UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER FACULTES DE MEDECINE

ANNEE 2013 2013 TOU3 1541

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE SPECIALISEE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Laureen HALLEPEE-DJIAN

Le 30 septembre 2013

DANSE-THERAPIE ET EMPATHIE : étude préliminaire auprès d'enfants en CMPP

Directeur de thèse : Pr Jean-Philippe RAYNAUD

JURY

Président : Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

1er assesseur : Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

2ème assesseur : Monsieur le Professeur Pierre DELION
 3ème assesseur : Madame le Docteur Isabelle ABADIE
 Suppléant : Madame le Docteur Aniko SAGODI

Membre invité: Madame le Docteur Claude BERNADET-GRAY

Membre invité: Madame le Docteur Marie-Odile PEROUSE de

MONTCLOS





TABLEAU du PERSONNEL HU des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier au 1^{er} septembre 2012

Professeurs honoraires

Professeurs nonordires			
Doven Honoraire	M. LAZORTHES G.	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Doven Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. CARTON
Doven Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doven Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Doven Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GAYRAL	Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. RIBAÚT	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. GAY	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI
Professeur Honoraire	M. MIGUERES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	M. FEDOU	Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. LARENG	Professeur Honoraire	M. CONTÉ
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LOUVEŢ
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. LARROUY	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. BOCCALON
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PAGES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	Mme ARLET

Professeurs émérites

Professeur GHISOLFI
Professeur LARROUY
Professeur ALBAREDE
Professeur CONTÉ
Professeur MURAT
Professeur MANELFE
Professeur LOUVET
Professeur SOLEILHAVOUP
Professeur SARRAMON
Professeur CARATERO

Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Professeur COSTAGLIOLA Professeur L. LARENG Professeur JL. ADER Professeur Y. LAZORTHES Professeur H. DABERNAT Professeur F. JOFFRE Professeur B. BONEU Professeur J. CORBERAND Professeur JM. FAUVEL

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN 37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

M. VINEL J.P. (C.E)

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H. 2ème classe

Doyen: JP. VINEL

Classe Exception	nnelle et Tere classe	Zer	ne classe
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophtalmologie	M. BRASSAT D.	Neurologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépato-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÈ P.	Ophtalmologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie - réanimation
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgle Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Biochimie	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MALAVAUD B.	Urologie	M. PERON J.M.	Hépato-Gastro-Entérologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. PORTIER G.	Chirurgle Digestive
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SANS N.	Radiologie
Mme MOYAL E.	Cancérologie	M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie	Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie	P.U.	
M. POURRAT J.	Néphrologie	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale		
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie		
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D.	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie		
		I	

Hépato-Gastro-Entérologie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL 133. route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H. 2ème classe

Doyen: D. ROUGE

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique

M. BOUTAULT F. (C.E) Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

M. BUSCAIL L. Hépato-Gastro-Entérologie

M. CANTAGREL A. Rhumatologie
M. CARON Ph. Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E) Thérapeutique

M. CHAVOIN J.P. (C.E) Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph. Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

MIIe DELISLE M.B. (C.E) Anatomie Pathologie
M. DIDIER A. Pneumologie
M. DURAND D. (C.E) Néphrologie

M. ESCOURROU J. (C.E) Hépato-Gastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E) Chirurgie Digestive
M. GALINIER M. Cardiologie
M. GERAUD G. Neurologie

M. GLOCK Y. Chirurgle Cardio-Vasculaire

M. GRAND A. (C.E) Epidémio. Eco. de la Santé et Prévention

Mme HANAIRE H. Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E) Neurochirurgie
M. LARRUE V. Neurologie
M. LAURENT G. (C.E) Hématologie
M. LEVADE T. Blochimie
M. MALECAZE F. (C.E) Oohtamologie

Mme MARTY N. Bactériologie Virologie Hyglêne

M. MASSIP P. Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B. Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E) O. R. L.
M. PLANTE P. Urologie

M. PUGET J. (C.E.) Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

Gértatrie

M. RAYNAUD J-Ph. Psychiatrie Infantile
M. REME J.M. Gynécologie-Obstétrique

M. RITZ P. Nutrition M. ROCHE H. (C.E) Cancérologie M. ROSTAING L Néphrologie M. ROUGE D. (C.E) Médecine Légale Radiologie M. ROUSSEAU H. Biochimie M. SALVAYRE R. (C.E) M. SCHMITT L. (C.E) Psychiatrie M. SENARD J.M. Pharmacologie M. SERRANO E. O. R. L. M. SOULIE M. Urologie M. SUC B. Chirurgie Digestive

Mme TAUBER M.T. Pédiatrie

M. VELLAS B. (C.E)

M. ACCADBLED F. Chirurgie Infantile
M. ACAR Ph. Pédiatrie
Mme ANDRIEU S. Epidémiologie
M. BERRY A. Parasitologie
M. BONNEVILLE F. Radiologie

M. BROUCHET L. Chir. Thoracique et cardio-vasculaire

M. BUJAN L. Uro-Andrologie Mme BURA-RIVIERE A. Médecine Vasculaire

M. CHAYNES P. Anatomie

M. CHAUFOUR X. Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A. Rhumatologie
M. COURBON Biophysique
Mme COURTADE SAIDLM Histologie Embryologie

Mme COURTADE SAIDI M. Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C. Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

M. DE BOISSESON X. Médecine Physique et Réadaptation

M. DECRAMER S. Pédiatrie M. DELABESSE E. Hématologie M. DELORD JP. Cancérologie M FLBAZ M Cardiologie M. GALINIER Ph. Chirurgie Infantile M. GARRIDO-STÖWHAS I. Chirurgie Plastique Mme GOMEZ-BROUCHET A. Anatomie Pathologique M. GOURDY P. Endocrinologie M. GROLLEAU RAOUX J.L. Chirurgie plastique Mme GUIMBAUD R. Cancérologie Néphrologie M KAMAR N

M. LAFOSSE JM. Chirurgle Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P. Chirurgle Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph. Médecine Physique et Réadaptation

Mme MAZEREEUW J. Dermatologie

M. MINVILLE V. Anesthésiologie Réanimation

M. MUSCARI F. Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph. Radiologie
M. ROLLAND Y. Gériatrie
M. ROUX F.E. Neurochirurgie
M. SAILLER L. Médecine Interne
M. SOULAT J.M. Médecine du Travali
M. TACK I. Physiologie

M. VAYSSIERE Ch. Gynécologie Obstétrique

M. VERGEZ S. O.R.L.

Mme URO-COSTE E. Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale

Professeur Associé en Soins Paillatifs Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travall Dr NIEZBORALA M.

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN 37, allées Jules Guesde - 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL 133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U P.H.	M.C.U P.H.

M. APOIL P. A Mme ABRAVANEL F. Bactério. Virologie Hygiène Immunologie Mme ARCHAMBAUD M. Mme ARNAUD C. Epidémiologie Bactério, Virologie Hygiène Génétique M. BES J.C. M BIETH E Histologie - Embryologie M. CAMBUS J.P. Mme BONGARD V Epidémiologie Hématologie Mme COURBON C. Pharmacologie Mme CANTERO A. Blochimie

Mme CASPAR BAUGUIL S. Mme CARFAGNA L. Pédiatrie Nutrition Mme CASSAING S. Parasitologie Mme CASSOL E. Biophysique Mme CONCINA D. Anesthésie-Réanimation Mme CAUSSE E. Biochimie M. CHASSAING N M. CONGY N. Immunologie Génétique

M. CORRE J. Hématologie Mme CLAVE D. Bactériologie Virologie M. COULAIS Y. Biophysique M. CLAVEL C. Biologie Cellulaire Mme DAMASE C. Pharmacologie Mme COLLIN L. Cytologie Mme de GLISEZENSKY I. M. DEDOUIT F. Médecine Légale Physiologie Mme DELMAS C. Bactériologie Virologie Hygiène M. DE GRAEVE J.S. Biochimie

Mme DE-MAS V. Hématologie M. DELOBEL P. Maiadles Infectieuses M DUBOIS D Bactériologie-Virologie M. DELPLA P.A. Médecine Légale Mme DUGUET A.M. Médecine Légale M. EDOUARD T Pédiatrie

Mme DULY-BOUHANICK B. Thérapeutique Mme ESQUIROL Y Médecine du travail M. DUPUI Ph. Physiologie Mme ESCOURROU G. Anatomie Pathologique Mme FAUVEL J. Blochimie Mme GALINIER A Nutrition Mme FILLAUX J. Parasitologie Mme GARDETTE V. Epidémiologie

Mme GRARE M. M GANTET P Blophysique Bactériologie Virologie Hygiène Mme GENNERO L Biochimie Mme GUILBEAU-FRUGIER C. Anatomie Pathologique

M HUYGHE E M HAMDLS Blochimie Urologie Mme INGUENEAU C Mme HITZEL A Biophysique Blochimie M. JALBERT F. M. LAHARRAGUE P. Stomato et Maxillo Faciale Hématologie M. LAPRIE Anne M KIRZIN S

Chirurgie Générale Cancérologie Mme LAPEYRE-MESTRE M. M. LEANDRI R. Pharmacologie Biologie du dévei, et de la reproduction

M. MARCHEIX B. M. LAURENT C. Anatomie Pathologique Chirurgie Cardio Vasculaire

Mme LE TINNIER A. Médecine du Travail Mme MAUPAS F. Blochimie

M. LOPEZ R. Anatomie M. MIEUSSET R. Biologie du dével, et de la reproduction Mme PERIQUET B. M. MONTOYA R. Physiologie Nutrition Physiologie Mme MOREAU M. Mme PRADDAUDE F. Physiologie

Mme NOGUEIRA M.L. Biologie Cellulaire M. PRADERE J. Blophysique M. PILLARD F. Physiologie M. RAMI J. Physiologie Mme PRERE M.F. Bactériologie Virologie M. RIMAILHO J.

Anatomie et Chirurgie Générale Mme PUISSANT B. M. RONGIERES M. Immunologie Anatomie - Chirurgie orthopédique

Mme RAGAB J. Blochimie M. TKACZUK J. Immunologie M. VALLET P. Mme RAYMOND S Bactériologie Virologie Hyglène Physiologie

Mme VEZZOSI D. Mme SABOURDY F. Blochimie Endocrinologie

Mme SAUNE K. Bactériologie Virologie M. VICTOR G. Biophysique M SOLER V Ophtalmologie

Mme SOMMET A. Pharmacologie M.C.U. M. BISMUTH S. M TAFANIJI A Biophysique Médecine Générale

MIE TREMOLLIERES F. Biologie du développement

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr.MESTHÉ P Dr STILLMUNKES A. Dr BRILLAC Th. Dr ABITTEBOUL Y.

Biologie Cellulaire

Anatomie et Chirurgie Orthopédique

M. TRICOIRE J.L.

M VINCENT C

Dr ESCOURROU B Dr BISMUTH M. Dr BOYER P

Décembre 2013

Monsieur le Professeur Laurent Schmitt

Professeur des Universités Praticien Hospitalier Psychiatrie

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous avons apprécié votre disponibilité et la qualité de votre enseignement pendant notre internat. Nous vous remercions pour votre soutien et votre bienveillance.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre respect et de notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud

Professeur des Universités Praticien Hospitalier Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger ce travail.

Vous nous avez guidée avec bienveillance tout au long de notre parcours, nous vous sommes reconnaissante de votre soutien et de votre écoute attentive. Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez accordée.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Pierre Delion

Professeur des Universités Praticien Hospitalier Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail. Nous vous témoignons l'expression de notre respect et de notre reconnaissance.

Madame le Docteur Isabelle Abadie

Praticien Hospitalier Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Vous nous faite l'honneur d'avoir accepté de siéger à ce jury.

Nous vous remercions pour vos enseignements cliniques et vos qualités pédagogiques. Nous sommes heureuse d'avoir bénéficié de votre approche clinique et de votre savoir-faire. Les réflexions autour de chaque patient et de sa famille d'une grande richesse inspirent notre pratique au quotidien. Notre expérience dans votre service aura été la confirmation de notre désir de nous orienter vers la pédopsychiatrie et imprégnera notre pratique à venir.

Trouvez ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Aniko Sagodi

Chef de clinique Psychiatrie

C'est un honneur et un grand plaisir pour moi que tu aies accepté de siéger à ce jury.

D'abord parce que, professionnellement, j'ai pu m'imprégner de la finesse de ta clinique, de l'étendue de ton savoir et de ton savoir-faire lors d'un entretien. Parce que mon travail auprès des patients est influencé par les six mois que j'ai passés auprès de toi à l'UF3. J'ai beaucoup appris en travaillant avec toi.

Sois assurée de ma sincère et profonde amitié.

Madame le Docteur Claude Bernadet-Gray

Praticien Hospitalier Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger à ce jury.

Ce travail n'aurait pu voir le jour sans votre implication et votre soutien. Votre finesse clinque et théorique et notre expérience dans votre service auront été très enrichissants. Nous avons beaucoup appris sur la psychothérapie institutionnelle à vos côtés.

Trouvez ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Marie-Odile Pérouse de Montclos

Praticien Hospitalier Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger à ce jury.

Vous nous avez fait découvrir la pédopsychiatrie et conseillée lors de moments clés. Nous sommes très heureuse de pouvoir poursuivre notre parcours et approfondir nos connaissances dans votre service. Je remercie le Dr Danziger pour ses précieux conseils et sa relecture des parties concernant les neurones miroirs et l'empathie.

A Simon, pour ta confiance et ton soutien dans cette étape.

A ma mère et à Tif, sans qui je n'en serais pas là.

A Isabelle, merci pour ta disponibilité, ta gentillesse et ta compétence. Sans toi ça n'aurait pas été aussi passionnant.

A Amalia, merci pour tes éclairages, ton soutien et ces conversations passionnantes, que ce soit sur la clinique ou autre.

A toute l'équipe du CMPP de Cugnaux, Bardet, Christian, Ingrid, Cécile, Laurence, Céline, Benoît, Pascale, Genevieve, Alexandra pour leur accueil et leur bonne humeur, c'est un plaisir de travailler avec vous

A toute l'équipe du CAFS, pour leur bienveillance et les connaissances qu'ils m'ont transmises, et qui ne s'apprennent nulle part ailleurs.

A Lara, pour ces moments de dur labeur et de bonne rigolade.

A Aurélia, pour avoir pu allier travail et bonne humeur, à tes bons petits plats!

A Steph, pour ton amitié sans faille.

A tous mes amis toulousains, de psychiatrie et autre, le bon temps passé ensemble, Céline, Flavie, Barbara, Arnaud, Louisa, Diane, Lucie et les autres, j'en oublie sûrement beaucoup.

A tous les médecins et équipes qui m'ont nourrie de leur expérience qui ne s'apprend pas dans les livres : le secteur 3 de Montauban, l'USAHC, l'UF3, la neuropédiatrie, l'ASM13, le PAJA. Une mention spéciale à l'UF2, au Dr Granier et toute son équipe! Une conception du soin dont je me nourrirai encore longtemps.

Aux secrétaires, qui ont une patience infinie envers les internes, Gisèle, Latifa, Emmanuelle, Alexandra...

Liste des abréviations

ADTA American Dance Therapy Association
AEDT European Dance Therapy Association
AEMO Action Educative en Milieu Ouvert

ARSEAA Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de

l'Adulte

AVS Auxiliaire de Vie Scolaire

BEES Balanced Emotional Empathy Scale

BMC Body-Mind Centuring

CAFS Centre d'Accueil Familial Spécialisé

CE1/2 Cours Elémentaire première/deuxième année

CEC test Coupure-Empathie-Contagion
CLIS Classe pour l'Inclusion Scolaire

CM1/2 Cours Moyen première/seconde année CMPP Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CP Cours Préparatoire

DCI Danse-Contact-Improvisation

DMCC Danse/Mouvement Conscience Corporelle

DMT Danse/Mouvement-Thérapie

DSM V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V

DT Danse-Thérapie

EEG Electro-EncéphaloGramme

EMG Electro-MyoGramme EP Expression Primitive

EPS Ecole Publique Spécialisée

ETES Echelle Toulousaine de l'Estime de Soi

GDS Godelieve Struyf-Denys IME Institut Médico-Educatif

IRM Imagerie par Résonnance Magnétique

IRMf IRM fonctionnelle

ITEP Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

KMP Kestemberg Movement Profile LMA Laban Movement Analysis

NICE National Institute for Health and Care Excellence

OMS Organisation Mondiale de la Santé PAI Projet d'Accueil Individualisé

PPRE Programme Personnalisé de Réussite Educative

PPS Projet Personnalisé de Scolarisation

QI Quotient Intellectuel

RASED Réseaux d'Aide Spécialisée aux Elèves en Difficulté SESSAD Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile

SFTD	Société Française de Thérapie par la Danse
SNUP	Syndicat National d'Union des Psychomotriciens
TCC	Thérapies Cognitivo-Comportementales

TDAH Trouble-Déficit de l'Attention Hyperactivité
TED Troubles Envahissants du Développement
WISC IV Wechsler Intelligence Scale for Children IV

Table des matières

Hon	orariat papier Erreur! Signet non dé	fini.
Liste	e des abréviations	14
	Table des matières.	16
1.	Introduction	23
2.	Revue de la littérature	25
2.	1. La danse-thérapie de son apparition à nos jours	25
	2.1.1. Définition	25
	2.1.2. Historique	25
	2.1.2.1. La danse dans les sociétés	25
	2.1.2.2. Emergence de la danse-thérapie	26
	2.1.2.2.1. Prémices	26
	2.1.2.2.2. Marian Chace	27
	2.1.2.2.3. Rose Gaetner	28
	2.1.2.3. Les différents courants	29
	2.1.2.3.1. La « danse basique » et le mouvement intégratif, M. Chace	29
	2.1.2.3.2. Le « mouvement authentique », M. Whitehouse et J. Adler	30
	2.1.2.3.3. Le « corps symbolique en mouvement », T. Schoop et L. Sheleen	30
	2.1.2.3.4. Le mouvement « immobilisé », L. Espenak, E. Siegel, A. Hawkins e	
	Leventhal	
	2.1.2.3.5. Nouvelles approches contemporaines	31
	2.1.2.3.6. L'« expression primitive » ou corps et mouvement primitiviste, Duplan, F. Schott-Billmann	
	2.1.2.3.7. Autres approches	33
	2.1.3. Notions théoriques	33
	2.1.3.1. Corps, image du corps et schéma corporel	33
	2.1.3.1.1. Le schéma corporel	33
	2.1.3.1.2. L'image du corps	34

Emergence d'un concept	34
Evolution et enrichissements	35
L'image du corps en pédopsychiatrie	37
Image du corps : liens avec la DMT	38
2.1.3.1.3. La notion de « corps global »	39
L'approche psychosomatique	39
Un développement épigénétique	40
L'approche psychomotrice	40
2.1.3.2. Systèmes d'analyse du mouvement	42
2.1.3.3. Le corps : un outil de communication à part entière	44
2.1.3.3.1. Le sens d'un geste	45
2.1.3.3.2. L'inscription signifiante du mouvement dans la danse	46
2.1.3.3.3. Une production à valeur d'expression	47
2.1.3.4. Le rôle des images mentales	48
2.1.3.5. Le processus d'imitation	49
2.1.3.6. La notion de créativité, accès à la symbolisation	51
2.1.3.7. La médiation	53
2.1.3.8. Les processus groupaux : apports en lien avec la DMT	55
2.1.3.9. Théorie de l'attachement	58
2.1.3.10. Spécificités de la DMT	59
2.1.3.10.1. Place de la musique et du rythme	59
Rapport au temps	59
La musique	60
Le rythme	60
2.1.3.10.2. Espaces et mouvements dansés	61
Définition psychomotrice de l'espace	61
La kinésphère	62
Energie et mouvement dansé	63
2.1.3.10.3. Spécificités par rapport aux autres médiations et activités artistiques	64
2.1.3.10.4. Rôle psychothérapeutique de la DMT	65

2.1.3.10.5. L'Expression primitive	66
2.1.3.10.6. Les exercices de mirroring	69
2.1.3.10.7. Processus de transfert et contre-transfert corporels	70
2.1.3.10.8. La problématique du toucher	70
2.1.3.11. Autres notions théoriques :	71
2.1.3.11.1. Quelques notions sur la relaxation	71
2.1.3.11.2. Quelques notions sur la conscience corporelle	72
2.1.3.12. DMT et psychomotricité	73
2.1.3.13. DMT et art-thérapie	73
2.1.4. La DMT à l'heure actuelle	75
2.1.4.1. Utilisation de la DMT dans les différents pays	75
2.1.4.2. Etat des lieux de l'efficacité de la DMT	75
2.1.4.2.1. Méta-analyse	75
2.1.4.2.2. Schizophrénie	76
2.1.4.2.1. Dépression	76
2.1.4.2.2. Anxiété	77
2.1.4.2.3. Troubles du comportement alimentaire	77
2.1.4.2.4. Autisme	78
2.1.4.2.5. Maladies somatiques	78
2.1.4.2.6. Qualité de vie	78
2.1.4.2.7. Autres bénéfices retrouvés chez l'enfant	78
2.1.5. Indications de la DMT	79
2.1.6. Contenu des séances	79
2.1.7. Le cadre thérapeutique	80
2.2. La notion d'empathie et les neurones miroirs	80
2.2.1. L'empathie	81
2 2 1 1 Définition	81

	2.2.1.2.	Développement chez les enfants	81
	2.2.1.3.	Concept	82
	2.2.1.3	3.1. La contagion émotionnelle	84
	2.2.1.3	3.2. Déficit d'empathie ou la coupure par rapport aux émotions	85
	2.2.1.4.	Différence entre empathie et théorie de l'esprit	86
	2.2.1.5.	Les différentes mesures de l'empathie chez l'enfant	86
2	2.2.2. L	es neurones miroirs	87
2.3	. Les lie	ens entre empathie, système des neurones-miroirs et danse-thérapie	90
2.4 dan		oppement psychomoteur normal de l'enfant de 8-10 ans, rapports ie	
2	2.4.1. R	appel sur le développement psychomoteur de 0 à 6 ans	93
2	2.4.2. L	a phase de latence	96
2	2.4.3. L	iens à l'art-thérapie et en particulier la danse	97
		appel sur le dessin d'enfant et le dessin du bonhomme en ra n psychomotrice	
		n psychomotrice	
3.1		xte	
3.2		tifs de l'étude	
3.3	,	iels et méthode	
		est d'empathie CEC (Contagion émotionnelle, Empathie et Coup	
		x émotions)	_
3	3.3.2. T	est d'image du corps et les représentations corporelles d'O. Moyano	106
3	3.3.3. P	rotocole	107
	3.3.3.1.	Mise en place du groupe de danse-thérapie	107
	3.3.3.2.	Passation du questionnaire	
	3.3.3.3.	Bilan psychomoteur, dessin du bonhomme	109
	3.3.3.4.	Groupe contrôle	
3.4	Résult	tats	

3.4.1. N	Aise en place du groupe	110
3.4.1.1.	Structure des séances et exercices utilisés	112
3.4.1.	1.1. Geste de présence	112
3.4.1.	1.2. Exercices de mirroring	112
3.4.1.	1.3. Exercices d'expression primitive	114
3.4.1.	1.4. Exercices d'improvisation	114
3.4.1.	1.5. Temps de relaxation	115
3.4.1.	1.6. Temps de verbalisation	115
3.4.2. G	Groupe contrôle	115
3.4.3. C	Cas cliniques	115
3.4.3.1.	Charlotte	115
3.4.3.2.	Julia	119
3.4.3.3.	Noé	123
3.4.3.4.	Justin	127
3.4.4. D	Déroulement du groupe : analyse qualitative	129
3.4.4.1.	Analyse groupale	129
3.4.4.2.	Charlotte	131
3.4.4.3.	Julia	132
3.4.4.4.	Noé	134
3.4.4.5.	Justin	135
3.4.5. L	es réponses aux questionnaires	136
3.4.5.1.	Questionnaire CEC	137
3.4.5.	1.1. Charlotte	137
3.4.5.	1.2. Julia	138
3.4.5.	1.3. Noé	138
3.4.5.	1.4. Justin	138
3.4.5.2.	Test sur l'image du corps et les représentations corporelles	139

3.4.5.2.1. Charlotte	139
Dessin du bonhomme	139
Connaissance du vocabulaire et parties du corps	140
Questionnaire et conte de la fourmi	140
3.4.5.2.2. Julia	141
Dessin du bonhomme	142
Connaissance du vocabulaire et parties du corps	142
Questionnaire et conte de la fourmi	142
3.4.5.2.3. Noé	143
Dessin du bonhomme	144
Connaissance du vocabulaire et parties du corps	145
Questionnaire et conte de la fourmi	145
3.4.5.2.4. Justin	146
Dessin du bonhomme	146
Connaissance du vocabulaire et parties du corps	148
Questionnaire et conte de la fourmi	148
3.4.6. Bilan psychomoteur	149
3.4.6.1.1. Charlotte	149
Praxies idéo-motrices de Berges-Lézine	149
Tonus	149
3.4.6.1.2. Julia	149
Praxies idéo-motrices de Berges-Lézine	149
Tonus	150
3.4.6.1.3. Noé	150
Praxies idéo-motrices de Berges-Lézine	150
Tonus	151
3.4.6.1.4. Justin	151
Praxies idéo-motrices de Berges-Lézine	151
Tonus	151
3.4.7. Evolution, projets concernant la prise en charge	152
3.4.7.1. Charlotte	152

3.4.7.2.	Julia	152
3.4.7.3.	Noé	153
3.4.7.4.	Justin	154
3.4.8. Sy	nthèse des résultats par enfant	154
3.4.8.1.	Charlotte	154
3.4.8.2.	Julia	155
3.4.8.3.	Noé	157
3.4.8.4.	Justin	158
4. Discussion		159
4.1. Synthè	se des résultats	159
4.1.1. M	ise en place du groupe	159
4.1.2. La	danse-thérapie : une médiation riche	159
4.1.3. Lie	ens entre danse-thérapie, empathie et image du corps : hypothèses t	héoriques
		160
4.2. Limites	5	161
4.2.1. De	es groupes d'art-thérapie et de danse-thérapie	161
4.2.2. L'	étude	161
4.3. Perspec	ctives	163
5. Conclusion		165
Table des illustr	ations	167
Bibliographie		168
Annexes		184
Annexe 1 : Fo	ormulaire de consentement aux parents	184
Annexe 2 : Qu	uestionnaires empathie : test CEC	186
Annexe 3 : Bi	lan psychomoteur	188
Annexe 4 : O	util d'évaluation de l'image du corps et des représentations corpor	elles d'O.
Movano		189

1. Introduction

J-C. Seznec a décrit dans un article l'exemple de Vaslav Nijinski. Cet artiste est l'un des plus représentatifs du lien qui peut exister entre la danse et la psychiatrie. Il fut l'un des plus grands danseurs du début du XXe siècle et semblait souffrir d'une schizophrénie dysthymique à évolution déficitaire. Sa maladie, contenue par la danse, l'environnement clos des ballets et la présence cadrante de son impresario et protecteur Diaghilev, a complètement décompensé lorsqu'il arrêta la danse. Son comportement ainsi que le cours de sa pensée se sont désorganisés, entraînant de nombreuses hospitalisations durant la quasi-totalité du reste de sa vie. La danse aurait permis à V. Nijinski de maintenir une intégration satisfaisante pendant plusieurs années, et ce mode de communication non-verbal était le seul qui lui permettait de s'exprimer. « La technique de la danse classique a permis à Nijinski de structurer une personnalité fragile qui s'est dissoute dans la psychose ». (Seznec, 2002)

La danse fait partie depuis toujours des rituels de guérison et de célébration des cultures traditionnelles. Elle a gardé au fil du temps un rôle important dans les différentes civilisations, pouvant prendre des fonctions diverses. C'est un art où se déploient les relations entre le corps, l'espace, les mouvements : le corps est en mouvement dans l'espace. La conscience de soi, apportée par la danse, est à la base de la conscience de l'autre : dans un contexte thérapeutique, cette médiation permet le renforcement des processus transféro-contre-transférentiels, identificatoires et empathiques.

Lors de l'étude de la littérature, on distingue deux périodes principales : une première période durant les années 1970-1980, s'intéressant plutôt au versant psychanalytique de la danse-thérapie (encore appelée danse-mouvement-thérapie ou DMT) et une seconde durant les années 2010, qui aborde les liens entre les aspects psychanalytiques de la DMT et les découvertes récentes en neurobiologie. Ainsi plusieurs articles évoquent un lien entre les neurones miroirs, (dont la découverte remonte à une dizaine d'années et qui sous-tendent notamment les processus d'empathie et d'interaction sociale) et la DMT (McGarry & Russo, 2011; Berrol, 2006; Behrends, Müller, & Dziobek, 2012).

Selon les différentes méta-analyses disponibles, il existe très peu d'études observant l'efficacité de la danse-thérapie chez les enfants (Parslow, et al., 2008). Néanmoins, on retrouve des études montrant une pertinence de la DMT chez les enfants dans le but de faciliter l'intégration sociale, l' « acquisition de comportements non agressifs » et d'améliorer la psychomotricité (Moterani De Moura Leite & Monteiro De Castro Graciano, Juin 2010). On trouve encore des publications montrant que la DMT facilite la cohésion de groupe (Erfer & Ziv, 2006), l'amélioration de la créativité (Caf, Kroflic, & Tancig, 1997) et de l'image du corps (Von Rossberg-Gempton, Dickinson, & Poole, 1999). Les interactions mère-enfant ont également été observées (Baum, 2007).

Chez les adultes, de récentes études ont montré une efficacité de la DMT sur la qualité de vie, dans une population non psychiatrique (Bräuninger, 2012) et dans une population

psychiatrique, par des techniques EEG (Electro-encéphalogramme) (Margariti, Ktonas, & Hondraki, 2012).

.

Le corps est défini par de nombreux auteurs comme étant la voie vers les processus de subjectivation et de symbolisation. Les expériences sensorielles sont le premier mode d'expression du nourrisson, au travers des interactions précoces. Chez l'enfant, les thérapies médiatisées permettraient l'expression de problématiques psychiques, voire leur résolution lorsque parler est trop intrusif, trop difficile. La DMT permettrait d'introduire la dimension motrice et psychomotrice, d'aider à la mise en place du schéma corporel et de rétablir un lien corps-psyché. La qualité du schéma corporel et de l'image corporelle est indispensable au développement des capacités d'empathie, ce que nous développerons dans le cadre de ce travail. De récentes études se sont penchées sur les liens entre empathie, neurones miroirs et DMT, mais il n'existe à ce jour aucune étude prospective, cette relation restant purement théorique.

Nous avons donc réalisé une étude préliminaire en créant un groupe de DMT chez des enfants de 8 à 10 ans suivis en CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique) et en étudiant l'évolution de l'empathie sur 18 séances, qui se sont déroulées du mois de janvier 2013 au mois de juin 2013.

Nous nous intéresserons dans une première partie au développement de la dansethérapie et aux différents concepts qui la sous-tendent, dans une approche intégrative (ou complémentariste). Nous aborderons également la notion d'empathie et le concept de neurones miroirs, ainsi que les liens les unissant.

Nous développerons dans la seconde partie la mise en place du groupe puis les résultats préliminaires obtenus, dans le cadre d'une analyse qualitative.

2. Revue de la littérature

2.1. La danse-thérapie de son apparition à nos jours

Deux associations nous intéressent, dans le cadre de ce travail : L'ADTA, American Dance Therapy Association, créée en 1965, et la SFTD, Société Française de Thérapie par la Danse, créée en 1984.

2.1.1. **Définition**

J-P Klein définit l'art-thérapie comme « un accompagnement thérapeutique de personnes mises en position de création de telle sorte que leur parcours d'œuvre en œuvre fasse processus de transformation d'elles-mêmes » (Klein J.-P. , 1997).

L'ADTA définit la DMT comme une technique qui « utilise le mouvement dans une visée psychothérapeutique pour favoriser l'intégration émotionnelle, cognitive, physique et sociale de l'individu » (ADTA, 2010).

2.1.2. Historique

2.1.2.1. La danse dans les sociétés

La danse est universelle. J. Vaysse rappelle qu'elle a toujours existé dans les différentes cultures, à toutes les époques. Elle pouvait jouer un rôle social et socialisant, festif, mémoriel, identitaire, cathartique, sublimatoire, expressif, être utilisée dans le cadre de rituels initiatiques, chamaniques... parfois même être considérée comme ayant des vertus thérapeutiques (Vaysse J., 2006).

B. Lesage nous dit également que dans de nombreuses cultures, la danse était un support d'intégration sociale essentiel, et que de nombreuses données culturelles se transmettaient par la danse, comme par exemple à Sparte en Grèce Antique, ou dans la pédagogie des jésuites à l'époque classique (Lesage, 2006).

Ses premières représentations picturales datent de l'époque paléolithique.

- J-P. Klein souligne qu'à l'époque de l'Antiquité grecque classique, la danse des Corybantes était déjà un traitement original de la manie (Klein J.-P., 1997).
- J. Vaysse évoque également les sociétés dites « primitives », en Océanie ou en Afrique, dans lesquelles sont retrouvées des pratiques dansées et organisées par le groupe, qui ont des fonctions de régulation de la société, des rôles festifs, cérémoniels, mystiques. L'état de transe permettrait à des processus inconscients de s'exprimer et la danse aurait pour but de mettre en lumière les capacités expressives du corps physique, mais également psychique

puisqu'il s'agirait pour le sujet de « pouvoir mourir et renaître symboliquement ». On attribuerait donc déjà à la danse des vertus curatives ou soignantes, étant donné que ces rituels participaient à la cohésion du groupe, à la réassurance et aidait à la formation de l'identité du sujet. En occident, la danse est, à l'époque de la Chrétienté, « aseptisée » et considérée seulement sur un plan esthétique, « de crainte d'un effet libératoire et qu'un échappement extatique ne mène aux désordres sociaux et aux égarements moraux ». Au Moyen-âge, son utilisation est surtout festive. A l'époque de la Renaissance, on retrouve « la belle danse » dans les bals des cours royales, dont les buts sont la Courtoisie, le plaisir et le contrôle de soi. La beauté de chorégraphies de plus en plus complexes préfigure l'apparition du Ballet, où le corps est magnifié.

Puis la danse reflètera progressivement l'appartenance à une culture, et il apparait un nombre croissant de courants : le néo-classicisme occidental (XIXe siècle), qui libère le danseur des contraintes de la danse classique, à travers Loïe Füller, Isadora Duncan ou Vaslav Nijinski, qui cherchent à recouvrer l'expression des instincts dans la danse. Le mouvement dansé est mis au service de l'expressivité. Cette évolution se poursuit avec l'apparition de la *modern'dance*, du *jazz' dance*, en passant par les influences de la danse afro-américaine, indienne, contemporaine... (Vaysse J., 2006).

2.1.2.2. Emergence de la danse-thérapie

J. Vaysse et J.-P. Klein évoquent plusieurs étapes précédant la création de la danse-thérapie (Vaysse J., 2006; Klein J.-P., 1997).

2.1.2.2.1. *Prémices*

Loïe Füller (1862-1926) danse « les émotions, de joie, de douleur, d'horreur ou de désespoir », en rassemblant le corps avec la pensée.

Isadora Duncan (1878-1927) prône « une danse libre » qui place le corps en « interprète de l'âme et de l'esprit ».

La *Denishawn School*, créée par Ruth Saint-Denis et Ted Shawn en 1914, rassemble différents arts autour de la danse et s'inspire des conférences de François Delsarte. Celui-ci s'est interrogé sur la dynamique gestuelle et corporelle, « liée à la conscience de l'unité psyché-soma et à son aura spirituelle ». Ted Shawn s'intéresse aux liens entre les mouvements et la danse dans leurs rapports au corps, au langage, aux émotions, à la musique, à la religion, à la créativité, à l'éducation, au théâtre. Cette école a notamment formé Marian Chace, la créatrice de la thérapie par la danse, ainsi que Martha Graham et Doris Humphrey.

- M. Graham a reconsidéré la genèse du mouvement dansé, en élaborant des mouvements partant du pelvis en « contractions/relâchements », des attitudes spiralées, les équilibres prévisibles et chutes contrôlées.
- D. Humphrey calque la trajectoire d'un mouvement sur celle d'une vie et évoque les points de rupture et d'équilibre d'un mouvement. (Vaysse J., 2006)

Katherine Dunham (1912-2006) est danseuse, universitaire et anthropologue. Elle écrit sa thèse de doctorat sur les danses en Haïti et utilise la danse pour militer contre la ségrégation raciale. L'art et la danse ont pour elle des fonctions éducatives, de revalorisation et

resocialisation. Elle est à l'origine dans les années 1950 de la technique dite *modern primitiv*, fondée sur des études anthropologiques et des danses rituelles provenant de la Jamaïque, de la Martinique, d'Haïti et des îles de la Trinité, ainsi que sur une expressivité posturo-gestuelle exacerbant la symbolique. Cette technique va inspirer certains courants de DMT. (Klein J.-P. , 1997; Vaysse J. , 2006)

Au début du XXe siècle émerge le courant expressionniste allemand, représenté par Mary Wigman et dont s'inspirera beaucoup la DMT, que ce soit par le style de danse, qui utilise des mouvements expressifs, ou par les méthodes d'analyse du mouvement, à travers Rudolf Laban. Pour le peintre Wassily Kandinsky, la danse doit cultiver « le sens intérieur du mouvement et sa beauté intérieure », et doit être « capable de provoquer des vibrations psychiques » (Kandinsky, 1911).

R. Laban (1879-1958) élabore en 1927 un système de notation du mouvement, puis un système d'analyse qualitative du mouvement. Ce dernier souligne en 1950 que « mouvement et émotion, forme et contenu, corps et pensée forment un tout ». Il en découlera le LMA ou « Laban Movement Analysis », système d'analyse à but diagnostique, encore utilisé aujourd'hui.

La danse expressionniste fera place à la « danse expressive ». Le chorégraphe Kurt Jooss, disciple de R. Laban, crée une compagnie mêlant le théâtre, le mime et la danse expressive « jaillissant de l'auto-conscience du corps », sans frontière entre le classique et le moderne. Ce style sera repris entre autres par Pina Bausch.

Enfin, la danse contemporaine amène une approche du corps élargie, en puisant dans de multiples sources allant de la danse moderne à la danse jazz. Elle utilise pour s'enrichir des mouvements de transition, de transformation, de mutation des mouvements dansés, pouvant ne se servir du corps que comme matière (Vaysse J., 2006).

2.1.2.2.2. *Marian Chace*

La première apparition du concept de DMT est due à Marian Chace, surnommée « The Grande Dame » aux Etats-Unis dans les années 1940. Danseuse classique puis moderne, elle devient ensuite professeur de danse. Simultanément, elle s'intéresse au monde du handicap et démarre bénévolement des classes pour des enfants ayant des troubles du comportement, accueillis dans une institution. Ces classes s'avèrent davantage ressembler à des interventions éducatives plutôt qu'à des cours de danse. Parallèlement, elle met au point des groupes de danse traditionnelle avec le personnel de cette institution, sans que ne soit déclarée une quelconque action soignante par la danse, ni avec les soignants, ni avec les enfants.

Quelques années plus tard, elle met en place un groupe de « dance action » avec les employés de la Croix Rouge avec qui elle travaille et un groupe de « dance for communication » avec des patients. Ainsi, de la danse simple, elle est passée à la notion de communication par la danse ou encore à la perception d'un corps dansant et communicant.

En 1946, elle devient danse-thérapeute dans une clinique psychiatrique à Washington et positionne le corps en tant que médiateur thérapeutique. Dans ce contexte, alors que les premiers psychotropes voient le jour, le groupe de danse-thérapie de Marian Chace amène les patients de l'hôpital psychiatrique Sainte-Elisabeth à désirer réaliser une comédie musicale,

parodie de leur service et de leurs symptômes. Elle peut ainsi les guider pour aboutir à une satire, l' « Hôtel Sainte-Elisabeth ». Cela a permis à ces patients de reconnaitre leur handicap et leur souffrance, et a favorisé une meilleure alliance thérapeutique, tout en valorisant leurs potentialités.

Par la DMT, Marian Chace cherchait à percevoir, en-deçà du verbal, les blocages et les ressources des patients à partir des capacités de communication du corps, faisant le lien entre une rigidité musculaire et d'éventuels blocages émotionnels. L'utilisation de configuration en cercle y est essentielle, ainsi que la possibilité d'improvisation, parfois favorisée par des évocations imagées. Enfin, un patient est nommé leader au cours de la séance, de façon alternative, dans un but de revalorisation narcissique.

Elle cherchait par la danse à déclencher et/ou renforcer des effets d'unification et d'harmonisation intracorporels, des sensations de mieux-être. Elle reste la créatrice de la notion de danse-thérapie, ou DMT, et fonde en 1965 l'ADTA aux Etats-Unis, permettant le rassemblement des différents courants qui ont vu progressivement le jour en Amérique puis à travers le monde (Vaysse J., 2006).

2.1.2.2.3. *Rose Gaetner*

En France, la danse-thérapie a été introduite par Rose Gaetner dans les années 1950. Diplômée en arts décoratifs et ayant une formation en danse classique, elle est la première à introduire la danse dans le milieu pédopsychiatrique institutionnel à des fins thérapeutiques. Elle s'appuyait essentiellement sur la danse classique, mais d'autres techniques furent utilisées par la suite (jazz, danse contemporaine, danse indienne). Elle est devenue successivement « éducatrice spécialisée », puis « psychopédagogue » et enfin « danse-thérapeute » au centre hospitalier de Maison-Blanche à Paris, durant 3 ans.

