la conscience cherche à rendre compte de la tentative de lutter contre toute dispersion de l'attention au cours des différents exercices : l'attention doit être concentrée sur les éprouvés corporels.

Les postures sont des positions stables. Il s'agit « d'éduquer » le corps à propos de la posture afin de réduire le tonus et d'améliorer la connaissance de son corps.

Le pranâyâma est un ensemble de techniques respiratoires qui s'associent à la pratique des postures. Elle consiste à rythmer la respiration en allant quelquefois jusqu'à la suspendre après réalisé une posture.

Le yoga comme thérapeutique

Sa pratique doit être conçue comme une thérapie à médiation corporelle dont les indications doivent être discutée.

L'Hatha-yoga met l'accent sur l'unification de la représentation du corps, avec un effet anxiolytique. Les éprouvés corporels au cours des postures permettent d'augmenter la prise de conscience du schéma corporel par le biais de sensations kinesthésiques, proprioceptives et coenesthésiques. En portant son attention sur les perceptions corporelles, le patient est invité à réduire son tonus pour en parvenir à une certaine maîtrise.

Bibliographie

1. AJURIAGUERRA J. de (1962), « Le corps comme relation », *Revue suisse de psychologie pure appliquée*, Ed. revue suisse de psychologie et psychologie appliquée, p 137-157 ;
2. AJURIAGUERRA J. de (1974), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, 2^{ème} Ed. ;
3. AJURIAGUERRA J. de, MARCELLI D. (1989), *Psychopathologie de l'enfant*, Masson, Paris, 3^{ème} Ed. ;
4. ALBARET J.-M. (1993), « Troubles psychomoteurs chez l'enfant », Ed. Techniques - *Encycl. Med. Chir.* (Paris - France), Pédiatrie, 4-101-H-30, Psychiatrie, 37-201-F-10, 10p ;
5. ANDRE P., BENAVIDES T. (1993), « Psychomotricien, psychomotricité : un métier, une pratique », *Journal de pédiatrie et de puériculture*, pp 29-34, Ed. techniques de l'Encycl. Med. Chir., janvier ;
6. ANDRE P., BENAVIDES T., CANCHY-GIROMINI F. (1996), *Corps et psychiatrie*, Ed. Heures de France, Thoiry ;
7. ANDREOLI A., « Corps et psychose à travers les traitements de relaxation », *Evolution Psychiatrique*, tome XLI, fasc. IV, pp. 933-962 ;
8. ANDRIEU B. (1993), *Le corps dispersé*, l'Harmattan, Paris ;
9. ANZIEU D. (1985), *Le Moi - Peau*, Dunod, Paris ;
10. ANZIEU A. (1996), *Le dessin de l'enfant*, Grenoble, Ed. Les pluriels de Psyché ;
11. Association Suisse des Thérapeutes de la Psychomotricité (1994), *La psychomotricité*, Ed. Georg, Genève ;
12. BARBREL L., BENAVIDES T., MAZET Ph. (1995), « Place du judo en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », pp. 3-7, *Revue Internationale de Pédiatrie*, N° 254, Tome 26, Ed. Galliéna Promotion, Paris, Février ;
13. BENAVIDES T. (1995), « Clinique psychomotrice du bégaiement », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, pp. 309-314, Ed. techniques de l'Encycl. Med. Chir., N° 5, Vol 8, Paris ;
14. BENAVIDES T. (1996), « Entretien avec le Pr. Mazet », *Evolution Psychomotrice*, N° spécial instabilités, N° 31, Paris, pp 3-7 ;
15. BENAVIDES T. (1996), « Sémiologie psychomotrice de l'instabilité », *Evolution Psychomotrice*, N° 31, Paris, pp 7-13 ;
16. BENAVIDES T. (1997), « Le développement de la connaissance du corps chez l'enfant », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, pp 281-286, Ed. techniques de l'Encycl. Med. Chir., N° 5, Vol 10, Paris, Juillet ;
17. BENAVIDES T. (2000), « Recherche limites, désespérément », *Enfance et Psy*, pp. 83-89, Ed. Erès, N° 11, Paris, Mars ;
18. BERGES J., BOUNES M. (1974), *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*, Paris, Masson ;
19. BERGES J., DOPCHIE N., KOUPERNIK C., MCKEITH R. (1975), « L'enfant hyperactif »,