Elle put observer ainsi que cette expérience de thérapie médiatisée apaisait les enfants en grande difficulté psycho-comportementale. Mais elle a surtout travaillé, de 1963 à 1990, en tant que directrice à l'hôpital de jour de Santos Dumont à Paris, où elle s'est occupée d'enfants et d'adolescents autistes et psychotiques présentant, entre autres, des troubles du comportement (manifestations caractérielles, relationnelles, alimentaires...). Elle a également travaillé à l'hôpital Sainte-Anne, avec des adultes schizophrènes ou ayant souffert d'une psychose infantile.

Elle fondait son travail sur les théories d'H. Wallon concernant les liaisons entre tonus musculaire, réactions émotionnelles et développement de la pensée. Elle s'inspirait également des théories de J. Ajuriaguerra au sujet du « dialogue tonique » psychomoteur entre la mère et l'enfant, prélude au dialogue verbal. (Vaysse J., 2006)

Pour R. Gaetner, le « processus d'imitation » est essentiel à l'efficacité thérapeutique. Ayant travaillé de nombreuses années avec des enfants autistes, un des exercices majeurs de son approche est d'imiter la danse-thérapeute et reproduire en miroir la danse que celle-ci

improvise au fur et à mesure de l'écoute musicale, en se synchronisant et s'harmonisant à la danse-thérapeute jusqu'à éventuellement « s'en détacher pour créer ». Ainsi, elle peut se prêter aux processus d'identification et d'individuation de l'enfant et favoriser la réactualisation des échanges infantiles avec la mère. De plus, la répétition des mouvements induite par l'imitation introduit une forme de réassurance. (Gaetner, 2000)

Elle y oppose le concept de libre expression et d'improvisation, qui impliquerait la nécessité d'avoir une image cohérente du corps, ainsi qu'une excellente maîtrise du corps global, du temps musical et de l'espace, afin d'éviter que les mouvements ne soient stéréotypés. Il en résulterait seulement des « mouvements dansés désordonnés, donc non structurants, qui confinent au passage à l'acte d'une vie pulsionnelle non canalisée ». Cette théorie fut remise en question par d'autres thérapeutes.

Enfin, elle s'intéresse à la sublimation, à l'image du corps, à la vie pulsionnelle, aux expressions désirantes érotiques et au narcissisme. La danse est pour elle non seulement une médiation, mais surtout une « élaboration directe de la pensée » au sein d'un « corps global » (Vaysse J., 2006).

2.1.2.3. Les différents courants

Ces différents courants, présentés de manière indépendante, sont en pratique souvent combinés lors des ateliers.

2.1.2.3.1. La « danse basique » et le mouvement intégratif, M. Chace

Marian Chace, la pionnière de la danse-thérapie, « attribue au corps dansant les notions de rôle communicationnel et de mobilité émotionnelle au sein d'une structure psychique qui n'est pas un état mental héréditaire et figé ». Elle se base sur des références freudiennes. La DT (Danse-Thérapie) chacienne recherche « l'investissement d'une motricité plus spontanée et expressive », à bien différencier de « la forme artificielle et élaborée qui dépend de tours de force physique liés à l'entrainement plutôt qu'à la communication.... Cette danse basique est l'extériorisation des sentiments internes qui ne peuvent être exprimés par un discours rationnel mais peuvent être partagés dans une action rythmique, symbolique ». L'accent est mis sur cette dimension de communication infra-verbale et met en jeu les notions de transfert/contre-transfert et d'empathie.

Plusieurs séquences sont décrites lors du déroulement d'un atelier :

- Echauffement musculaire qui se généralise progressivement,
- Mise en situation d'un patient leader lors d'exercices,
- Des expériences et explorations dansées « énergétiques, rythmiques et spatiales »,
- Des improvisations, éventuellement avec l'aide d'un support (image, thème),
- L'effet socialisant du groupe,
- La verbalisation fréquente mais facultative,
- Le recours à la musique, qui permet d'offrir un espace contenant par le son, de soutenir les improvisations et de créer une syntonie groupale. (Vaysse J., 2006)

2.1.2.3.2. Le « mouvement authentique », M. Whitehouse et J. Adler

Cette approche ne requiert ni musique, ni implication dansée du danse-thérapeute, qui reste en position de témoin. Elle repose sur des références jungiennes.

Sur le plan psychodynamique, Mary Whitehouse se base sur la globalité psychocorporelle, qui implique que le mouvement réunit actions, expériences émotionnelles et marques psychiques, dans une dimension universelle. La place du travail de groupe est centrale dans sa conception.

Les principales séquences de cette approche sont :

- Echauffement,
- Travail de la qualité des mouvements à l'aide de thèmes.

Elle cherche à saisir « la compréhension du mouvement dans l'ampleur de ses nuances et de sa globalité », ce qui « engendre un travail corporel sur soi avec un réel changement de niveau de perception et d'idéalité, selon la modalité de « l'ensemble-et » ». Cette technique touche au registre des processus d'énonciation primaire, de changement, de créativité et d'empathie. (Whitehouse, 1979)

Janet Adler s'interroge sur la dyade thérapeutique « témoin-bougeur » et élargit cette notion, en partageant le groupe de patient en deux, l'un des groupes étant « témoin » et l'autre « bougeur ». Le danse-thérapeute conserve alors la vision globale du groupe, la gestion de l'alternance des sous-groupes et la verbalisation (le groupe témoin verbalisant ce que le fait d'observer mobilise en eux). Cela permettrait la mobilisation des processus empathiques et identificatoires. (Adler, 1987)

Cela l'oriente progressivement vers le concept de « corps collectif », dont la progression peut être rapprochée de concepts winnicottiens :

- « Je désire être vu (narcissisme)
- Je me sens vu (confiance)
- Je désire me voir, m'observer moi-même (ego)
- Je m'auto-observe (ego)
- Je désire observer autrui (amour)
- Je vois, j'observe autrui (compassion)
- Je nous vois comme unique (union) » (Adler, 1996)

2.1.2.3.3. Le « corps symbolique en mouvement », T. Schoop et L. Sheleen

Trudi Schoop se concentre sur l'improvisation pour travailler le lien imagination-mise en mouvement. Elle s'inspire en grande partie de son travail avec des patients schizophrènes. On retrouve dans la conduite de ses groupes des similarités avec la DMT chacienne :

- Echauffement progressif du corps, mouvements collectifs en cercle,
- Expérience éventuelle du patient leader,
- Improvisations encouragées, recours à l'imagination pour faciliter la mise en acte.

Ces expériences ont pour objectif de permettre aux patients d'accéder à une meilleure conscience de leur corps et leurs possibilités. Elle n'utilise généralement pas la verbalisation.

Elle travaille tout d'abord sur des mouvements libres, mais fera plus tard le lien entre organisation chorégraphique et organisation verbale. Cette reformulation non-verbale vise à aider des patients très déstructurés à retrouver une cohérence psychocorporelle. (Schoop, 1974)

Laura Sheleen se concentre sur le concept de corps symbolique. Son approche a pour but la recherche d'un mieux-être psychique et spirituel, et se base sur des références jungiennes, en s'intéressant au « mouvement fonctionnel ». La thérapie passe l'acte créateur : chacun doit discerner son projet et le mettre en jeu, la verbalisation reste libre (Sheleen, 1993). Le mouvement simple doit se transformer en mouvement représentationnel, en créant une forme symbolique qui peut « véhiculer des émotions, des idées, ou bien se combiner avec d'autres symboles pour exprimer les tensions mentales et/ou physiques ». (Sheleen, 1993)

2.1.2.3.4. Le mouvement « immobilisé », L. Espenak, E. Siegel, A. Hawkins et M. Leventhal

Selon J. Vaysse, ce courant s'appuie sur deux aspects du mouvement : sa forme active et sa forme « immobile sans activité motrice mais inaugurant une mouvance intérieure au plan émotionnel, idéique, symbolique ». Cette dernière est articulée sur une notion de transition psychodynamique. Cela a pour objectif non seulement de retenir l'action dansée mais aussi de stimuler des sensations, des images mentales et l'imaginaire. Les fondateurs de ce type de danse-thérapie sont Liljan Espenak, Elaine Siegel, Alma Hawkins et Marcia Leventhal. L'idée principale est de se focaliser autant sur le mouvement dansé que sur l'image mentale induite (Vaysse J. , 2006).

E. Siegel, en particulier, a beaucoup travaillé sur le développement de la motricité chez l'enfant, et est connue pour avoir allié dans sa pensée les interprétations psychanalytiques et les phénomènes somatiques. Elle parle de « processus de « désomatisation », étape indispensable à la maturation ». Elle ne considère la DMT que dans l'objectif de « favoriser le surgissement d'éléments à reprendre en thérapie verbale ». Pour elle, le temps de verbalisation en fin de séance est donc indispensable, et la DMT et la psychanalyse ne sont qu'un seul et même outil devant permettre au patient de « connaître et renforcer l'unité du Moi corporel »(Siegel, 1984).

2.1.2.3.5. Nouvelles approches contemporaines

Habituellement, les contacts corporels en DMT sont limités en raison d'un risque d'effet déstabilisant et de vécu d'intrusion et de décompensation. Certaines approches contemporaines, a contrario, utilisent le contact entre les patients. Cette approche, appelée « danse-mouvement et conscience corporelle » et utilisée chez des patients psychotiques et borderline, s'inspire de deux techniques : la danse-contact-improvisation (DCI), comme initiateur d'échanges interpersonnels, et celle du *Body-Mind Centuring* (BMC), pour l'approche sensori-motrice du corps. Cette méthode se base sur les concepts winnicottiens, d'aire intermédiaire de jeux et d'espace transitionnel, et les concepts psychodynamiques

freudiens. L'objectif est de développer chez les patients les liens perception-représentation, de travailler sur la différenciation, la séparation, la notion d'espace corporel ou encore kinésphère (notion que nous développerons plus loin), et la limite espace propre-espace de l'autre, jusqu'à l'inscription dans la relation (Vaysse J., 2006).

C. Dorion décrit le déroulement de ce type d'ateliers comme suit :

- Début du groupe par des échanges verbaux, pour instaurer une cohésion et une dynamique de groupe, ainsi qu'une ambiance ludique ;
- Un temps d'éveil corporel et de « mise à l'écoute de soi » par un exercice de relaxation, les sensations étant renforcées par un « auto-toucher » et/ou par l'intermédiaire d'un(e) partenaire ;
- Une phase de jeu et d'exercices de DCI, où l'improvisation est fondamentale, guidées par le (la) danse-thérapeute. De ces improvisations découlent des « compositions chorégraphiques instantanées » ;
- Suivie d'une phase de relaxation ;
- Et la séance se clôture par un temps d'expression, que ce soit par le dessin, l'écriture ou la parole, chaque intervenant devant pouvoir s'exprimer sans être interrompu (Dorion, 2004).

2.1.2.3.6. L'« expression primitive » ou corps et mouvement primitiviste, H. Duplan, F. Schott-Billmann

J.-P. Klein détaille le mouvement de l'« expression primitive », initié par Herns Duplan en 1970. Il est élaboré sur la notion de la recherche des origines. Lui-même était un danseur d'origine haïtienne, et son travail a été inspiré par les rituels de danse indienne. Sa technique est également héritée de la danse moderne primitive de Katherine Dunham. (Klein J.-P., 1997)

En France, la technique de danse primitive a été développée par France Schott-Billmann, qui a utilisé les principes ethnopsychanalytiques. Elle évoque la réappropriation de l'énergie qui nous traverse, en associant danse, rythme et voix sur un support rythmique très simple dans une répétition de gestes et d'onomatopées qui rappellent des activités basales. On y retrouve « l'importance du groupe, la relation à la terre, la prégnance du rythme, l'accompagnement vocal le dédoublement et la répétition des mouvements ». France Schott-Billmann fonde ainsi la technique de l'expression primitive, évoquant le « bain sonore originel, le bercement maternel, la dyade mère-enfant, le balancement entre le dedans et le dehors ». Elle travaille ainsi la séquence « éveil des pulsions du patient, contenance et canalisation des émotions ainsi libérées, mise en scène ludique et artistique des sentiments exprimés » et rapproche les rythmes binaires des mouvements dansés du jeu du *For-Da* décrit par S. Freud. (Schott-Billmann F. , 1994)

2.1.2.3.7. Autres approches

D'autres danseurs et danse-thérapeutes se sont concentrés sur différents aspects offerts par la danse comme objet de médiation : le rapport fusion/défusion et les relations individu/groupe au travers du corps, du rythme et de la relation ; Laura Sheleen qui, au travers de lents tournoiements dextrogyres sur soi-même et d'évolutions en cercle, explore la symbolique des structures espace/temps d'une danse initiatique ; A. Richard qui propose un travail s'appuyant sur l'élaboration de l'absence en jouant sur le poids d'un partenaire présent puis imaginé, l'utilisation de l'apesanteur, ou encore l'appréhension de l'« entre-deux », ou comment faire apparaître l'espace invisible autour de soi, entre les corps des danseurs, les murs et les objets, et même entre son corps et soi... (Vaysse J. , 2006)

Ces différents courants se basent néanmoins, selon J.-P. Klein, sur des concepts communs: le corps global, unité psychocorporelle non-dualiste, la dimension kinesthésique du corps qui a fonction de communication non verbale, l'imagerie mentale et le corps symbolique, l'image du corps et l'image socialisée de soi (Klein J.-P. , 1997), qui seront détaillés plus loin.

2.1.3. Notions théoriques

La DMT repose sur différents concepts, qui prennent racines dans différents courants de la psychologie. J. Vaysse est l'une des rares à avoir travaillé et synthétisé de façon précise et approfondie ces concepts théoriques, et il y a peu d'ouvrages équivalents à notre connaissance, et nous nous baserons, en ce qui concerne certaines idées, en grande partie sur son travail. Elle distingue notamment les cadres théoriques fondés sur les références jungiennes ou freudiennes. (Vaysse J., 2006)

Les notions abordées ici s'inscrivent dans un cadre théorique de type complémentariste, dans une approche multidimensionnelle.

2.1.3.1. Corps, image du corps et schéma corporel

2.1.3.1.1. Le schéma corporel

La notion de schéma corporel est issue de l'observation des symptômes neurologiques, tels que l'asomatognosie, l'hémiplégie.... Cela a permis notamment de localiser le schéma corporel au niveau cérébral : l'homonculus. On distingue dans les manuels de neuroanatomie :

- Un homonculus sensitif, situé sur le gyrus post-central (circonvolution pariétale ascendante), et en arrière du sillon central (scissure de Rolando). La face externe de la circonvolution reçoit les informations sensitives du territoire brachio-facial controlatéral. La face interne, au niveau du lobule paracentral, reçoit les informations du membre inférieur et des organes génitaux de l'hémicorps opposé.
- Un homonculus moteur, également appelé l'homonculus de Penfield, qui se situe sur les faces externe et interne du gyrus précentral. La face externe code pour la

motricité brachio-faciale controlatérale. La face interne (lobule paracentral) code pour la motricité du membre inférieur controlatéral.

Ces territoires peuvent se modifier dynamiquement en fonction de leur utilisation fonctionnelle (Hasboun, 2004).

J. de Ajuriaguerra propose la définition suivante du schéma corporel : « édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ». Il va plus loin lorsqu'il explique que dans la constitution de « l'image du moi corporel de l'homme, la sensorimotricité, l'image d'autrui et la vie instinctivo-affective ne peuvent être séparées qu'artificiellement » (Ajuriaguerra, 1970).

Selon P. Schilder, on distingue donc trois types d'image :

- l'image perçue ou image du corps (souvent différente du corps réel),
- l'image neurologique (qui correspond à l'homonculus neurologique, inné) ou schéma corporel, qui « colle au réel »,
- et l'image libidinale (esthétique, représentation sociale, renvoie à l'intersubjectivité), qui est incluse dans l'Image du Corps en fonction des auteurs, comme nous allons le voir plus loin.

La prise de conscience de notre image corporelle conduit à une *image libidinale, sociale* de notre corps. Elle est conscience de soi en tant qu'unité totale (Schilder, 1980).

A Boyer-Labrouche spécifie que la maitrise motrice développe le schéma corporel (Boyer-Labrouche, 2000).

A. Sanglade, quant à elle, souligne que l'acquisition de l'image du corps se fait secondairement à celle du schéma corporel et que, par sa double appartenance, cette notion fait pont entre schéma corporel et la représentation de soi (Sanglade, 1983).

Normalement, le schéma corporel est acquis à l'âge de deux ans. La survenue d'une maladie organique avant l'âge de deux ans pourrait donc influencer le bon déroulement du développement du schéma corporel.

2.1.3.1.2. *L'image du corps*

Emergence d'un concept

S. Freud déjà attribuait des propriétés au corps, définissant les pulsions comme « représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps », et considérant le Moi comme « avant tout un Moi corporel, [qui] n'est pas seulement un être de surface, mais luimême la projection d'une surface » (Freud S. , 1923).

J. Lacan quant à lui attribue des capacités de communications au corps lorsqu'il dit que « tout acte manqué est un discours réussi ».

Il évoque dans sa théorie du « stade du miroir » le passage d'une vision morcelée du corps chez le nourrisson (anxiogène) à une vision unifiée de son propre corps. Ce passage serait dépendant de la maturation de la perception visuelle aux environs de six mois. Il permet de reconnaître la forme humaine et donc « l'image de l'Autre », ou Imago, sous la forme d'une « représentation inconsciente », et « à travers elle, la proprioception qui lui était liée », qu'avait expérimenté le nourrisson au préalable au travers des interactions avec sa mère. L'enfant s'identifie à cette représentation unifiée de l'Autre, ce qui permet la structuration du « je ». Pour J. Lacan, la formation de l'image du corps précède celle du schéma corporel (Lacan, 1966).

Néanmoins, P. Delion nous rappelle que le corps et le toucher ont longtemps été proscrits de la pratique analytique, jugés comme entravant les capacités d'élaboration, cette interdiction permettant aussi une protection contre l'inceste, la séduction et l'emprise lors de la cure. Cela devait également permettre un accès aux formations de l'inconscient (Delion, 2010).

P. Schilder est le premier à introduire la notion d'« Image du Corps » comme première représentation du Moi. Ce concept est hérité de la théorie des pulsions de Freud, et différencie schéma corporel et image du corps. Il souligne déjà que la construction du corps apparaît comme un aspect de l'individuation. Pour lui, l'image du corps est la première représentation inconsciente de soi, représentation qui prend le corps comme principe unificateur, qui délimite le dedans et le dehors (Schilder, 1980).

Evolution et enrichissements

- G. Pankow cherche à prendre le corps comme modèle d'une structure spatiale, qui ne l'intéresse que dans son aspect dialectique entre les parties et la totalité du corps. Cette corrélation lui permet chez les patients psychotiques de tenter de reconstruire une fonction symbolique autour de l'image du corps : « la différence entre la névrose et la psychose consiste en ce que des structures fondamentales de l'ordre symbolique qui apparaissent au sein du langage et qui contiennent l'expérience première du corps, sont détruites dans la psychose et déformées dans la névrose ». Pour elle, l'image du corps aurait deux fonctions symboliques : la première concerne « sa structure spatiale en tant que forme ou *Gestalt*, c'està-dire en tant que cette structure exprime un lien dynamique entre la totalité et le tout ». La seconde « ne concerne plus la structure comme forme, mais comme contenu et sens ». Il est nécessaire de construire un espace habitable pour ensuite pouvoir le penser (Pankow, 1976).
- P. Delion insiste également beaucoup sur l'intrication corps-psyché, qu'il considère comme indissociables, le corps étant considéré comme lieu de manifestation de la souffrance psychique. Il cite également Racamier, Oury et Tosquelles, qui ont beaucoup travaillé sur l'intrication entre le corps, l'image du corps et le travail en institution. Il mentionne C.

Chiland, qui met elle-aussi en avant l'importance première du corps dans la relation humaine et en psychiatrie en particulier (Delion, 2010).

- F. Dolto développe quant à elle la théorie d' « image inconsciente du corps ». Elle suppose que l'image du corps d'un sujet est faite des superpositions des images passées et présentes de son corps, et s'élabore dans l'histoire du sujet, en se construisant et se remaniant tout au long du développement de l'enfant. Cette image serait le lieu d'intégration des zones de ce corps investies par des échanges structurants et créatifs. Le corps devient donc un lieu de langage archaïque, non-verbal. Elle insiste également pour différencier schéma corporel et image du corps. Elle distingue trois modalités d'une même image du corps : « image de base, image fonctionnelle et image érogène (où s'expriment les pulsions), lesquelles toutes ensembles constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution ». Elle définit donc l'image du corps comme étant propre à chacun et liée au sujet et à son histoire, la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles, le support du narcissisme. Elle se structure par la communication, médiatisée par le langage mémorisé de la communication entre sujets (Dolto, 1984).
- G. Haag, à travers son travail sur l'autisme, développe l'image du corps de ces enfants. Elle se base sur les connaissances du premier développement émotionnel et cognitif par l'observation du nourrisson dans leur famille selon la méthode d'E. Bick. Elle soulève que de nombreux auteurs ont travaillé sur les aspects corporels et spatiaux de la naissance de la psyché, tels que M. Klein, H. Rosenfeld, W.R. Bion, E. Bick, D. Meltzer, F. Tustin, D. Anzieu, A. Green, P-C. Racamier. Elle met également en évidence l'articulation entre différents aspects du développement (l'image du corps, les expressions relationnelles émotionnelles, l'exploration de l'espace et des objets, le langage, le graphisme...), qui peut être synchrone et harmonieuse, ou qui peut être le lieu de clivages qu'il est important de repérer chez ces enfants. La construction de l'image du corps passe par l'environnement à travers ce qu'elle a nommé les « boucles de retour », bordée par la fonction contenante de la mère, selon un trajet pulsionnel projectif-introjectif formant les perceptions sensorielles et motrices (Haag & Tordjman, 1995).
- E. Bick introduit, à partir du concept d'image du corps, la notion de « fonction contenante » en relation à celle de « peau psychique » : la peau psychique est constituée par l'introjection de la fonction contenante de l'objet externe. Elle travaille sur la deuxième peau musculaire : lorsque la contenance parentale est insuffisante, le bébé doit alors trouver en lui une solution de survie psychique, consistant à utiliser de façon pathologique son tonus musculaire. Elle se mettrait en place comme une carapace quand la formation de la première peau a été perturbée (Bick, 1968).
- D. Anzieu développe quant à lui les neuf fonctions du moi-peau (fonctions de maintenance, de contenance, de pare-excitation, d'individuation, d'intersensorialité, de soutien de l'excitation sexuelle, de recharge libidinale, d'inscriptions des traces et d'autodestruction). Pour lui cet aspect fondamental du tactile prendrait son origine dans le développement de la structure neurologique embryonnaire, car « la peau apparaît chez

l'embryon avant les autres systèmes sensoriels (...) en vertu de la loi biologique selon laquelle plus une fonction est précoce, plus elle a de chances d'être fondamentale ». Il ajoute que la construction de l'espace corporel est un préalable nécessaire à celle de l'espace transitionnel (Anzieu D., 1995).

Jacques Schotte, anthropopsychiatre, offre une lecture pulsionnelle de ce développement, et va en arriver au corps comme potentialisateur de développement subjectal « dans le monde ». Entre autres, il met l'accent sur la notion de va-et-vient et introduit la question du rythme à l'origine d'une structuration primitive de l'espace et du temps (Schotte, 1990).

L'image du corps en pédopsychiatrie

Le lien entre corps et psyché est un sujet qui interroge actuellement beaucoup en pédopsychiatrie.

Chez le bébé, B. Golse émet l'hypothèse que le corps est « la voie royale d'accès aux processus de subjectivation, de symbolisation, de sémantisation et de sémiotisation dans l'espèce humaine » (Benony, Golse, & Golse, 2003).

On retrouve cette hypothèse chez différents auteurs, notamment, selon A. Le Nestour et G. Danon, le développement du bébé serait accompagné et soutenu par les différentes expériences qu'il rencontre (Le Nestour & Danon, 2002). Dans cet article, il est postulé que la sensorialité serait le mode d'expression premier et privilégié chez l'enfant. Les interactions avec l'environnement et la famille soutiennent l'acquisition des repères organisateurs permettant de mentaliser les évènements et la construction du sentiment de soi.

- S. Bydlowski et C. Graindorge évoquent que l'ensemble des interactions précoces vécues par l'enfant dans son corps et dans son comportement donne lieu à une activité de mentalisation et de figuration essentielle dans l'ontogenèse de son appareil psychique (Bydlowski & Graindorge, 2007). Elles s'appuient sur la théorie de l'accordage affectif de Stern: les interactions offrent à l'enfant une signalisation en miroir de son propre vécu émotionnel, lui permettant un accès à lui-même par le biais d'autrui. (Bydlowski & Graindorge, 2007)
- B. Gibello évoque également le fait que le processus d'imitation permettrait également le développement des premières représentations mentales, via des mécanismes de synchronie interactive (Gibello, 1994).

Celle-ci est une des caractéristiques de la communication humaine pour H. Wallon, et constitue le socle de la communication infra-verbale, et est aussi appelée communication analogique. Il s'agit d'une capacité d'adaptation réciproque des micro-comportements donnant lieu à une sorte de danse mutuelle, le « dialogue tonique » (Wallon, 1975), notion retrouvée en danse-thérapie, et que l'on peut rapprocher du « dialogue tonico-émotionnel » d'Ajuriaguerra.

P. Delion s'interroge sur la toute-puissance infantile et le concept de castration musculaire : au fur et à mesure que l'enfant acquiert le développement psychomoteur, le corps

devient le vecteur de son désir, et il est à l'apogée de la toute-puissance infantile, permettant la construction de son narcissisme. Les limites données par les parents lui donnent la possibilité d'apprendre à utiliser cette « force musculaire » à bon escient, en lui inculquant les règles de vie en société. Il fait également le lien avec l'émergence du langage : avant que le passage par la parole pour élaborer une demande soit possible, l'enfant doit utiliser le pointage proto-déclaratif. Lorsque ses demandes peuvent être véhiculées par la parole, ce pointage proto-déclaratif sert alors à transmettre une émotion qu'il éprouve à la vue d'un objet, et ce n'est qu'après qu'il apprendra à investir le langage pour exprimer ses émotions (Delion, 2010).

R. Gaetner précise que l'enfant normal intériorise une image du corps unifiée aux environs de la troisième année, et il peut alors utiliser sa motricité fine et globale dans des conditions optimales (Gaetner, 2003).

A. Bullinger définit la « plateforme sensori-tonique » qui émerge des premiers échanges toniques avec la mère. La régulation tonique proposée par la mère est incorporée puis intériorisée par le bébé, aboutissant à la constitution de la fonction tonique et de la « plateforme sensori-tonique », nécessaire à l'intégration des modalités sensorielles et socle de l'organisation du schéma corporel et de l'image du corps. (Bullinger, 2004)

Image du corps : liens avec la DMT

L'image du corps s'appuie donc sur le schéma corporel déterminé génétiquement, avec ses caractères anatomiques et physiologiques. La danse peut se définir comme l'exercice de ce corps réel.

L'image du corps est un processus dynamique, comme le montre G. Haag, F. Dolto ou P. Delion. Ses fondations sont organiques, mais l'environnement, au travers des sensations, émotions, perceptions qu'il procure, est indispensable à sa construction. Les intrications avec « une érogénisation de certaines zones du corps, les représentations socio-culturelles et symboliques » complètent cette construction constante. Comme l'évoque F. Dolto, cette image du corps est en partie inconsciente. Elle est unique et spécifique au sujet.

J. Vaysse souligne qu'il en résulte un sentiment d'incarnation de son corps : l'image du corps se situe « au point de coalescence du corps réel et du corps imaginaire » (représentation subjective de soi). Cela oblige à des remaniements intérieurs inconscients constants pour la maintenir conforme à la réalité et assurer la permanence du sentiment identitaire autant que la conscience de soi.

Elle établit le lien avec la DMT, qui permet une stimulation au niveau intracorporel par l'action et la tentative de rétablir le lien avec le corps réel par les sensations post-kinésiques. Pour former l'image du corps, des échanges interpersonnels sont également nécessaires, comme le précise F. Dolto : « elle est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel et en même temps, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle » (Dolto, 1984). La danse-thérapie se base sur le travail sur l'interaction et la communication, et permet la restauration narcissique, en revalorisant l'estime de soi, ce qui facilite ensuite son engagement relationnel aux autres. On retrouve

également une dimension sociale de l'image du corps, par l'identification puis l'intériorisation des règles sociales pour comprendre l'autre, et la reconnaissance de l'environnement est ajustée aux perceptions. L'image du corps associe le moi social et le moi individuel, qui s'alimentent l'un l'autre. La DMT aide à la concordance entre la réalité intérieure et la réalité sociale, en travaillant sur la conscience sociale des patients face au cadre institutionnel. Ce cadre institutionnel peut être apparenté à l'environnement social de la personne. (Vaysse J. , 2006)

2.1.3.1.3. La notion de « corps global »

J. Vaysse élabore que le corps ne peut être appréhendé qu'en termes de « psychisme incarné », ce qui implique des influences réciproques entre tous les éléments constitutifs du corps, et non une simple unité psyché-soma. Tous les éléments du corps, autre que le cerveau, sont également représentatifs du Moi, resserrant les liens entre le corps et son image, entre le corps-objet et le corps-sujet incarné. (Vaysse J. , 2006)

Il existe plusieurs approches théoriques permettant des lectures (complémentaires) du concept de corps global.

L'approche psychosomatique

Cette approche se base sur l'hypothèse que le psychisme interfère avec les manifestations somatiques (Georg Groddeck, l'Hystérie de conversion de Freud, Alexander et Dunbar aux USA, et Seyle au Canada)

Parmi les psychosomaticiens contemporains, deux d'entre eux sont incontournables :

- Sami-Ali, pour qui le corps est par essence unitaire dès son origine, qualifié « d'espace primordial indifférencié » (indistinction Moi/non-Moi, construction des limites corporelles dedans/dehors et différenciation sujet/objet). Le corps se charge de « structurer l'expérience du monde au niveau conscient, préconscient et inconscient » et ainsi différencie le réel et imaginaire. Un conflit non-élaborable devient une « impasse » et conditionne l'émergence de troubles organiques. (Sami-Ali, 1977). Selon B. Lesage, les enfants souffrant de ce type de fonctionnement « s'impliquent difficilement dans le jeu, le dessin les attire peu et les réalisations sont pauvres. Leurs gestes sont maladroits, trop lents ou impulsifs, et manifestent un dysfonctionnement tonique ou une organisation spatio-temporelle déficiente ». (Lesage, 2006)
- Pierre Marty pense que si le préconscient n'est pas assez perméable, il devient impossible d'accéder à l'inconscient. La vie fantasmatique et affective est alors pauvre, et les capacités de mentalisation faibles. Ce type de difficultés est retrouvé chez les patients qualifiés d' « opératoire ». Il en résulte une incapacité à faire face à un conflit, ce qui induit de possibles mouvements « régrédients » déstructurants et de « dépression essentielle » qui aboutissent à l'éclosion de maladies somatiques. (Marty, 1980)

En danse-thérapie, J. Vaysse souligne que cela implique un intérêt particulier pour l'improvisation, qui permet de rétablir les connexions intracorporelles et le rôle régulateur

joué par l'imaginaire. Elle permet de relancer le lien entre corps somatique et corps imaginaire (Vaysse J., 2006).

Un développement épigénétique

Selon Winnicott, Lebovici, Stern, et d'autres, le corps global se construirait dès la naissance au travers des interactions précoces, qui sont avant tout corporelles avant de se diversifier. Leur qualité affectivo-émotionnelle est fondamentale pour obtenir le dépassement des différents stades freudiens oral, anal, prégénital et génital.

Pour J. Nadel et J. Decety, cela passe par l'échelon dyadique (mère-enfant) puis triadique (père-mère-enfant), avant de s'étendre à autrui. Ces interactions permettent la construction des mécanismes mimétiques, empathiques, identificatoires. Le système émotionnel jouerait un rôle prépondérant durant la phase de pré-verbalisation: il donne accès aux représentations mentales et à la symbolisation, indispensable au développement du langage. Le corps servirait donc d'ancrage à l'organisation progressive du moi et permettrait de créer les liens psyché-soma. (Nadel & Decety, 2002)

L'approche psychomotrice

J. Vaysse détaille cette approche, qui prend en compte les chaines musculaires, fascia et squelette et leurs interactions.

Le tonus musculo-postural évolue de la naissance, où l'enfant est en position fœtale, à la station érigée adulte, supposant une interaction entre les phénomènes physiologiques et psychologiques (stades freudiens: le nouveau-né est courbé pour téter, l'enfant se relève pour marcher...).

Il existerait deux axes et cinq chaînes myo-fasciales. G.Struyf-Denys a développé le « système GDS » : la mise en tension de ces chaînes musculo-faciales génère différents états du corps, qui sont mus par une « pulsion psycho-comportementale ». Leur interaction se fait par des liaisons axiales:

- Un axe corporel se composant de trois chaînes fondamentales verticales identifiées au plan anatomique, qui parcourent le tronc et concernent la présentation de soi :
 - Chaîne antéro-médiane: facilite les postures d'enroulement, les attitudes de blottissement et de protection.
 - Chaîne postéro-médiane: facilite les postures de redressement, les attitudes d'affrontement ou de maîtrise.
 - Chaîne médianes postéro-antérieures (allongement, rectitude) et antéropostérieures, incluant le diaphragme (mobilité, courbure): adaptation interne équilibrée entre les schèmes enroulement-repliement/déroulementdéploiement, assurant une axialité à la fois souple et tenue au corps comme au Moi.
- Un axe relationnel, articulé à l'axe corporel, se composant de deux chaines horizontales, complémentaires:

- Chaîne antéro-latérale de la partie antérieure des membres: attitudes de fermeture, d'effacement, de retrait, d'introversion.
- Chaîne postéro-latérale de la partie postérieure des membres: attitudes d'ouverture, d'engagement, de séduction, d'extraversion (Struyf-Denys, 1982; Vaysse J., 2006).

En DMT, J. Gil évoque que l'utilisation de ces chaîne permet de trouver la position et le mouvement « juste » dans la disponibilité et la globalité du corps (Gil, 1989).

B. Lesage travaille sur le manque de bonne structuration tonico-musculo-fasciale lors des dysharmonies évolutives chez les enfants, à partir de groupe de DMT se basant sur les chaines GDS (Lesage, 1997). Il utilise beaucoup ce système, qui selon lui permet d'avoir une grille de lecture très riche en DMT : chaque situation correspond à un état du corps, et il existe une pré-orientation tonique, qui se relie à des affinités spatiales, et qui conditionne le mouvement et les coordinations. Il existe un lien entre investissement spatial et forme tonique. Il apparait à B. Lesage que chaque chaîne est caractérisée par un schème essentiel qu'on peut relier à une facon d'être au monde. Il définit des prérequis à cette analyse : la carrure (bréviligne/longiligne) notamment peut faire varier le type de réaction, de par les aptitudes naturelles. Cette spécificité se retrouve aussi dans les réponses émotionnelles. Il rappelle que G. Struyf distingue ainsi un langage parlé à partir de ces chaînes musculaires qui sont apparentées à un « alphabet ». Si ce « langage » fonctionnel devient excessif, on assiste à « une sorte de somatisation où une (ou plusieurs) structure(s) s'impose(nt) au détriment de l'équilibre général ». Il en déduit six « structures psychocorporelles », reliées aux niveaux d'expression tonico-postural, émotionnelle et symbolique, qu'il résume dans un tableau, et qui orientent le travail corporel (voir tableau 1):

Tableau 1 : Les chaînes musculaires et leurs fonctions (Lesage, 2006)

Régime psychocorporel	Chaîne	Présence	Identification
	musculaire		
Centration/ancrage	Antéro-médiane	Sensorielle	Je sens donc je suis
Confrontation	Postéro-médiane	Rationnelle	J'agis donc je suis
Axialité	Postéro-antérieure	Intuitive	Je suis
Eclosion/dynamique	Antéro-	Ludique	Je joue, je m'adapte,
	postérieure		donc je suis
Préservation/recueillement	Antéro-latérale	Rythme relationnel	Je communique
Expansion/contact	Postéro-latéral	intro/extraversion	donc je suis

Il explique que d'une façon générale, la danse serait en résonnance avec le régime éclosion/ dynamique, qui gère les transitions, la médiation, le jeu, et donc s'inscrit sous le régime prédominant supporté par la chaîne antéro-postérieure. Ce travail prédominant sera complété par le travail des autres chaînes musculaires. L'expression primitive offre par exemple de nombreuses propositions de ce type. Il s'agit ainsi de repérer en DMT l'utilisation préférentielle de certaines chaînes musculaire afin de mettre l'accent sur celles dont la personne ne se sert pas ou peu. Cela permettrait de modifier cet être au monde par le biais du vécu corporel d'autres possibilités (Lesage, 2006).

- H. Wallon met l'accent sur les actes tonico-émotionnels de la prime enfance qui conduiront à la pensée du moi adulte, et établit des liens tonico-émotionnels, théorisés selon un abord psychologique (Wallon, 1942).
- J. de Ajuriaguerra évoque la nécessité d'interactions en corps-à-corps pour la structuration, dont le « dialogue tonique » mère-enfant, qui implique particulièrement le processus empathique (Ajuriaguerra, 1988-1989).

Le point de vue de J. Vaysse permet de conclure que l'organisation architecturale ostéo-articulaire, musculo-tonique et antigravitaire du corps favorise l'exécution de mouvements harmonieux, et permet de vivre et d'identifier en parallèle (et en interaction) des expériences sensorielles, les réactions émotives organiques (palpitations cardiaques...), les manifestations émotionnelles et le lien entre soma et psyché (pré-représentations puis représentations mentales). L'investissement psychoaffectif des différents éléments du corps représente le corps global. Cette conception intègre également les liens externes interpersonnels inter-corporels, dans une dynamique intégrative et unifiante sur le plan psychocorporel, pour parvenir à une stabilité psychocorporelle. (Vaysse J., 2006)

2.1.3.2. Systèmes d'analyse du mouvement

La kinésique peut donc être comprise comme une pensée directement corporalisée, dans le sens où tout geste ou mouvement peut être révélateur de certaines facettes du moi (comme décrit dans les paragraphes précédents).

La réalisation d'un acte moteur implique sa commande, ou anticipation non-consciente, avant son exécution. Ces mouvements sont régulés au niveau de nombreuses zones cérébrales et mettent en jeu de multiples rétrocontrôles. Des liens démultipliés intracorporels sont tissés entre la motricité pure, le cerveau, et la psyché (investissement subjectif psychoaffectif), occasionnant une préadaptation à l'effort, et comprenant une « préreprésentation » non-consciente. Ces liens permettent une synthèse psychocorporelle instantanée de tous les « ingrédients » du mouvement, poussé ou non jusqu'au geste.

On peut distinguer deux types d'analyse du mouvement: macro-analyse et micro-analyse (Vaysse J. , 2006).

Les méthodes d'analyse du mouvement utilisées en DMT utilisent des moyens objectifs (tests, vidéos) d'analyse des actions motrices, visant à établir des corrélations avec la personnalité à but diagnostic. On peut ensuite définir des « profils de comportement et de motivation » qui permettent de repérer les ressources internes des patients afin d'optimiser ses propres réponses adaptatives et son sentiment de satisfaction face au monde. Il existe différentes méthodes:

- Labanalyse ou « Laban Movement Analysis » (LMA) est initialement choisie comme grille de lecture des troubles moteurs par l'ADTA. Elle s'appuie sur les descriptions eukinétiques « Effort-Shape », qui est une forme « d'objectivation du processus

énonciatif en restant attentif à la forme énoncive », et qui relie en permanence les niveaux moteur, cognitif, imaginaire et psychique :

- Composante « Shape »: se rapporte aux postures du corps. Elle situe le corps par rapport aux variations motrices qualitatives et leur niveau corporel (haut, bassin...), et par rapport à son environnement.
- Composante « Effort »: rassemble toutes les « (im)pulsions » internes allant du somatique au psychique qui contribuent au mouvement à partir de la motivation. « Le mouvement est dansé lorsque l'action extérieure est subordonnée au sentiment intérieur » et la combinaison de ces éléments peut être résumée dans le terme et concept de « pensée motrice ».

Ses caractéristiques sont analysées selon quatre facteurs interdépendants, en évaluant les aspects qualitatifs et quantitatifs d'un mouvement:

- Facteur « Espace » : mouvement direct ou indirect ou « flexible » (mode de déploiement spatial posturo-gestuel dans un lieu défini, l'attention est portée sur des points toujours changeants); capacités d'organisation, d'attention, de focalisation des perceptions ou d'appréhension large du sujet. Ce facteur comprend également l'acquisition de la kinésphère.
- Facteur « Temps » : mouvement soudain ou retenu (vitesse du mouvement et la durée que le corps s'accorde pour sa réalisation avant qu'il n'évolue); qualités de décision, de combativité, d'indulgence, d'intuition.
- Facteur « Poids » : mouvement léger ou fort (force dosée par le corps pour qu'un mouvement existe selon telle qualité temporelle et spatiale); intention, sensibilité du sujet vis-à-vis de lui-même.
- Facteur « Flux » : dynamique énergétique libre ou liée (choix que fait le corps pour moduler les enchaînements de mouvement); charges émotionnelles, tensions psychiques et à la façon du sujet de les écouler.

Les facteurs de LMA se déclinent chacun selon deux modalités : « *indulging* » : réceptif ou disponible, et « *fighting* ». Il se dessine alors un style de personnalité associé à un état corporel (Laban, 1950).

B. Lesage synthétise l'analyse de R. Laban qui découle de ce système : ces quatre facteurs, flux, temps, poids et espace, se combinent dans chaque action, même si certains peuvent rester neutres. On peut cependant opérer une distinction entre le facteur flux, qui concerne davantage un contrôle de soi, et de l'autre côté les facteurs poids, espace et temps, qui seraient davantage tournés vers l'environnement selon Laban. Il propose dans son livre une grille de combinaison de ces trois facteurs en distinguant huit actions (voir Figure 1).

Flotter

Tordre

Epousseter

Flexible

Fouetter

Fon

Fouetter

Cogner

Figure 1 : La Labanalyse et les actions en découlant (Lesage, 2006)

La combinaison de ces quatre facteurs donne au geste ses valeurs expressives et affectives. En jouant en thérapie sur ces différents éléments, cela permet au patient d'expérimenter un éprouvé, des sensations, expressions et émotions différents, qui peut être découvert à cette occasion. Lors de ce travail, on peut remarquer des résistances, qui suggèrent un écho à des résistances psychiques (Lesage, 2006).

- Méthode d'Irmgard Bartenieff, qui adapte la labanalyse au handicap moteur et à la pathologie mentale. Elle établit des liens entre les symptômes psychiatriques et les troubles moteurs (Bartenieff & Lewis, 1980).
- Système KMP (Kestemberg Movement Profile) : développement pour les enfants d'une série de graphiques qui associent les caractéristiques des mouvements et les lacunes de la maturation psychocorporelle. Sont élaborés deux systèmes: le système I de lecture concernant le Moi et le système II de lecture concernant la relation d'objet, en fonction des stades de développement (oral, anal, urétral, phallique et génital). On étudie la qualité des mouvements et des déplacements ainsi que du moment « précurseur d'effort », porteur de marques essentiellement inconscientes. Elle précise également la notion de flux élaborée par R. Laban, en distinguant le « flux de tension » et le « flux de forme ». (Kestenberg Amighi, Lomans, Lewis, & Sossin, 1999)

D'autres systèmes existent: « the movement diagnostic test », la « functional assessment of movement scale » élaborée à partir de la labanalyse et du KMP, le « movement psychodiagnostic inventory » et la « non verbal interaction and states scale » (utilisée par l'ADTA).

2.1.3.3. Le corps : un outil de communication à part entière

R. Roussillon soutien que « corps et acte ne sont pas seulement à considérer à partir de ce qui « s'évacue » en eux ou à partir d'eux, mais ils sont aussi porteurs d'un message

potentiel et « proto-narratif », donc d'une forme de « langage », et ainsi comportent une ouverture possible au travail de symbolisation et de l'expérience subjective. » (Roussillon, 2006)

2.1.3.3.1. Le sens d'un geste

La DMT passe par la motricité, dite aussi kinésique. J. Vaysse décrit deux courants principaux :

- Le courant de la Pragmatique Communicationnelle: la kinésique intègre le langage à l'action motrice. Le langage et l'expression de sa pensée par un sujet (affects et représentations mentales) est donc verbal mais aussi non-verbal, passant par la vocalité (intonation, prosodie), et la kinésique ou motricité. Le langage du corps ne résume donc pas le non-verbal mais tout langage est forcément « langage du corps ».
- Le courant interactionniste contemporain : l'individu n'est pas isolé mais serait impliqué dans un système, dans la relation avec ses interlocuteurs. Cela se joue en terme de réciprocité de leurs actions quant à leur survenue et à leur alternance. Au sein de la Pragmatique communicationnelle, ce courant atteste du rôle primordial que joue la kinésique dans la compréhension du discours et de la régulation des échanges entre les interlocuteurs.

Elle propose une classification sémiotique actuelle de la gestualité conversationnelle, descriptive et fonctionnelle:

- Première catégorie: gestes ayant une valeur communicative au sein du discours:
 - Gestes « quasi-linguistiques » qui remplacent la parole (geste du pouce levé dans l'auto-stop...)
 - Gestes « co-verbaux » qui accompagnent la parole et désignent l'objet du propos verbal (pointer du doigt) ou qui l'illustrent (donnant une idée de grandeur, volume...)
 - Gestes « para-verbaux » scandant le flux parolier et participant à la régulation de l'interaction (gestes synchronisateurs)
- Deuxième catégorie: gestes non-communicatifs, « parasites » (grattage, gribouillage au téléphone...), qui n'ont aucun rôle informatif, mais ayant une fonction autocalmante (Vaysse J., 2006).

Cela distinguerait donc les gestes directement signifiants, des gestes non directement porteurs de signification mais aidant à produire du sens, des gestes indispensables à la compréhension de l'énoncé (discours formalisé) et des gestes liés à l'énonciation. Le corps sert alors de référence à l'organisation du discours pour situer la temporo-spatialité et représenter l'objet évoqué verbalement (présent ou absent) (Cosnier & Vaysse, 1997; Cosnier & Vaysse, 1992).

En résumé, la kinésique contribuerait donc à :

- Véhiculer l'information, aider à la compréhension du discours (gestes communicatifs) ;

- Réguler les échanges en ponctuant le discours (gestes synchronisateurs), en absorbant une partie des tensions internes (gestes parasites), ce qui faciliterait l'effort cognitif de l'encodage (organisation mentale et sémantique de la phrase parlée);
- Entretenir la « synchronie interactionnelle » ;

Elle s'intègre dans le continuum de la structuration psychocorporelle (le corps global) (Vaysse J., 2006).

Différents auteurs insistent sur le fait que tout mouvement est imprégné, interdépendant des composantes toniques, sensorielles, émotionnelles, mentales, symboliques. La kinésique peut donc traduire les émotions et représentations mentales sans avoir à passer par la mise en mots ou la verbalisation pour communiquer la pensée (Cosnier, 2006; Kendon, 2004). « Le geste comporte une part de psychique, de social, de symbolique... un geste vaut comme acte symbolique » (Popelard & Wall, 2003).

J. Vaysse précise que la DMT observe et travaille sur les expressions et les distorsions de communication au travers des mouvements dansés (DMT d'inspiration chacienne essentiellement). Certains incluent des gestes de la vie quotidienne dans une chorégraphie, et les reconnaissent comme dansants, comme Pina Bausch. Il est également possible d'appliquer la classification sémiotique actuelle de la gestualité conversationnelle aux gestes dansés qui s'apparentent à des gestes quasi-linguistiques ou à des gestes précis (gestes mimés liés à un récit...). Il faut enfin différencier le non-discernement d'un geste du geste absent ou qui s'absente (Vaysse J., 2006).

2.1.3.3.2. L'inscription signifiante du mouvement dans la danse

L'élaboration d'un système de lecture « gestémique » prenant exemple sur le système phonémique se révèlerait quasi-impossible en raison de l'aspect tridimensionnel du mouvement. Leur enchaînement rend très compliqué la possibilité d'isoler des éléments signifiants. Le modèle linguistique ne permet donc pas d'analyser une danse, mais on peut dégager des gestes à valeur d'énoncé dans une chorégraphie.

Un geste est composé de plusieurs mouvements. Ce geste peut avoir valeur de signe et peut être lu selon un lien signifiant-signifié (comme un geste quasi-linguistique). Il donne ainsi un certain sens à la phrase de mouvements.

Parfois aucun geste ou mouvement précis n'émerge, et c'est alors le corps dansant dans sa globalité qui est à la fois signe et référent (par exemple en danse contemporaine). Selon J. Gil, le corps assure alors une chaîne de « mouvements purs et abstraits » pour le danseur, qui réalise une « séquence juste », signifiante, car « le mouvement créant le mouvement s'intensifiant dans l'instant selon une 'logique motrice' intègre tout autre type de mouvement expressif ou moteur » (Gil, 1989). Pour le spectateur, sans code référentiel par rapport à ce corps en mouvement, il s'agit de percevoir plutôt que voir, cette lecture personnalisée pouvant renvoyer à un vécu personnel ou pouvant réveiller des processus empathiques.

Ce retournement réflexif d'un mouvement agi vers l'intérieur de soi rejoint les considérations de R. Laban sur le sens intérieur donné au mouvement, et sur l'empathie.

L'analyse du mouvement en danse s'effectue par rapport au corps qui sert d'axe de référence en trois dimensions et par rapport aux composantes du mouvement décrites par R. Laban (espace, temps, flux, poids) (composantes devenant identifiables et nommables tels des gestes).

En ce qui concerne la DMT, l'analyse du mouvement a été utilisée dans un but diagnostique, en rapprochant certaines façons de se mouvoir à des traits psychopathologiques. Le mouvement dansé permet une expression d'un vécu, d'un évènement de vie parfois oublié. L'aspect non-verbal de ce langage pourrait permettre de dépasser les barrières du refoulement dans certaines circonstances, cette communication pouvant se faire de manière inconsciente. Ces éléments seraient en faveur de processus couplés énonciation-énoncé (Vaysse J., 2006).

2.1.3.3.3. *Une production à valeur d'expression*

Le corps est donc utilisé comme système de communication. Communiquer nécessite les processus de l'énoncé et de l'énonciation. L'énoncé est le produit fini, mis en forme (verbale ou non-verbale). L'énonciation est le processus interne permettant d'aboutir à l'énoncé. Ces deux processus sont interdépendants.

En linguistique, les règles sémantiques et syntaxiques ont pour rôle d'organiser le discours afin de rendre compréhensible son énoncé. En danse, la posturo-gestualité doit elle-aussi respecter une certaine « grammaire » (exemple de la danse classique, du système de notation de Laban...). On parle alors d'« énonciation corporelle », travail fourni par le « corps global » qui utilise ses ressources toniques, émotionnelles, sensorielles, affectives, idéiques pour produire un énoncé. Certains chorégraphes mettent l'accent sur l'énonciation en valorisant l'expression émotionnelle et l'inventivité qui en résulte. La danse contemporaine par exemple se base en grande partie les aptitudes énonciatives du corps. La danse-contact-improvisation se focalise sur l'immédiateté du processus énonciatif puisque la forme énoncive est par définition improvisée sur le moment, donc aléatoire, inattendue et instantanée.

En DMT, toutes les techniques utilisent ces ressources intracorporelles et ces liens entre kinésique et pensée, qui sont souvent défaillantes chez les patients. La DMT permet de les développer et de les consolider. L'énonciation dite « primaire » permet de se focaliser sur la production gestuelle brute, qui comprend les sensations, émotions, images qui habitent et animent le mouvement. Elle émerge et s'organise de façon spontanée. Cela débouche systématiquement sur la production d'un énoncé, qu'il soit prévu dans le cadre d'une chorégraphie ou improvisé (Vaysse J. , 2006).

Selon F. et D. Dupuy, la danse favorise également chez un enfant la « disponibilité corporelle et imaginative, l'ouverture de toute la personnalité aux possibilités du mouvement et de l'invention, laissant largement de côté la performance technique et la prouesse esthétique ». Cela implique que le travail d'improvisation laisse une liberté dans l'expression et que, a contrario, l'introduction d'exercices impliquant la reproduction d'un enchaînement de gestes mènerait à une imitation de l'énonciation, impersonnelle, et diminuerait la créativité et l'expressivité. Ce serait l'énonciation qui traduirait directement le discours corporel et son contenu (Dupuy & Dupuy, 2002).

- J. Vaysse écrit que l'on peut également recourir en DMT à un énoncé formalisé, ou énonciation secondaire:
 - Soit il s'agit d'une technique de DMT dans laquelle est montré un exercice que le patient doit apprendre ou reprendre. Il y a un travail de mémorisation et, au moment de la restitution, un travail d'interprétation grâce aux ressources propres du patient. Cette réappropriation d'un modèle imposé est ce qu'on appelle « énonciation secondaire ». Cela permet une certaine re-mise en ordre psychique et symbolique. (expression primitive, DMT imitative de R. Gaetner)
 - Soit il s'agit d'un temps qui succède à une improvisation, et l'« énonciation libre » qui en résulte est réexploitée afin d'approfondir les éléments spontanément émis. Cela permet, en forçant le patient à mettre en forme de façon plus rigoureuse et esthétique la première énonciation, de renforcer les aptitudes psychomotrices et son efficience cognitive, et donc de consolider son narcissisme (par exemple phase du patient leader de la DMT chacienne)

L'« histoire familiale » dont le patient est le dépositaire à la naissance ainsi que ses expériences de vie sont intériorisées, en-deçà des processus secondaires d'élaboration mentale. Ainsi, chaque mouvement, chaque geste en serait imprégné à un niveau inconscient, sans signification mentale claire. Ce sens émergeant peut être révélé par un travail psychodynamique d'introspection. Pour mettre à jour un traumatisme récent ou ancien, un refoulement ou élucider des angoisses « inexpliquées », il est habituel de donner un sens aux différentes formes d'expressions du patient. A partir de la danse, cela est possible à partir des mouvements réalisés, de la gestuelle, de la façon de se mouvoir de la personne.

La DMT permet une dimension thérapeutique débutant dès la mise en acte. L'activité énonciative offre la possibilité de révéler par la mise en mouvement certaines problématiques que le patient ne peut atteindre par la seule verbalisation à cause d'un défaut de mentalisation ou de symbolisation. La thérapie verbale interprétative est complémentaire de ce processus, la DMT permettant une mise en mots plus facile.

Cette mise en acte kinésique doit être différenciée du « passage à l'acte ». En effet son rôle va plus loin que celui d'une simple soupape ou d'une action cathartique. Ce passage à l'acte, en court-circuitant la psyché et empêchant une organisation psychique et une mise en sens, ne permet pas une médiation vers une intégration psychique. Cela permet seulement un soulagement émotionnel, une libération énergétique, une résolution tonique au niveau de l'économie psychocorporelle. Cet effet cathartique permet une diminution immédiate des tensions internes mais ne permet pas une résolution des conflits à long terme en l'absence d'une mentalisation de ces conflits et d'une prise de conscience autour de cet agi irréfléchi (Vaysse J. , 2006).

2.1.3.4. Le rôle des images mentales

Selon J. Vaysse, l'image mentale est le résultat de l'association du neurologique et du psychique. Son contenu est nourri du réel et de l'imaginaire. L'image mentale peut, à partir des éléments de l'environnement, équilibrer l'importance de la présence de la réalité et de la subjectivité. La danse permet la traduction corporelle directe de cet imaginaire, et devient une

incarnation de celui-ci. L'imaginaire ainsi agit devient alors une sorte de « réalité fictive » (Vaysse J., 2006).

Selon R. Laban, pour tout mouvement il existe une image intérieure. L'état de corps correspondant semble relever d'un amalgame action-image mentale, sans réelle impression psychique et non-consciente car « in-corporée » au mouvement (Laban, 1950).

Le fait de se représenter par image mentale une action, sensation... se traduit au niveau cérébral par une activation neuronale, notamment par l'intermédiaire des neurones-miroirs.

En DMT, l'utilisation de l'image mentale peut prendre plusieurs formes :

- Venue spontanée d'images mentales par processus associatif lors de l'action dansée.
- Possibilité d'induire une image mentale par le thérapeute soit par suggestion motrice, en dansant avec les patients, soit par proposition verbale (exemple: repérer une zone du corps qu'on voudrait oublier, puis proposer de faire venir l'image d'un lieu familier).
- Dans le but de relancer des processus émotionnels et mentaux bloqués, refoulés ou réprimés.
- Image mentale induisant un mouvement dansé ou mouvement dansé (activité kinésique de préférence énonciative) induisant une image mentale (réalisant un lien de la psyché vers le soma ou du soma vers la psyché).
- Absence possible de survenue d'images mentales dans certaines pathologies ou présence inhibante d'un trop plein d'images mentales (traumatismes, maltraitance...importance particulière du rapport au corps) (Vaysse J., 2006)

2.1.3.5. Le processus d'imitation

De nombreux auteurs de littérature classique, tels que Montaigne, E. A. Poe, Nietzche ont souvent associé l'imitation à la faculté d'éprouver de l'empathie.

On distingue deux grands mécanismes cognitifs de l'imitation, décrits par M. Iacoboni :

- Un cadre idéomoteur de l'imitation,
- Le modèle de l'apprentissage de séquences associatives,

La construction idéomotrice de l'imitation stipule que le point de départ de l'action n'est pas une réponse à un stimulus sensoriel mais plutôt la représentation du but à atteindre. Appliqué à l'imitation, cela se traduit par la représentation de l'action d'un autre et de ses conséquences dans l'esprit de la personne qui imite. Il imite alors le but de l'action et non l'action elle-même, mouvement par mouvement. Cela a été retrouvé lors d'une expérience chez les enfants réalisée par H. Bekkering, A. Wolhschäger et M. Gattis (Bekkering, Wohlschläger, & Gattis, 2000). Cela implique que notre expérience perceptive et motrice est très importante dans la formation des aspects fonctionnels de l'imitation (aspect également retrouvé dans le second mécanisme cognitif, décrit ci-après) (Iacoboni, 2009).

Le modèle de l'apprentissage de séquences associatives suppose que les capacités d'imitation sont basées sur des associations entre les représentations sensorielles et motrices

des actions. Ces associations sont formées par l'expérience, bien qu'un petit nombre de ces associations soient innées. De plus, les miroirs et les autres surfaces réfléchissantes permettent l'observation de nos propres expressions faciales et de nos mouvements corporels comme s'ils étaient réalisés par quelqu'un d'autre.

En outre, J. Nadel stipule que tôt dans le développement de l'enfant, les adultes tendent à imiter les bébés, ce qui favorise la formation des associations entre les représentations sensorielles et motrices de ces actions. (Nadel J., 2002)

Le rôle de l'environnement est donc important dans la formation des capacités d'imitation. L'effet de l'entrainement est important dans la latence du temps d'imitation.

Lorsqu'on fait le lien entre l'imitation et l'empathie dans les comportements sociaux, on s'aperçoit qu'il existe deux types d'imitation, décrites par A. Dijksterhuis :

- Un chemin « lent/bas/faible/simple » qui conduit à l'imitation de manière directe, de telle sorte que l'observateur agit les gestes, postures, expressions faciales et discours perçus chez l'autre.
- Un chemin « haut/élevé » qui conduit à une forme d'imitation plus complexe et subtile. Ce mécanisme de haut niveau serait envahissant et automatique, contrairement au mécanisme de bas fonctionnement. Une des hypothèses sur l'utilité de ce mécanisme est que l'imitation facilite les interactions sociales, augmentant le lien entre les individus et favorisant la possibilité de prendre soin des autres. Cette hypothèse implique qu'un « bon imitateur » est également bon dans la reconnaissance des émotions d'autrui, ce qui pourrait conduire à une plus forte capacité d'empathie (Dijksterhuis, 2005).

Le processus d'imitation est primordial dans le développement de l'enfant, dans la formation de schémas moteurs en fonction des buts à atteindre. On le retrouve dans plusieurs théories, notamment la théorie de l'attachement, la théorie du rôle miroir de la mère chez D.W. Winnicott.

- T. Charman et S. Baron-Cohen ont émis l'hypothèse qu'il existe des relations développementales entre l'attention conjointe, le jeu (« play ») et les capacités d'imitation avec le développement de la théorie de l'esprit. Ils ont testé cette théorie en mesurant le langage et le quotient intellectuel (QI). Un lien significatif entre les capacités d'imitation et le développement du langage expressif (mais non réceptif) a été mis en évidence. Ce résultat soutient l'hypothèse que d'une part l'attention conjointe, le jeu et l'imitation, d'autre part le langage et enfin la théorie de l'esprit pourraient être une partie d'un système de représentation sociale et de la communication commun dans l'enfance, et qui se différencieraient au cours du développement de l'enfant (Charman, et al., 2000).
- J. Nadel et J. Decety pensent que ce processus d'imitation est cependant intriqué avec la communication non-verbale, dans les interactions interpersonnelles et dans le développement maturatif psychocorporel de l'enfant, en impliquant une imitation non-consciente. Celle-ci est inductrice de résonnance corporelle entre deux personnes, activant un

écho interne et interactif aux niveaux moteur, affectif et idéique, indispensable à la formation des aptitudes empathique, identificatoire et transférentielle (Nadel & Decety, 2002).

D. Widlöcher établit un lien entre l'imitation et les processus identificatoires : l'imitation permet de construire une représentation interne, partielle ou totale, de l'objet. Elle remplit alors un rôle important dans l'empathie. Mais il s'interroge également sur le lien inverse : ne serait-ce pas l'empathie qui permettrait le processus d'identification au travers de l'imitation ? (Widlöcher, 2004)

L'imitation en miroir a été au centre de la pratique de R. Gaetner. Le miroir est alors le corps du danse-thérapeute et celui de l'enfant, en référence à la théorie de S. Lebovici sur les interactions mère-enfant (« en regardant sa mère le bébé voit deux choses : les prunelles de sa mère, sa mère en train de le regarder. Dans ces jeux de miroir qui se répondent à l'infini, sa mère se voit aussi mère dans les yeux de l'enfant » (Lebovici, 1987)). Elle explique que lorsque le thérapeute regarde l'enfant qui se voit dans ce regard, cela permet une reconnaissance réciproque, et que lors de l'imitation en miroir, quand le thérapeute reprend le trait ou le geste fait par l'enfant (à l'identique ou en l'enrichissant) et que ce dernier l'imite à son tour, cet enchaînement amène à la création. Elle souligne également que le miroir réel permet de rassurer le patient dans son intégrité, en permettant que le corps soit nommé et reconnu sexué dans ses parties et sa globalité (Gaetner, 2003).

2.1.3.6. La notion de créativité, accès à la symbolisation

F. Granier insiste sur les aspects neurocognitifs de la créativité. Il évoque tout d'abord son aspect perceptif, particulièrement bien étudié notamment dans les domaines visuel, musical et cénesthésique. Il distingue deux modèles : un modèle élémentaire, périphérique à partir d'une stimulation sensorielle, et un modèle global, central, qui porte sur la reconfiguration, réorganisation, reconstruction permanente des images mentales. Il précise que ce système est tributaire des liens émotions-cognitions, les émotions assurant les motivations, le choix et l'énergie du processus.

Il s'arrête ensuite sur l'aspect exécutif, établissant que la réalisation concrète d'une œuvre nécessite des facultés d'attention, de mémoire de travail, de mémoire d'évocation et d'éveil. La conceptualisation et la finalisation font jouer les capacités de flexibilité, de fluence, de planification, d'organisation, de résolution de problème, de séquenciation temporelle, de rétro-évaluation et de coordination, dont découlent la conceptualisation, l'improvisation, l'adaptation, la souplesse ou la rigidité, et la représentation spatiale.

La tâche artistique en elle-même fait intervenir les processus de repérage, d'identification, la recherche de relations internes dans l'image spatiale ou sonore, du pouvoir de discrimination, des tendances au regroupement, du traitement des distorsions, de l'orientation, des rapports surface/volume et de la perspective, des rapports fond-forme, de la polysensorialité, des synesthésies. La motivation est également un aspect essentiel, sous-tendu par « le tonus énergétique », avec une théorie dopaminergique de la création. Il ajoute que les noyaux de la base sont bien connus dans le circuit du plaisir et de la récompense, impliqué dans la création (Granier F. , 2012).

- D. Anzieu définit deux notions distinctes : la créativité et la création.
- La créativité est « un ensemble de prédispositions du caractère et de l'esprit qui peuvent se cultiver et que l'on trouve sinon chez tous, (...) du moins chez beaucoup ».
- La création, « c'est l'invention et la composition d'une œuvre, d'art ou de science, répondant à deux critères : apporter du nouveau (c'est à dire produire quelque chose qui n'a jamais été fait), en voir la valeur tôt ou tard reconnue par un public. »

En ce qui concerne le travail de création, il constituerait pour lui la troisième forme du travail psychique avec le travail du rêve et du deuil. Ce sont des phases de crise pour l'appareil psychique.

Il décompose le processus de créativité en 5 phases :

- La phase 1, passive, de l'inspiration naissante, inconsciente, proche d'une transe intérieure, procurant une sorte d'angoisse blanche.
- La phase 2, active, de la prise de conscience avec un saisissement d'affects (colère, frustration, exaltation...) et/ou d'images mentales (liées à une situation de perte, d'abandon, de félicité...) et/ou d'un moment privilégié vécu comme source créative.
- La phase 3, de l'élaboration, par déplacement de l'espace mental.
- La phase 4 de la composition conduisant à la réalisation.
- La phase 5 de l'achèvement de l'œuvre : devenant extérieure au créateur, celui-ci doit en faire un objet dont il se sépare et qu'il soumet au public (Anzieu D., 1982).
- J. Vaysse précise que la créativité se concrétise par la création d'une œuvre en tant qu'expression artistique (Vaysse J., 2006).

Selon S. Freud, le processus de créativité est la dynamique interne qui pousse vers un acte créateur et son objet. Elle est alimentée par « les composantes désirantes et énergétiques ou libido détournée d'une voie sexualisée au profit d'un but narcissique et sublimatoire ». Pour lui, la « créativité nait de l'insatisfaction »(Freud S. , 1985).

D. W. Winnicott avance que le jeu est une des seules, voire la seule voie vers la créativité chez l'enfant, de par son lien à l'espace transitionnel, qui se révèle être « l'essence du symbole ». La mise en place de la transitionnalité ne peut se faire que si l'objet « interne est vivant, réel et suffisamment bon, et en pensant que cela dépendra de la même manière de l'attitude, voire des compétences des objets externes ». La créativité est dépendante dans la petite enfance de l'expérience du « trouvé-créé » par le nourrisson. Ce moment illusoire de création peut ouvrir la voie à une vie créatrice chez l'adulte, elle-même la seule manière de l'individu pour découvrir le soi en lui permettant d'utiliser sa personnalité entière, préalable nécessaire à l'aboutissement de la quête de soi. En thérapie, il est nécessaire que le thérapeute réfléchisse cette créativité en miroir pour qu'elle s'intègre à la personnalité individuelle et organisée, et c'est « cette créativité qui permet à l'individu d'être et d'être trouvé (...) et qui lui permettra finalement de posséder l'existence de son soi ». Il ajoute même que « le jeu implique le corps » (Winnicott D. , 1975).

Il s'est beaucoup interrogé sur les origines de cette créativité. Sa définition de la créativité et la différenciation avec la création rejoint les définitions de D. Anzieu. Il précise

considérer la créativité comme « perception créative du monde », qui s'oppose à une « soumission » à la réalité extérieure, lorsque l'individu « s'adapte et s'ajuste (...) au monde et à tous ses éléments ». Tout évènement peut donc être vécu de manière créative. Il définit la notion de « pulsion créative présente chez chacun de nous ». Il relie le fait d'être capable de vivre de façon créative, avec le sentiment « que la vie vaut la peine d'être vécue » (Winnicott D. , 1975).

En se basant sur ces textes, J.-Y. Le Fourn souligne l'existence deux étapes dans le développement de la créativité chez l'enfant :

- Un temps de création primaire, qui correspond à la capacité de l'enfant à se « représenter mentalement l'objet absent et peut-être perdu, voire parfois forclos » et qui permet d'accéder à la symbolisation.
- Un temps de création secondaire, où la question de la sublimation est centrale (Le Fourn, 2003).

Selon M. Klein, créer serait pour l'enfant la capacité à réparer l'objet perdu. Elle remarque que les situations d'angoisse de l'enfant sont « visibles » dans l'élan qui guide le processus de créer, et selon elle l'angoisse serait nécessaire à la création (Klein M., 1974).

R. Gaetner souligne que la créativité se distingue de la création car elle n'a aucun but défini : « c'est la capacité de rêver pendant le jour, de s'évader de la banalité quotidienne (...), c'est avoir du plaisir pour les choses les plus élémentaires de la vie (...). L'ennui est le contraire de la créativité ». Elle explique également que « la créativité est un état purement narcissique parce qu'il n'a besoin que de soi »(Gaetner, 2003).

En danse, J. Vaysse insiste sur le fait que la matière de l'objet à créer est identique à l'objet créé, c'est-à-dire le corps, qui est la base du processus créatif, couplé à un potentiel sentiment de dépassement et de sublimation. Le processus de création est plus important que le résultat. Il touche aux problématiques du patient et à ses élans idéo-affectifs et ses potentialités, avec la possibilité d'une extériorisation libre coulée dans le mouvement dansé. Le processus de créativité s'articule avec le processus d'énonciation. Dans cette optique, l'improvisation est fondamentale, et peut être associée par certains danse-thérapeutes comme un « processus d'associations libres non verbales ». La créativité peut également permettre éviction du mécanisme de répétition de certains patients, en leur donnant des consignes d'exercices, et ainsi d'expérimenter des schèmes nouveaux, inconnus (Vaysse J., 2006).

2.1.3.7. La médiation

Les fondements de la médiation reposent sur la notion d'espace transitionnel élaboré par D. W. Winnicott, et d'objet transitionnel, qui « représente la capacité qu'a la mère de présenter le monde de telle manière que le petit enfant n'est pas tenu de savoir immédiatement que l'objet n'est pas créée par lui » (Winnicott D. W., 1975).

Cet outil était pour R. Diatkine essentiel à la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique des enfants pour mettre en place les processus de symbolisation. Il a créé en 1971 à Paris une unité ne fonctionnant que par la médiation : des enfants scolarisés, ayant

le plus souvent un environnement familial défaillant, venaient tous les soirs dans cette unité, qui ne fonctionnait qu'avec des psychologues. Le soin ne passait que par la médiation : il existait plusieurs ateliers ouverts en même temps, offrant chacun une médiation différente (que ce soit les arts plastique, les jeux, le théâtre, la danse). Il y eu différentes périodes durant lesquelles les ateliers se déroulaient en groupes fermés ou ouverts. (En ce qui concerne les ateliers d'art dramatique, à la demande des enfants, le thérapeute notait par écrit l'histoire jouée, ce qui avait pour effet de créer un « journal de bord, mémoire de groupe pourtant instable ». Cela avait introduit spontanément une « continuité relative et un certain déroulement temporel ».) (Diatkine & Avram , 1995)

Les hôpitaux de jour accueillant des enfants fonctionnent encore de manière prépondérante sur la médiation.

R. Roussillon a beaucoup travaillé sur l'utilisation des médiations dans le travail thérapeutique. Il explique que la théorie de la médiation se place au sein d'une théorie du soin et de la symbolisation, l'activité de la symbolisation étant matérialisée à partir d'un « médium malléable ». Il explique que les évènements traumatiques ne peuvent être appropriés par le sujet s'ils ne sont pas symbolisés, et sont alors soumis au processus de répétition. L'objet de médiation représente le soignant, tout en étant détaché et différent de celui-ci, en particulier lorsqu'il n'est pas possible pour le patient d'utiliser le thérapeute comme espace de projection résistant aux attaques et destructions du patient. Le médium malléable, ou « objeu » selon F. Ponge, permet de jouer ou mettre en forme ce qui ne peut l'être dans la relation directe au praticien. Cela permet d'étayer le travail psychique de mise en représentation et de symbolisation, le travail psychique de subjectivation, et permet de rejouer symboliquement des évènements traumatiques, de se les approprier (pour s'échapper de leur répétition). Il décrit plusieurs conditions dans le choix du médium malléable :

- Il doit correspondre aux systèmes perceptivo-sensori-moteurs du sujet utilisateur.
- Il doit être « créable » par celui-ci, notion rappelant le concept de « trouvé-créé » de D. W. Winnicott.
- Il faut que la perception actuelle du médium offre l'illusion d'accueillir et de loger ce que le sujet est en mesure d'halluciner de son expérience antérieure et ceci suppose une certaine co-incidence entre l'hallucination et la perception.
- Le médium doit pouvoir être amené en position de « symboliser la symbolisation ». la fonction représentative doit donc être transférée sur l'« objeu ».
- Le médium doit aussi pouvoir être librement utilisé pour symboliser (ce qui renvoie à l'intérêt des improvisations en danse-thérapie). Cela suppose une certaine « malléabilité », une certaine « transformabilité » du médium proposé et de l'utilisation qui peut en être faite (Roussillon, 2010).

J. Vaysse, dans son ouvrage, insiste sur la position du corps en tant que médiation et son rôle en tant qu'espace transitionnel: la danse cherche à bousculer une structuration psychocorporelle défaillante, à stimuler les processus de changement, de créativité, d'empathie, de transfert... pour induire une transformation durable au niveau du Moi. Elle provoque une mobilisation interne des processus psychodynamiques et relationnels (Vaysse J. , 2006).

J-P Klein estime que tout enfant ou adolescent, quelle que soit sa problématique, peut bénéficier d'une thérapie par la médiation, qui permet de l'accompagner dans le processus de création de telle sorte que cela enclenche un processus de transformation. Cette médiation peut faire appel à tous les arts, dont la danse et l'expression corporelle. Ce travail recherche moins à dévoiler les significations inconscientes des productions qu'à permettre à l'enfant de se recréer lui-même à travers ses créations, et il convient de prêter tant au rapport de l'enfant à l'acte de création et d'imagination qu'au contenu même de ses inventions, et de l'aider à aller plus loin dans ses productions.

Quant à son regard sur la danse en tant que médiateur, J-P Klein invoque le mouvement comme permettant d'accompagner un processus d'intégration physique et psychique de l'individu. En danse, le corps est élu comme symbole du corps, le corps réel et le corps imaginaire s'entremêlant. Le corps symbolique se mesure au mouvement qui s'inscrit dans l'espace et le temps, l'apesanteur, le rapport des danseurs entre eux, avec les spectateurs, au style. Il se crée un échange symbolique entre le thérapeute et le patient dans une relation transférentielle, et un dialogue non verbal s'installe. La danse prend le corps concret comme corps métaphorique, et permet de retrouver l'aptitude au symbolique (Klein J.-P., 1997).

2.1.3.8. Les processus groupaux : apports en lien avec la DMT

R. Kaës se base sur la théorie que le groupe thérapeutique renvoie aux groupes sociaux dont il reproduit « les fondements de l'ordre symbolique ». Cela permettrait de rejouer les troubles secondaires à « la défaillance des garants » :

- « le trouble dans l'étayage de la pulsion et dans le pacte des renoncements pulsionnels partiels nécessaires à la vie en communauté »,
- « le trouble des identifications et dans les systèmes de liens »,
- « le trouble dans les certitudes et dans les systèmes de représentations partagées ».

Il en déduit l'objectif du travail groupal, qui serait de « restaurer les fonctions métapsychiques sur lesquelles reposent les étayages et les pactes de renoncement, l'efficace des interdits structurants, les repères identificatoires, les croyances et les représentations partagées ». Il précise qu'il existe des effets de l'inconscient sur les processus de groupes et des effets de groupe sur les processus psychiques. Le groupe devient alors dans le cadre sociétal « un contrat fondé sur des identifications mutuelles, des représentations et des idéaux communs, des alliances conjointes et sur des renoncements réciproques aux satisfactions pulsionnelles immédiates et aux idéaux personnels ». Il relie ses « membres » parce qu'il fonde et maintient la cohésion personnelle. Il permet également de soutenir les fonctions initiatique et thérapeutique, en étant le lieu de la réunification interne, de la mise en sens et du lien.

Il pense que par rapport à une prise en charge individuel, la prise en charge groupale est plus adaptée lorsque « la souffrance des patient exige que soient d'abord établies ou rétablies les conditions d'un contenant psychique plurisubjectif, de telle sorte que le groupe puisse progressivement s'internaliser en une enveloppe psychique ».

Il précise que le groupe est un « lieu de formation et de transformation d'une réalité psychique inaccessible autrement », qui s'appuie sur une réalité psychique partagée et une intersubjectivité (Kaës, 1999).

Dans un article publié en 2010, il considère que le groupe est « le moyen et le lieu d'un travail psychique qui fabrique des médiations entre les espaces psychiques ». La médiation, quelle qu'elle soit, est un moyen d'obtenir un travail psychique chez les personnes participant au groupe et établir une relation entre elles. La médiation permet d'articuler les trois espaces psychiques qui interviennent dans le travail groupal : l'espace du groupe, l'espace du lien et l'espace du sujet singulier.

- Espace du groupe : il propose le modèle d'appareil psychique groupal, qui lie et transforme les espaces psychiques des sujets membres du groupe pour créer des formations et des processus spécifiques.
- Espace du lien : le lien entre deux sujets est un espace psychique qui se construit au travers des alliances inconscientes qui les organisent.
- Espace du sujet singulier : au sein du groupe, la personne se manifeste dans son double statut de sujet de l'inconscient et de sujet du groupe. La situation groupale permet une mise en lien des objets inconscient du sujet et des autres participants.

Dans ce contexte, l'objet n'est médiateur que dans un processus intermédiaire de transitionnalité, processus intermédiaire entre union et séparation (Kaës, 2010).

D. Duquesne souligne que la prise en charge groupale a une indication particulière chez des enfants présentant un défaut de structuration de personnalité et des difficultés d'individuation (pas de bonne distance, passage du trop près au trop loin sans juste milieu), en travaillant la distance à l'autre par la possibilité de fragmenter et répartir l'accrochage de l'enfant et ses liens à l'autre, évitant ainsi une relation exclusive qui répèterait la non-individuation de l'enfant, ne faisant que déplacer ses problématiques. Le choix du co-thérapeute est également très important dans ce contexte : elle induit la question de construction du groupe et des notions de transfert et contre-transfert. S'il existe un intertransfert, cela fragilise l'enveloppe groupale et provoque de l'excitation qui révèle les fantasmes et angoisses archaïques. Cela peut amener à des réactions de régression chez des enfants de huit-neuf ans en phase de latence.

Selon cet enseignement, on peut attribuer au groupe les fonctions décrites par D. W. Winnicott de *holding* et *handling*, ainsi que celle de « détruit-retrouvé »

- *Holding*: notion de maintien par la mère, dans une dimension très corporelle. Le groupe permet de revivre un état de désorganisation par sa fonction de *holding*.
- *Handling*: cette notion pose la question de tenir ensemble et donner un sens à ce qu'on fait ensemble au sein du groupe.
- Le « détruit-retrouvé » induit de pouvoir faire le travail de destruction mais aussi de pouvoir retrouver l'objet intact. Cela est rassurant en diminuant l'impact de la toute-puissance infantile, et l'enfant peut donc fantasmer sans que cela puisse être vécu comme dangereux. Il y a alors introduction de la notion de permanence de l'objet (Duquesne, 2013).

La fonction d'enveloppe contenante du groupe, au sens du Moi-Peau de D. Anzieu, est donc indispensable et offerte par la permanence du cadre. Ce dernier décrit ce cadre symbolique, qui implique l'invariabilité de trois facteurs : les unités de temps, d'espace et d'action.

Il est également nécessaire de construire l'identité du groupe entre autres en lui donnant un nom, définissant le dedans et le dehors par rapport au groupe, ses limites. D. Anzieu élabore que le groupe et le lieu de réalisation des désirs inconscients, mélangés avec l'angoisse suscitée par cela car de l'ordre de la transgression (si les désirs inconscients sont de l'ordre de l'interdit). A quels désir/fantasme se rattachent les angoisses ? Dans un groupe d'enfant, tous n'ont pas le même niveau de développement donc les angoisses s'expriment de manière différente, mais elles ont les mêmes objets. Il faut analyser les transferts et contretransferts afin de comprendre le contenu latent de la séance et tenter de leur permettre de résoudre les conflits psychiques (Anzieu & Martin, 2007).

R. Roussillon évoque la possibilité de résurgence des angoisses archaïques de morcellement de par la forme de groupe. Il pense que lorsque la différenciation moi/non-moi n'est pas forcément bien établie, dans le registre « avant la capacité de penser pour soi-même », la mise en groupe fait ressortir ces angoisses archaïques (et non les fragilise), qui envahissent le patient. Par le dispositif même de groupe, cela offre la potentialité de penser et donc de subjectiver les éléments de type schizoparanoïde (Roussillon, 1999).

W. R. Bion définit la « mentalité de base » comme la mise en commun d'éléments psychiques. Cela se fait de manière *inconstante*, *anonyme* (« chacun se fond dans la masse »), plutôt *convergent* (pas trop différencié d'une personne à l'autre dans les groupes), « pot commun » où les désirs du groupe ont des éléments en contradiction avec les désirs individuels, et les raisons pour lesquelles l'individu a été dans le groupe.