- Rev. de Neuropsychiat. infant.*, 23 (10-11), 689-670 ;
20. BERGES J. (1985), « Les troubles psychomoteurs chez l'enfant », in *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Lebovici S., Diatkine R., Soule M., Paris, PUF, Vol. 2, pp 366-383 ;
 21. BERGES J. (1989), « Troubles instrumentaux et psychopathologie de l'enfant », *Evolutions Psychomotrices*, n° 4, Décembre, p 10-12 ;
 22. BERNARD M. (1976), *Le corps*, Editions Universitaires, Paris ;
 23. BERTHAUD G. GIBELLO B. (1970), « Schéma corporel et image du corps », *Perspectives Psychiatriques*, n°29, Ed. Publicat, Paris, 3^{ème} trimestre, p 23-35 ;
 24. BLOCH H. (1978), « Données sur la structuration spatiale chez le nourrisson », in *Approches psychopathologiques de l'espace et de sa structuration*, Paris, PUF ;
 25. BOWER T.G.R. (1978), *Le développement psychologique de la première enfance*, Bruxelles, Mardaga, 3^{ème} Ed. ;
 26. BUCHER H. (1985), *Troubles psychomoteurs chez l'enfant*, Masson, Paris, 2^{ème} éd. ;
 27. CANCHY-GIROMINI F. (1995), *Corps et paroles sur le corps*, Ed. Vernazobres-Grego, Paris ;
 28. CORRAZE J. (1981), *Les troubles psychomoteurs de l'enfant*, Paris, Masson ;
 29. CORRAZE J. (1987), *La neuropsychologie du mouvement*, PUF, Paris ;
 30. COSTE J.C. (1989), *La psychomotricité*, PUF, Paris ;
 31. DESCAMPS M.A. (1992), *Corps et psyché*, Paris, Epi ;
 32. DURAND DE BOUSINGEN R. (1984), *La relaxation*, PUF, Paris, 7^{ème} Ed. ;
 33. DUGAS M. et coll. (1987), *L'hyperactivité chez l'enfant*, Paris, PUF ;
 34. FERNANDEZ-ZOILA A. (1987), *Espace et psychopathologie*, Paris, PUF ;
 35. GARDNER H. (1988), *Gribouillages et dessin d'enfants*, Liège, Mardaga ;
 36. HERREN H., HERREN M.P. (1980), *La stimulation psychomotrice du nourrisson*, Paris, Masson ;
 37. JOLY F. (1995), « Réflexions sur les thérapeutiques psychomotrices », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, N° 7, (1^{ère} partie) ;
 38. JOLY F. (1995), « Réflexions sur les thérapeutiques psychomotrices », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, N° 8, (2^{ème} partie) ;
 39. KOUPERNIK C., DAILLY R. (1980), *Le développement neuropsychique du nourrisson*, Paris, PUF, 4^{ème} Ed. ;
 40. LE BRETON D. (1991), *Corps et sociétés*, Méridiens Klincksieck, Paris ;
 41. LE CAMUS J. (1995), « Le dialogue phasique, Nouvelles perspectives dans l'étude des interactions père-bébé », *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 43 (1-2), pp. 53-65 ;
 42. LEFEBURE F. (1994), *Le dessin de l'enfant*, Paris, Masson ;