Il propose le concept de « groupe de travail », qui est l'objectif que doit avoir un groupe, mais qui n'est jamais acquis définitivement, fluctuant. C'est un groupe créatif dans lequel chacun peut exprimer sa propre créativité, tout en profitant de celle des autres. Mais cet équilibre est instable en raison des angoisses de type schizoparanoïde réveillées par le simple fait d'être en groupe. Pour travailler sur l'inter-créativité, ces angoisses de type schizoparanoïde doivent être contenues, sinon le groupe se replie sur l' « hypothèse de base » si elles deviennent trop importantes. C'est la configuration que prennent les groupes pour échapper aux angoisses de morcellement schizoparanoïdes. Il donne plusieurs exemples de mécanismes de défense utilisés par le groupe pour échapper à ces angoisses :

- Le couplage : relation duelle entre deux personnes, sans connotation de séduction, avec l'assentiment du groupe. Il faut respecter cette position qui peut également permettre l'émergence d'une créativité et une position salvatrice.
- O L'attaque-fuite : groupe qui s'organise en définissant l'objet externe comme agresseur et réagissant par la fuite ou l'attaque.
- O La dépendance : à l'intérieur du groupe, tous les membres vont se mettre en état de dépendance, par rapport à une personne (sein archaïque) et par rapport à une pensée (système anti-pensée, sans créativité).
- O Une personne qui s'exclue du groupe : La personne qui s'exclue du groupe peut être, sans le savoir, le porte-parole du groupe. Certaines choses appartiennent à l'individu et d'autres aux groupes (Bion, 1982).

J. Wittig rappelle que le groupe est un « conteneur symbolique de tous les sentiments et toutes les expériences de la société », citant Schneider. Il préconise l'utilisation des cercles dans la mouvance théorique chacienne pour créer un environnement groupal et une cohésion, ce qui permet ensuite de faciliter la compréhension du mode relationnel au groupe de chaque individu. Il précise que M. Chace utilisait le *mirroring* pour permettre la mise en relation lors d'exercices d'improvisation et permettre à chacun de développer un sentiment d'appartenance au groupe (Wittig & Davis, 2012).

2.1.3.9. Théorie de l'attachement

A. et N. Guédeney ont beaucoup étudié la théorie de l'attachement en France, théorie élaborée par J. Bowlby en Angleterre.

L'attachement est un des besoins primaires du nourrisson. Il est défini comme l'une des dimensions du lien entre deux personnes qui pousse le bébé à rechercher la proximité d'une personne mature en cas de détresse.

On distingue classiquement trois types d'attachement : *sécure*, *insécure* (évitant ou ambivalent/résistant) et désorganisé.

Pour développer un attachement *Secure*, il est nécessaire que la figure d'attachement de l'enfant (le plus souvent la mère), une proximité psychologique et une disponibilité émotionnelle. Le parent rétablit la proximité avec l'enfant et créée une expérience de partage émotionnel que l'on peut appeler *mirroring*. Le parent répond à l'enfant en imitant de façon imparfaite sur le même registre émotionnel infra-verbal. L'enfant va alors se sentir « validé » et compris dans l'expression de cette émotion, sans être submergé par l'émotion négative du parent. Lorsque l'attachement est stable, sécure et prévisible, cela permet d'anticiper de manière efficace une menace et d'éviter d'activer le système d'attachement de manière trop fréquente. En effet, ce dernier aurait été, selon J. Bowlby, organisé pour être activé par la peur, souvent associée à la perte de la protection de la figure d'attachement (Guédeney & Guédeney, 2009).

A. Berhends, en citant P. Fonagy, rattache la capacité de l'enfant à distinguer le soi et l'autre aux interactions précoces avec le *caregiver*, et elle dépendrait de la qualité des relations d'attachement. Elle établit que c'est l'un des aspects crucial de l'empathie et des relations interpersonnelles, tout comme C. Berrol (Berrol, 2006; Behrends, Müller, & Dziobek, 2012).

D'après A.-S. Mintz et M.-O. Pérouse de Montclos, on retrouve chez l'enfant âgé de quatre à douze ans des associations entre la qualité de l'attachement et les interactions sociales, la sécurité de l'exploration et l'adaptation dans le milieu scolaire. Les liens avec l'estime de soi n'auraient pas été étudiés mais un vécu positif de l'environnement par l'enfant, une meilleure adaptation aux expériences négatives et un vécu positif d'eux-mêmes ont été retrouvés chez les enfants ayant un attachement sécure. Enfin, la sécurité de l'attachement semble permettre à l'enfant de s'adapter et de ne pas être déstabilisé par des émotions négatives, en lui offrant la possibilité de faire appel progressivement à ses ressources internes, avec l'aide de son environnement, pour trouver des stratégies pour gérer ces émotions. De

plus, ces enfants ressentiraient davantage les émotions positives que les enfants ayant un type d'attachement *insécure* (Mintz & Pérouse de Montclos, 2009).

S. Tereno, F. Atger et V. Bekhechi se sont intéressés aux rapports entre les capacités de mentalisation et l'attachement. Ils définissent la mentalisation comme « la capacité à comprendre son propre comportement et celui de l'autre en terme d'états mentaux sous-jacents ». Il s'agit d'un concept intégrant cognitions et émotions, qu'ils rapprochent de celui de l'empathie en précisant que l'empathie ne porte que sur les états mentaux d'autrui et non sur les siens propres. Ils font également un lien avec le concept de fonction réflexive élaboré par P. Fonagy. En se basant sur plusieurs études de neuroimagerie, ils expliquent que lorsque le système d'attachement est activé, celui de la mentalisation se désactive et inversement. Or moins l'attachement est sécure, plus le système d'attachement sera activé (comme nous l'avons précisé plus tôt), et donc le système de mentalisation sera désactivé (Tereno, Atger, & Bekhechi, 2009).

En danse-thérapie, nous pouvons rapprocher cette théorie des exercices de *mirroring*, qui seront détaillés plus tard. En effet, le développement de la fonction réflexive telle qu'élaborée par P. Fonagy nécessite en premier lieu l'expression par le parent d' « *affect mirroring* », ou « réflexion contingente des affects », afin que l'enfant puisse accéder à une compréhension de ses propres états mentaux. S. Tereno et al. rappellent la définition de Gergely et Watson du *mirroring* comme étant « la capacité de la mère à produire une version exagérée des expressions émotionnelles réalistes grâce à laquelle l'état mental de l'enfant lui est reflété ». Il s'agit de l'étape préalable à la reconnaissance par l'enfant de ses propres pensées ou émotions, et de sa capacité à imaginer l'état mental de l'autre. Ces différentes étapes vont amener à l'acquisition de la fonction réflexive (Tereno, Atger, & Bekhechi, 2009).

2.1.3.10. Spécificités de la DMT

2.1.3.10.1. Place de la musique et du rythme

Rapport au temps

La temporalité est définie par B. Lesage par la durée et la vitesse, mais pas seulement : certains gestes peuvent sembler atemporels, c'est à dire que le temps n'est pas marqué. Un aspect important de lecture du geste est le *phrasé* : le mouvement doit comprendre un élan (dépendant de l'appui), un développement, une fin, une ponctuation (ou temps de rassemblement, de récupération, mais non un temps *mort*). Cette distinction de phase est un premier niveau d'organisation temporelle (Lesage, 2006).

Comme le dit G. Bachelard, « la temporalité est liée à la conscience du temps. Il plaide pour un temps subjectif fondé sur l'instant et rempli d'accident » (Bachelard, 1985). Selon B. Lesage, cette discontinuité de l'expérience du temps implique que « chaque conscience doit franchir le vide temporel qui sépare les instants, et G. Bachelard attribue au rythme cette fonction de lien temporel ».

Il évoque aussi R. Laban, qui apporte une nuance dans le rapport au temps : soit le geste est mû par l'urgence, soit il s'abandonne à la durée dont il dispose : c'est l'intention, la décision qui détermine les impulsions dans une qualité de soudaineté ou de tranquillité, dans un mouvement continu. Ces qualités de mouvement traduisent également des connotations émotionnelles (rapide : nerveux, anxieux, précipité.... Et tranquille : doux, coulé, languissant, serein, sûr).

L'attention au temps peut aussi être absente, ce qui confère une qualité particulière au mouvement, en maintenant une vitesse constante par exemple (Lesage, 2006).

La musique

Selon J. Grahn et M. Brett, danser en musique améliore la coordination sur un rythme externe, ce qui est connu pour améliorer la coordination psychomotrice. Les aires cérébrales impliquées dans cette perception (*beat perception*) se chevauchent avec les aires commandant la production de mouvements, telles que les ganglions de la base et l'aire motrice supplémentaire (Grahn & Brett, 2007).

L. McGarry précise que le mouvement rythmé par une musique faciliterait la coordination temporelle durant le « mirroring ». Cela devrait augmenter la synchronisation temporelle des mouvements imités ou du reflet de la qualité du mouvement avec la personne imitée, et finalement relancer la résonance émotionnelle. La musique peut aussi être utilisée comme inducteur émotionnel lors d'une session. La présence de musique en danse ajoute à l'authenticité de l'émotion exprimée, qui pourrait être plus difficile à induire dans une thérapie traditionnelle, spécialement avec des patients ayant des déficits dans l'expression émotionnelle (McGarry & Russo, 2011).

Enfin, R. Moreno et R. Mayer démontrent que la musique ajoute une autre modalité sensorielle au mimétisme visuel, pouvant faciliter l'apprentissage émotionnel à travers l'utilisation d'une présentation multimodale (Moreno & Mayer, 2007).

Le rythme

Pour J. Vaysse, « le rythme découpe le temps et donne au mouvement une durée ». Le temps objectif est différent du temps perçu: la création d'une chorégraphie avec un début, un déroulement de la chorégraphie et une fin (extension du *phrasé* de B. Lesage), permet aux patients ayant une conscience erronée du temps de les aider à percevoir la temporalité et le rythme. Ce dernier renvoie aux rythmes biologiques et aux « rythmes de l'univers » (rythme circadien, écoulement des jours, semaines, mois, années). On retrouve l'utilisation des rythmes dans la méthode d'expression primitive, où elle est prépondérante.

En DMT, toutes les techniques s'appuient sur les rythmes, aussi bien internes qu'externes. Par exemple, durant le moment de relaxation en début de séance de DMT, on peut ainsi se focaliser sur les rythmes internes (pulsations cardiaques, respiration...). Cela peut solliciter un imaginaire intéressant, source d'angoisse ou de bien-être. La perception de ces rythmes favorise les associations libres et les images mentales. Ces sensations sont souvent difficiles à percevoir, surtout pour les patients psychotiques.

Le rythme interne d'expression externe le plus archaïque, le plus universel et le plus spontané est l'exécution du pas. Le pas est utilisé en DMT comme rythme de base sur lequel on introduit des variations. Il permet d'expérimenter la temporalité, le sens de l'équilibre, le choix tonique, l'espace, les qualités d'une action... La manière dont les participants bougent et exécutent les pas offre une fenêtre vers certaines composantes du moi, qu'elles soient énergétiques, émotionnelles ou toniques. En même temps cela induit des interactions entre les participants au sein du groupe, avec des recherches rythmiques en sous-groupes. La DMT permet la réactivation de conflits non-verbalisables de manière directe qui peuvent ensuite être verbalisés.

En ce qui concerne la perception du rythme, on retrouve fréquemment un support binaire : il découle d'une théorisation basée sur la césure Moi-objet externe, la notion d'absence-présence (jeu du For-Da), et le rapport signifié-signifiant du structuralisme ; ce rythme binaire est utilisé de manière préférentielle en expression primitive. On peut également considérer un système ternaire en se basant sur les expériences de fusion-séparation-individuation et la triangulation œdipienne. Cela permet de passer par un moment neutre ou une pause et éviter ainsi les points de rupture dans l'exploration des extrêmes, et atteindre un équilibre d'homéostasie corporelle avec apaisement des tensions intérieures.

La DMT se sert en permanence de la musique et de rythmes imposés par l'extérieur. Selon les techniques de DMT, on peut utiliser la musique, le silence, ou la production du rythme par des sons, des vocalisations, des frappements de mains par les participants. Le fait qu'ils créent leur propre musique peut se révéler moins anxiogène qu'une musique et un rythme venant de l'extérieur. Cela peut également permettre de rétablir le lien avec leur propre corps. Cela rentre dans l'activité énonciative de la DMT. A contrario, les musiques très rythmées peuvent avoir un effet inducteur de mouvement par une excitation probable de la synchronisation de l'activité cérébro-motrice (danses africaines et son effet groupal, brésiliennes). Certains groupes proposent aux participants d'apporter leur propre musique. (Vaysse J., 2006)

2.1.3.10.2. Espaces et mouvements dansés

J. Vaysse dit que « la conscience de l'environnement spatial relève de la conscience de Soi dans cet espace et s'organise par rapport au corps »(Vaysse J., 2006).

Définition psychomotrice de l'espace

B. Lesage résume l'analyse de R. Laban (Laban, 2003) sur la géométrie de l'espace : on peut définir les notions de niveau, de plan et de direction d'un point de vue psychomoteur :

- Trois niveaux d'exécution d'un geste : bas, moyen et haut, qui ne sont pas exclusifs. Chaque niveau fait l'objet d'un investissement sur le plan psychomoteur, mais tous les niveaux ne sont pas repérés par tous les patients, et donc peuvent faire l'objet d'un travail particulier en DMT.
 - o Le niveau bas correspond aux membres inférieurs, c'est le niveau de la locomotion. C'est également le niveau exploré lorsque l'enfant rampe.

- Le niveau moyen correspond au tronc et aux bras, c'est le niveau du « faire ».
 il est exploré lors de la marche à quatre pattes par exemple.
- Le niveau haut est celui de la tête et correspond au fonctionnement cérébral et au langage. Il est exploré lors de la marche.
- Trois plans anatomiques et six directions fondamentales. Chaque plan (sagittal, frontal et horizontal) est défini par un axe de rotation qui lui est perpendiculaire, ce qui donne six directions fondamentales: haut/bas, droite/gauche, avant/arrière. On peut, dans certaines pathologies, observer une dissociation entre les deux hémicorps par exemple, ou entre différents axes. Laban précise ces directions de base en les divisant en vingt-six directions inscrites dans un cube (haut-droite, haut-droite-avant, haut-droite-arrière...). Certaines directions peuvent être sur-représentées et d'autres non-utilisées chez certains patients. Certains enfants peuvent également ne fonctionner que sur seulement un ou deux plans, y compris chez des enfants scolarisés. B. Lesage fait le lien chez ces enfants qui ne fonctionnement que dans le plan sagittal (le schème de torsion étant absent, ce qu'il relie à une attitude agressive) avec leurs difficultés dans l'apprentissage de l'écriture (difficultés en particulier dans l'espacement des lettres).

En expression primitive, les exercices de déplacement en croix (fréquents), permettent d'explorer les quatre directions dans le plan horizontal, en incluant souvent des girations et un travail dans les différents plans de l'espace.

- B. Lesage explique que l'on peut attribuer aux trois plans de l'espace des émotions et des relations spécifiques :
 - Plan sagittal: confrontation, attaque ou fuite, prosternation, de l'aller vers un but;
 - Plan frontal : plan de l'être avec, cohésion ;
 - Plan horizontal : celui qui relie et permet l'exploration et l'orientation. C'est le plan des torsions. Il permet les mouvements d'enveloppement de l'autre (Lesage, 2006).

La kinésphère

- R. Laban définit la « kinésphère », qui correspond à l'espace autours du corps délimité par les membres en extension, et permet de considérer un « corps central » à partir duquel est créé l'espace (Laban, 2003).
- B. Lesage résume ce concept : la kinésphère est vécue de façon active ou passive. On distingue trois zones dans cette kinésphère :
 - Interne : l'espace circonscrit par la peau ;
 - La zone de proximité immédiate ;
 - La kinésphère lointaine, dont les limites se trouvent au maximum de déploiement.
 - Entre les deux dernières zones : un espace intermédiaire.

Cette kinésphère peut se dilater ou se rétrécir, formalisant un processus d'investissement à partir d'un centre.

La « choreutique » labanienne décrit trois manières de se mouvoir dans sa kinésphère :

- Transiter d'un point de la périphérie à un autre, sans passer par l'intérieur du volume de la kinésphère ;

- On peut repasser sans cesse par le centre ;
- On peut se cantonner dans l'espace intermédiaire ;

Ces modalités induisent des connotations émotionnelles : sentiment de dispersion, d'éclatement dans le premier cas, sensation de force associée au mouvement central, sensation de monde intérieur lors du mouvement transverse...Certains patients évoluent hors kinésphère, leur espace personnel n'ayant pas de consistance. Le thème de la kinésphère met jour les problématiques de place, de limites, d'interaction (Lesage, 2006).

- J. Gil ajoute qu'en ethno-anthropologie, cette « bulle corporelle » est le « territoire privé du Moi ». Il reflète et régule les rapports humains en délimitant un espace « intime » et un espace « publique » qui, s'il est envahi par autrui, devient dérangeant, entrainant des réactions adaptatives, voire menaçant en provoquant un sentiment d'intrusion ou d'effraction corporelle, pouvant morceler l'image du corps chez un sujet schizophrène (Gil, 1989).
- J. Vaysse détaille la notion de « corps central », qui introduit la notion de spatialisation de l'espace. Ainsi, une des premières étapes est la différenciation dehors-dedans, qui est également l'une des premières étapes du développement de l'enfant. Grâce aux interactions précoces, des espaces transitionnels au sens de Winnicott s'instaurent, ce qui permet l'organisation de repères spatiaux. Le plan de l'horizontalité devient celui de la communication, celui de la verticalité celui de l'engagement face au monde et le plan de la sagittalité celui qui reçoit nos actions dans ce monde (Vaysse J. , 2006).

Avec D. Boinon, elle spécifie que la DMT attire implicitement l'attention des patients pour se situer dans l'espace voire situer l'espace (étape préalable fréquente). La DMT cherche à déceler certains troubles de la latéralisation, de la coordination, de la répartition tonique du corps, de la perception rythmique et temporelle de ses liens directs et indirects à la notion d'espace. Il est également possible (et nécessaire avec certains patients), de repérer les bulles péricorporelles trop étendues ou trop fragiles, ce qui nécessite de bien évaluer les indications en psychiatrie. Les improvisations dilatent encore un peu la zone d'exploration spatiale.

L'exploration de l'espace est donc d'abord la (re)connaissance du patient sur son propre espace, c'est-à-dire se créer psychiquement un corps fermé assurant les sentiments d'intégrité corporelle et d'identité. La prise de possession de l'espace vient ensuite, et place le sujet dans et face au monde (Vaysse & Boinon, 2003).

Energie et mouvement dansé

- Selon S. Minton, il existe six variations quantitatives de l'énergie: soutenue, percutante, vibrante, oscillante, suspendue ou affaiblie (Minton, 1989).
- J. Vaysse développe que l'énergie est nécessaire au mouvement, ne serait-ce que sur un plan métabolique dans un premier temps. Ce concept peut également être compris au sens d'énergie psychique, que l'on retrouve avec la libido comme énergie née des pulsions du ça de la théorie des pulsions développée par Freud.

Les diverses techniques de DMT utilisent l'énergie physique et pulsionnelle. On utilise souvent l'expression « l'énergie circule », qui a deux significations. Une signification sur le

plan individuel, qui qualifie la coordination psychomotrice, les liens intracorporels insuffisants d'une organisation psychocorporelle défaillante. Cette énergie peut se libérer de façon cathartique ou bien être contenue; en DMT il est important et nécessaire de reprendre ces éléments en fin de séance, tout en laissant l'énergie être exprimée, être canalisée et être traitée pendant la séance.

Cette expression a également une signification au sein du groupe, contribuant à instaurer une « énergie groupale » au sens de R. Kaës en introduisant une synergie commune, tissant des liens inter-corporels et des contacts et des interactions.

Dans les populations de sujets névrotiques, elle cite J. Adler (1996), qui parle de « corps collectif ». A l'opposé, dans le cadre de DMT avec des patients psychotiques, il faut être attentif à ne pas atteindre une dimension fusionnelle. Dans tout groupe, la prise de conscience des participants les amène à mieux saisir le rôle particulier que chacun joue au sein du groupe.

De la notion d'énergie découlent les concepts de processus associés du transfert et du contre-transfert corporel et d'empathie. (Vaysse J., 2006)

2.1.3.10.3. Spécificités par rapport aux autres médiations et activités artistiques

B. Lesage insiste sur le fait que la conscience des fonctions et du rôle qu'assume le danse-thérapeute le différencie d'un professeur de danse ou d'un chorégraphe. L'intuition ne suffit pas, la gestion des séances et leur lecture doivent se référer à un système de compréhension qui inclut la danse, le corps, la relation et les processus psychiques, rapportés à la psychopathologie. De plus, la démarche thérapeutique, contrairement à la démarche artistique, implique qu'il n'est pas nécessaire de se focaliser sur des moments de création artistique avec mise au jour d'une œuvre, mais en revanche l'émotion esthétique peut être partout présente : « Dans une perspective artistique ou thérapeutique, nous devons interroger les processus de création, la mise au jour de structures nouvelles, et nous allons voir comment structurations corporelle et psychique peuvent se soutenir mutuellement dans la danse ». Il introduit la notion de formes primaires et secondaires : il distingue arts représentatifs (tels que le dessin) et non-représentatifs (comme la musique). Les arts représentatifs superposent aux formes primaires (faites de formes, d'intensités et de rythmes) des formes secondaires (qui constituent la narration, l'univers du discours). Le jeu des formes primaires résonne à un niveau très émotionnel.

En danse, le niveau primaire est analysable en termes de formes spatiale, temporelles et énergétiques. La danse mobilise un niveau sous-jacent « pré-symbolique », qui fonctionne comme une matrice représentationnelle. Pour cela, il met en avant le paramètre « énergie » du mouvement : celui qui danse mobilise une énergie dans son propre corps, par un jeu de *tension/rétentions/détentes*, fondé sur une modulation tonique. C'est la pulsation qui caractérise bien l'énergie de la danse, comme chez les berbères ou les aborigènes australiens. D'un point de vue kinésiologique, ce marquage minimal est un travail de verticalité qui mobilise une double chaine musculaire faite de muscles « lordosants » et « dé-lordosants ».

Le mouvement dansé est aussi un jeu d'espaces, internes et externes.

Enfin le temps se déroule dans le geste suivant des qualités qui sont d'abord ressenties kinesthésiquement (vite/lent, soudain/retenu).

Le jeu des formes primaires en danse lui fait évoquer les affects de vitalité de D. Stern. Au cours de son développement, l'enfant construit un sens de soi et une interaction avec son entourage. Or, bien avant d'éprouver des émotions catégorielles (peur, joie, colère, tristesse...), le nouveau-né expérimente des émotions de façon désordonnée : « ces caractères insaisissables sont mieux rendus par des termes dynamiques, kinétiques, tels que surgir, s'évanouir, fugace, explosif, crescendo, decrescendo, éclater, s'allonger etc. ». Ce sont ces émotions que D. Stern appelle « affects de vitalité », pour les distinguer des affects catégoriels. Le nouveau-né perçoit de sa mère des qualités de mouvement et non des catégories représentées. Ces affects de vitalité sont caractérisés par des profils d'activation. D. Stern précise que « la danse moderne et la musique sont des exemples par excellence de l'expressivité des affects de vitalité ainsi que leurs variations.... »(Stern, 1989; Lesage, 2006).

B. Lesage poursuit sur le fait que créer de nouvelles catégories est l'enjeu en DMT. La danse-thérapie a comme spécificité par rapport à l'art-thérapie de mobiliser le média corporel, qui a un rôle de matrice identitaire.

Cela peut être travaillé à parti de l'improvisation, mais aussi de techniques telles que l'expression primitive qui propose des gestes signifiants (couper, porter...), ou imaginer le travail d'une qualité spécifique (mouvement de planer, frapper...) (Lesage, 2006).

En art-thérapie, on peut distinguer deux versants : la thérapie utilisant la médiation dans le cadre d'un projet de soin, et animée par des thérapeutes, ou bien l'activité artistique, exercée en dehors du cadre de soins mais étayée par ce dernier, et animée par des artistes.

E. Glories-Dauptain a étudié la seconde possibilité. Un atelier de danse contemporaine, animé par des chorégraphes dans le cadre du programme « culture-santé », a été créé pour des adolescents pris en charges dans différentes structures toulousaines. Le fait que la médiation soit décalée du soin permet un autre regard sur l'adolescent, une déstigmatisation, ce qui amène selon ce travail à une meilleure adhésion aux soins, une revalorisation narcissique et une créativité déliée de tout cadre soignant, pouvant permettre une plus grande liberté d'expression. Elle souligne que ce type de groupe a un effet sur l'image corporelle des adolescents, base narcissique primaire, en s'appuyant sur la sensorialité. Il existe une diminution de l'agressivité et de l'anxiété, la construction d'un sentiment d'identité et d'existence de soi, la relation aux autres et la confiance dans le soin (Glories-Dauptain, 2013).

2.1.3.10.4. Rôle psychothérapeutique de la DMT

Pour J. Vaysse, il y a deux rôles essentiels à la danse-thérapie :

- Un premier rôle de soin : curatif, de confort, palliatif, de mieux-être (ce qui rejoint la définition OMS (Organisation Mondiale de la Santé) de la Santé)
- Un rôle psychothérapeutique, qu'elle place au même titre que les thérapies verbales, les TCC (Thérapies Cognitivo-Comportementales), ou toutes les autres médiations corporelles. Il s'agit d'utiliser la communication non-verbale, corporelle. On distingue donc le « dire kinésique » et le « dire verbal ». En fonction des courants, certains

thérapeutes utilisent la verbalisation en fin de séance ou pas. S'il n'existe pas de verbalisation durant la séance, une thérapie par la parole annexe est alors indispensable. E. Dosamente, prône une séance où « la parole a le dernier mot », ce qui permet d'aborder le repérage des perceptions similaires entre les participants, nommer des émotions et discerner leurs vécus, évoquer des représentations associées et autres images. C'est aussi exploiter le groupe en tant que support social (Dosamantes, 1987).

Enfin, la DMT devient donc facilitatrice des autres formes de thérapie par la mobilisation psychocorporelle qu'elle induit, et est complémentaire (en aucun cas ne s'y substitue) (Vaysse J., 2006).

Les capacités psychothérapeutiques de la danse sont abordées par de nombreux autres auteurs. Notamment, A. Boyer-Labrouche évoque la notion de « corps instrumental » dans le cadre du mouvement en rapport avec l'environnement. On parle de corps communicant lorsque le mouvement est à l'origine de la communication avec l'autre. Elle rappelle également que la DMT renforce l'unité psychocorporelle, tous les mouvements étant liés à des émotions. Le mouvement devient un trait d'union entre le dedans et le dehors, qui utilise le corps pour signifier. Le mouvement devient alors capable de modifier l'état mental, et avec l'aide du thérapeute s'opère la restauration narcissique du sujet.

Il est nécessaire de mettre en place un « espace de confort » dans un premier temps, qui va lui permettre de relâcher ses défenses, son intégrité n'étant pas menacée. En confiance, il peut alors revivre le stade du miroir où il découvre le sentiment d'avoir un corps bien à lui, lui appartenant en propre et unifié.

La DMT permet également d'expérimenter la séparation de l'autre sans angoisse, au cours d'un processus de défusion, via le processus d'« identification » utilisé par le thérapeute de façon temporaire. Le but psychothérapeutique est que le patient puisse s'éprouver « différent ». Émerge alors sa signature, sa création, son interprétation. Le sujet pourra ensuite entamer une relation avec. Il dansera devant l'autre qui lui répondra.

En tant que langage, la danse permettrait de mettre en scène des fantasmes. En canalisant l'énergie motrice destructrice, elle offre une possibilité de maitrise des pulsions. La satisfaction substitutive deviendra la représentation du désir réprimé. La DMT permet donc une réorganisation symbolique.

Enfin la danse est un moyen pour certains d'avoir accès à la sublimation, mécanisme de défense (Boyer-Labrouche, 2000).

2.1.3.10.5. L'Expression primitive

Selon A. Boyer-Labrouche, il s'agit d'une technique faisant le lien entre musicothérapie et danse-thérapie. Elle repose sur le support rythmique le plus simple (par exemple le rythme de la marche), et le danseur doit réaliser des mouvements corporels scandés par la voix ou par des mélodies, constituant une expression musicale non verbale (le fait de scander par la voix peut symboliser). On distingue plusieurs supports dans la technique de l'expression primitive, le principal étant le rythme. On retrouve également le mime

d'activités ancestrales, la mise en scène de gestes répétés (donner, prendre, chasser, pêcher...). La répétition et la symétrie apportent la détente et créent l'« espace de confort » nécessaire au déroulement du travail psychothérapeutique. La voix est le troisième support symbolique, particulièrement adapté aux psychotiques et psychosomatiques. (Boyer-Labrouche, 2000)

Le mime d'activité, de par l'image mentale qu'il permet, aide selon B. Lesage à moduler les flux toniques et posturaux (par exemple, l'image de semer le blé entraîne un mouvement libre, puis le geste mimant le blé qui pousse entraîne un flux contrôlé). (Lesage, 2006)

A. Margariti rappelle que l'expression primitive utilise de manière prépondérante la signification symbolique du jeu, du rythme (l'utilisation des percussions est un outil essentiel), de la danse et de la musique: les rôles joués procurent ainsi des opportunités et des justifications pour satisfaire les désirs les plus variés, explorer de nouveaux comportements, exprimer un large éventail d'émotions.... Ainsi, l'expression primitive dispose d'outils spécifiques par rapports aux autres techniques (Margariti, Ktonas, & Hondraki, 2012) :

- La force du rythme
- Le son des percussions
- L'utilisation de la voix
- La simplicité des mouvements
- Le processus de répétition
- L'importance du groupe
- La relation au sol
- L'utilisation du jeu
- La dualité

J. Hanna et F. Schott-Billmann précisent que la force du rythme se base sur les différents rythmes biologiques (rythme cardiaque, respiration) et naturels (cycle circadien, saisons) et les utilise pour permettre au sujet de se détendre, et amener un sentiment de calme et de sécurité, mais aussi lui insuffler de la force et le conduire à l'action en activant les mécanismes neurophysiologiques liés (Hanna, 2006) (Schott-Billmann F. , 1989). On peut rapprocher cet outil de la percussion : ils permettent tous deux au patient de se concentrer et de se recentrer en générant une sortie rythmique.

Selon F. Schott-Billmann, le son des percussions fait écho aux battements du cœur humain, le rythme fort que le bébé entend durant la grossesse. Cette expérience a une composante maternelle ainsi que d'une composante paternelle, qui se rapportent au calme (sécurité) et à l'excitation (l'indépendance), respectivement (Schott-Billmann F., 1994).

A. Margariti soutient que l'utilisation de la voix est très importante. La technique utilise des mélodies ou des « phonimata » (mot grec signifiant formes phonétiques) afin d'engager le participant dans un processus de communication qui rappelle celui dans lequel il a été impliqué lorsqu'il était bébé, lors des interactions avec sa mère. Le chant, avec tous les autres membres du groupe, lui permet d'utiliser sa voix. En outre, en s'exprimant à travers sa voix, cela donne une force supplémentaire à ses mouvements de danse, ainsi qu'à l'ensemble

du groupe. Grâce à sa voix, il exprime ses propres sentiments personnels, consciemment ou inconsciemment.

La simplicité des mouvements proposés par l'art-thérapeute permet à des patients n'ayant aucune expérience de la danse, qui peuvent avoir des difficultés d'expression corporelles (de par leur pathologie ou secondairement à un traitement médicamenteux), de les copier de manière efficace. De ce fait, en utilisant le rythme et la simplicité des mouvements en tant que catalyseurs, le participant commence à se déplacer et danser (Margariti, Ktonas, & Hondraki, 2012).

Selon J. Hanna, le processus de répétition amène le patient à « donner un peu plus » à chaque répétition d'un mouvement donné. C'est comme si, en se déplaçant rythmiquement dans un endroit spécifique dans l'espace, avec des mouvements répétitifs, le patient peut « mettre les choses en ordre ». Parlant de l'efficacité thérapeutique dans la danse, l'opinion de Freud sur la répétition est d'intérêt: «Chaque nouvelle répétition semble renforcer cette maîtrise pour chaque essai [individuel]» (Hanna, 2006).

Le groupe en expression primitive est un processus qui, d'après F. Schott-Billmann, procure aux danseurs un substitut maternel. En d'autres termes, faire partie du groupe offre l'expérience d'une relation *mère-enfant* et se prépare à l'expérience d'une relation *moi-autre*. Le patient peut voir le groupe comme un reflet de lui-même et peut être encouragé à expérimenter cette dynamique. Cela donne une sensation de calme et de sécurité. L'autre représente l'autre soi-même du patient, que la danse lui permet d'expérimenter. La dynamique au sein du groupe se développe progressivement grâce à la force du rythme, le son de la percussion et la force de la voix. Dans ce processus, le groupe se comporte comme un cœur collectif.

La relation au sol est considérée comme importante pour le bien-être, comme la sensation d'ancrage au sol, favorisée par le fait d'être nu-pied. Certains patients ne peuvent avoir cette sensation, qui est aussi nécessaire que les racines sont pour la croissance d'une plante. L'importance de la relation à la terre fait partie de la sagesse antique (voir, par exemple, le mythe de la Grèce antique d'Héraclès « lutte avec Antaios »). Le sentiment de la terre sous les pieds contribue au sentiment de soutien et de sécurité. Cela étant acquis, tout le corps se sent libre d'agir, en bougeant et en dansant. (Schott-Billmann F. , 1994)

A. Margariti évoque également l'utilisation systématique du jeu en expression primitive, au travers le mime d'activités ancestrales. Le jeu permet à l'individu, enfant ou adulte, de faire preuve de créativité et d'utiliser sa personnalité de manière efficace : selon D.W. Winnicott, c'est seulement durant le processus créatif que l'individu se découvre (Winnicott D. W., 1975). En outre, le rire peut survenir en cours de jeu, ce qui permet d'accéder à l'expérience de la joie. Engagé dans ce processus créatif, le participant à l'expression primitive danse des rôles, agissant comme s'il était un guerrier, ou un animal, agresseur ou victime, pouvant séduire ou être séduit. Il improvise des cérémonies influencées par la nature. Il joue et danse les rôles de sa propre vie et les exprime sans effort et sans la

critique de personne, parce qu'il est dans une pièce. De cette façon, il minimise également le lien de ce jeu à lui-même, contribuant à l'utilisation de l'outil lié à la sublimation.

La dualité est utilisée en expression primitive au travers d'exercices impliquant des antithèses, comme passer du pied droit au pied gauche, en se rapprochant et en s'éloignant de la terre, en engageant la partie supérieure et la partie inférieure du corps, le torse et le dos. Symboliquement, dans ces exercices, il existe une élaboration entre les opposés. Cet outil renforce l'acceptation des antithèses qui peuvent conduire, à travers un processus de centrage, à un équilibre sain des sentiments et des pensées chez le patient.

Grâce à la combinaison de tous ces outils, le danseur peut se sentir plus libre pour surmonter les limites possibles et les insécurités exprimées dans les mouvements restreints, et peut expérimenter la sublimation, permettant le sentiment d'enthousiasme (Margariti, Ktonas, & Hondraki, 2012).

2.1.3.10.6. Les exercices de mirroring

Les exercices de « *mirroring* » en DMT se basent essentiellement sur les processus d'imitation et d'identification. Ils ont pour objectif de travailler l'empathie.

Il est possible de faire le lien avec les processus d'accordage affectif et de *mirroring* qui participent à la théorie de l'attachement en créant une intersubjectivité primaire. Selon N. Guédeney, les enfants ayant un type d'attachement insécure ou désorganisé, l'intersubjectivité primaire n'a pas à sa disposition tout le répertoire émotionnel, et par ces processus, le thérapeute va aider l'enfant à mieux réguler les différentes émotions qu'il peut ressentir, lors d'une psychothérapie (Guédeney, Moralès-Huet, & Rabouam, 2010).

Selon L. McGarry, ils ont pour consigne de demander à deux personnes de faire les mêmes mouvements corporels, de manière coordonnée ou qui se font légèrement écho dans le temps. Soit le thérapeute peut reproduire en écho exactement les mêmes mouvements que le patient, ou peut imiter la qualité du mouvement. Faisant cela, il communique au patient sa compréhension et son acceptation de l'état émotionnel transmis de manière non verbale. Cela aurait pour autre effet d'augmenter la confiance et le contre-transfert positif du patient envers le thérapeute. L'objectif de ce type d'exercice est de relancer ou d'améliorer le degré de compréhension du corps et des émotions du patient, en les faisant se refléter au travers du corps du thérapeute. Le patient peut également être encouragé à imiter une autre personne afin d'améliorer son ressenti empathique pour les autres (McGarry & Russo, 2011).

Selon L. Mills et J. Daniluk, ils permettent également de créer et promouvoir la cohésion dans le groupe thérapeutique (Mills & Daniluk, 2002).

2.1.3.10.7. Processus de transfert et contre-transfert corporels

J. Vaysse souligne quelques particularités du processus de transfert/contre-transfert en DMT : le corps y a une place fondamentale, il est le vecteur de l'ensemble des processus de communication, de créativité, d'énonciation, émotionnels... Les danse-thérapeutes sont les dépositaires de ces processus, et il leur est donc indispensable de prêter une attention particulière à leurs propres ressentis émotionnels et psychiques face à cette interaction. Ce processus de transfert-contre-transfert met donc en jeu le corps du/de la danse-thérapeute, qui perçoivent en particulier le va-et-vient introjectif-projectif empruntant l'empathie. Les processus verbaux habituellement utilisés en psychothérapie (reformulation, soutien, interprétation) passent alors par une traduction corporelle, en dehors de toute verbalisation. Celle-ci se fera en psychothérapie en duel, lors une prise en charge parallèle.

Le processus transféro-contre-transférentiel passe également par les images mentales associées aux mouvements dansés. Ce processus est continu durant la séance de DMT, passant par le corps de la danse-thérapeute par identification corporelle qui mène à l'empathie. Ils sont directement thérapeutiques. Le corps de la danse-thérapeute peut également servir de « moi-auxiliaire, voire de moi-social ». Il peut également être le « corpsimage-reflet » du corps du patient qui ne se voit pas dans un miroir. Le patient peut alors se réfléchir dans le corps de la danse-thérapeute, miroir idéal de lui-même, et permet au patient de « mieux se voir, mieux se structurer ». Il faut capter le regard des patients et leur mouvement dans un but relationnel, au travers d'exercices mettant à contribution l'équilibre et une relation à l'autre (comme danse en miroir, danse en réponse à la danse de l'autre...)

Il s'agit donc, à partir d'un mouvement dansé, d'introduire un va-et-vient entre l'expression corporelle et une représentation mentale. (Vaysse J. , 2006)

M. Vulcan s'attarde sur l'utilisation du « contre-transfert somatique » en DMT en tant qu'outil à part entière pour comprendre et gérer la dynamique d'une séance et pour l'amélioration du processus thérapeutique. Elle souligne qu'il s'agit d'un aspect important du travail de *mirroring*, l'utilisation du contre-transfert pouvant alors être « concordante » ou « complémentaire ». (Vulcan, 2009)

2.1.3.10.8. La problématique du toucher

Si la danse correspond à l'espace transitionnel, alors le corps est un instrument. Le contact est donc soit volontairement évité, soit utilisé de façon claire et prudente car fréquemment révélateur de certaines problématiques tenue « au secret ». Le contact peut dans ces conditions avoir différents rôles selon J. Vaysse :

- Révéler des problématiques « secrètes » ou refoulées.
- Amorcer au travers de contacts avec le sol ou avec un partenaire: amorcer l'accès à une meilleure présence corporelle à eux-mêmes et aux autres (mettant en jeu les processus d'empathie et permettant de travailler les relations interpersonnelles, comme dans la danse-contact-improvisation décrite par Dorion).

- Dans l'approche du Mouvement Authentique, le contact peut devenir la trame d'une séance: contacts physiques pour les « bougeurs » et psychiques pour les témoins.
- « Rencontres » par « contact » relevant de mécanismes internes (processus d'empathie). (Vaysse J. , 2006)

Ainsi, une consigne fréquente dans les groupes est de « faire semblant » et « ne pas se toucher ni se faire mal ».

2.1.3.11. Autres notions théoriques :

2.1.3.11.1. Quelques notions sur la relaxation

Il est fréquent en danse-thérapie de terminer les séances par un exercice de relaxation.

En psychomotricité, la relaxation est une médiation corporelle visant à « accueillir et accompagner le patient dans une recherche active de son ressenti corporel et de l'éprouvé émotionnel qui s'y rattache », dans un mouvement de « co-création » basé sur un dialogue tonico-émotionnel entre le thérapeute et le patient, comme enseigné dans la formation « SNUP » (Syndicat National d'Union des Psychomotriciens) de mars 2013. Ils précisent qu'il s'agit d'un travail centré sur les sensations cénesthésiques, proprioceptives et sensorielles ayant pour but de réactiver la vie sensorielle, tonique, motrice, relationnelle et émotionnelle du patient.

Ce type de relaxation est basé sur l'identification de symptômes psychomoteurs selon J. Dahan: troubles du tonus, troubles de l'image du corps, difficultés autour de l'acquisition des repères temporaux, de l'instabilité psychomotrice et de l'acquisition des limites corporelles, une inhibition motrice, des troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire... mais cela reste avant tout une indication médicale.

Ils distinguent cinq étapes dans la relaxation :

- Un premier temps d'installation, temps inaugural durant lequel le patient va trouver une position « confortable », dans laquelle il ne va pas se sentir en insécurité. Il est fréquent que le patient verbalise durant cette étape. Cela peut être long, voire prendre plusieurs séances. C'est à ce moment-là que les premiers échanges psycho-corporels, ou encore dialogue tonico-émotionnel, surviennent. Il s'agit d'un temps d'écoute de soi. Le thérapeute a alors une fonction contenante.
- Un temps de mobilisations, qui consiste à effectuer des mouvements simples de mise en jeu des articulations afin de rechercher la souplesse. L'objectif est de transmettre des informations proprioceptives au patient. Les mobilisations peuvent être de contact, de pression ou d'enveloppement, globales ou segmentaires. La question de la distance thérapeute-patient est au cœur de la rencontre dans ce travail d'ajustement tonico-postural et tonico-émotionnel.
- Un temps d'approfondissement, qui est la phase de « détente profonde » proprement dite, durant laquelle, en accédant à un état tonique très bas, « le monde extérieur tout en restant présent est différencié du monde intérieur qui s'enrichit de ressentis nouveaux ». Elle apporte normalement un ressenti de bien-être.

- Un temps de reprise, qui est le temps nécessaire au patient pour passer de l'état de relaxation à un état plus dynamique.
- Et un temps de verbalisation, qui peut être présent à tous les temps de la relaxation, mais un temps particulier peut lui être consacré en fin de relaxation. C'est un temps de représentation et de symbolisation qui interroge le lien entre corps et psyché, par la mise en mots et en image. Le thérapeute peut également passer par une médiation (dessin...) pour aider à la verbalisation.

Ces étapes peuvent ne pas toutes être présentes, ou ne pas survenir dans cette chronologie. En pédopsychiatrie notamment, le temps d'installation est l'un des plus importants, et parfois il est nécessaire d'accepter que l'enfant n'expérimente que ce temps-là durant un temps indéterminé. Il est également fréquent que la relaxation chez l'enfant passe par l'expérimentation de mouvements, positions... l'immobilité pouvant être vécue comme angoissante car mortifère. Il est fréquent également que les enfants verbalisent durant la relaxation, les différentes étapes se chevauchant (Dahan, Palma (de), Thiveaud, & Caut, 14,15 et 16 mars 2013).

2.1.3.11.2. Quelques notions sur la conscience corporelle

Le travail sur la conscience corporelle est proche du travail effectué en danse-thérapie, et la majorité des notions qui y sont abordées sont un pré requis indispensable à sa pratique.

D'après A. Servant-Laval, on distingue plusieurs objectifs aux exercices de conscience corporelle en psychomotricité :

- « Enrichissement de sa propre expérience sensible, conscience de soi ;
- Découverte, par le vécu, des organisations corporelles principales, et des liens entre action et sensation, entre mouvement et perception, entre corps et état, affects, représentations
- Engagement dans la relation et la communication (verbale et non-verbale); se reconnaître et se situer, percevoir l'autre dans ses différences;
- Développement d'une aisance et d'une disponibilité corporelle, bases d'utilisation de tout autre médiateur thérapeutique. »

Elle ajoute que l'on cela permet également de travailler sur le développement d'un « regard intérieur » et d'une écoute de soi, travailler l'autonomie et l'individuation en trouvant une liberté par rapport aux consignes, d'apprendre à « se décentrer » pour percevoir le différent chez l'autre, travailler sous le regard de l'autre, découvrir ses propres modes relationnels (à soi-même, à l'autre, au groupe, à l'environnement), exercer la verbalisation et l'écoute de l'autre.

Les différents thèmes abordés dans les exercices sont le tonus, les appuis et l'équilibre, l'axe et la gravité, l'espace, le temps et le rythme, le schéma corporel (Servant-Laval, 2007).

2.1.3.12. DMT et psychomotricité

R. Gaetner ajoute à propos de la danse que c'est une thérapie psychomotrice qui s'inscrit dans le temps et dans l'espace. « En accord avec la musique, le danseur matérialise la musique dans sa corporéité qu'il délimite dans l'espace. (…) La danse liée à la musique a un rôle thérapeutique majeur dans la prise de conscience de l'image unifiée du corps propre, du temps qui s'écoule » (Gaetner, 2003).

J.-P. Raynaud et al. ont étudié les spécificités des thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents. Ils les définissent comme permettant une perception du patient dans une globalité somato-psychique, de penser le corps dans la pensée. Lors de l'utilisation de ces thérapies à médiation corporelle, le corps du patient est en interaction directe ou indirecte avec celui du thérapeute, apportant au travers de son engagement tonico-émotionnel et verbal une dimension contenante. « Il vise ainsi à conférer au sujet « défaillant » une capacité corporelle et relationnelle satisfaisante, ou du moins suffisante et de recréer un équilibre pulsionnel et relationnel vivable, avec une harmonisation de ses fonctions motrices, toniques, tonico-émotionnelles et psychiques. » Le cadre référentiel externe (lieu, temps, matériel) joue également un rôle dans cette dimension contenante. Le corps et le mouvement deviennent alors un support supplémentaire d'expression, autre que la parole mais aussi avec ou à côté de la parole. L'approche corporelle peut permettre de mobiliser les difficultés psychiques, de mobiliser une évolution psychique. La psychomotricité apporte donc une aide au développement de la fonction contenante et des processus de symbolisation, en travaillant au niveau archaïque, pour favoriser le passage des contenants de pensée et de leur ancrage corporel à une pensée plus élaborée, symbolisée, communicable.

Les auteurs spécifient que ce type de thérapie semble particulièrement adapté aux enfants dysharmoniques, pour qui les interactions précoces ont été défaillantes. L'objectif serait de tenter de construire des bases narcissiques solides et de soutenir le développement de la fonction contenante et de la fonction symbolique, par la stimulation des expériences sensorielles et de l'activité motrice, amenant ainsi au processus de différenciation et d'individuation, en travaillant à partir de l'archaïque.

La seconde indication privilégiée serait l'élaboration de conflits psychiques dont la représentation mentale et donc l'expression verbale est insuffisante, en raison d'une défaillance de la fonction symbolique. Ce sont des enfants qui s'expriment dans le passage à l'acte, la régulation émotionnelle étant trop déstabilisante. L'outil privilégié est alors le jeu symbolique, qui permet d'intégrer les pulsions et les affects et de leur trouver un moyen d'expression (Raynaud, Danner, & Inigo, 2007).

2.1.3.13. DMT et art-thérapie

F. Granier explique qu'il existe différents courants en art-thérapie, notamment la psychopathologie de l'expression, qui est « une prise en compte de la valeur symptomatique de certaines créations en conditions pathologiques » et l'art-thérapie, qui « concerne les pratiques qui en ont découlé, dans un but de traitement au-delà du symptôme ». Deux grands

courants se sont dessinés à partir des années 1980, l'un allant vers une pratique cathartique, avec un accompagnement de la création, et l'autre se focalisant davantage sur une « reprise interprétative ». Il distingue actuellement deux types de pratique : une thérapie mettant l'accent sur la création, l'improvisation, et une art-thérapie basée sur l'imitation ou l'entrainement (Granier F., 2011).

Il faut aussi distinguer de l'art-thérapie l'art-brut, concept, comme l'explique B. Chemama-Steiner, introduit par Dubuffet en 1945, qui nomme ainsi les productions de patients psychiatriques et les réunit dans des lieux d'exposition. Ce concept sera repris par l'histoire de l'art, « concept d'un art qui échapperait à l'institution « art » et à ses homologations », s'affranchissant de toute transmission culturelle (Chemama-Steiner, 2003).

L'art-thérapie est également fortement intriquée à la notion de médiation, et F. Granier la définit comme « un système triangulaire patient-thérapeute-médium choisi »(Granier F. , 2011).

B. Chemama-Steiner explique qu'aujourd'hui, les ateliers d'art-thérapie sont l'objet de pratiques variées, allant d'une vocation purement « occupationnelle » à une prise en charge spécifiquement psychothérapeutique, en passant par une préoccupation sociothérapeutique, ou en étant axés sur la créativité. La prise en charge peut être groupale ou individuelle. Le terme de « médiation thérapeutique » est de plus en plus utilisé (Chemama-Steiner, 2003).

J-P Klein décrit le travail de psychothérapie comme un accompagnement de la symbolisation, au-delà d'un simple décryptage du symbolique. Chez l'enfant, il le définit comme une expression dans l'invention et dans le jeu, ainsi que de la mise en place de conditions pour qu'il expérimente des résolutions symboliques qui vont ensuite se répercuter, à son insu ou non, sur lui-même. L'art-thérapie permet ainsi de réaliser un travail sur un objet entre deux personnes, dans un jeu partagé qui fait coexister projection de soi-même et création objective (Klein J.-P., 2003). Cela découle de la pensée de D.W. Winnicott qui définit la psychothérapie comme se situant en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute, en référence à l'objet transitionnel. Il exprime que jouer est une thérapie en soi, et qu'il faut savoir accepter le non-sens, et pouvoir amener l'enfant qui n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire. Le moment clé est celui où l'enfant se surprend lui-même (Winnicott D. W., 1975) ... La créativité est donc au centre du processus thérapeutique dans l'esprit de Winnicott, et l'art-thérapie est une médiation permettant ce jeu partagé où s'exprime cette créativité. J-P Klein précise que le terme d' « artthérapie » traduit la production empruntant à l'art ses moyens et techniques, « territoire par excellence des productions de notre imaginaire », mais qu'il ne s'agit pas d'Art en tant que tel. En effet, davantage encore avec les enfants, il précise le cadre de l'art-thérapie: 3elle ne doit pas avoir d'objectif, que celui-ci soit la réduction du symptôme, la simple distraction, la socialisation ou l'apprentissage d'une technique ou d'un art pour une profession future. Pour lui, elle n'est ni rééducation, ni thérapie occupationnelle, ni ergothérapie, ni sociothérapie; l'art-thérapie n'est pas non plus un objectif, elle ne sert pas à parfaire un diagnostic. Elle ne sert pas à dévoiler les problématiques de l'enfant, elle est déjà leur dépassement dans leur mise en scène, leur figuration complexe de façon plus ou moins énigmatique. Elle ne révèle pas ce qui est, elle ne montre pas ce qui était déjà là, elle amorce un mouvement vers ce qui peut être, ce qui peut se représenter dans le symbolique et se mettre en processus d'une

création à l'autre. Elle n'est pas un test projectif à décrypter; l'art-thérapie n'est pas une objectivation dans une expression en vue de décharge et de soulagement. Elle n'est ni thérapie émotionnelle ni recherche de catharsis ni expulsion du mal qui confine à l'exorcisme; l'art-thérapie n'est pas que pure subjectivité, c'est un combat ou plutôt une négociation éventuelle avec la matière (par exemple modelage, collage, peinture, construction de marionnette) et l'enfant n'œuvre pas principalement dans le /je/ de l'introspection; l'art-thérapie est un projet qui tente de relever le défi de la transformation, au moins partielle, de la maladie physique ou mentale, du malaise, de la marginalité douloureuse, du handicap, en enrichissement personnel. »L'art-thérapie est un accompagnement du travail d'un sujet sur lui-même avec la particularité qu'il le fait à travers ses productions soutenues par l'art-thérapeute. Celui-ci permet que ces productions tracent un itinéraire symbolique (Klein J.-P., 1997).

2.1.4. La DMT à l'heure actuelle

2.1.4.1. Utilisation de la DMT dans les différents pays

En 2005, des auteurs américains ont fait un état des lieux de l'utilisation de la DMT. Plus de 40 pays l'utilisent, et 37 ont répondu au questionnaire qu'ils ont envoyé. Ils ont récolté différentes données (Dulicai & Roskin Berger, 2005):

- 24 pays ont moins de 50 danse-thérapeutes, 5 pays entre 50 et 100, et 7 pays en ont plus de 100 (Australie, Allemagne, Israël, Italie, Japon, Angleterre, et Etats-Unis), et 19 ont une association de danse-thérapie et de thérapie par les arts créatifs, comprenant la danse, sans compter une association européenne (l'AEDT: European Dance Therapy Association). Ils n'ont pas comptabilisé notamment la SFDT créée en 1984 (http://sfdt.free.fr/).
- Parmi ces pays, 15 pays ont un cursus de formation universitaire, 7 étaient en train d'en développer un, et 13 proposaient un certificat ou un programme institutionnel.

2.1.4.2. Etat des lieux de l'efficacité de la DMT

2.1.4.2.1. Méta-analyse

M. Ritter et K. Low ont réalisé en 1996 une méta-analyse sur les effets de la dansethérapie : ils notent que la majorité des études sont basées sur des études de cas, le nombre d'études qualitatives étant limité et ayant de nombreux biais. Néanmoins, la revue des cas cliniques et les études quantitatives suggèrent que la DMT a un impact positif sur une grande variété de troubles développementaux et psychiatriques :

- Chez les enfants, la DMT leur offre une opportunité d'explorer leur corps, d'exprimer leur personnalité, de découvrir leurs capacités de mouvement, de promouvoir le contact social et d'améliorer l'estime de soi. Ils notent que certains auteurs ont noté une augmentation de la créativité, de la sensibilité, de l'expressivité, des comportements de meneur chez les patients ayant un déficit mental, une amélioration des facultés motrices, de l'équilibre et de la conscience de l'espace.

- Chez les adultes, ils retrouvent essentiellement un effet sur les dépressions et l'anxiété en psychiatrie (Ritter & Low, 1996).

2.1.4.2.2. Schizophrénie

Dans son article sur l'expression primitive, A. Margariti retrouve une amélioration nette de la qualité de vie des patients psychotiques participant à ce groupe, ainsi qu'une augmentation de l'activité alpha à l'EEG à partir de la onzième séance (relatif à un état de relaxation éveillé). Ce résultat est lié proportionnellement au nombre de séances, et l'effet est immédiat et cumulatif. Ces bénéfices semblent être durables et sont retrouvés à plus long terme. Néanmoins, il s'agit d'une étude sur un petit groupe de patient, sans groupe contrôle (Margariti, Ktonas, & Hondraki, 2012).

J. Xia a recherché un effet de dix séances de DMT chez 45 patients adultes schizophrènes à évolution déficitaire (avec groupe contrôle), avec un suivi à quatre mois. Ils ont identifié une amélioration des symptômes négatifs, mais un arrêt de prise en charge dans les deux groupes à quatre mois ne permet pas de tirer de conclusion valable (Xia & Grant, published online 2010).

Les recommandations anglo-saxonnes « NICE » (National Institute for Health and Care Excellence) de janvier 2013 recommandent l'art-thérapie et en particulier les thérapies passant par l'expression corporelle, dont la DMT dans le traitement des symptômes négatifs de la schizophrénie de l'enfant et de l'adolescent, en dehors de la phase aiguë. Les objectifs de ce type de thérapie sont de leur permettre d'expérimenter la relation aux autres, de les aider à s'exprimer aux-même et à organiser leurs expériences et de les aider à accepter et comprendre les émotions qui peuvent émerger durant le processus créatif (Nice Clinical Guidelines, 2013).

2.1.4.2.1. *Dépression*

Plusieurs auteurs ont également observé l'effet d'un groupe de DMT sur des patients adultes souffrant de dépression (diagnostic principal ou secondaire), trouvant une amélioration significative sur la tristesse, la vitalité et les affects (Koch, Morlinghaus, & Fuchs, 2007).

A. Mala a réalisé une revue de la littérature sur les effets de la DMT dans la dépression (Mala, Karkou, & Meekums, 2012).

- Y.-J. Jeong a trouvé, dans un groupe d'adolescents souffrant de dépression d'intensité moyenne après 12 semaines de DMT (essai avec groupe contrôle), une amélioration significative des scores de tristesse et une augmentation de la concentration plasmatique de sérotonine et de dopamine (Jeong, Hong, Soo Lee, Park, & Kim, 2005).
- M.-S. Kiepe, dans deux revues de littérature, a évalué les effets de la danse-thérapie (21 études de 1995 à 2010 et 13 études de 1995 à 2011) sur les maladies mentales (dépression et fibromyalgie) et a retrouvé un changement neuro-hormonal dans une population de patients atteints de dépression (Kiepe & Keil, 2010; Kiepe, Stöckigt, & Keil, 2012).

2.1.4.2.2. Anxiété

Une revue de la littérature réalisée par R. Parslow sur l'efficacité de la danse thérapie sur l'anxiété, mais ne retrouve que très peu d'études, et la seule étude retrouvée ne retrouve pas d'efficacité sur la réduction du stress post-traumatique, mais le niveau de preuve de cette étude est bas (Parslow, et al., 2008).

- I. Bräuninger a travaillé dans le cas de « stress » dans une population ne souffrant pas de troubles psychiatriques. Elle a sélectionné 162 individus dans le cadre d'une étude multicentrique, randomisée, avec groupe contrôle. Les personnes incluses dans le groupe DMT bénéficiaient de 10 séances hebdomadaires. Elle a démontré dans son étude que la DMT avait un effet bénéfique significatif sur le stress à court et à long terme, une diminution des frais médicaux secondaire au stress et aux symptômes mentaux du stress, une amélioration de la qualité de vie (Bräuninger, 2012).
- S. Koch et al. ont étudié l'efficacité d'une approche non-verbale au travers de la DMT en association avec une thérapie verbale dans la prise en charge de l'état de stress post-traumatique dans un groupe de réfugiés. Ils ont noté une réduction des symptômes et une amélioration de leur image corporelle (Koch & Weidinger-von der Recke, 2009).
- D. A. Harris s'est interrogé sur l'aide que pouvait apporter la DMT à des adolescents africains ayant survécu à de la torture, dans le but de favoriser la résilience et la réhabilitation psychosociale. Ils soulignent l'aspect transculturel de la DMT. Ils ont observé une diminution de l'expression de symptômes anxieux, dépressifs, d'hyperexcitation, de reviviscence et d'agressivité. Ils ont également noté une amélioration du sentiment de stigmatisation et une réintégration sociale (Harris, 2007).

2.1.4.2.3. Troubles du comportement alimentaire

- B. Meekums s'est intéressée à son efficacité dans la prise en charge de femmes obèses ayant une compulsion alimentaire liée à l'émotion (*emotional eating*), et a montré de façon significative une diminution de la détresse psychologique, une amélioration de l'image du corps et de l'estime de soi, en comparaison des groupes contrôles (versus « pas de DMT » et versus « pas de DMT + traitement ») (Meekums, Vaverniece, Majore-Dusele, & Rasnacs, 2012).
- A.-M. Dubois a étudié les médiations artistiques dans le cadre des troubles du comportement alimentaire et plus particulièrement de l'anorexie mentale. Elle écrit que les médiations artistiques offrent un type de langage permettant de dépasser certains mécanismes de défense. Elle se penche plus particulièrement sur la médiation de la danse, qui permet dans ce type de pathologie de travailler la place du corps et de son investissement, la conscience corporelle. Pour elle, toutes les pathologies présentant une atteinte de l'intégrité de l'image du corps peuvent bénéficier de la danse-thérapie (Dubois, 2010).

2.1.4.2.4. Autisme

On retrouve dans la littérature plusieurs articles évoquant les apports de la dansethérapie pour cette population, notamment dans le cadre des recherches sur les liens avec l'empathie par un effet sur les neurones miroirs (McGarry & Russo, 2011).

On retrouve également plusieurs récits d'expériences cliniques de groupes de dansethérapie auprès d'enfants ou d'adolescents autistes. Ce type de médiation permet de travailler sur la pauvreté émotionnelle et relationnelle et les capacités de mentalisation (Lesage, 2006).

2.1.4.2.5. *Maladies somatiques*

Une étude réalisée chez des patients obèses dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique a montré la nature pédagogique de la danse thérapie qui permet de faire acquérir aux patients des compétences d'auto-soins et psychosociales (Albano, Muller-Pinget, Ivernois (d'), Crozet, & Golay, 2012).

M.-S. Kiepe, dans deux revues de littérature, a également évalué les effets de la danse-thérapie (21 études de 1995 à 2010 et 13 études de 1995 à 2011) sur les maladies physiques (cancer, démence, maladie de Parkinson, troubles cardiaques, diabète de type 2) et a retrouvé des bénéfices sur la qualité de vie et sur l'image du corps dans des populations de patients adultes souffrant de ces pathologies (Kiepe & Keil, 2010; Kiepe, Stöckigt, & Keil, 2012).

2.1.4.2.6. *Qualité de vie*

En Allemagne, I. Bräuninger a étudié l'efficacité d'un groupe de danse-thérapie durant dix semaines, sur une étude multicentrique, et a testé son effet sur la qualité de vie à court (à la fin des dix semaines) et à long terme (six mois après), sur une population adulte sans pathologie psychiatrique. Elle a retrouvé une amélioration :

- A court et long terme sur la qualité de vie, particulièrement le bien-être psychologique et la « vie générale » ;
- A court terme sur les relations sociales et la santé physique ;
- A long terme sur la« spiritualité » et la « vie générale » (Bräuninger, 2012).

2.1.4.2.7. Autres bénéfices retrouvés chez l'enfant

Plusieurs articles retrouvent une efficacité sur la cohésion de groupe chez les enfants (Schmais & Diaz-Salazar, 1998; Erfer & Ziv, 2006), d'amélioration du développement socio-affectif, des relations interpersonnelles, du processus de création, des compétences sociales, de la coopération (avec les autres enfants et les thérapeutes), de la communication, de la capacité à être *leader*, de l'attention aux autres, et du sentiment d'appartenance à un groupe chez des enfants de 7 à 8 ans (Von Rossberg-Gempton, Dickinson, & Poole, 1999).

On note aussi un effet du mouvement créatif et de la danse sur l'amélioration de la créativité, de l'image du corps et de l'activité chez des enfants hypoactifs dans une étude chez des enfants de 7 à 10 ans (Caf, Kroflic, & Tancig, 1997).

Au congrès des Sociétés de pédiatries de 2010, un abstract concernant la thérapie par la danse était présenté. Leur objectif était d'étudier l'effet de cours de danse pour faciliter l'intégration sociale et l'acquisition de comportements non agressifs chez les enfants et améliorer la psychomotricité avec la danse, chez 200 enfants de 7 à 10 ans. Ils ont conclu, après dix mois d'activité, une amélioration du développement psychomoteur, une diminution des indices d'agressivité (Moterani De Moura Leite & Monteiro De Castro Graciano, Juin 2010).

- R. Baum étudie quant à lui l'effet de la danse-thérapie sur les liens d'attachement dans un groupe réunissant des enfants ayant un retard de développement et leur figure d'attachement, ayant souffert de dépression post-natale, dépression chronique, décompensation psychotique au moment de la naissance. Ce groupe a permis non seulement d'améliorer les interactions entre l'enfant et sa figure d'attachement, mais aussi d'établie un lien de confiance entre la figure d'attachement et l'équipe thérapeutique (Baum, 2007).
- P. Pallaro élabore autour du développement des relations d'objet et du processus de différenciation à l'aide de la danse-thérapie à partir d'un cas clinique (Pallaro, 1996).

2.1.5. Indications de la DMT

La DMT peut donc s'adresser à tous types de patients, à l'exclusion de l'état de crise. J. Vaysse insiste sur le fait qu'il est néanmoins nécessaire de bien cerner la problématique de celui-ci afin de proposer la technique la plus adaptée. Les thérapeutes doivent néanmoins connaître la danse, ou au minimum un art assimilé (Vaysse J., 2006).

En particulier chez les enfants, S. Tortora indique qu'une thérapie par la danse peut s'adresser à des patients souffrant de pathologies très variées : autisme, TED (Troubles Envahissants du Développement), troubles de la communication et du langage, troubles de l'intégration sensorielle, TDAH (Trouble-Déficit de l'Attention et Hyperactivité), syndrome de Tourette, troubles des interactions sociales, problématiques d'adoption, traumatismes, troubles de l'attachement, et peut également être adaptée dans certaines pathologies somatiques en milieu hospitalier (Tortora, 2009).

2.1.6. Contenu des séances

- S. Tortora décrit un processus dynamique qui survient au travers de l'utilisation du corps et du mouvement dans les séances de danse-thérapie avec les enfants. Elle décrit quatre étapes à ce processus :
 - « Processus Dynamique I » : « Etablir un rapport » : durant chaque session, le thérapeute s'efforce d'améliorer le développement émotionnel et social, la communication et l'attachement.
 - « Processus Dynamique II » : « Expression des ressentis » : chaque session favorise l'exploration et l'expression des ressentis, émotions, traumatismes et « évènements conscients et inconscients, passés et présents ».

- « Processus Dynamique III » : « Renforcement des compétences » : les aspects corporels, de mouvement et de danse lors de chaque session permettent le développement et l'amélioration des compétences physiques, cognitives et de coping en association avec le point de vue psychologique d'une session de danse/mouvement-thérapie, sur des bases sociale, émotionnelle et de communication.
- « Processus Dynamique IV » : « la danse soignante » : au travers de chaque session, l'enfant est capable d'explorer les expériences de danse offrant soin, joie et découverts pluri-sensorielles (Tortora, 2009).

2.1.7. Le cadre thérapeutique

J. Vaysse précise qu'il est également essentiel de mettre en place un cadre thérapeutique, qui est fonction de la taille du groupe et de la population participant (âge, problématique...). Ce « contrat » doit permettre une régularité, un engagement dans une dynamique relationnelle et de groupe. Il doit proposer un fonctionnement contenant et sécurisant vis-à-vis de tout évènement (expressions motrices brutes, surgissements émotionnels pouvant aller jusqu'au raptus, agissements cathartiques libératoires...), et il est nécessaire de verbaliser clairement dès le début la règle « interdisant de se faire du mal ou de faire du mal à quelqu'un d'autre ».

Elle ajoute qu'un bilan psychomoteur doit précéder la prise en charge en DMT, pour :

- Evaluer les caractéristiques toniques et motrices proximales et distales d'un trouble ;
- Chiffrer un déficit instrumental par des tests ;
- Evaluer la dimension psychologique (Vaysse J., 2006).

R. Gaetner évoque l'importance de la connaissance par l'art-thérapeute de la pathologie des patients (Gaetner, 2003).

Le cadre thérapeutique d'un atelier d'art-thérapie, selon F. Granier, doit remplir les trois fonctions maternelles décrites par D. W. Winnicott : le *holding*, le *handling* et *l'object-présenting* (Granier F. , 2011). Rappelons que D. Anzieu, quant à lui, trouve indispensable le respect des trois unités de temps d'espace et d'action.

Enfin, il est important que le thérapeute ait également une connaissance pratique de la danse. En effet, le fait de danser avec les patients est la base des processus de transfert-contretransfert corporel, permet l'imitation et une identification au thérapeute.

2.2. La notion d'empathie et les neurones miroirs

D. W. Winnicott développe dans son article *le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant et de l'adolescent,* l'importance des interactions du bébé avec sa mère durant le début de sa vie pour son développement. Le visage de la mère reflète les émotions du bébé, avec cependant de légères variations. Ce rôle de miroir du visage

de la mère permettrait la maturation du nourrisson, dans trois dimensions: l'intégration, l'interrelation psychosomatique et la relation d'objet. Cela lui permet donc d'acquérir une individuation et progressivement une séparation avec la mère au travers de la distinction soi/non-soi. Il démontre également l'importance du regard de la mère dans le développement des assises narcissiques, et notamment en ce qui concerne le narcissisme secondaire, l'amour propre. Enfin le rôle de miroir du visage de la mère permet à l'enfant de se dégager d'une appréhension purement d'observation du monde (perception) pour exister et avoir une vision créative du monde qui l'entoure (aperception) (Winnicott D. , 1975).

On remarque donc l'intérêt du principe d'imitation dans le jeu avec les expressions du visage de la mère qui sont en relation avec les émotions du nourrisson: cela permet l'élaboration du Moi.

Par la danse thérapie, on peut introduire un jeu d'imitation. On verra plus tard que cette capacité d'imitation ainsi que d'empathie et l'acquisition de la théorie de l'esprit sont dépendantes des neurones miroirs. On retrouve dans la littérature plusieurs études montrant que la danse thérapie permet une augmentation du nombre de ces neurones miroirs dans la pathologie autistique notamment, et certains articles font le lien entre capacités d'empathie, neurones-miroirs et DMT.

2.2.1. L'empathie

2.2.1.1. Définition

L'empathie est une notion complexe, de nombreuses définitions existant dans la littérature. N. Eisenberg la définit comme « la réponse affective découlant de la compréhension de l'état émotionnel d'autrui ou une condition semblable à ce que l'autre personne ressent ou à ce que l'on s'attende qu'elle ressente dans une situation donnée » (Eisenberg, Shea, Carlo, & Knight, 1991).

Selon J. Decety, elle aurait pour fonction principale de promouvoir les comportements prosociaux lors des interactions entre individus et jouerait un rôle crucial dans le développement de la morale (Decety & Meyer, 2008).

2.2.1.2. Développement chez les enfants

Selon P. Rochat, les bases neurologiques existeraient dès le plus jeune âge (Rochat & Striano, 2002).

Selon J. Decety, elle se développerait essentiellement avant l'âge de deux ans. Très tôt après la naissance, les enfants sont capables d'exprimer de l'intérêt, de la tristesse, du dégoût et de la joie, ce qui présuppose que les composants de toutes les expressions émotionnelles sont déjà présents, et que ces processus ont des bases neurologiques (Decety & Meyer, 2008).

L. Nielsen a suggéré que l'enfant, en réponse aux sentiments, affects et émotions signalés par les autres, construit son apprentissage social, renforçant la signifiance dans

l'échange social, et qu'il associe ensuite à sa propre expérience émotionnelle. Les enfants expérimentent donc les émotions en partageant celles des autres, et en apprenant à les différencier de leurs propres états, en observant les réponses en résonance qu'ils provoquent chez les autres. Cette résonance émotionnelle automatique entre soi et les autres fournit le mécanisme basique sur lequel repose la cognition sociale et l'empathie dans le développement futur (Nielsen, 2002). Certains auteurs présument que les prémices de l'empathie seraient présentes avant que l'enfant ne développe la différenciation soi-autre (Hastings, Zahn-Waxler, & McShane, 2006).

Le nourrisson expérimente donc pour la première fois la contagion émotionnelle au travers de ses interactions avec son *caregiver*, comportement appelé par J. Bowlby « attachement » (Bowlby, 1958). Pour M. Mikulineer, avoir un mode d'attachement sécure serait lié à la possibilité d'éprouver plus tard de l'empathie pour autrui (Mikulineer & Shaver, 2005). Le développement de l'empathie résulterait donc, selon J. Haviland et P. Rochat, de la reconnaissance et ensuite du mimétisme des différentes émotions de sa mère, comportement qui facilite également l'attachement (Haviland & Lelwica, 1987; Rochat & Striano, 1999). J. Decety et M. Meyer émettent l'hypothèse que ce mécanisme serait également présent immédiatement après la naissance. Le mimétisme et l'imitation sont donc des éléments fondamentaux du développement de l'empathie, et passent initialement par le corporel (Decety & Meyer, 2008).

2.2.1.3. Concept

A. Behrends défini deux types d'empathie: on distingue l'empathie émotionnelle et affective de l'empathie cognitive (Behrends, Müller, & Dziobek, 2012).

Selon des auteurs canadiens, D. Favre et J. Joly, les aspects émotionnels et affectifs de l'empathie se réfèrent à la réponse de l'observateur à l'état émotionnel d'une autre personne, à la possibilité de ressentir une émotion similaire soi-même ou en ressentant des émotions prosociales au travers de cette personne. Certains auteurs parlent également de contagion émotionnelle. L'existence d'automatismes moteurs et mentaux dans les processus d'interactions sociales a été confirmée par la découverte des « neurones miroirs » qui suscitent chez un observateur une activation des circuits moteurs correspondants aux mouvements qu'il peut observer chez un congénère. Il existerait également des processus neurophysiologiques d'inhibition permettant au sujet d'échapper à la confusion soi-autre, ce qui amène à considérer la contagion émotionnelle comme une composante de l'empathie, et non comme son unique mode de fonctionnement. La différenciation soi-autre nécessite donc l'existence d'une composante cognitive de l'empathie.

L'aspect cognitif de l'empathie comprend les processus de mentalisation tels que, par exemple, l'étiquetage des émotions, la déduction des émotions. L'empathie, pour se distinguer de la contagion émotionnelle, nécessite de l'imagination et une prise de distance (« perspective taking ») par rapport à autrui (Favre D. , Joly, Reynaud, & Salvador, 2005).

Selon I. Dziobek, les aspects émotionnels et cognitifs de l'empathie sont interdépendants mais dépendent de processus différents (Dziobek, et al., 2008).

D. Favre et J. Joly détaillent que l'on retrouve donc une association dans le concept d'empathie d'une composante émotionnelle, opérant une reproduction de sujet à sujet, et

d'une composante cognitive, opérant une différenciation soi-autre. La limite entre cette différenciation et une confusion entre soi et l'autre est difficile à définir. Plusieurs auteurs ont tenté de définir des critères, mais aucun n'a été inclus dans une échelle de mesure de l'empathie. D. Favre et J. Joly ont tenté de définir cette notion de différenciation soi-autre (Favre D., Joly, Reynaud, & Salvador, 2005). Elle nécessite au préalable la mise en place de la conscience de soi et des autres, qui émergerait très tôt dans l'enfance (vers deux-trois mois) selon J. Decety et M. Meyer (Decety & Meyer, 2008). J. Decety et P. Jackson s'appuient sur le fait que le partage affectif doit être modulé par le fait de savoir que « le sentiment de l'autre appartient à l'autre » (Decety & Jackson, 2004).

L'hypothèse de D. Favre est qu'en l'absence d'un processus de régulation assurant le maintien de l'organisation individuelle, la contagion émotionnelle, automatique, prend le pas, comme pour le bébé lorsqu'il imite les cris de ses congénères. En revanche, dès que ces processus sont efficaces et que l'individu est suffisamment constitué et capable d'assurer le maintien de son organisation, la contagion émotionnelle se trouve contenue, régulée, et donc ne suscite qu'une similitude partielle entre l'émotion de la personne cible et l'émotion ressentie, alors qualifiée d'empathique. Il introduit également la notion de « coupure par rapport aux émotions », qui peut être apparenté à un mécanisme de défense lorsque l'individu ne parvient pas à réguler les émotions empathiques. Cet aspect sera développé un peu plus tard.

On peut également isoler un troisième aspect, corporel/kinesthésique, de l'empathie.

L'empathie est donc considérée par certains auteurs comme une compétence émotionnelle, cognitive et sociale (Favre D. , Joly, Reynaud, & Salvador, 2009).

J. Decety et M. Meyer relient également les concepts d'empathie et d'intersubjectivité : l'empathie serait la source principale de l'intersubjectivité (qui est la capacité à partager les états subjectifs des autres et résonner avec leurs perspectives, fortement reliée à la capacité de lire les émotions d'autrui pour déterminer leur état psychologique), en permettant de comprendre les intentions, émotions, motivations des autres (Decety & Meyer, 2008).

Selon ces auteurs, l'expérience empathique semble donc sous-tendue par plusieurs éléments (voir figure 2) :

- Le partage affectif, activé par le couplage perception-action ;
- La possibilité de différenciation soi-autre, ce qui probablement implique les circuits fronto-pariétal et préfrontal ;
- Les fonctions exécutives dépendantes du cortex préfrontal ayant une fonction inhibitrice permettant de réguler les émotions et de permettre une flexibilité mentale (Decety & Meyer, 2008);

Figure 2: Représentation schématique des mécanismes impliqués dans l'empathie (Decety & Meyer, 2008)

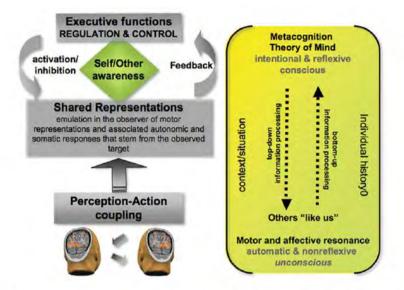


Figure 1. Schematic representation of bottom-up (i.e., direct matching between perception and action) and top-down (i.e., regulation and control) information processes involved in empathy. These two levels of processing are interrelated. The low level, which is automatically activated (unless inhibited) by perceptual input, accounts for emotion sharing. Executive functions, implemented in the prefrontal cortex, serve to regulate both cognition and emotion, notably through selective attention and self-regulation. This metalevel is continuously updated by bottom-up information, and in return controls the lower level by providing top-down input. Thus, the top-down regulation, through executive functions modulates low levels and adds flexibility, making the individual less dependent on external cues. The metacognitive feedback plays a crucial role in taking into account one's own mental competence in order to react (or not) to the affective states of others.

2.2.1.3.1. La contagion émotionnelle

La contagion émotionnelle, aussi appelée « mimétisme émotionnel » ou « empathie motrice » selon J. Decety et M. Meyer, est définie par D. Favre et J. Joly comme une composante automatique, mécanique, des processus empathiques, et qui utiliserait les informations de nature kinesthésique pour permettre la reproduction et donc la compréhension des états émotionnels de la personne observée. En effet, la contagion émotionnelle reste étrangère à la dimension cognitive de l'empathie.

Elle aurait pour origine un mimétisme moteur consistant en une imitation posturale et faciale automatique qui, en fournissant une information de nature kinesthésique, devrait permettre la reproduction et par conséquent la compréhension des états émotionnels de la personne observée, ce qui rejoint les résultats des études actuelles sur le rôle et le fonctionnement des neurones miroirs dans les processus des interactions sociales. La différenciation soi-autre, ainsi que la capacité de mentalisation, sont indispensables pour permettre au processus de régulation d'empêcher l'individu d'être envahi par les émotions d'autrui et d'être simplement empathique (Favre D. , Joly, Reynaud, & Salvador, 2005; Decety & Meyer, 2008).

2.2.1.3.2. Déficit d'empathie ou la coupure par rapport aux émotions

Pour certaines personnes, la contagion émotionnelle est source de souffrance, et il peut s'instaurer un refus général de « partager » l'émotion de l'autre, que celle-ci soit négative ou bien positive. C'est ce qu'on appelle la « coupure par rapport aux émotions ». Cela résulterait de difficultés à réguler ses propres émotions, ce qui amène le sujet à taire ses émotions, à s'en couper, à empêcher le processus de contagion émotionnelle de se réaliser. L'émotion empathique est donc refoulée au même titre que les autres.

Lorsque la régulation est insuffisante mais qu'il n'y a pas refoulement, on parle de « personal distress », ce qui correspond à un envahissement émotionnel selon D. Favre et J. Joly (Favre D. , Joly, Reynaud, & Salvador, 2005). Pour C. Batson et J. Decety, ce ressenti ne contribue pas à l'empathie et aux comportements prosociaux, en empêchant de chercher à apaiser la souffrance de l'autre (Batson, et al., 2003; Decety & Lamm, 2008).

- J. Russel nous apprend que le processus de régulation défaillant repose sur le développement de la capacité de compréhension de ses propres états émotionnels et de ceux des autres, capacité fortement liée à certaines fonctions exécutives, telles que les processus permettant de contrôler les actions motrices, incluant l'autorégulation, la planification, la flexibilité cognitive, l'inhibition de la réponse, et la résistance à l'interférence (Russel, 1996). Le développement de ces capacités surviendrait aux alentours de quatre ans selon S. Carlson et L. Moses (Carlson & Moses, 2001), et se terminerait que tard dans l'adolescence (Bunge, Dudukovic, Thomason, Vaidya, & Gabrieli, 2002; Moriguchi, Ohnishi, Mori, Matsuda, & Komaki, 2007). Selon V. Sturm, une atteinte du cortex préfrontal cingulaire/médial est communément associée avec des déficits dans les interactions sociales et dans la conscience de ses propres émotions (Sturm, Rosen, Allison, Miller, & Levenson, 2006).
- B. K. Bryant et A. Mehrabian supposent que dans la coupure par rapport aux émotions, le sujet reste complètement hermétique à la détresse ou à la joie d'autrui. Ce mécanisme est à rapprocher d'un mécanisme de défense. Cette notion de coupure par rapport aux émotions apparait comme un possible prédicteur de conduites violentes, que l'on peut alors comprendre comme un débordement émotionnel que l'individu se retrouve incapable de gérer. Cela permet d'expliquer, au moins en partie, une notion explorée depuis plusieurs années, à savoir que les comportements violents sont corrélés à un déficit d'empathie.

Ce mécanisme de coupure par rapport aux émotions est également lié de façon étroite avec la capacité de reconnaitre et d'identifier ses propres émotions, qui est alors quasi-absente (Bryant, 1982; Mehrabian & Epstein, 1972).

Il existe également des pathologies dans lesquelles il y a un déficit d'empathie : les troubles du spectre autistique, les troubles des conduites....

Une autre hypothèse, développementale, est explorée par J.-M. Guilé. Il explique que dans le cadre de cette hypothèse, le déficit d'empathie serait secondaire à un défaut d'intersubjectivité précoce et entrainerait ou favoriserait, en synergie avec des facteurs environnementaux, le développement de pathologies en rapport telles que le trouble des conduites, le trouble de personnalité antisocial, le trouble-déficit de l'attention, le trouble oppositionnel et les troubles narcissiques (Guilé, 2007).

2.2.1.4. Différence entre empathie et théorie de l'esprit

Les concepts d'empathie et de théorie de l'esprit sont des notions assez proches et leurs rapports sont controversés. Nous venons de définir celle de l'empathie.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'empathie peut être définie comme « la réponse affective découlant de la compréhension de l'état émotionnel d'autrui ou une condition semblable à ce que l'autre personne ressent ou à ce que l'on s'attende qu'elle ressente dans une situation donnée » et les recherches récentes ont distingué deux types d'empathie, l'empathie émotionnelle et l'empathie cognitive. L'empathie émotionnelle, ou affective, se réfère à la réponse de l'observateur à l'état émotionnel d'une autre personne, à la possibilité de ressentir une émotion similaire soi-même ou en ressentant des émotions prosociales au travers de cette personne. Quant à l'empathie cognitive, elle nécessite la différenciation soi-autre et comprend donc les processus de mentalisation tels que, par exemple, l'étiquetage des émotions, la déduction des émotions, et a pour but de réguler l'aspect émotionnel.

La définition actuellement admise de la théorie de l'esprit, selon L. Nadel, est l'aptitude à prédire ou expliquer le comportement d'autrui en lui attribuant des croyances, des souhaits ou des intentions, c'est-à-dire en concevant qu'ils aient des états mentaux différents des nôtres. (Nadel L., 2003)

Selon M.-A. Sabbagh, il existerait deux composantes à la théorie de l'esprit : le « *mental state decoding* » (capacité à percevoir les informations sociales directement observables comme les expressions faciales, les gestes, la voix), et le « *mental state reasoning* » (raisonnement, capacité d'intégration de ces indices, du contexte, de l'expérience et de la connaissance de la personne) (Sabbagh & Moulson, 2004).

Certaines recherches récentes, comme le résume C. Duval, distingueraient une théorie de l'esprit affective et une cognitive : l'aspect cognitif correspondrait à la capacité de se représenter les croyances d'autrui, indépendamment de toute connotation émotionnelle, et l'aspect affectif à comprendre et déduire les émotions et sentiments d'autrui (Duval, et al., 2011).

Certains auteurs, comme le souligne E. Bora, considèrent que la composante cognitive de l'empathie s'intègre dans le concept de théorie de l'esprit (Bora & Gokcen, 2008). On peut également remarquer que l'aspect affectif de la théorie de l'esprit est proche de la composante émotionnelle de l'empathie. Ces deux concepts apparaissent comme étroitement liés et leurs définitions ainsi que leurs limites apparaissent extrêmement controversées.

2.2.1.5. Les différentes mesures de l'empathie chez l'enfant

Il existe peu de tests explorant l'empathie chez l'enfant. Nous n'avons retrouvé que trois questionnaires :

- L'un a été créé par B. K. Bryant. Ce questionnaire, le *Bryant's Empathy Index* est en anglais et n'a pas de traduction française validée (Bryant, 1982). De plus sa validité est remise en question par des études récentes (Wied, et al., 2007).

- Le *Basic Empathy Scale*. Cette échelle a été validée en français mais s'adresse à une population adolescente et n'était donc pas indiquée dans le cadre de ce travail (d'Ambrosio, Olivier, Didon, & Besche, 2009).
- Enfin, le questionnaire *Coupure-Empathie-Contagion* est validé et adapté à une population de langue française et en âge de latence. Nous la détaillerons plus loin. (Favre D., Joly, Reynaud, & Salvador, 2005)

Quant au questionnaire réalisé par S. Baron-Cohen, il a été validé pour une population adulte et n'est donc pas applicable ici (Allison, Baron-Cohen, Wheelwright, Stone, & Muncer, 2011).

2.2.2. Les neurones miroirs

Les neurones miroirs ont été découverts en 1990 par l'équipe de G. Rizzolatti chez les primates, et leur existence chez l'être humain a été prouvée en 2010.

G. Rizzolatti et J. Decety montrent que le système des neurones miroirs est présent dans différentes aires corticales et différentes fonctions sont rattachées à ces localisations. Les aires cérébrales mises en jeu sont l'aire F5 dans le cortex pariétal postérieur (mécanisme de miroir "classique"), et les aires F1 et F2 (mécanisme "mirror-like"). Différentes études ont démontré que les mêmes aires cérébrales s'activaient lors de l'observation, l'imagination et la réalisation d'une action (Rizzolatti & Fabbri-Destro, 2008; Decety & Chaminade, 2003; Decety & Grèzes, 2006). Ces neurones sont sélectifs : chaque ensemble de neurones ne s'active que pour une action précise, et ne s'active pas ou peu lors d'un autre geste (Rizzolatti & Fabbri-Destro, 2008). Ce mécanisme est pré-réflexif et automatique.

Selon G. Rizzolatti, le mécanisme de miroir se situe dans le réseau pariéto-frontal et code pour la compréhension des objectifs des gestes/actes moteurs observés et des intentions qui les sous-tendent, en plus de comprendre le but de celui-ci (Rizzolatti & Fabbri-Destro, 2008).

- F. Filimon précise qu'en ce qui concerne les mouvements de préhension réellement exécutés, observés et imaginés, un chevauchement entre ces actions a été trouvé dans le cortex prémoteur dorsal et dans le lobe pariétal supérieur, étendu à la scissure intra-pariétale gauche. Il semble donc exister un système miroir codant pour la préhension, indépendant de la zone cérébrale du grasping (Filimon, Nelson, Hagler, & Sereno, 2007). Dans le cortex dorsal prémoteur, le système de neurones miroirs serait associé selon M. Iacoboni à l'apprentissage moteur conditionné (Iacoboni, 2009).
- G. Rizzolatti explique que le mécanisme de miroir transforme les informations sensorielles décrivant les actions d'une autre personne en un format moteur similaire à celui que les observateurs génèrent de manière interne lorsqu'ils s'imaginent réalisant eux-mêmes cette action ou lorsqu'ils la font réellement. Cela permet donc à l'observateur de comprendre le comportement des autres, sans qu'une élaboration cognitive complexe ne soit nécessaire (Rizzolatti & Fabbri-Destro, 2008; Rizzolatti, Fogassi, & Gallese, 2001).

Certaines recherches sur le système des neurones-miroirs suggèrent que les aires cérébrales impliquées dans la perception et la production du mouvement se chevauchent, et que ces aires cérébrales sont également impliquées dans la compréhension de l'intention du mouvement (Rizzolatti & Craighero, 2004).

Une étude EMG (Electro-MyoGramme) réalisée par E. Dayan montre que lorsqu'un enfant au développement normal observe une action formée de plusieurs actes moteurs, les muscles qui sont impliqués dans le dernier geste moteur deviennent actifs dès l'observation du premier geste. Cette activation serait par exemple absente chez l'enfant autiste. Ces données indiquent que le système miroir fournit aux observateurs une copie de l'action dans son entier de ce que la personne a l'intention de faire dès le début de son action.

Le système miroir permet également de répondre à l'observation de mouvements apparemment dépourvus de but. Une étude IRM (Imagerie par Résonnance Magnétique) révèle que le « système moteur miroir » est extrêmement sensible aux mouvements cinétiques (Dayan, et al., 2007).

Certaines aires cérébrales du système de neurone-miroir sont également impliquées dans le processus d'imitation, comme l'étudie M. Iacoboni. Des études en IRM fonctionnelle (IRMf) réalisées par M. Iacoboni, V. Gazzola ou G. Rizzolattiont localisé deux aires cérébrales impliquées : la partie postérieure du gyrus frontal inférieur (qui coderait pour le but/l'aspect intentionnel de l'action) et la partie ventrale du cortex pariétal postérieur (qui coderait pour l'aspect moteur de l'action) (Gazzola, Rizzolatti, Wicker, & Keysers, 2007; Rizzolatti & Craighero, 2004; Iacoboni, et al., 1999).

L'aire frontale inférieure chevauche la partie postérieure de l'aire de Broca (au niveau de la *pars opercularis*, zone démontrée plus tard comme essentielle dans le processus d'imitation par M. Heiser (Heiser, Iacoboni, Maeda, Marcus, & Mazziotta, 2003)), ce qui supporte l'hypothèse de G. Rizzolatti au sujet du rôle joué par le système des neurones miroirs dans le langage (Rizzolatti & Arib, 1998). Ce dernier soutient que son rôle serait de transformer les phonèmes entendus en un format moteur nécessaire à leur reproduction (Rizzolatti & Fabbri-Destro, 2008). D'autre part, M. Iacoboni évoque qu'il existe une activation dans la zone du langage lors d'une action silencieuse qui pourrait être induite par une « verbalisation mentale » survenant durant l'activation de la tâche. La raison pour laquelle l'imitation induirait davantage de « verbalisation mentale » qu'une action motrice, qui à son tour provoquerait davantage de « verbalisation mentale » que l'observation d'une action, n'est pas claire à ce jour (Iacoboni, 2009).

Ces structures neuronales participent également selon V. Gallese au ressenti émotionnel et s'activent lorsque les mêmes actions, sensations et émotions sont détectées chez les autres (Gallese, 2006).

Le système des neurones-miroirs existe, selon G. Rizzolatti et J. Kilner, au niveau de l'insula et du cortex cingulaire antérieur, où il devient le médiateur de la compréhension des émotions et des intentions des autres, et il existe un lien dans les situations complexes avec les aires de la mentalisation (Rizzolatti & Fabbri-Destro, 2008; Kilner & Frith, 2008). Le

comportement de « miroir social » et la possibilité d'éprouver de l'empathie avec les autres pourrait être sous-tendu par les interactions entre le circuit central de l'imitation et le système limbique (voir Figure 3). Une étude d'IRMf réalisée par L. Carr sur l'imitation et l'observation de l'expression d'émotions faciales a testé l'hypothèse comme quoi l'empathie serait activée par un important réseau neuronal composé du système de neurones-miroirs, du système limbique, et de l'insula, permettant la connexion entre ces deux systèmes (Carr, Iacoboni, Dubeau, Mazziotta, & Lenzi, 2003). Dans ce réseau, les neurones miroirs appuieraient la simulation des expressions faciales observées chez les autres, qui à son tour déclencherait l'activation du système limbique, produisant chez l'observateur l'émotion ressentie par l'autre. Ce réseau neuronal fournirait d'après A. Goldman une forme d'empathie basée sur la simulation (Goldman & Sripada, 2005). Ce mécanisme, selon C. Keysers, passe d'abord par une représentation pré-réflective et une compréhension intuitive de l'état émotionnel de l'autre, avant de devenir secondairement une représentation réflective (Keysers & Gazzola, 2007). J. Decety montre que l'étude de la perception de la douleur chez autrui a été d'une importance particulière dans la compréhension des mécanismes neuronaux soustendant l'empathie (Decety & Meyer, 2008), chez l'adulte mais aussi chez l'enfant (Decety, Michalska, & Akitsuki, 2008). Ces mécanismes seraient présents très tôt dans le développement d'après N. Eisenberg et M. Hoffman (Eisenberg & Eggum, 2008; Hoffman, 2000).

Des études d'IRMf chez des préadolescents ayant un développement normal, réalisées par J. Pfeifer, ont montré que l'activité dans les aires des neurones miroirs est positivement corrélée avec les compétences interpersonnelles et la préoccupation empathique (Pfeifer, Iacoboni, Mazziotta, & Dapretto, 2008).

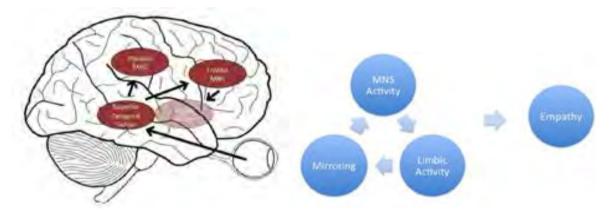


Figure 3: Schématisation des liens entre empathie et neurones miroirs (McGarry & Russo, 2011)

Néanmoins, la question de l'inné ou de l'acquis reste en suspens selon B. Calvo-Merino et E. Cross. Il semble que ce système de neurones miroirs soit hautement plastique et une expérience motrice spécifique modifierait sa réactivité (Calvo-Merino, Grèzes, Glaser, Passingham, & Haggard, 2006; Calvo-Merino, Glaser, Grèzes, Passingham, & Haggard, 2005; Cross, Hamilton, & Grafton, 2006). Le fait par exemple que les participants observent et reproduisent un mouvement facilite fortement la mémoire motrice est également bien connu, d'après K. Stefan (Stefan, et al., 2005).

Le lien entre empathie et neurones miroirs est néanmoins sujet à discussion. En effet, F. de Vignemont évoque quatre conditions à la possibilité d'éprouver de l'empathie:

- La capacité d'être dans différents états émotionnels.
- Le fait d'être dans un état émotionnel similaire à l'autre.
- Le fait que l'état émotionnel soit déclenché par celui de l'autre.
- Savoir que l'état émotionnel de l'autre est la source de son propre état émotionnel.

Ces quatre conditions sont nécessaires à l'empathie, et si la dernière condition est absente, alors cela devient de la contagion émotionnelle : la contagion émotionnelle est autocentrée tandis que l'empathie est centrée sur autrui.

Le mécanisme de miroir quant à lui nécessite que la réponse en miroir se fasse à un état émotionnel, qu'elle corresponde à cet état émotionnel cible et que l'état émotionnel cible soit la cause de l'état en miroir. Il n'existe donc pas de processus de régulation cognitif comme entre la contagion émotionnelle et l'empathie.

Elle conclut dans son article que le mécanisme de miroir est automatique et provoque la simple contagion émotionnelle. L'empathie nécessite un mécanisme cognitif supplémentaire pour réguler la contagion émotionnelle, mais ne peut donc pas être considérée comme un mécanisme de miroir pur (de Vignemont, à paraître).

2.3. Les liens entre empathie, système des neuronesmiroirs et danse-thérapie

Le système miroir a été étudié par V. Gallese. Il présuppose que la modélisation des relations intentionnelles entre les autres nécessite une bonne représentation de soi et de son corps, en tant qu'organisme à la recherche de sens. Notre rapport à la réalité est donc fortement dépendant de la capacité à considérer notre corps dans son environnement spatial, et le "corps vivant tactile" se révèle être notre principal référentiel. Il conclut que la connaissance personnelle de notre corps nous permet de comprendre les actions exécutées par les autres et de décoder les émotions et les sensations qu'ils éprouvent. La constitution d'un espace interpersonnel partagé et signifiant est rendu possible par notre capacité apparemment spontanée à concevoir à notre image les individus agissant qui peuplent notre monde social. Les circuits des neurones miroirs dresseraient donc une carte des relations intentionnelles concise, non déterminée et neutre du point de vue de la qualité ou de l'identité du paramètre agent/sujet. Au moyen d'un état fonctionnel partagé, mis en œuvre dans deux corps différents, mais devant néanmoins obéir aux mêmes règles morpho-fonctionnelles, "l'autre objectuel" devient un "autre soi-même". (Gallese, 2006)

Une étude récente réalisée par T. Shafir et al. montre que le fait d'observer et d'exécuter des expressions corporelles émotionnelles aide à réguler ses propres émotions, en stimulant le réseau neuronal des neurones miroirs (Shafir, Taylor, Atkinson, Langenecker, & Zubieta, 2013).

Ces dernières années, plusieurs auteurs ont imaginé un lien entre l'empathie, les neurones miroirs et la danse-thérapie, entre autres au travers des exercices dits de

« *mirroring* » (Behrends, Müller, & Dziobek, 2012; McGarry & Russo, 2011; Berrol, 2006). Ils ont été considérés comme permettant de relancer la compréhension émotionnelle et l'empathie selon L. Mc Garry (McGarry & Russo, 2011).

Cet exercice implique l'imitation par le thérapeute des mouvements, émotions ou intentions « comprises » dans le mouvement du patient.

Le lien entre imitation et empathie a été étudié par certains chercheurs, comme M. Iacoboni (Iacoboni, 2009), qui présument que l'imitation et le mimétisme sont envahissants, automatiques et facilitent l'empathie. M. Lieberman évoque un lien entre empathie et imitation dans le comportement social : l'être humain a une forte tendance à aligner son comportement social avec ses pairs dans les interactions sociales (Lieberman, 2007). M. Iacoboni démontre dans son article, à travers les expériences de T. Chartrand et J. Bargh (Chartrand & Bargh, 1999), les liens entre imitation et émotions. Ces expériences ont démontré que :

- L'une des fonctions de la tendance automatique à l'imitation permet d'augmenter l'affection entre individus.
- L'imitation et l'affection tendent à aller de pair. Lorsque quelqu'un nous imite, nous avons tendance à l'apprécier davantage.
- Plus les gens imitent les autres, plus ils se sentent concernés par les sentiments de ces personnes et se montrent plus empathiques envers eux.
- Plus un sujet imite ses pairs, plus il est empathique envers eux.

La première fois que le lien entre empathie et danse-thérapie a été évoqué remonte à 1983 avec l'étude de D. Fraenkel (Fraenkel, 1983). Il a mesuré la corrélation entre l'empathie et le *mirroring* lors des interactions entre un thérapeute et son patient, qu'il a comparé à la relation entre deux amis, au moyen d'enregistrements vidéo. Dans les deux cas, il a été retrouvé que le niveau de synchronisation des mouvements était corrélé au score d'empathie.

L. McGarry développe dans son article l'hypothèse que les exercices de *mirroring* en DMT améliorent la compréhension des intentions émotionnelles d'autrui par une meilleure utilisation des circuits des neurones-miroirs. L'effet de la DMT et des exercices de *mirroring* sur l'empathie est reconnu depuis longtemps par les danse-thérapeutes mais n'a que très peu été étudié, selon les études menées par C. Berrol et L. Mills (Berrol, 2006; Mills & Daniluk, 2002).

Nous avons précédemment établi que l'empathie était étroitement reliée à un mimétisme moteur, dépendant du système des neurones miroirs.

- L. McGarry évoque que les mouvements manifestes pourraient avoir d'avantage d'effets sur l'empathie, en se basant sur l'étude de T. Chartrand et J. Bargh (Chartrand & Bargh, 1999) qui démontre que les individus qui ont une plus forte tendance à s'engager dans un mimétisme automatique lors des interactions sociales ont un score plus important sur les questionnaires évaluant l'empathie, ce qui supporte l'idée que le mimétisme améliore l'empathie.
- L. McGarry évoque également dans son article ce que peut apporter la DMT par rapport à une simple thérapie travaillant sur le mimétisme social. Elle rappelle que le danse-

thérapeute est entraîné non seulement dans l'analyse du mouvement mais aussi dans le repérage de la qualité de ces mouvements, en étant capable de sélectionner les mouvements reflétant l'humeur du patient, et d'engager un travail via l'imitation sur ces gestes en particulier. En outre, en DMT les mouvements imités sont accentués, certaines recherches menées par A. Atkinson suggérant que lorsqu'une posture émotionnelle est exagérée, l'incarnation de cette posture conduit à une meilleure reconnaissance et expérience de l'émotion associée (Atkinson, Dittrich, Gemmell, & Young, 2004). Cela est beaucoup utilisé en danse contemporaine et moderne notamment. On peut également souligner le rôle de la musique en danse-thérapie, qui est absente dans les autres thérapies.

Selon L. McGarry, une thérapie basée sur la danse visant à entrainer l'empathie consisterait en une série de sessions de *mirroring*, débutant par une imitation fortement exagérée des mouvements porteurs d'une émotion, supportée par une musique congruente à l'humeur induite. L'imitation serait réalisée par le thérapeute, mais aussi par le patient. Au fur et à mesure que les patients identifieront de plus en plus facilement les émotions ainsi exprimées, le niveau d'exagération sera diminué progressivement. Des questionnaires évaluant l'empathie peuvent être proposés aux patients, mais des entretiens peuvent aussi être proposés à la famille, explorant l'évolution des comportements prosociaux. La mise en place d'un groupe contrôle ne participant pas à ce type de groupe permettrait d'établir un lien de causalité avec la DMT (McGarry & Russo, 2011).

M. Vulcan (Vulcan, 2009) souligne quant à lui à travers une revue de la littérature, que le phénomène en danse-thérapie appelé « contre-transfert somatique » souligne l'importance du *mirroring* pour le thérapeute en DMT. Ce phénomène de contre-transfert somatique est défini par « la conscience du thérapeute de son propre corps, des sensations, images, impulsions ressenties et imaginaires qu'offre le lien avec les processus mentaux du patients et son intersubjectivité ». Le danse-thérapeute utilise donc le travail de *mirroring* pour améliorer le contre-transfert corporel, en s'en servant pour améliorer la compréhension empathique du patient, dans le but de réaliser un diagnostic et un projet thérapeutique individualisé.

Quelques études se sont intéressées aux mécanismes neurologiques qui sous-tendent la danse et la danse-thérapie, et notamment le système des neurones miroirs. L'hypothèse de travail principale est que la danse-thérapie améliore l'empathie en développant ce mécanisme des neurones miroirs par l'apprentissage de mouvements par mimétisme (également en danse, sans qu'il n'y ait de désir thérapeutique) :

G. Orgs et al. ont mesuré les éléments de désynchronisation dans les bandes de fréquences alpha et bêta chez des danseurs et des non-danseurs. Une puissance réduite de ces vagues rythmiques doit refléter une augmentation du processus du système des neurones miroirs. Ce phénomène a été mis en évidence chez les danseurs, contrairement aux non-danseurs, lorsqu'ils regardent des mouvements de danse, alors qu'on ne retrouve pas de différence entre les groupes lorsqu'ils observent des mouvements standards (Orgs, Dombrowski, Heil, & Jansen-Osmann, 2008).

- B. Calvo-Merino et al. ont réalisé une étude en IRMf chez des danseurs, des artistes de capoeira et un groupe contrôle inexpérimenté, alors qu'ils regardaient des vidéos de ballet ou de capoeira. Chaque groupe expert en une discipline avait une plus grande activation dans le cortex prémoteur et le sillon temporal supérieur pendant la diffusion de leur discipline, à l'opposé des deux autres groupes (Calvo-Merino, Glaser, Grèzes, Passingham, & Haggard, 2005).
- E. Cross et al. ont démontré que cette augmentation de l'activité du système des neurones miroirs chez les groupes experts dans la discipline pouvait être améliorée par un entrainement (étude en IRMf) (Cross, Hamilton, & Grafton, 2006).

A. Berhends a également étudié sur un plan théorique le lien entre empathie et danse-thérapie, suggérant que les éléments spécifiques de coordination et synchronisation des mouvements, d'imitation et de la « coopération motrice » étaient pertinents pour l'améliorer des aptitudes empathiques. Elle décrit le lien théorique qui unit des outils en danse tels que l'imitation, les mouvements synchronisés (et accordé au niveau spatial, temporel et sur la qualité du mouvement) et la « coopération motrice » (terme utilisé pour définir l'action coordonnée de deux personnes pour atteindre un but) et leurs effets sur l'amélioration de l'empathie et/ou des comportements prosociaux, en promouvant l'aspect kinésique de l'empathie. Elle propose sur ces données une méthode de travail de danse-thérapie, « moving in and out of synchrony », utilisant ces trois types de mécanisme (Behrends, Müller, & Dziobek, 2012).

2.4. Développement psychomoteur normal de l'enfant de 8-10 ans, rapports avec la danse-thérapie

2.4.1. Rappel sur le développement psychomoteur de 0 à 6 ans

O. Chatillon et F. Galvao résument le développement psychomoteur de l'enfant, qui est normalement terminé dès l'âge de 4 ans, 6 ans pour le langage :

Figure 4 : Développement psychomoteur de l'enfant (Chatillon & Galvao, 2007)

ÂGE	TONUS	POSTURE	MOTILITÉ ET LOCOMOTION	PRÉHENSION	OCCULO- MOTRICITÉ	COMPORTEMENT RELATIONNEL	GRAPHISME
1 mois							
2 mois	Attitude en flexion Hypertonie Attitude en extension Hypotonie		extension.		du regard		
3 mois		Tient sa tête	Bouge la main devant les yeux Se soulève du lit		Suit sur 180° Coordination oculomotrice	Sourit à l'examinateur Tend le bras vers une personne Tourne la tête quand on l'appelle	
4 mois 5 mois				Ratisse avec sa main (préhension ulno-palmaire)			
6 mois		Tiens assis avec, puis sans appui	Rampe Se retourne dos-ventre Acquiert progressivement la marche à 4 pattes	 Attrape entre la paume et les doigts (préhension digito- palmaire) 	Orientation au son	Reconnaît les visages familiers	1
7 mois 8 mois							
9 mois 10 mois 11 mois		 Acquisition de la station debout, normalement acquise à la fin de la 1^{ère} année 		Acquisition progressive de la pince (préhension radio-digitale)		Peur de l'étranger Fait les marionnettes Fait "au revoir"	
12 mois (1 an)			Début d'acquisition de la marche			Aide quand on l'habille	
18 mois	Normotonie	Debout sans appui	Marche normalement acquise	Lächer volontaire des objets		Mange seul	
24 mois (2 ans)		7	Tricycle Monte un escalier seul Tape dans un ballon	Début de latéralisation		Aide à ranger ses affaires Joue en compagnie des autres	Traits horizontaux et verticaux Gribouillis
36 mois			Bicyclette			S'habille tout seul	8-4
(3 ans)			- bicyclette			Joue AVEC les autres	Ronds, croix

En ce qui concerne l'intelligence, ils distinguent quatre grandes phases de développement, définies initialement par J. Piaget. Il avait émis l'hypothèse que l'intelligence se développait au travers de l'adaptation à l'environnement, qui nécessitait l'équilibre entre deux opérations, l'assimilation et l'accommodation. Le développement de l'intelligence serait donc un processus actif et progressif :

- La période sensori-motrice, de 0 à 2 ans, durant laquelle le nourrisson réagit selon un schéma d'action-réaction : il assimile le fait qu'une action de sa part engendre une réaction. Il va ainsi tendre à répéter une action ayant un résultat positif, et éviter celles ayant des conséquences négatives. Progressivement, les schémas se complexifient et se coordonnent entre eux. L'acquisition de la spatialité se fait durant cette période.
- *La période préopératoire*, de 2 à 6-7 ans, qui permet l'élaboration de l'absence, et donc le détachement de la perception immédiate. En parallèle commence à se développer la perception symbolique.
- La période des opérations concrètes, de 7 à 11-12 ans, qui correspond à la prise de conscience par l'enfant de sa propre pensée, qui peut la disjoindre de celle de ses interlocuteurs. Les concepts de continuité et de réversibilité sont alors acquis.
- La période des opérations formelles, à partir de l'âge de 11-12 ans, où l'enfant commence à développer des raisonnements abstraits, ainsi qu'un fonctionnement logique par hypothèse-déduction (Chatillon & Galvao, 2007).

Quant au développement psychoaffectif et à l'installation précoce de la relation parents-enfant, il est considéré comme crucial pour certains auteurs. O. Chatillon et F. Galvao expliquent que la communication émotionnelle et affective entre le nouveau-né et ses parents

existe dès la naissance, et est soumis à de nombreux facteurs. On distingue également quatre grandes périodes :

- De 0 à 18 mois, l'intérêt du nourrisson est essentiellement porté sur l'alimentation et la sphère orale. L'alimentation est source de plaisir et de rapprochement avec la mère. C'est le « stade oral » décrit par S. Freud. L'oralité sera le support d'un besoin d'attachement inné, correspondant aux trois critères nécessaires pour D. W. Winnicott au bon développement du bébé : le *holding*, le *handling* et l'*object-presenting*. Cette relation d'attachement passe par plusieurs grandes étapes organisatrices (ou « organisateurs de Spitz ») :
 - O Le sourire au visage humain, à partir du troisième mois, qui marque l'attachement de l'enfant à son entourage proche.
 - O La peur de l'étranger, au huitième mois, à la fois révélatrice d'un début de discrimination des visages et des individus, et d'une importante angoisse de séparation. Le nourrisson est encore à ce stade dans la dépendance affective.
 - O Les débuts de l'autonomisation, avec l'apparition des premières oppositions (apparition du « non » vers le 18^{ème} mois) et d'une autonomie du déplacement, avec l'acquisition de la marche.
- De 18 à 36 mois, les premières contraintes imposées par les parents vont entraîner chez l'enfant une frustration puis un désir de maitrise. La relation se déplace sur un champ plus oppositionnel, qui va aboutir à une première forme d'indépendance (avec notamment l'acquisition du « je »). Le rôle du père comme « tiers séparateur » permet l'élaboration de cette indépendance. En parallèle, l'intérêt du nourrisson se déplace sur les zones anales et urinaires, qui sont le siège d'une angoisse de « perte de substance » (« stade anal » de S. Freud), mais également un enjeu important, initialement de conflit, puis de la fierté résultant de l'autonomie sphinctérienne.
- De 4 à 6 ans, la prise de conscience de ses organes génitaux et de la différence entre les sexes (« stade phallique » de S. Freud), va amener l'enfant à s'interroger sur les relations entretenues par ses parents, et ses affects vont devenir projectifs. C'est alors qu'apparait le conflit œdipien. C'est l'identification parentale, au moment de la puberté, qui permettra la sortie de ce conflit.
- Après 6 ans, les intérêts s'élargissent vers la sphère intellectuelle et socioculturelle. C'est l'entrée dans la phase de latence (Chatillon & Galvao, 2007).

En parallèle, on retrouve quatre étapes dans le développement du jeu :

- 0-6mois : Jeu sensoriel : exploration

6-12 mois : Jeu fonctionnel12-18 mois : Jeu fictionnel

- 18-24 mois : Jeu symbolique: "faire semblant"

Selon J. Piaget, le jeu symbolique permet l'expression de « symboles ludiques inconscients ». Il distingue le symbolisme primaire, lorsque l'association est consciente, du symbolisme secondaire, lorsque l'association entre le jeu et la réalité exprimée au travers du jeu est inconsciente (il donne pour exemple un enfant jaloux de son petit frère enverra la plus petite poupée en voyage pendant que la grande restera avec sa mère). Il explique qu'il existe un gradient entre les symbolismes primaire et secondaire, que la séparation n'est pas

dichotomique. Il attribue au jeu symbolique les mêmes propriétés que le rêve, soulignant que le jeu symbolique est un prolongement du rêve. Il fait l'hypothèse que le jeu symbolique, pour le petit enfant, est une assimilation libre du réel au moi. Plus tardivement, le symbole conscient devient construction et imagination créatrice (Piaget, 1945).

P. Delion reprend les points forts du développement de l'enfant, centré sur le corps, perçu comme lieu d' « articulation entre les sensations et les représentations, le désir et la castration, entre la toute-puissance infantile et sa limitation progressive par le double exercice de la fonction parentale ». Le corps est le résultat d'une construction dans l'interaction mèrebébé et entre le bébé et son environnement, à travers ses expériences, qui vont lui permettre d'expérimenter progressivement les potentialités fonctionnelles qui sont à sa disposition, ainsi que ses différentes compétences (fait le lien avec le principe plaisir-déplaisir élaboré par S. Freud). La construction de l'image du corps résulte donc de la répétition d'expériences « simples » ainsi que de la coloration de ces expériences par des éléments résultant davantage du travail de la libido. Ce travail de construction du schéma corporel est progressif en fonction des différents stades de développement, qui mettent à sa disposition des capacités nouvelles. Les interactions, encourageant ces différentes explorations ou les laissant inaperçues, vont également jouer un rôle dans l'investissement que l'enfant aura progressivement de son corps. Cela introduit la notion de « corps social ».

Il résume les quatre phases après la naissance décrites par A. Bullinger. La première phase est essentiellement orale, avec une dimension d'incorporation-exploration, générée par l'alimentation. Cela va permettre au nourrisson d'expérimenter la contenance et d'acquérir la maîtrise de l'espace oral. La deuxième phase est marquée par des expériences d'extension et d'enroulement-regroupement, permettant au bébé de découvrir les espaces avant-arrière. L'enfant acquiert alors la maitrise du buste. La troisième phase regroupe la découverte des espaces droits et gauches, d'abord de manière séparée, puis la réunification se fait par le relais oral, comme lieu primordial de la préhension. Cela amène à la création de l'axe corporel comme axe de rotation, et permet au bébé de dissocier les ceintures par la perception des différences de fonctions entre la main qui prend et celle qui explore. Il investit alors son bassin et le bas de son corps avec ses fonctions de portage. La quatrième phase réunit le haut et le bas du corps de l'enfant, et la maitrise musculaire progressive va permettre le contrôle sphinctérien, dont les acquisitions conditionnent la qualité des intégrations sociales ultérieures (Delion, 2010).

2.4.2. La phase de latence

La phase de latence correspond à la période qui se situe entre la fin du complexe d'Œdipe et le début de l'adolescence.

Pour S. Freud, « c'est pendant cette période de latence totale ou partielle que se constitue les forces qui plus tard feront obstacle aux pulsions sexuelles et, telles des digues, limiteront et resserreront leurs cours (le dégoût, la pudeur, les aspirations morales et esthétiques) » (Freud S. , 1905). P. Denis ajoute que « la période de latence succède à la

destruction du complexe d'Œdipe en tant que projet et correspond à son assomption comme système de référence symbolique » (Denis, 2001).

Selon P. Delion, c'est durant cette phase que l'enfant va donc pouvoir s'identifier aux objets œdipiens afin de construire son Surmoi. En parallèle les pulsions libidinales se détournent des objets œdipiens en mettant en scène des mécanismes de refoulement et de formations réactionnelles actifs, liés à la sublimation et à l'investissement des mécanismes cognitifs. Dans ce contexte les jeux moteurs et rythmiques sont investis par l'enfant de façon parfois massive, permettant de dériver la sexualité vers des activités prenant l'objet comme objet de satisfaction. Il ajoute que ces jeux « donnent l'impression d'une latence qui est un aménagement nouveau de la sexualité infantile ». Le corps est alors un objet autoérotique mais aussi le « théâtre de scènes post-œdipiennes qui se concrétisent dans les jeux sexuels infantiles », et les investissements des parents laissent la place à d'autres investissements fantasmatiques (Delion, 2010).

Pour faire face à ces modifications profondes du Moi, des mécanismes de défense et des symptômes névrotiques transitoires sont mis en place par l'enfant. A. Freud identifie parmi ces mécanismes de défense l'identification à l'agresseur, la dénégation par la rêverie, la restriction du Moi, la soumission altruiste et l'externalisation du conflit. Les deux principales pathologies rencontrées en pédopsychiatrie découlant de ces difficultés sont l'inhibition et la phobie scolaire (Freud A., 1936).

Dans ce travail nous devons nous intéresser de plus près à l'inhibition. Elle rentre dans le cadre des restrictions du Moi décrites par A. Freud et résumées par P. Delion : plutôt que d'investir les fonctions intellectuelles par la sublimation, celles-ci restent fortement « sexualisées » et provoquent une angoisse de castration liée à l'apprentissage. S'ensuit alors un cercle vicieux conduisant du désinvestissement cognitif aux mécanismes autopunitifs et à la dépression dévalorisante, renforçant le désinvestissement (Delion, 2010).

2.4.3. Liens à l'art-thérapie et en particulier la danse

- J.-P. Royol insiste sur l'importance de l'art-thérapie dans la prise en charge des enfants, en permettant, par la « remise en jeu de la relation objectale via le traitement de matières brutes à symboliser », d'assister l'enfant dans son développement. Il en détaille trois étapes essentielles : la « gestion de l'empreinte subjective », le « passage des objets partiels à l'objet total » et le « mouvement de séparation-individuation ».
 - L'empreinte subjective est la première trace que le jeune enfant va déposer, signant ainsi sa présence au monde. Le langage prend naissance aux réactions que l'entourage aura vis-à-vis de cette empreinte, et sera d'autant plus incarné que ces premières trace aura été valorisée, et inversement. A l'extrême se révèlerait la psychose. L'art-thérapie est une prise en charge privilégiée à ce type de symptômes, mais la mise en place du cadre est essentielle, cadre capable de « remettre l'enfant en présence de la matière, et de lui permettre de se dégager de l'angoisse de la production défensive et hyper adaptée, pour revivre dans le plaisir de la gestion des premières empreintes subjectives».

- Le passage des objets partiels à l'objet total est un préalable nécessaire à la mise en place du processus de séparation-individuation, l'autre devant préalablement considéré comme objet total. En art-thérapie, on part de l'hypothèse que l'objet concret est utilisé comme moule de l'objet psychique et peut symboliser le passage de l'objet partiel à l'objet total. En effet, chez des enfants « en panne » dans la symbolisation, travailler la réémergence de la créativité par le « travail de morcellement du sens et des injonctions internes persécutrice » permet à l'enfant de trouver des constructions plus supportables, avant de pouvoir profiter d'un travail cathartique et sur les représentations. Dans ces conditions, les processus de transfert-contre-transfert sont très importants à prendre en compte, ainsi que le cadre, en tant qu'espace fonctionnel privilégié.
- Le mouvement de séparation-individuation chez un enfant de structure névrotique est parsemé par l'utilisation de mécanismes de défense (phénomènes psychosomatiques, hyperadaptation passive comme mécanisme de survie psychique), le conflit interne étant une entrave à l'accès à la subjectivité. L'art-thérapie peut alors permettre une réappropriation des moyens de production de la subjectivité en ré-ouvrant un espace potentiel protégé : « la créativité n'a de sens véritable qu'à se libérer des contraintes de l'intéressement ». L'art-thérapie permet également à ces enfants à se libérer des forces inhibitrices ou au contraire d'une hyperproductivité masquant l'absence d'un véritable enracinement subjectif (les productions étant alors morcelées). L'art-thérapie peut offrir la possibilité d'une « greffe de sens », et « l'enfant peut progressivement s'inventer en tant que sujet autonome »(Royol, 2003).
- B. Lesage évoque le travail de rassemblement, d'unification et de différenciation que doit effectuer le nourrisson et expose la théorie expliquant la perte pour le nourrisson de l'enveloppe contenante que représentait l'amnios et l'utérus à la naissance. Il souligne que G. Haag, D. Anzieu ou encore A. Bullinger ont beaucoup investigué sur le processus d'unification, en soulignant à quel point le travail psychique s'opère corrélativement à un travail du corps. Deux fonctions sont à souligner : la fonction limitante et contenante, et la fonction tonique :
 - Fonction limitante et contenante : au niveau anatomique, cette fonction est assurée par la peau, qui joue également un rôle important dans la sensation du mouvement. Le mouvement permet donc de ressentir la limite corporelle, ce qui est développé par D. Anzieu dans sa théorie sur le Moi-peau. Cette fonction permet la différenciation dedans/dehors.
 - Fonction tonique : il définit le tonus comme la capacité d'un muscle à se laisser étirer. Sur le plan neurophysiologique, le tonus musculaire s'établit par ajustement réflexe, et est en lien avec la vigilance. Le tonus est contrôlé sur le plan neurologique par le tronc cérébral qui se prolonge par la formation réticulée, également lieu de la vigilance. Les modulations toniques sont dépendantes des réactions de l'individu à l'environnement, et un lien peut donc être fait avec l'émotion. Il évoque H. Wallon et sa théorie du dialogue tonico-émotionnel dans la relation archaïque mère-bébé (Wallon, 1942), repris et développé par J. Ajuriaguerra dans son concept de « dialogue

tonique » (Ajuriaguerra, 1988-1989): les états affectifs du nouveau-né se traduisent par des variations toniques qui sont d'abord globales, et cette coordination reflète le lien existant dès la naissance entre comportement et émotions.

Il aborde également la construction du tonus, postulant que le développement de l'individuation et de la subjectivation d'une part, et celui du tonus d'autre part sont intriqués : « La régulation tonique qu'il acquière est aussi régulation émotionnelle, et le tonus assure alors une fonction contenante, ce qui conduit S. Robert-Ouvry à parler d'enveloppe tonique ». Il précise que le tonus assure une fonction régulatrice de l'équilibre émotionnel et de la relation. Il distingue deux influences au développement du tonus sur le plan psychophysiologique : une influence venant de la périphérie (corrélation sensori-tonique telle que celle provenant de stimulation comme la gravité, les percussions, pressions, vibrations... qui constituent le substrat physique de la relation chez le nouveau-né et lui permettent de se construire sur le plan tonique), et une influence dite « supra-segmentaire », comme les émotions et les images (mouvement léger, aquatique...). En danse, la modulation de la qualité du mouvement repose sur des variations toniques, ainsi que le travail du rythme.

Il ajoute que de la construction du tonus et des limites corporelles découle la naissance de la conscience spatio-temporelle :

- Naissance de l'espace à travers la naissance des limites corporelles et de la limite dedans/dehors et d'une rythmicité des échanges, ce qu'il reprend des études de G. Haag. La structuration est progressive chez le jeune enfant, elle est liée à l'édification du corps et aux identifications, et fonction du développement moteur.
- Naissance du temps : débute avec la rythmicité de la vie organique et le dialogue tonique qui est une alternance de moments, ainsi que les soins du nourrisson qui font s'alterner périodes de satisfaction et de frustration... il fait ainsi l'expérience progressive de la continuité.

Enfin, il conclue que « construire son corps suppose qu'il s'inscrive dans la relation, et que se mettent en place des identifications, dans un jeu d'interactions sensorielles, toniques et motrices. La spatialité et la temporalité font partie intégrante de ce processus d'individuation. Le geste coordonné n'est pas la conséquence de cette édification mais un support ». Pour favoriser ce travail, il est nécessaire d'avoir une pratique favorisant le développement de l'imaginaire. Il précise que la danse se situe à cette articulation entre sensorimotricité, imaginaire et relation, et que sa fonction créatrice la différencie d'une activité performante telle que le sport. Il décrit la danse comme un processus de subjectivation qui spatialise et temporalise une présence, permettant l'individuation (Lesage, 2006).

2.4.4. Rappel sur le dessin d'enfant et le dessin du bonhomme en rapport à l'évaluation psychomotrice

A. Scetbon décrit dans sa thèse l'évolution du dessin du bonhomme chez l'enfant, en se basant sur les travaux de R. Baldy, D. Widlöcher, C. Sternis, P. Greig et G.-H. Luquet. Elle

souligne qu'au même âge, chaque enfant dessine différemment le bonhomme, les écarts à la moyenne pouvant être très important, de manière supérieur à la variabilité développementale. De plus, les éléments représentés varient selon l'âge :

- Avant 5 ans, l'enfant dessine surtout la tête, les jambes, les yeux,
- A 5 ans, il ajoute les bras, le nez, la bouche, le tronc et les pieds,
- A 7 ans apparaissent les cheveux, les doigts et les premiers vêtements,
- Enfin, l'enfant représente le nombre exact de doigts, l'habillement complet, les oreilles.

Elle précise que les yeux, partie essentielle dans le schéma interne de l'enfant à cet âge, sont représentés dans 98.5% des cas à 4 ans, les personnages dessinés le « visage vide » sont généralement représentatifs de personnages source d'angoisse.

La représentation du bonhomme évolue en fonction de l'âge :

- Le bonhomme « rond » qui divise la page en un dedans et un dehors, nommé « stade cellule » ;
- Le bonhomme « en pièces détachées » ou « bonhomme énuméré » ;
- Le bonhomme « têtard », vers 3-4 ans, « résume symbolique du bonhomme » selon R. Baldy;
- Le bonhomme « intermédiaire » :
- Le bonhomme « conventionnel additif » qui se présente comme une addition de parties nommables verbalement ;
- Le bonhomme « contour » apparait vers 8 ans. R. Baldy précise que « le dessin redevient une figure contenante, une enveloppe ».

Elle définit enfin plusieurs caractéristiques :

- Les enfants dessinent généralement un bonhomme du même sexe qu'eux, ce qui se traduit par les cheveux ou les habits. Le couple est bien différencié vers 5 ans. Le sexe du personnage dessiné serait une bonne indication de l'identification sexuelle de l'enfant.
- La taille du bonhomme augmente avec l'âge de l'enfant entre 6 et 10 ans. 50% des enfants de 8 ans respectent les rapports. Le plus souvent les bonhommes sont représentés avec une tête proportionnellement trop grosse.
- En ce qui concerne la représentation des émotions, le bonhomme serait généralement souriant, la joie et la tristesse sont correctement marquées à partir de 8 ans et la colère et la surprise à partir de 11 ans.
- Représentation du bonhomme dans l'espace : la dimension verticale serait dominante dès l'âge de 3 ans. Le bonhomme est représenté le plus souvent de face, le profil émerge vers 7 ou 8 ans, et la capacité à dessiner un bonhomme de dos s'installe entre 5 et 9 ans.
- Représentations statique et dynamique : le dynamisme peut apparaître dès le stade du bonhomme têtard, mais le plus souvent elle apparaît vers 5 ans. Ensuite, il peut évoluer soit vers une expression schématique du mouvement, ou une représentation statique améliorée. Les deux procédés statique et dynamique fusionneraient lors du stade de la perspective. La deuxième étape du mouvement est celle de l'activité de contact avec l'objet, où le bras est représenté incliné.

Il existe des variations entre filles et garçons : jusqu'à 6-9 ans, les dessins de filles seraient plus petits. Elles s'intéressent plus à l'aspect esthétique qu'à la fonction du personnage. Le mouvement et le profil sont représentés moins tôt et moins souvent. Les jambes et les bras sont plus courts. Les cheveux, yeux et visages sont représentés plus tôt, les visages sont plus grands et plus détaillés. Les proportions sont moins maîtrisées. La transparence disparaît plus tôt. (Scetbon, 2013)

3. Etude:

3.1. Contexte

Compte-tenu de la revue de la littérature que nous venons de présenter, nous souhaitions réaliser une étude sur la danse-thérapie chez l'enfant. Après enquête sur les lieux (assez rares ou mal repérés) où ce type de travail est mené, nous avons pris contact avec le CMPP de Cugnaux dans lequel était programmée, pour quelques mois plus tard, la mise en place d'un groupe de danse-thérapie avec des enfants âgés de huit à dix ans.

Les CMPP (centres médico-psychologiques) sont des dispositifs qui ont une double mission de prévention et diagnostic, et qui permettent d'offrir aux enfants et adolescents de 0 à 18 ans des soins ambulatoires de proximité. Un nombre important d'enfants bénéficient de soins dans ces dispositifs.

Le CMPP de Cugnaux, qui a accepté d'accueillir notre travail, fait partie du Collectif Saint-Simon, établissement qui lui-même appartient à l'ARSEAA (Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte).

L'ARSEAA est une association « Loi 1901 » créée après la Seconde Guerre Mondiale. A l'origine c'était, d'après le site Internet de l'association, un centre d'observation et de « triage » pour enfants déficients, en danger moral et/ou errance et complété par une école de cadres, ces valeurs se sont nourries des influences de la psychothérapie institutionnelle aprèsguerre, de multiples changements survenant au fil du temps suite aux différentes politiques sociales et de santé. La prise en compte de l'évolution des besoins sociaux et psychologiques d'enfants, d'adolescents, puis d'adultes ont conduit l'Association à construire un dispositif de services diversifié, qui compte aujourd'hui vingt-deux établissements. La mission de L'ARSEAA aujourd'hui est « d'accueillir toute personne souffrant de difficultés psychiques ou relationnelles, en risque de marginalisation voire d'exclusion sociale », au travers d'intervention englobant la Prévention, la Protection, le Soin, la Formation, l'Intégration et l'Action sociale.

Le Collectif Saint-Simon regroupe plusieurs unités appartenant au champ du médicosocial. Il existe ainsi plusieurs ITEP (Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique) en internat ou demi-internat, quatre CMPP et un centre de placement familial, le CAFS (Centre d'Accueil Familial Spécialisé), et un SESSAD (Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile). Une Ecole Publique Spécialisée (EPS) annexée existe également sur le Collectif pour offrir aux enfants et adolescents pris en charge en ITEP l'accès à la scolarité. Ces différentes structures (ITEP, SESSAD, CAFS et EPS) accueillent « des enfants et adolescents de 3 à 18 ans présentant des troubles du comportement et de la personnalité à l'origine de difficultés d'intégration scolaire et sociale qui retentissent sur les processus d'apprentissage ». Les références théoriques sont issues de la psychothérapie institutionnelle et psychanalytique et articulent approches individuelles et groupales, par des équipes pluridisciplinaires associant, pédopsychiatres, assistants sociaux, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs, infirmiers.

Cette institution a été fondée en 1942 par l'Abbé Plaquevent, tout d'abord en tant qu' « Institut Pédotechnique », qui accueille des « enfants déplacés » dans cette période de la Guerre et de l'Après-Guerre. Les fonctions d'Education et d'Enseignement y sont intimement liées. A. Chaurand en reprend en 1947 la direction et introduit la psychothérapie institutionnelle. Ce courant théorique bercera le fonctionnement de l'établissement jusqu'à ce jour, tout en s'enrichissant d'autres notions au fil du temps. Le Collectif prendra alors en 1947 le nom de Centre d'Observation et de Réadaptation, et en 1972, au moment des réformes créant la sectorisation, celui de Centre psychothérapeutique avant de prendre le nom d'Institut de Rééducation Psychothérapique en 1977. Durant cette période les soins s'ouvrent sur l'ambulatoire et un service d'AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert) est crée en 1961 qui deviendra la « guidance infantile » et les antennes de CMPP naissent. La référence psychanalytique est apportée par R. Puyuelo lorsqu'il prend la direction de l' « Institut » en 1977. (ARSEAA, 2013)

3.2. Objectifs de l'étude

Notre étude avait deux objectifs :

- Évaluer, sur un petit effectif, donc de façon préliminaire, les effets d'un groupe de danse-thérapie sur l'empathie et l'image du corps chez des enfants de 8 à 10 ans.
- Montrer la faisabilité de la mise en place conjointe d'un groupe de dansethérapie et d'un protocole d'étude dans un CMPP, c'est-à-dire en situation clinique.

3.3. Matériels et méthode

L'étude est prospective, unicentrique, ouverte. Elle s'appuie sur deux tests :

- Le Test d'empathie CEC (Contagion émotionnelle, Empathie et Coupure par rapport aux émotions)
- Et le Test d'image du corps et les représentations corporelles d'O. Moyano.

3.3.1. Test d'empathie CEC (Contagion émotionnelle, Empathie et Coupure par rapport aux émotions)

Il existe peu de tests d'empathie adaptés aux enfants, et il n'existe qu'une échelle prenant en compte les différentes composantes de l'empathie (et pas seulement la contagion émotionnelle). Dans notre travail, nous avons choisi d'utiliser le Test d'empathie CEC (Contagion émotionnelle, Empathie et Coupure par rapport aux émotions), élaboré par J. Joly, D. Favre et coll. Il prend en compte non seulement la contagion émotionnelle mais également ses processus régulateurs, qui permettent que la contagion émotionnelle se trouve contenue et ne suscite donc qu'une similitude partielle entre l'émotion de la personne cible et l'émotion qui pourra alors être qualifiée de légitimement empathique. Il existe alors une « congruence affective » et l'empathie peut se représenter comme un « partage » plus ou moins intense mais « mesuré » de l'émotion de l'autre. (Favre D. , Joly, Reynaud, & Salvador, 2009)

Ce test se base donc sur les notions d'empathie, de contagion émotionnelle et de coupure par rapport aux émotions définies comme telles par D. Favre, J. Joly et coll. :

- *Empathie*: capacité acquise au cours de la psychogenèse de se représenter ce que ressent ou pense l'autre ou les autres tout en le distinguant de ce que l'on ressent et de ce que l'on pense soi-même. C'est donc la reproduction intentionnelle des représentations d'autrui associée à une reproduction partielle de ses émotions.
- Contagion émotionnelle : aptitude biologique innée à se laisser envahir, happer par les émotions d'autrui, caractérisant plus particulièrement les états fusionnels ou symbiotiques qui précèdent ontogénétiquement l'empathie. Il n'y a alors pas de différenciation entre les émotions, les intentions ou les ressentis d'autrui et les siens propres, et le processus de projection peut alors devenir dominant. On peut donc la définir comme la reproduction involontaire quasi à l'identique (nature, intensité) de l'émotion d'un autre ou de plusieurs autres.
- Coupure par rapport aux émotions : processus pour mettre à distance et se couper d'émotions ou d'affects dont on redoute, le plus souvent inconsciemment, la perte de contrôle et : ou la souffrance qu'ils occasionnent. Il s'agit d'un processus qui s'oppose à l'empathie envers autrui ou envers soi mais qui peut, en situation d'urgence, constituer une parade utile à la contagion émotionnelle « dangereuse ». ce serait donc un blocage quasi-total des processus de reproductions impliqués dans la contagion émotionnelle et dans l'empathie (Favre D. , Joly, Reynaud, & Salvador, 2005).

Le test CEC (cf. annexe 2) comporte douze situations que l'enfant ou l'adolescent rencontre couramment. A chaque question, l'enfant coche une des trois réponses proposées en fonction de sa manière de réagir. Chaque choix de réponse se situe dans le registre de la contagion émotionnelle, de l'empathie ou de la coupure par rapport aux émotions. Trois scores peuvent ensuite être calculés, allant chacun de 1 à 12, pour chaque mécanisme défini plus haut (contagion émotionnelle, empathie, coupure par rapport aux émotions).

Le test CEC a été pensé par une équipe canadienne et validé dans le cadre de cinq études réalisées de septembre 1998 à avril 2003 en France, en Suisse et au Canada (Favre D., Joly, Reynaud, & Salvador, 2009). Ces études ont concerné 761 jeunes âgés de 8 à 17 ans, francophones, étudiant dans des établissements publics, dont certaines écoles situées dans des zones d'éducation prioritaires. Elles ont mis en relation le test CEC avec le test BEES (Balanced Emotional Empathy Scale) de A. Mehrabian (Mehrabian, 1997), qui a servi de critère pour juger de la validité concomitante du CEC, malgré ses limites (différence forte inexpliquée du score d'empathie en faveur des sujets féminins, une confusion entre empathie et contagion émotionnelle et le fait que la « non-contagion émotionnelle » soit comptabilisée comme de la « non-empathie » dans le score final d'empathie). Le test CEC a également été

mis en relation lors de ces études avec différentes autres échelles de mesures concernant l'estime de soi, l'anxiété, la dépression, les habiletés sociales, la délinquance, quelques mesures de l'environnement familial de l'enfant et les résultats scolaires des élèves, et a permis de comparer les réponses des élèves selon le genre, la filière et les résultats scolaires.

Tous les élèves ayant participé à l'étude de validation ont passé le test CEC comprenant 12 situations, ainsi que les tests BEES, l'ETES (Echelle Toulousaine de l'Estime de Soi, qui évalue le soi émotionnel, le soi social, le soi scolaire, le soi physique et le soi futur. Elle a été adaptée pour les enfants en primaire en ne gardant que 23 items sur 60, en respectant la proportion entre les sous-dimensions de l'échelle originale). Certains tests n'ont été utilisés que lors de l'étude canadienne: traduction française du Family Environnement Scale (FES de Moos et Moos, 1984), qui mesure le fonctionnement familial (évaluation de 5 dimensions : la cohésion, les conflits, l'expression, l'organisation et le contrôle) ; les Inventaires de la dépression de Beck et d'anxiété de Beck et al, le Questionnaire sur les habiletés sociales de Fortin et al. (étudiant les habiletés sociales, les troubles du comportement et la performance scolaire), la mesure de la délinquance auto-révélée de LeBlanc, l'échelle d'attitude de l'enseignant envers le jeune de Poitvin et Rousseau, le fonctionnement familial d'Epstein (comprenant sept sous-échelles : la résolution de problèmes, la communication, les rôles, l'expression affective, l'investissement affectif, le contrôle des comportements et le fonctionnement familial global).

Dans les différentes études de validation, le questionnaire est administré en groupe, et les questions peuvent être expliquées aux enfants les plus jeunes en cas de difficultés de compréhension.

Lors de la passation du test, les résultats retrouvés se sont révélés stables d'une étude à l'autre, et la méthode test-retest est bonne. Le type de cotation avec des choix forcés implique l'introduction d'une certaine interdépendance entre les trois échelles (contagion, empathie, coupure), avec l'observation de corrélations négatives significatives entre la contagion et l'empathie, la contagion et la coupure, l'empathie et la coupure.

Dans l'étude de validité on confirme donc un lien certain, bien que faible, avec le BEES. La coupure par rapport aux émotions est particulièrement corrélée au BEES négatif, et la contagion émotionnelle est corrélée avec le BEES positif.

On note également qu'il existe des différences entre les genres. Entre 8 et 10 ans, les garçons se distinguent significativement des filles en ce qui concerne les échelles d'empathie et de coupure émotionnelle. On note un fonctionnement préférentiel des garçons par coupure émotionnelle et des filles par contagion émotionnelle. Néanmoins, les différentes études existantes tendent à montrer qu'en ce qui concerne l'empathie de manière globale, il n'existe pas de différence de genre, les différences de fonctionnement semblant dépendre d'une différence culturelle et d'éducation entre les filles et les garçons, ces derniers étant « moins autorisés » à montrer leurs émotions.

Dans cette étude, les auteurs retrouvent également une corrélation entre l'importance du fonctionnement en coupure par rapport aux émotions et l'importance de comportements

violents. En effet la coupure par rapport aux émotions entraine une coupure par rapport aux autres et à la souffrance qu'ils peuvent montrer, il est beaucoup plus difficile de se représenter ce que l'autre pense ou ressent, et il peut alors être perçu comme dangereux. Les différentes études sur l'empathie vont dans le même sens, en retrouvant une corrélation positive entre une bonne capacité d'empathie et les comportements prosociaux. Ceci a pu être observé dès l'âge de 5 ans dans certaines études, et se retrouve également davantage chez les adolescents par rapport aux adolescentes.

Il existe une corrélation entre réussite scolaire et coupure par rapport aux émotions. Plus celle-ci est importante, plus les élèves montrent des difficultés, notamment en français, ou appartiennent à des filières courtes. Ces résultats sont plus nets au collège mais ils vont dans le même sens à l'école primaire. Cela est renforcé par le fait que l'empathie est inversement corrélée aux problèmes d'attention, à la dépression et à la délinquance, et directement corrélée à des attitudes de coopération, au jugement positif de l'enseignant et à un milieu social cohérent.

Enfin, le test CEC ne retrouve pas de corrélation particulière entre l'empathie et l'estime de soi. (Favre D., Joly, Reynaud, & Salvador, 2009)

3.3.2. Test d'image du corps et les représentations corporelles d'O. Moyano.

Ce test est utilisé pour évaluer l'image du corps chez les enfants.

Il faut rappeler qu'il existe d'autres méthodes utilisées pour cela : le test du Rorschach dans le bilan psychologique, le dessin du bonhomme en psychomotricité, en lien avec les commentaires de l'enfant.

Cette évaluation a été élaborée par O. Moyano, et regroupe un entretien sur les représentations corporelles, avec un dessin du bonhomme et un questionnaire semi-directif, et le conte de la fourmi de J. Royer (Royer, 1978) (cf. annexe 4).

En ce qui concerne l'entretien sur les représentations corporelles, O. Moyano explique que la consigne du dessin du bonhomme implique une composante narcissique (« le plus beau possible »), et le but est d'observer la manière dont l'enfant peut s'adapter et répondre à cette consigne, ainsi que les commentaires qu'il peut élaborer à partir de sa production. Il doit ensuite annoter les parties du corps qu'il connait, ce qui permet d'étudier la structuration du schéma corporel de l'enfant et sa connaissance anatomique du corps humain, « tout en lui permettant d'y injecter éventuellement des données projectives dans le dessin lui-même ou bien dans le choix de ses annotations ou même de leur commentaire ». Les questions qui suivent affinent l'évaluation des composantes du corps connu et du corps vécu, avec, dès le début, l'exploration de l'acquisition de la limite dedans/dehors dans les questions a et b. On peut retrouver à ces deux questions des « défauts de porosité du moi, de porosité des enveloppes psychiques, une confusion due à la persistance de l'indifférenciation dedans/dehors, moi/non-moi ». Les questions c et d explorent la connaissance fonctionnelle du corps, les articulations et la sensorialité. La question d explore également le corps

instrumental, fonctionnel, fantasmatique et relationnel. Les questions e, f, g et h concernent des données plus affectives, en se focalisant sur l'investissement narcissique de parties du corps ou du corps en son entier. La dernière question concerne « la distinction entre le sentiment corporel du moi et le sentiment mental du moi, sachant que dans la plupart des cas, le sentiment mental du moi est ressenti comme inclus dans le corps et en particulier localisé dans la tête (Moyano, 2004; Moyano, 30-31 octobre 2009).

Ouant au conte de la fourmi, il a été élaboré par J. Royer en 1978. Il fait partie d'un ensemble de conte permettant d'explorer le développement psychoaffectif de l'enfant, et le conte de la fourmi est le seul à investiguer l'image du corps et de son investissement. Ses contenus latents, ainsi que sa validité, ont été étudiés par C. De Tichey (Tichey (de), 1993). O. Movano rappelle que ce conte explore les composantes de l'image du corps, « dans une double inscription relationnelle et narcissique ». Les différentes questions renvoient à la notion de corps connu au travers du schéma corporel et de la connaissance cognitive de la constitution du corps propre. Elles renvoient aussi à la notion du corps vécu et de son investissement affectif. Il précise qu'on retrouve également les notions d'enveloppe corporelle, de différenciation dedans/dehors, ainsi que la possibilité par l'enfant « de produire des références sensorielles riches ». La question 3 « peut notamment activer certains fantasmes corporels liés à la sexualité (pénétration), la castration (ombilicale lorsque l'enfant imagine que le nombril est un trou), et la présence d'organes sensoriels qui peuvent être confondus ou pas avec des orifices anatomiques ». La dernière question « fait appel à la capacité de l'enfant à apporter un dénouement à l'histoire, il s'agira d'apprécier sa capacité ou non de restauration, en fonction des angoisses que peuvent déclencher éventuellement les pérégrinations de l'insecte dans le corps de l'enfant ». O. Moyano précise que l'utilisation et l'interprétation de ces deux tests n'exigence aucune formation particulière, il n'y a pas de système de cotation spécifique (Moyano, 2004; Moyano, 30-31 octobre 2009).

R. Diwo et C. de Tichey ont étudié la validité du conte de Royer concernant les différentes dimensions de l'image du corps chez treize enfants de 7 à 13 ans présentant une dysharmonie d'évolution de structure psychotique comparée à un groupe d'enfants normaux de même âge. Ce test a effectivement permis de mettre en évidence une différence « empirique indiscutable » (Diwo & Tichey (de), 1992).

3.3.3. **Protocole**

3.3.3.1. Mise en place du groupe de danse-thérapie

Ce groupe a été mis en place sur le CMPP de la ville de Cugnaux. Nous avons recruté quatre enfants âgés de 8 à 10 ans, qui bénéficiaient déjà d'un suivi sur ce CMPP auparavant. Le choix du nom du groupe s'est porté sur « Danse/Mouvement-Conscience Corporelle » (DMCC).

Le groupe a été mis en place en complément de leur prise en charge habituelle, et ne s'y est pas substitué. Il était co-animé par une psychomotricienne, travaillant sur le CMPP, et une interne de psychiatrie. La psychomotricienne souhaitait mettre en place un groupe de ce

type et notre thèse s'est greffée à ce projet. Elle a assisté dans son parcours professionnel à plusieurs formations de danse-thérapie, en plus de sa pratique personnelle, ce qui lui a donné la formation nécessaire pour créer ce type de groupe :

- Formation « de l'éveil corporel du jeune enfant à la danse » (2008) Enfance et Musique Paris
- Stage de base en danse-thérapie IRPECOR : « Rythme, mouvement et voix », L. Auguste et E. Undugurra Grenoble et « structuration psychocorporelle », B. Lesage Besançon (formation de 2 semaines en 2010)
- Ateliers « De la conscience du corps à la danse », F. Fréard (2009, 2010, 2011, 2012)
- Ateliers de recherche en contemporain et danse contact avec N. Carrié, C. Le Goff, N.M. Chatz (2009-2010-2011)
- Ateliers d'écriture chorégraphique avec M. Cottin (2011-2012)
- Psychophonie & Conscience dans le mouvement F. Fréard et S. Bourel (formation de 4 jours en 2012) Auzet (05).

Les enfants ont été inclus sur plusieurs critères, repérés au cours des bilans et/ou des suivis initiaux au CMPP :

- La nécessité d'une prise en charge en psychomotricité,
- Une image du corps défaillante,
- Un défaut de structuration psychique,
- Difficultés d'expression sur un plan émotionnel
- Leur désir de participer à un groupe de danse-thérapie.

Un entretien a été réalisé avec les parents et l'enfant avant le début du groupe, durant lequel était abordé le contexte de thèse avec la signature des différentes autorisations (Cf. annexe 1).

Un temps de consultation a été réalisé avant de débuter le groupe et à la fin de l'année avec la psychomotricienne et l'interne, durant lequel un bilan psychomoteur a été réalisé, ainsi qu'une évaluation de l'image du corps et de la conscience corporelle chez ces enfants au moyen de « l'évaluation de l'image du corps et des représentations corporelles » d'O. Moyano que nous avons détaillé plus tôt.

Le groupe a été prévu au rythme d'une fois par semaine du 10 janvier 2013 au 13 juin 2013, hors vacances scolaires, soit dix-huit séances, le jeudi soir, chaque séance durant une heure et quinze minutes.

Les dix-huit séances ont été regroupées en trois sessions de six séances, et un film de la première et de la dernière séance a été réalisé, afin d'étudier l'évolution des enfants au sein de chaque session, de manière objective.

La structure des séances s'est basée sur l'enseignement que la psychomotricienne a reçu de F. Fréard (Fréard, 2012), et a été fixe tout au long de l'année :

- Geste de présence
- Exercices de *mirroring*
- Exercices d'expression primitive

- Exercices d'improvisation
- Temps de relaxation
- Temps de verbalisation
- Geste de présence





Figure 5 : Salle de psychomotricité dans laquelle se sont déroulées les séances

3.3.3.2. Passation du questionnaire

Lors de la première et de la dernière séance les enfants ont renseigné le questionnaire sur l'empathie en groupe, chacun répondant de façon individuelle. Nous restions disponibles pour toute question de compréhension, pouvant à leur demande les aider à répondre, tout en prenant soin de ne pas influencer leurs réponses.

3.3.3.3. Bilan psychomoteur, dessin du bonhomme

Le bilan psychomoteur permet d'évaluer l'image que le sujet a de son corps, la qualité de ses modes de relation avec son entourage (son environnement familial, social, scolaire, professionnel) et il resitue les symptômes dans le contexte global de la personnalité et de l'histoire corporelle du sujet.

Nous avons pris le parti dans le cadre de ce travail de réaliser un bilan psychomoteur centré sur le schéma corporel et l'image du corps (Cf. annexe 3), qui se base sur le test psychomoteur de Berges-Lézine et la cotation de Goodenough (pour le dessin du bonhomme), de manière concomitante au questionnaire sur l'empathie et au test sur d'O. Moyano.

3.3.3.4. Groupe contrôle

Il avait été prévu de mettre en place un groupe contrôle en recrutant des enfants appareillés sur l'âge et le sexe, souffrant du même type de problématique, pour laquelle ils bénéficiaient d'une prise en charge sur le CMPP. Les enfants inclus devaient passer le questionnaire sur l'empathie et le test d'O. Moyano couplé au bilan psychomoteur centré sur l'image du corps, avec un délai entre les deux passations égal à celui du groupe pris en charge en danse-thérapie.

3.4. Résultats

3.4.1. Mise en place du groupe

La mise en place du groupe DMCC et du protocole de recherche, comprenant les différents questionnaires et la présence d'une caméra à certaines séances, a été possible dans le cadre du CMPP. La rédaction d'une convention entre services a été nécessaire en raison de l'impossibilité de réaliser un stage en tant qu'interne de psychiatrie dans ce service au moment de débuter le groupe, ce qui a retardé la date de la première séance, et a eu pour effet une diminution du nombre de séances sur l'année, qui était initialement prévue à vingt-quatre séances.

Ce groupe a donc pu être débuté en janvier. Dans le cadre de la thèse qui s'appuyait sur ce groupe, une lettre d'information a été remise aux parents et une autorisation leur a été demandée (cf. annexe 1). Une autorisation pour filmer certaines séances a également été demandée aux parents.

La durée totale de ce groupe a donc été inférieure aux autres groupes ayant lieu sur le CMPP, et a été de dix-sept séances (une séance manquée suite à un arrêt maladie) dont deux séances peu dansées : la première, durant laquelle ont été remplis une partie des questionnaires et durant laquelle le choix du geste de rituel a été fait, précédé de la lecture par les enfants autour d'un livre sur la danse de C. Beigel, adapté à leur âge (Beigel, 2011), afin de leur offrir un support permettant de poser des questions. La dernière séance qui a été utilisée pour répondre de nouveau aux questionnaires et durant laquelle un petit film a été visionné aux enfants sur les différentes séances, pour leur permettre de voir leurs progrès.

La durée des séances, initialement prévue de une heure et quart, a dû être diminuée rapidement à une heure, en raison de la trop grande fatigue rapportée par les parents une fois les enfants rentrés chez eux.

La structure des séances était constante, et les exercices au sein de chaque séance ont varié en fonction de l'évolution des enfants. Nous avons divisé les séances en trois sessions, qui étaient délimitées par les vacances scolaires (soit six séances par session).

La première session, nous avons axé le travail sur l'acquisition des bases : la kinésphère, le rythme, la coordination, les repères spatiaux et temporels. Nous avons utilisé des exercices très ludiques, tels que le jeu des « chaussures musicales », un jeu dérivé de celui des chaises musicales. Ce type d'exercice a favorisé la cohésion de groupe et s'est arrêté spontanément, les enfants ayant arrêté de l'investir.

Durant la deuxième session, nous avons introduit les exercices de *mirroring* et d'expression primitive, mais les exercices d'improvisation étaient trop difficile : imiter, initier, imaginer était trop compliqué. Autour des exercices d'expression primitive ils

ont pu associer sur des images mentales, des sensations... ils ont poursuivi l'histoire contée au travers de l'expression primitive et ont inventé une suite, mais toujours à travers la danse. Les exercices de *mirroring* ont été bien investis par les enfants, et les ont aidés à améliorer leur conscience corporelle (comme au travers du « jeu des statues ») et celle de l'autre. L'expression d'émotions, au travers du mime ou de l'imitation, a commencé à apparaître durant cette session.

Durant la troisième session, nous avons réintroduit des exercices d'improvisation en sus des exercices de *mirroring* et d'expression primitive. Ils ont pu à ce moment se saisir de l'improvisation et du jeu symbolique est apparu.

Les musiques utilisées étaient très variées, allant de musiques africaines, très rythmées, à des musiques plutôt douces, en passant par des musiques très imagées (cirque, bruits d'eau...) favorisant l'improvisation.

Une fois le groupe mis en place, cette médiation s'est révélée être appréciée des enfants. Elle a permis de travailler sur de multiples niveaux, que ce soit l'image du corps, le jeu symbolique, la créativité, le développement de l'organisation temporo-spatiale et la reconnaissance de la kinésphère, l'estime de soi et la confiance en soi au travers de la revalorisation, l'aspect psychomoteur, les aspects mnésiques, l'aspect artistique au travers de la créativité mais aussi de l'expressivité et de la recherche de beauté dont les enfants pouvaient faire preuve.

Quelques séances avant la date de fin, certains enfants ont pu demander à ce que leurs familles ou les personnes qui s'occupaient d'eux sur le CMPP puisse venir voir ce qui se faisait dans le groupe, heureux de pouvoir montrer, voulant « faire un spectacle ». Pour des raisons de confidentialité, les parents n'ont pas été autorisés à venir mais les professionnels du CMPP sont passés durant quelques minutes à tour de rôle lors de la dernière séance. Bien que le regard de l'autre soit déstabilisant, les enfants ont apprécié pouvoir danser devant un « public ».

L'aspect de recherche au travers des questionnaires a été bien accepté par les familles et les enfants. Ces derniers y ont répondu sans difficultés, s'appliquant, et s'en rappelant avec un certain plaisir lorsqu'il a fallu y répondre à nouveau en fin d'année. En particulier, il n'y a eu aucun absentéisme lors de la réalisation de ces tests.

Néanmoins, la présence de la caméra a pu gêner certains enfants, et certains ont pu le verbaliser. Cela ne semble toutefois ne pas avoir inhibé leur participation.

Enfin, en fin d'année, les enfants ont verbalisé spontanément lors de la dernière séance leur souhait de continuer l'an prochain et le fait d'être déçu que cela se termine.

On peut donc déduire de cette expérience qu'il s'agit d'une médiation ludique, qui plait aux enfants, et pouvant avoir des vertus thérapeutiques. Ce groupe continuera l'an prochain sur le CMPP, et deux des enfants le continueront.

3.4.1.1. Structure des séances et exercices utilisés

Les séances se sont déroulées selon un cadre précis, chacune étant découpée de manière similaire, avec, dans l'ordre : le geste de rituel, un ou plusieurs exercices de *mirroring*, puis un exercice d'expression primitive de durée variable, de façon inconstante un exercice d'improvisation, un temps de relaxation, un temps de verbalisation et enfin le geste de rituel qui clôturait la séance. Il s'est avéré que lors de leur arrivée, un temps de verbalisation avant de débuter la séance était nécessaire.

Nous allons décrire les différents exercices utilisés et leurs implications. Ces exercices sont inspirés de ceux décrits par B. Lesage dans son ouvrage (Lesage, 2006) ou issus de l'enseignement tiré des différentes formations auxquelles a assisté la psychomotricienne.

3.4.1.1.1. Geste de présence

Le geste de rituel ou de présence est un geste que choisit l'enfant le premier jour du groupe, qui doit le représenter, et qu'il utilisera tout au long de l'année lors d'un rituel en début et fin de groupe. Il a pour objectif de signifier la présence ou l'absence de l'enfant et a une fonction identificatoire. Cela permet de poser le cadre temporel de la séance. Lors de ce rituel, chaque participant réalise son geste, qui est ensuite repris par l'ensemble du groupe, disposé en cercle.

B. Lesage évoque ce geste dans ce qu'il nomme « rituel des signatures ». Le fait que le geste de chacun soit repris par le reste du groupe est une amplification. Il signifie que cela permet de travailler la conscience de soi, l'affirmation de soi, et la reprise peut avoir une « valence empathique », chacun étant mis en valeur par tout le groupe (Lesage, 2006).

3.4.1.1.2. Exercices de mirroring

Plusieurs exercices travaillant le *mirroring* ont été utilisés au cours de l'année, parfois sur une seule séance, et d'autres fois durant plusieurs semaines, en fonction de l'investissement des enfants et de la nécessité de les travailler sur une durée plus ou moins longue afin qu'ils puissent intégrer ce qui leur était proposé.

L'exercice de « coordination de bonjour » a été utilisé durant les toutes premières séances. Il consistait en la répétition en groupe d'un rythme commun, utilisant la marche rythmée, des claquements de mains puis de doigts rythmés. Une fois le rythme et l'enchainement acquis, la consigne était de se retrouver en fin d'enchainement devant quelqu'un d'autre et de claquer des doigts pour le saluer, et ce cycle se répétait pour saluer une autre personne. Ce type d'exercice a permis de favoriser la cohésion de groupe, la perception l'autre. Selon B. Lesage, ce type d'exercice favorise le travail sur l'empathie (Lesage, 2006). Le fait de marcher dans la salle a également instauré le cadre spatial du groupe, en leur autorisant à explorer et découvrir ou redécouvrir ce lieu.

Le travail sur la kinésphère et l'espace personnel ne s'est pas fait sur un exercice en particulier, mais au travers de toutes les séances, en redessinant le cercle d'un exercice pour trouver la juste distance, signaler à l'enfant qu'il peut être à un moment précis trop près ou trop loin... lors de l'exercice de la « coordination de bonjour » par exemple, en formant deux lignes qui se rapprochent et s'éloignent.

Basé sur le même principe que le rituel de présence, chacun a imaginé un geste que l'ensemble du groupe reprenait, ce qui a amené à la création d'une chorégraphie à partir des gestes de chacun, puis dansée sur différentes musiques très variées dans les styles, les rythmes.

Le jeu du « change !» consistait à prendre des positions sur un rythme imposé par l'un des membres du groupe (tous devant se relayer à cette place, y compris les adultes), alternant ainsi mouvement et suspension du mouvement dans un premier temps. Cet exercice a évolué d'une part en fonction du rythme, l'immobilité devenant danse si le rythme choisi était rapide. D'autre part, il s'est enrichi de la consigne « combler les espaces vides pour créer des paysages » avec l'observateur qui tourne en reprenant la position de celui qui le remplace dans ce rôle, en introduisant également l'expression d'émotions dans les postures. Ce type d'exercice permet de travailler non seulement le mouvement et la conscience corporelle mais également l'imitation, ainsi que la kinésphère, la question du rapport à l'espace, du rapport à l'autre, les mobilités, les équilibres, les appuis, les changements de niveaux, la temporalité.

Dans le jeu dit « du sculpteur », chaque enfant choisissait un rôle puis tournaient pur expérimenter toutes les places. Il y avait un « modèle », un « sculpteur », une « pâte » et un « contremaître ». Le sculpteur devait faire reproduire à l'enfant qui jouait la pâte (qui ne voyait pas le modèle) la position choisie par le modèle, sans prononcer une parole, en guidant les changements de position. Le contremaître devait aider le sculpteur si celui-ci ne trouvait pas la solution ou s'il voyait des choses à améliorer lorsque le sculpteur avait terminé. Les enfants ont beaucoup aimé ce jeu, qui a été utilisé pendant plusieurs séances.

Le jeu du « fil rouge » a été prévu pour les dernières séances. La consigne était de danser par deux en tenant chacun un bout du fil, le fil devant toujours être tendu. Une variante était de tenir à six le même fil, en se répartissant le long de celui-ci. Cet exercice permet de travailler sur les ajustements toniques, la conscience de l'autre et la co-existence avec l'autre, et la coopération comme le détaille B. Lesage (Lesage, 2006).

Plusieurs effets en ont découlé, au travers de l'improvisation dansée : c'est au travers de cette activité que se sont développés le jeu symbolique (action de nouer les fils, les dénouer, mimes utilisant le fil...), des moments de danse à deux avec une véritable complicité qui s'est créée.

3.4.1.1.3. Exercices d'expression primitive

Nous avons utilisés deux types d'exercices d'expression primitive.

Le premier exercice s'intitule « la tribu » et comprend quatre parties, que nous avons abordées progressivement tout au long de la deuxième session. Ce type d'exercice associe danse, gestes signifiants et vocalisations en rythme. L'histoire racontée au travers de cette danse est la création d'un feu dans une tribu. Dans la première partie, « les pierres », il faut récupérer des pierres imaginaires, mimer le fait de les faire rouler dans les mains en les portant pour les placer autour en cercle de ce qui sera le feu. Cela permet de travailler les oppositions de mouvement, avec des qualités différentes, la fluidité du mouvement, le rapport au poids, au temps et à l'espace. La seconde partie, « crac crac file indienne », consiste à devoir couper du bois et le porter. Chacun est à tour de rôle en place de leader. Cet exercice permet un changement de configuration spatiale, où chacun a une place définie et le premier de la file indienne a une « responsabilité ». Ensuite vient la danse pour allumer le feu : tous les participants sont assis en cercle, allument puis font grandir le feu. L'enchaînement est réalisé dans un premier temps en groupe puis chacun à son tour pendant que le groupe continue de chanter pour accompagner le mouvement. Cela permet de pouvoir s'exposer tout en gardant l'appui du groupe, le chant soutenant le mouvement. On aborde la question de la place dans le groupe. La quatrième partie ne s'appuie pas sur une chorégraphie, il est demandé aux enfants de poursuivre l'histoire, d'improviser une suite. Dans le groupe DMCC, ils ont imaginé et mimé le fait de manger, boire, puis d'éteindre le feu (guidés par les thérapeutes), avant d'imaginer qu'il fallait construire une maison pour pouvoir dormir après avoir mangé. L'histoire s'est terminée par la création d'une porte par l'un des enfants, au moment où la fin était actée, aucun enfant n'ayant songé à faire une ouverture. Ce type d'exercice les amène à improviser en groupe, introduisant le dialogue corporel. L'imaginaire est stimulé ce qui nourrit la créativité.

Le « mouvement continu » est la répétition d'un enchaînement de mouvements. Son interprétation est propre à chaque personne. La répétition amène un retour au calme ainsi que la possibilité d'habiter le mouvement : c'est un cadre contenant à l'intérieur duquel l'expressivité émerge. Cet exercice entraîne également la mémoire corporelle. Ce type d'exercice s'appuie sur les théories d'accrochage pulsionnel de F. Schott-Billmann, l'élan vital de D. Stern, et la motivation interne de R. Laban.

3.4.1.1.4. Exercices d'improvisation

Nous avons introduit l'improvisation en janvier tout d'abord sous forme du « jeu des chaussures musicales ». Il s'inspire du jeu des chaises musicales, en remplaçant les chaises par des chaussures. La consigne était de danser jusqu'à ce que s'arrête la musique, et l'enfant qui n'atteignait pas une chaussure à ce moment-là gérait la musique.

L'improvisation a pu, lors de la seconde session, s'affranchir de l'aspect « jeu ». Elle s'est alors inscrite au sein d'exercices de *mirroring* (tels que le jeu du « change ! » ou celui du fil rouge). Puis les enfants ont apporté le terme de « danse du hasard » et des exercices sans consigne autre que cette expression ont été possibles. Pour aider la créativité, nous avons

choisi des musiques imagées, évocatrices (bruits d'eau, de cirque), avec des rythmes très variés, et nous changions régulièrement la musique pour stimuler les enfants et qu'ils ne s'enferment pas dans la répétition sur le temps d'une musique entière.

3.4.1.1.5. Temps de relaxation

Nous avons élaboré le temps de relaxation en nous basant sur les théories développées plus tôt. Nous avons adjoint à ce temps de relaxation, en fin de prise en charge, une mobilisation à l'aide d'un ballon qui était appuyé de manière douce sur le corps des enfants pour les aider à éprouver leurs limites corporelles. Ce temps a été apprécié et demandé par les enfants

3.4.1.1.6. Temps de verbalisation

Un temps de verbalisation, tel qu'expliqué plus haut, a été mis en place en fin de séance.

3.4.2. Groupe contrôle

La mise en place d'un groupe contrôle serait réalisable mais nécessiterait davantage de temps sur la structure, temps nécessaire pour inclure les enfants et faire passer les questionnaires. Lors de ce travail, il n'a pas été possible d'inclure suffisamment d'enfants sur le groupe contrôle, ni d'avoir une période suffisante entre les deux questionnaires pour que cela soit significatif.

Quatre enfants ont pu être inclus entre janvier et mars sur ce groupe contrôle, et seulement un enfant a pu repasser le questionnaire CEC en fin d'année sur un laps de temps suffisamment long.

Nous avons donc réalisé une étude qualitative seule.

3.4.3. Cas cliniques

Etant donné que ces enfants poursuivent le suivi sur le CMPP, il n'est pas possible d'un point de vue éthique de donner dans le cadre de ces cas cliniques d'informations concernant les familles, ni d'émettre des hypothèses diagnostiques.

3.4.3.1. Charlotte

Charlotte est une petite fille de neuf ans au début du groupe. Elle est suivie depuis mai 2010 sur le CMPP pour un retard global de développement, en particulier un retard de langage oral et écrit associé à des troubles instrumentaux et psychomoteurs, secondaire à une épilepsie partielle fronto-insulaire gauche pharmaco-résistante.

Elle a bénéficié sur le CMPP d'une prise en charge comprenant, en supplément des consultations familiales pédopsychiatriques, une prise en charge éducative en groupe durant trois ans, une prise en charge individuelle en psychomotricité durant les deux premières années et orthophonique la première et la troisième année de suivi. Actuellement, elle était suivie, en parallèle du groupe DMCC, en orthophonie.

Dans les antécédents, on note un développement psychomoteur correct dans les premières années de vie avec une tenue de tête à deux mois, une station assise stable à sept mois et demi, à douze mois elle cabotait et commençait à faire quelques pas. La marche est acquise aux alentours de treize mois. A treize mois, elle souffre d'une première crise d'épilepsie partielle hémicorporelle gauche secondairement généralisée dans un contexte non fébrile, et elle est hospitalisée vingt-quatre heures, arrivée en état de mal épileptique ayant duré au moins quarante minutes. Un décalage au niveau du développement du langage commence alors à se dessiner. L'IRM réalisée à ce moment-là est normale. Le diagnostic d'épilepsie partielle fronto-insulaire gauche d'origine cryptogénique est alors posé, et elle bénéficie de plusieurs tentatives de traitement médicamenteux (Dépakine, Tégrétol, Epitomax, Rivotril, Urbanyl, Sabril, Keppra) qui se révèlent inefficaces, ainsi qu'un régime cétogène, également inefficace et ayant entrainé un surpoids. Un bilan pour un traitement chirurgical est réalisé, mais durant l'année 2013 il apparaitra qu'elle n'est pas opérable. L'examen neurologique est par ailleurs longtemps normal, excepté l'apparition en 2010 d'une légère dysmétrie modérée bilatérale et d'une difficulté à marcher sur une ligne.

Actuellement les crises d'épilepsie restent fréquentes, pluriquotidiennes. Il existe des crises diurnes et nocturnes, pouvant durer de une à cinq minutes. Elles se manifestent par une chute avec perte de connaissance, une miction involontaire, une hypersalivation, et des mouvements de type pédalage aux membres inférieurs. Il persiste des troubles du comportement de type frontal avec hétéro-agressivité (essentiellement la nuit), troubles du sommeil, et difficultés de concentration. Des crises d'épilepsie généralisées tonico-cloniques peuvent survenir.

Le dernier bilan neuropsychologique, réalisé en juillet 2012, retrouve une bonne adaptation aux différents tests et un contact facile avec l'examinateur, de l'intérêt pour ce qui lui est demandé, mais associés à une instabilité psychomotrice. Le WISC IV (Wechsler Intelligence Scale for Children IV) retrouve des aptitudes verbales et non-verbales homogènes, le QI étant d'environ 65. Néanmoins, ses progrès sont constants par rapport aux précédentes évaluations. Sur le plan des fonctions verbales, le discours est fluide et construit au niveau syntaxique, on peut retrouver quelques défauts d'élocution ne perturbant pas l'intelligibilité. Elle fait de nombreuses digressions et coq-à-l'âne, et la pensée est insuffisamment élaborée oralement. Le raisonnement conceptuel et la compréhension des situations sociales se mettent en place progressivement mais en demeurant inférieures à la moyenne. Elle reste dans une analyse concrète et ses facultés d'abstraction sont faibles. Sur le plan des fonctions perceptives, le raisonnement à partir d'images est peu aisé en termes de catégorisation et d'analyse logique. Dans l'attention et les fonctions exécutives, la vitesse de traitement de l'information est réduite, elle fait de nombreuses erreurs d'impulsivité. Elle a

certaines capacités de planification mais elle peine à s'adapter en cas d'erreur, avec des persévérations. L'évaluation émotionnelle et comportementale retrouve un manque d'autocontrôle, une humeur labile, des difficultés d'ajustement du comportement et de maitrise des routines sociales, ainsi que des difficultés de mémoire de travail et de planification. Le retard reste donc global, mais dans une dynamique de progrès et non de régression, et la compréhension est bonne alors que l'expression orale ou écrite est difficile.

Sur le plan familial, son frère de douze ans est suivi sur le CMPP pour troubles du comportement à l'école, difficultés avec immaturité et anxiété. Il existe une « spasmophilie » chez sa mère et de l'épilepsie chez un arrière grand-oncle maternel et une cousine maternelle.

Sa mère est au chômage depuis 2011, anciennement assistante de direction. Son père travaille dans un centre de rétention pour les sans-papiers. Charlotte vient régulièrement sur le CMPP, accompagnée en taxi. En raison des crises nocturnes épileptiques, Charlotte dort parfois avec son père afin qu'elle puisse être surveillée.

Sur le plan scolaire, elle a été maintenue en CP (Cours Préparatoire), en bénéficiant de l'aide d'une AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire) à raison de douze heures par semaine, avant d'être orientée en CLIS (Classe pour l'Inclusion Scolaire). Actuellement elle est en deuxième année de CLIS avec intégration en CE1 (Cours Elémentaire première année) en sport, musique et arts visuels. Elle a un niveau de moyenne section de maternelle. Une orientation en IME (Institut Médico-Educatif) en demi-internat est demandée pour l'année prochaine, en attente. C'est une enfant qui prend plaisir à aller à l'école mais qui éprouve des difficultés à se mettre en place d'élève, « jouant » à être élève. Elle ne donne pas de sens aux apprentissages et à l'école. Elle manque d'autonomie pour réaliser une tâche scolaire et la mener à terme, il est nécessaire de la solliciter régulièrement et de l'étayer elle se déconcentre facilement, elle est fatigable. Parfois elle n'est pas capable de s'appuyer sur l'adulte. En Juillet 2012, alors qu'elle avait terminé sa première année de CLIS, elle avait progressé, parvenant à compter et calculer en manipulant, reconnaitre des lettres et des mots en global, sans déchiffrer et à écrire quelques mots en scripte.

Lors de la réunion éducative de décembre 2012, il apparait que les difficultés scolaires persistent, il y a peu d'évolution sur le plan des apprentissages. Les acquisitions se fixent toujours difficilement, elle reste très peu autonome. Le comportement à l'école reste compliqué, elle transgresse les règles, peut être moqueuse, agressive et peut perturber le groupe par moments. Il existe très peu d'interactions avec ses pairs, elle est très souvent seule. Son comportement est également sexualisé, elle montre peu de pudeur, les limites sont floues (montre son soutien-gorge, ses fesses). Il y a de moins en moins d'interactions avec ses pairs. La relation aux personnes inconnues est également difficile.

A la maison, décrite comme une enfant autoritaire, volontaire et obstinée. Elle rapporte comportements étranges, (vide placards, bouteilles), et parfois une certaine agressivité (tape, répond de manière insolente) ; elle accepte les interdits sur répétition, sans crise de colère. La mère souligne une gêne mnésique (instabilité des acquis) et attentionnelle (distractibilité, impulsivité). Il existe des difficultés sur le plan des praxies digitales.

Sur le CMPP, nous rencontrons une enfant sociable, en demande constante du regard de l'adulte, dans un besoin d'étayage important de l'adulte ou du pair. On retrouve des difficultés dans l'acquisition des notions d'espace et de temps. La structure familiale et l'environnement sont mal repérés, elle ne peut pas nommer les adultes qui s'occupent d'elle par exemple. Il existe de nombreux troubles du comportement nocturnes au domicile à type d'encoprésie, peut se lever pour vider les placards, mais elle ne peut rien en dire. Ces troubles du comportement sont mis sur le compte de l'épilepsie. Elle se défend beaucoup par rapport aux émotions, ne verbalise pas, ne pleure pas. Elle est toujours très souriante, ne pouvant verbaliser d'angoisse. Dans le groupe éducatif, elle a été de plus en plus adaptée, mais en situation duelle, la relation devient fusionnelle, et elle adopte un comportement adultomorphe. La subjectivité est faible. Charlotte peut faire illusion par rapport à ses difficultés.

La prise en charge en orthophonie en individuel ne retrouve que très peu d'évolution depuis la pause d'un an. Elle ne peut pas rentrer dans l'écrit (pas de permanence de l'écrit) et ne fait pas de lien entre les apprentissages.

Sur le plan psychomoteur, Charlotte suivie depuis janvier 2011 en individuel, avec un changement d'intervenante en septembre 2011 (départ à la retraite). Au début de la prise en charge, elle se présentait comme une petite fille immature, dans une grande instabilité, tant psychique que physique, passant d'une idée et d'une chose à l'autre. C'est une enfant présentant un retard global hétérogène. Elle est prise dans le regard de l'adulte, guète l'approbation, veut faire plaisir. Lorsqu'une contrainte d'autonomie est clairement posée, morgane peut davantage faire appel à ses capacités et peut être étonnante. C'est une enfant souriante, attachante, ayant envie de bien faire, mais que le problème organique dépasse.

En avril 2012 l'agitation est toujours présente ainsi qu'une impulsivité.

La motricité est emprunte de maladresse et de peurs. Charlotte a besoin de faire des expériences, d'explorer le matériel comme un enfant plus jeune. Elle est perdue dans les repères d'espace et de temps, où les acquis ne sont pas stables. En effet, les repères ne sont flottants, flous, peu ancrés, dans la discontinuité. De même, Charlotte ne peut pas raconter une histoire, elle se perd.

La mise en place de repères, de rituels, d'un cadre soutenu permet à morgane de s'apaiser et d'être davantage dans des liens pertinents. Elle peut évoquer des peurs, une anxiété de fond parfois impossible à nommer (elle ne peut pas attendre seule, « électricité dans le cerveau ».....).

Elle est peu individuée, manque parfois de distance corporelle et sociale avec des comportements inadaptés (dans le collage). Elle peut se placer dans une position d'objet. Elle a besoin d'être étroitement soutenue, étayée, rassurée par l'adulte et en même temps autonomisée.

L'ancrage n'est pas acquis.

La représentation graphique est impossible mais Charlotte peut davantage mettre de sens sur les choses, elle est un peu plus cohérente, ce qui se voit dans ses capacités de visuo-construction. Mais chaque séparation (vacances...) « fait vide ».

Son évolution sur le groupe éducatif montre qu'elle peut prendre des repères au fur et à mesure, et se montrer plus créative, plus autonome. L'agitation psychomotrice présente au début de cette prise en charge s'est progressivement apaisée, ainsi que son attitude théâtralisée pour montrer une enfant plus authentique dans son mode relationnel. La confusion entre les générations et les places de chacun, et la recherche du regard de l'adulte étaient retrouvés dans ce groupe. Dans ce contexte, l'échange oral la déstabilise, ainsi que le regard direct de l'adulte. Elle peut se dévaloriser et se placer dans un mode de relation fusionnel à l'autre. Elle ne peut soutenir une position face à l'autre. La deuxième année de prise en charge, la verbalisation des affects, et les associations de liens (dans le temps et psychiquement) sont plus faciles. La mobilisation et la répétition l'aident à acquérir des compétences. Les relations avec les pairs et le groupe sont également plus sereines dans ce groupe, contrairement à ce qui se passe à l'école à la même période. Elle éprouve des difficultés à distinguer les affects de l'autre et se positionne mal dans la relation.

L'indication du groupe DMCC a donc été posée pour l'aider à utiliser ses compétences dans une activité où elle est en réussite. En effet Charlotte aime danser, et y prend plaisir. Le langage corporel est un type de communication qu'elle utilise et elle a de bonnes capacités de rythme. La médiation danse permet de passer par une expression pré-verbale et de faire appel à ses capacités d'imagination de manière indirecte et lui permettre un accès à la créativité dans une activité qui a un aspect valorisant pour elle.

3.4.3.2. Julia

Julia est une petite fille de huit ans et demie, qui a été adressée au CMPP par son école en mai 2010 pour difficultés de concentration, d'autonomie et de suivi des consignes en classe. Il existe un retard scolaire dans les apprentissages et sur le plan psychoaffectif qui se répercute dans une difficulté relationnelle avec ses pairs et qui l'empêche de se mettre au travail.

Elle bénéficie actuellement d'un suivi pédopsychiatrique, orthophonique et psychomoteur. Sa mère est également suivie sur le plan psychologique sur le CMPP par rapport à ses difficultés dans ses rapports avec sa fille.

Elle a tout d'abord bénéficié d'un bilan psychomoteur en juillet 2010, puis un suivi avec une autre enfant a été mis en place en psychomotricité, en association avec un suivi orthophonique pour ses problèmes de concentration et de logico-mathémathiques et avec une prise en charge groupale, avant de participer au groupe DMCC.

Sur le plan des antécédents, c'est une petite fille qui, à l'âge de un an, s'est faite opérée à deux reprises d'un kyste (qui n'a pas pu être enlevé), ayant nécessité deux hospitalisations d'un mois, et ayant nécessité la pose d'une dérivation ventriculaire pour hydrocéphalie, ce qui a eu comme conséquences un retard de développement et des difficultés dans la motricité fine. Elle est suivie une fois par an en neuropédiatrie pour cette raison. De plus, à l'âge de trois ans s'est déclarée une épilepsie, traitée sur l'hôpital des

enfants. Ce traitement a été arrêté en 2011 en raison de l'absence de crises depuis plusieurs années. Ce traitement avait pour effet secondaire des sautes d'humeur et une agressivité occasionnant des difficultés relationnelles avec les pairs et dans sa famille et une asthénie entrainant une hypersomnie (nécessité de faire des siestes, et un sommeil léger et peu récupérateur). A l'arrêt du traitement il a été remarqué une meilleure « ouverture sur le monde » et un certain apaisement, ainsi qu'une amélioration de ses relations avec les pairs. Par ailleurs elle est en avance staturale.

Le développement psychomoteur retrouve un bon éveil à quatre mois, elle est décrite comme un bébé calme. La marche est acquise dans les limites de la normale, le langage et la propreté diurne à dix-huit mois, et la propreté nocturne à trois ans. Le reste du développement semble normal, il n'y a pas de retard signalé dans le carnet de santé aux consultations de vingt-quatre mois et deux ans. Julia a été gardée par sa mère dans la petite enfance. Elle a un doudou. Selon le père, elle est sociable et suit son frère dans les activités motrices sans difficultés.

Elle faisait de l'escalade, activité qu'elle a arrêté cette année, et avec sa famille, du ski, du vélo et des jeux de ballon.

Au niveau familial, sa mère est malvoyante et dépendante de son mari pour les activités de la vie quotidienne. Elle a peu d'autonomie et est très isolée socialement.

La séparation est difficile et Julia n'a jamais dormi hors de chez elle. Elle a un frère de quatre ans son aîné, qui ne présente aucune difficulté particulière.

Un suivi psychologique a donc été proposé à sa mère cette année pour l'aider dans ses relations avec sa fille, qui peuvent être très conflictuelles, Julia pouvant se montrer agressive envers elle et nier son autorité.

Sur le plan scolaire, Julia est actuellement en double classe CP-CE2 avec la même AVS en CE1 et CE2, qui l'aide essentiellement en mathématiques à raison de quatre demijournées par semaine (adaptation de la scolarité avec mesure de soins sur le temps scolaire).

L'école mettait en évidence en mars 2011 une dynamique d'évolution positive mais lente, avec un retard d'environ quatre mois dans les apprentissages scolaires. Elle mettait l'accent sur un retard des apprentissages, des difficultés de construction verbale, un comportement agressif, et la nécessité de mettre en place un travail différencié des autres élèves, avec une aide personnalisée et soutenante de la maîtresse. L'étayage scolaire consistait en mars 2011 en une prise en charge le vendredi en RASED (Réseaux d'Aide Spécialisée aux Elèves en Difficulté) et le mercredi matin une aide personnalisée pour les mathématiques, matière dans laquelle ses progrès sont très lents. Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) est en place pour l'épilepsie. L'acquisition de la lecture s'est faite avec retard (en CE1), où elle pouvait encore éprouver quelques difficultés à accéder aux significations. L'accès au sens des consignes complexes peut être problématique. Elle a également fait des progrès en écriture et graphisme, mais le celui-ci reste maladroit. Le rapport aux pairs était très conflictuel, de façon quasi permanente, Julia pouvant facilement se sentir agressée. Elle était mal intégrée avec les autres élèves. Les relations duelles étaient beaucoup plus simples pour elle. La participation orale était également délicate pour elle.

Progressivement les relations avec les autres élèves se sont apaisées, mais elle ne parvient pas à initier et imposer, elle va se soumettre à l'avis des autres, et elle se perd dans le grand groupe. Elle reste également rapidement persécutée par l'autre, très anxieuse, forte immaturité. Elle tolère mal l'échec, ses réactions sont violentes alors. Elle commence à pouvoir se saisir des aides proposées.

Lors de la réunion éducative de février 2013, il est souligné que la mémorisation est bonne mais la restitution difficile. En écriture, le rythme est lent. Le guidage est indispensable pour mener les activités. L'aide est également nécessaire pour l'organisation matérielle, elle et peu autonome. Elle a de bons repères dans le temps. Les relations avec les pairs se sont améliorées, mais il peut persister des conflits dont elle peut avoir l'initiative. Le travail en groupe est difficile elle supporte mal le rôle et la place de chacun dans le travail en petit groupe, en équipe. Julia tire bénéfice de l'aide individuelle indispensable pour lui permettre de progresser. Il a donc été décidé de renouveler le PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) et l'attribution d'une AVS à hauteur de douze heures par semaine.

Le bilan orthophonique d'avril 2012 (à six ans, niveau CP) s'est focalisé sur les capacités langagières et logico-mathématiques. Julia avait déjà bénéficié auparavant d'une prise en charge de quelques mois en orthophonie. Elle se révèle avoir des difficultés sur le plan logico-mathématique, des difficultés de structuration spatio-temporelle et de construction du nombre. Il existe un retard de langage et de parole, une immaturité assez récurrente dans le tonus facial (hypotonie des joues et de la langue au repos et articulation plutôt antérieure), les dessins (dessin du bonhomme notamment) ou dans son comportement.

Après un an de travail orthophonique, à raison d'une séance par semaine, le travail s'est orienté autour de la trace en dessin et en écriture. Etaient retrouvés un manque de confiance en elle, des difficultés d'élaboration autour de ses quelques productions, une attention fluctuante avec une distractibilité. Julia a néanmoins pu faire des liens associatifs à travers les activités abordées. L'immaturité persistait.

Le travail en orthophonie s'est interrompu pendant un an avant de reprendre en octobre 2012 pour travailler sur la mémoire, la lecture, la concentration et les mathématiques. Longtemps, elle s'est effondrée en pleurs devant l'échec durant l'année.

Le bilan psychomoteur de juillet 2010 mettait en évidence un retard de développement moteur important, associé à des troubles de l'équilibre et de la coordination, avec des signes neurologiques légers (dysmétrie, tremblements, manque de dissociation, démarche raide). Il existait également des difficultés liées à une mauvaise adaptation du tonus. L'orientation temporo-spatiale, les praxies visuo-constructives, la motricité fine et le graphisme étaient à travailler. On notait également une anxiété sous-jacente.

Après dix séances, en septembre 2010, on retrouve ses difficultés de compréhension et son impossibilité de demander de l'aide. Une anxiété sous-jacente majeure et une impulsivité ainsi que des persévérations sont présentes. Julia utilise des jeux très régressifs. L'imaginaire est barré, Julia ne sait pas jouer seule, la créativité est pauvre. D'emblée, une anxiété importante et un fond insécure sont au premier plan, avec une tendance logorrhéique et un besoin d'être portée, contenue, étayée tant sur le plan moteur et corporel que psychique.

En mai 2011, après 16 séances supplémentaires en séance individuelle jusqu'en février 2011 puis neuf séances où Julia a été reçue en psychomotricité avec une autre enfant pour travailler sa relation au pair, elle peut accéder à des jeux un peu plus complexes et prendre en compte plusieurs consignes en même temps. Il lui arrive cependant de perdre une consigne en cours de jeu, du fait de sa distractibilité. L'autonomie de pensée et d'action reste fragile. Le tonus n'est pas toujours adapté, avec des crispations et une augmentation tonique dans les coordinations -dissociations.

En octobre 2011, une prise en charge groupale a été débutée dans le cadre du suivi psychomoteur. Julia est dans une évolution quant à son rapport à l'autre. Elle a besoin de répéter pour pouvoir créer et réaliser des choses complexes du fait de son manque d'organisation corporelle et du geste (corps dense avec peu de souplesse, trouble praxique dans l'utilisation du matériel). Le travail de confiance en l'autre (moins menaçant) doit se poursuivre, ainsi que la mise en place d'une position propre et moins hystérisée, de repères plus consistants et moins angoissants (temporels, hypervigilance...).

A son arrivée au CMPP, on note des difficultés dans les repères spatio-temporels, elle a du mal à se repérer dans la chronologie temporelle et générationnelle. Elle manifeste des angoisses de type abandonnique qu'elle exprime en ayant un contact adhésif à son frère, une incapacité à rester seule. Elle est très immature. Il existe également une labilité émotionnelle et de l'attention. La frustration est parfois difficile, le rapport au savoir est complexe.

Elle adopte un comportement régressif lorsqu'elle est au CMPP, ce qui n'est pas le cas au domicile où elle peut se montrer au contraire tyrannique, souhaitant commander, intolérante à la frustration, pouvant tester les limites. Il existe des conflits importants avec sa mère, de qui elle ne reconnait pas l'autorité. Ses relations avec ses pairs sont difficiles, elle peut se montrer agressive. Elle a peu d'amis.

Julia est décrite comme une enfant ayant du caractère, agitée, qui s'énerve, et pouvant faire des colères importantes. Elle se montre insécurisée lorsqu'elle rencontre une personne inconnue, mais elle est ensuite en proie à une agitation psychomotrice. Elle est en demande de la reconnaissance de l'adulte, à la recherche de son regard. Julia peut être logorrhéique, sans se soucier de savoir si elle est écoutée par les pairs, comme pour capter l'attention et le regard exclusif de l'adulte qui pourrait l'oublier. Elle est également à ce moment-là dans une recherche de sensations. Ces deux aspects (agitation/sensation, regard) ont été mis sur le compte d'une non-individuation, tout comme son attitude de collage à l'adulte féminin connu, dans la dépendance. Il existe une labilité de l'humeur, une impulsivité avec des accès de colère et d'agressivité (verbale et corporelle) ainsi que des persévérations de la pensée et une fatigabilité, sources d'angoisse importante et qui semblent déborder Julia.

Enfin, il existe des aspects phobiques, avec sensations d'étouffement.

Elle a pu progresser à l'aide de la prise en charge en orthophonie et en psychomotricité (prise en charge en groupe). Elle se montre volontaire dans les propositions qui lui sont faites sur le CMPP, mais ne réutilise pas ce qu'elle apprend. Elle peut faire des liens et se souvenir mais n'est pas autonome et n'arrive pas à s'approprier ses connaissances. Elle ne manipule pas, n'explore pas, il n'existe qu'un très faible espace imaginaire et de créativité. Elle éprouve également des difficultés à s'organiser pour faire les choses dans son corps, elle fait preuve de

peu d'anticipation tonique, elle se crispe. Il a été jugé nécessaire de l'aider à travailler son autonomie et ses capacités d'individuation en passant par le corps, dans la répétition et l'identification aux pairs. C'est dans ce contexte que la médiation corporelle pour travailler sur les sensations corporelles est venue, afin de lui permettre une liberté, et diminuer l'anxiété qu'elle éprouve, et pour travailler l'ajustement tonique et la coordination sans que cela ne soit persécutant.

3.4.3.3. Noé

Noé est un garçon de dix ans suivi depuis 2009 suite à l'orientation de l'école pour bilan psychomoteur et grande immaturité.

Il bénéficie d'un suivi pédopsychiatrique, orthophonique et psychomoteur. Un suivi psychothérapeutique a été mis en place cette année. Sa mère rencontre régulièrement l'assistant social du service.

Dans les antécédents familiaux on retrouve une surdité chez la mère, avec lecture labiale, et son père est sourd et muet. Noé a appris très tôt à signer, « en regardant ». Il a un grand frère et une grande sœur, qui n'ont pas de difficultés particulières.

On retrouve dans son histoire un retard de développement du langage et de la parole sans autre particularités, retard pour lequel il avait bénéficié durant deux ans d'un suivi orthophonique en libéral (y étaient également travaillés des troubles articulatoires et des troubles de la concentration). Par ailleurs les acquisitions du quatre pattes, de la marche et de la propreté sont apparues sans retard. Les séparations ont été difficiles en petite et moyenne section de maternelle, avec des pleurs pendant plusieurs mois après la rentrée scolaire. Un bilan psychologique avait également été réalisé en 2008 au Centre de Rééducation de l'Enfant, qui mettait en évidence un niveau intellectuel moyen faible, associé à une légère inhibition, un besoin de stimulation, une immaturité et une tendance à s'échapper dans l'imaginaire. Il adoptait également une attitude régressive réactionnelle à des angoisses et un besoin d'être rassuré, un manque de vision d'ensemble pour s'attarder sur des détails. Aux tests projectifs, on retrouve une constellation familiale structurée, les images parentales sont en place, Noé conforte sa position de petit dernier dans la fratrie.

Sur le plan des antécédents, une consultation ophtalmologique avait montré la nécessité de porter des lunettes pour corriger une hypermétropie et un astigmatisme, avec séances d'orthoptie pour la convergence. Un contrôle auditif avait eu lieu lorsqu'il avait environ trois ans et n'indiquait rien d'anormal.

En ce qui concerne la scolarité, Noé a été maintenu au CP. Il est actuellement en CM1 avec soutien scolaire.

Noé est décrit comme un enfant agréable, joyeux, souriant, autonome et sportif. Il fait partie d'un club d'athlétisme. Il fait du tennis le mercredi après-midi.

En 2009, la famille rapportait qu'au domicile, il était dans la toute-puissance, c'est « l'enfant-roi ». Il avait beaucoup de capacités mais manquait de confiance en lui. C'est un enfant qui a manqué de stimulations. On retrouvait une grande anxiété : angoisses avec objets multiples, angoisses de séparation entrainant une insomnie (il ne peut aller se coucher et s'endort sur le canapé avec ses parents, devant la télévision, et avant il dormait avec ses parents, cauchemars, peur de dormir seul... Au moment de la séparation des parents, il dormait avec sa mère dans le canapé, ce qui existe encore à l'heure actuelle). On retrouvait également une grande immaturité. Il pouvait se perdre dans les repérages temporaux-spatiaux.

Un premier suivi psychomoteur avait été mis en place de septembre 2009 à février 2010, espace dont Noé s'est saisi. Y était notée une hypotonie des doigts avec des répercussions sur le graphisme. Les praxies visuo-constructives, la perception visuelle et les repères d'espace-temps n'étaient pas en place. Noé a progressé dans tous les domaines, même si le manque de vocabulaire corporel et le besoin de stimulations persistaient. En février 2010, Noé commençait à entrer dans les apprentissages et la famille avait préféré interrompre les soins, malgré la persistance d'une immaturité et d'une insécurité interne.

En octobre 2010, après un arrêt de prise en charge de quelques mois, la famille reprend contact avec la structure en demandant un compte-rendu de prise en charge, puis l'orthophoniste qui le suivait en libéral a pris contact afin de faire part au CMPP de ses inquiétudes quant aux difficultés de Noé et de la nécessité d'une prise en charge globale. Un bilan, réalisé en juillet 2010, mettait en évidence une attention labile, des prérequis au langage écrit fragiles, un niveau de langage écrit très faible avec suspicion de dyslexie-dysorthographie. Il présentait un retard important d'acquisition du langage écrit. Par ailleurs, le langage oral était satisfaisant. Un bilan psychomoteur et un contrôle audiométrique étaient demandés.

Noé et sa mère ont donc été de nouveau accueillis en décembre 2010. Un suivi individuel en orthophonie a été mis en place en février 2011.

Les repères temporaux étaient de meilleure qualité. La persistance de l'anxiété et des difficultés de séparation ont nécessité la mise en place d'un suivi supplémentaire, et une prise en charge individuelle sur quelques mois puis groupale sur un an en psychomotricité a donc été débutée. Les troubles du sommeil et les difficultés à quitter ses parents pour aller se coucher persistaient également. Ces difficultés l'empêchent de quitter le domicile pour une nuit (aller dormir chez ses parents ou des amis lui est impossible). L'immaturité est toujours présente.

La prise en charge au niveau pédopsychiatrique se focalise autour de l'anxiété et à l'aider à devenir un sujet autonome.

Lors de la remise en place du suivi psychomoteur, il se présente sur un versant d'inhibition, dans la retenue corporelle. Il existe une inquiétude de fond. Il a besoin d'un étayage important de la part de l'adulte. Ce bilan retrouve un retard hétérogène d'environ un an. Au niveau moteur, les difficultés se situent plus au niveau de la motricité fine (tendance à la dysgraphie) avec un manque de contrôle et d'adaptation tonique (hypotonie de fond),

retrouvée également dans les épreuves d'équilibre (peurs). Noé a également du mal à faire deux choses en même temps, l'attention sélective est déficitaire. C'est un enfant appliqué et concentré mais il a aussi du mal à prendre le temps de faire les choses (impulsivité) et à persévérer. On note une lenteur dans la discrimination visuelle et dans l'inhibition d'une réponse automatique. On note également une immaturité de la représentation du corps et des images mentales, peut-être en lien avec un manque de stimulation auditive. Les notions corporelles, spatiales et temporelles de base nécessaires aux apprentissages sont hétérogènes mais acquises. Noé a cependant du mal à faire du lien entre ses connaissances et à s'organiser, notamment dans les praxies visuo-constructives où l'analyse visuo-spatiale est déficitaire.

Suite à un suivi individuel de février à septembre 2011 en psychomotricité, on remarque une certaine évolution : Noé parle plus spontanément, bien qu'il persiste des difficultés d'expression orale, et il est capable d'exprimer sa pensée. Il est dans le ludique en séance mais a du mal à soutenir un effort, à demander de l'aide et à accepter de ne pas savoir, se confronter à l'apprentissage.

Il est pris dans des préoccupations d'adultes, pouvant devenir envahissantes. La mère est reçue par l'assistant social afin de travailler cette question. Noé est peu différencié, il utilise souvent le « on », est perdu dans la généalogie, la question des places, et les préoccupations des adultes sont envahissantes. Les difficultés d'ajustements posturaux sont toujours présentes, tout comme l'impulsivité, et la fuite dans le langage est une forme d'immaturité. L'idée d'un travail groupal a donc été envisagé afin d'aider Noé à devenir sujet, en s'appuyant sur ses pairs.

Après vingt-sept séances de travail groupal à médiation corporelle (animé par une psychomotricienne et une orthophoniste), on retrouve un enfant qui parle très bien et facilement, ce qu'il utilise pour être dans l'évitement de la mise en jeu du corps et des émotions. Au début, Noé se sent peu concerné par les activités proposées, interroge peu sa place et ses difficultés (« le CMPP est pour jouer »), ses émotions. Au niveau corporel, le mime est pauvre, les gestes peu coordonnés, ce qui pose la question de ce qu'il a pu expérimenter plus jeune. Il faut le nourrir, le regarder. Noé semble peu individué, et très sensible à l'environnement (excitation, collage, s'échappe...). Il est tendu corporellement. Noé a un sourire de façade permanent, un comportement adapté, qui empêchent aussi l'expression des ressentis (maitrise) en dehors de la plainte corporelle. Au fil de l'année, Noé s'est davantage appuyé sur l'autre garçon du groupe et les activités dans lesquelles il est entré. Les peurs apparaissent alors et peuvent l'empêcher de structurer son discours. Il peut doucement prendre confiance en l'autre (sans s'abandonner), se relâcher, sans que ce soit anxiogène. Noé a encore du mal à sentir son corps, mais le mime est plus riche, les gestes plus habités, l'inhibition moins présente. Les limites corporelles se mettent en place dans une plus grande conscience. Il peut être dans une grande douceur lorsqu'il mobilise le pair. La question de la place, de l'individuation, des peurs (angoisse de séparation) restent importantes mais peuvent être parlées.

En orthophonie, la construction du langage est particulière, il existe des difficultés de compréhension. La lecture est correcte, et le travail s'oriente autour du vocabulaire. Le langage est pauvre, ainsi que les images mentales et les capacités de représentation. Il est social à l'école, a des amis.

La réunion éducative de mai 2011, alors qu'il est en CE1 après une année de maintien en CP, décrit un enfant volontaire mais ne sachant pas demander d'aide. Il montre beaucoup plus de choses en relation duelle ou dans le petit groupe, mais il s'efface dans le groupe classe, où il montre une certaine passivité et peut se laisser disperser. Les acquisitions sont correctes mais non stabilisées, et la lecture n'a pas de sens. Il existe également des difficultés dans la production d'écrits et dans le graphisme, on note des problèmes au niveau de la compréhension en lecture malgré un déchiffrage correct, et une confusion dans la transcription des sons classiques et surtout des sons complexes. Le raisonnement et la résolution de problèmes sont bons. Il ne sollicite pas, est en retrait depuis la maternelle, semblant chercher à se faire oublier. Les relations avec les pairs et avec les adultes sont bonnes, mais il n'a pas confiance en lui, ne s'autorise pas à faire d'erreurs.

En CE2, il rentre dans les apprentissages, autonome dans les différentes tâches à accomplir, volontaire mais ne demandant toujours pas d'aide et ne s'autorisant pas d'erreur. Il persiste des difficultés dans la compréhension en lecture, en partie liés à un niveau lexical faible et à des confusions de sens. Il manque de maturité dans son attitude générale. Il est décrit comme sociable, ayant des amis, de caractère facile, mais réservé, dans le retrait, timide. Un PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Educative) est mis en place. Il bénéficie à cette époque d'une prise en charge en orthophonie et en groupe pour travailler sa passivité, et à l'école d'une aide personnalisée et la question se pose d'un travail différencié en histoire.

En février 2012, l'enseignante remarque déjà des progrès, essentiellement au niveau personnalité : enfant auparavant effacé et prenant peu la parole en classe, il se montre à l'aise, autonome, pouvant signifier qu'il ne comprend pas, sérieux. Il persiste toutefois des difficultés dans le passage à l'écrit (écriture phonétique, inversions) qu'il compense par une bonne mémoire lors des dictées préparées. La lecture est encore lente mais quasiment acquise, le vocabulaire reste pauvre et il existe des difficultés dans la compréhension des énoncés.

A la rentrée 2012, les troubles du sommeil et les troubles anxieux ne cédant pas malgré les différentes prises en charges, un suivi psychologique a été ajouté. En effet, il s'endort toujours très tard devant la télévision (évite le moment de l'endormissement) dans le canapé, où il continue de dormir avec sa mère. Il dit avoir peur de la nuit. Malgré leur séparation, ses parents vivent toujours ensemble au domicile, mais son père est souvent absent en raison de ses horaires de travail, et participe donc peu à l'éducation de son fils. A cette époque, un cancer des poumons a été décelé chez son grand-père maternel. On note là aussi un décalage entre l'oral et l'écrit : il est décrit comme un enfant vif, intelligent, mais s'interdisant de réaliser des écrit, et passif dans les soins orthophoniques.

Sur le plan social, un signalement avait été questionné en 2012 en raison d'une mauvaise adhésion des parents aux soins.

L'indication du groupe DMCC a été posée pour lui permettre de régresser dans le cadre de la médiation et de dépasser son hypermaturité de façade au travers de l'expression corporelle, permettre une certaine individuation. Ce groupe avait également pour objectif de pouvoir soutenir la thérapie individuelle.

3.4.3.4. Justin

Justin est un garçon de dix ans, suivi sur le CMPP depuis 2008 pour des troubles des apprentissages (langage écrit, oral, problèmes de compréhension). Il bénéficie d'un suivi pédopsychiatrique, psychologique en individuel (débuté cette année) en parallèle du groupe.

En dehors des difficultés pédopsychiatriques, Justin n'a aucun antécédent particulier.

Sur le plan de sa biographie, on retrouve une grossesse difficile (avec de nombreuses nausées, une perte de poids de quinze kilogrammes et des problèmes rénaux chez la mère durant la grossesse), l'accouchement ayant été à terme, par voie basse, sans soucis particuliers. Il est l'aîné d'une fratrie de trois enfants. Il a deux frères de neuf et cinq ans et demi, tous les deux suivis sur le CMPP. La mère est actuellement en congé maladie. Elle est en surpoids.

Il pratique le basket, le vélo et le roller.

Le développement psychomoteur est marqué par un retard d'acquisition du langage, qui ne serait apparu que vers l'âge de quatre ans. Le reste du développement est normal. Il est droitier.

L'audition est normale. Il est hypermétrope et il porte des lunettes pour toutes les tâches faisant intervenir une fixation visuelle importante (surtout pour la lecture et l'écriture).

La scolarité est marquée par les troubles du langage et de l'articulation de Justin: en moyenne et grande section de maternelle, un premier suivi orthophonique en libéral est réalisé. En CP, l'acquisition du langage écrit est compliquée et il redouble le CE1. Le CE2 se passe bien et il fait des progrès. Il a changé d'école l'an dernier, il est actuellement en CM1.

L'histoire de la maladie commence donc très tôt. Il est suivi en orthophonie libérale à l'âge de quatre et cinq ans, et l'accueil au CMPP débute en décembre 2008, alors qu'il est scolarisé en CP. Il est suivi par une psychologue jusqu'en juin 2009. Justinprésentait alors des « manifestations d'angoisse avec une dysharmonie entre le potentiel intellectuel et les résultats dans les apprentissages ». Le suivi est arrêté du fait des parents. Une nouvelle demande est réalisée en janvier 2012, sur une orientation de l'orthophoniste qui le suivait en libéral depuis trois ans (CE1, maintien en CE1, CE2). Justin présentait une dyslexie sévère avec peu d'évolution malgré le suivi et les techniques apportées, ne mettant pas de sens sur ces séances. C'est un enfant qui ne semble pas entrer dans les apprentissages. Il est décrit comme isolé à l'école, passant inaperçu et jouant avec des enfants plus jeunes.

Sa mère le décrit comme un enfant timide. Petit, il lui arrivait de taper les autres enfants car il ne parvenait pas à parler. Il a tendance à se replier plutôt que s'exprimer. Il manque de confiance en lui.

En classe, il subit tout avec le même degré de tolérance, en affichant un sourire de façade. Il est toujours seul, déambule, joue avec des enfants plus petits. Il est influençable

(vols...). Il est dans la même classe que son petit frère qui lui est au contraire « fonceur, leader, et perturbateur ». Il ne fait pas de bruit, a un comportement adéquat, ne bouge pas et donc passe inaperçu.

Lorsqu'il fait du basket, cette année il se libère davantage sur le terrain, peut user de stratégie, n'a plus peur du ballon, est vif, anticipe.

La lenteur idéique semble plutôt réactionnelle et secondaire à l'angoisse qu'il peut éprouver, ce qui l'empêche également de trouver une place, que ce soit dans sa famille ou à l'école, et de s'imposer dans le groupe. Cela amenait à un sentiment d'auto-dévalorisation important par rapport à sa fratrie et pouvant se laisser envahir par un de ses frères qui vient régulièrement dormir avec lui le soir. Il peut également se placer dans un besoin de maitrise de l'environnement, il a besoin de vérifier la présence des intervenants lorsqu'il a rendezvous. On retrouve des angoisses archaïques de type abandonnique. Son inhibition est autant comportementale que psychique, l'élaboration et l'imaginaire sont compliqués voire impossibles. Il se présente avec une grande immaturité dans les différents jeux proposés.

Le bilan psychomoteur de juillet 2012 conclue à l'absence de troubles psychomoteurs.

Justin s'y présente comme un enfant agréable, dans la relation et l'interaction. Il présente de bonnes capacités cognitives (mémoire, logique, raisonnement, concentration, fonctions exécutives), et en visuo-construction. Les notions temporelles et spatiales de base sont acquises, le développement moteur et praxique est harmonieux.

Néanmoins Justin manque beaucoup de confiance en lui et peut douter de ses acquis, ne pas utiliser toutes ses compétences dans des tâches plus complexes, avec une fragilité dans l'organisation spatio-temporelle. Il semble manquer d'expérience, mais également être pris par des angoisses (non verbalisées), une immaturité affective, avec un fort besoin de réassurance. Ses jeux spontanés sont particulièrement immatures.

La représentation graphique, notamment des repères corporels, est très immature. Le dessin spontané est pauvre, immature. La régulation tonique n'est pas efficiente, ce qui est visible dans l'écriture, dysgraphique et lente. La discrimination auditive et la discrimination visuelle sont lentes également. On note une difficulté d'attention sélective et divisée.

Le bilan orthophonique réalisé en janvier 2012 retrouve des troubles persistants et des difficultés en langage écrit s'apparentant à une dyslexie/dysorthographie phonologique sévère. L'attention auditive et visuelle est déficiente. La mémoire à court terme est efficiente alors que la mémoire de travail est fragile. A l'issue de ce bilan, un bilan psychologique proposé et la rééducation orthophonique est