43. LEMAIRE J.G. (1991), *La relaxation*, 2^{ème} Ed., Paris, Payot ;
44. LEMAY M. (1983), *L'éclosion psychique de l'être humain*, Paris, Fleurus ;
45. LEROI-GOURHAN A. (1964), *Le geste et la parole*, Paris, Albin Michel ;
46. LESAGE B. (1996), « Etayage et structure corporelle : corps à corps et corps - accord », *Thérapie psychomotrice et recherches*, mars ; pp. 20-31 ;
47. LURCAT L. (1976), *L'enfant et l'espace, le rôle du corps*, Paris, Puf ;
48. MAZET Ph., HOUZEL D. (1976), *Psychiatrie de l'enfant et l'adolescent*, Paris, Maloine, 2^{ème} Ed. ;
49. MAZET Ph., BASOU I., SIMONNOT A.-L. (1996) : « Instabilité psychomotrice, hyperactivité chez l'enfant : perspectives cliniques et thérapeutiques », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, n°7 ;
50. MERLEAU-PONTY (1945), *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard ;
51. MICOUIN G., BOUCRIS J. - Cl. (1988), « L'enfant instable ou hyperkinétique, une étude comparée des concepts », *Psychiatrie de l'enfant*, XXXI, 2, p 473-507 ;
52. MOUREN M.C., DUGAS M. (1982), « L'enfant hyperactif », *Concours Med.*, 104, 899-912 ;
53. MOYANO O. (1991), « Du corps au contenant psychique, Le corps en question en psychomotricité », *Thérapie psychomotrice*, n° 92, p 34-49 ;
54. MOYANO O. (1994), « La relation psychomotrice, une autre idée du transfert », *L'information Psychiatrique*, n°8, Octobre, p 686- 693 ;
55. PAILLARD J. (1971), « Les déterminants moteurs de l'organisation de l'espace », *Cahiers de Psychologie*, pp 261-316 ;
56. PAILLARD J. (1984), « Espace et structures d'espace », in *La lecture sensori-motrice et cognitive de l'expérience spatiale*, édité par Paillard J., Paris, CNRS ;
57. PAILLARD J. (1986), « Itinéraire pour une psychophysiologie de l'action ». *Neurosciences et activités physiques et sportives*, Ed. Actio, Marseille ;
58. PASINI W., ANDREOLI A. (1993), *Le corps en psychothérapie*, Paris, Payot ;
59. PIAGET J., INHELDER B. (1947), *La représentation de l'espace chez l'enfant*, Paris, Puf ;
60. PIAGET J. (1977), *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 9^{ème} Ed ;
61. PIAGET J. (1977), *La construction du réel chez l'enfant*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 4^{ème} Ed. ;
62. PIAGET J. (1978), *La formation du symbole chez l'enfant*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé ;
63. RICHARD J., RUBIO L. (1995), *La thérapie psychomotrice*, Paris, Masson ;
64. REINHART J.C. (1990), *La genèse de la connaissance du corps chez l'enfant*, Paris, Puf ;
65. ROBERT-OUVRAY S. (1993), *Intégration motrice et développement psychique*, EPI, Paris ;

66. SAPIR M. (1996), *La relation au corps*, Dunod, Paris ;
67. SCHILDER P. (1968), *L'image du corps*, Gallimard, Paris ;
68. SCHMID PONS N. (1996), « De la sensorimotricité à l'intégration psychomotrice : relations d'objet précoces et identifications », *Thérapie psychomotrice et recherche*, mars, pp. 32-43 ;
69. SIKSOU J., GOLSE B. (1991), « L'ancrage corporel des systèmes de symbolisation précoces », *Devenir*, vol 3, n°2, pp. 63-71 ;
70. SIMONET P. (1985), *Apprentissages moteurs. Processus et procédés d'acquisition*, Ed. Vigot, coll. Sport et Enseignement, Paris ;
71. SIVADON P., FERNANDEZ-ZOILA A. (1986), *Corps et thérapeutique*, Puf, Paris ;
72. STERN D.N. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, PUF, Paris ;
73. SPITZ R.A. (1984), *De la naissance à la parole*, PUF, Paris, 7^{ème} Ed. ;
74. VARELA F., THOMPSON E., ROSCHE E. (1993), *L'inscription corporelle de l'esprit*, Seuil, Paris ;
75. WALLON H. (1925), *L'enfant turbulent*, Alcan, Paris ;
76. WALLON H. (1978), *De l'acte à la pensée*, Réed., Paris, Flammarion ;
77. WALLON H. (1987), *Les origines du caractère chez l'enfant*, 9^{ème} Ed., Paris, Puf ;
78. WIDLOCHER D. (1993), *L'interprétation des dessins de l'enfant*, (13^{ème} Ed.), Liège, Mardaga ;
79. WINNICOTT D.W. (1962), *Processus de maturation chez l'enfant*, Payot, Paris ;
80. WINNICOTT D.W. (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris.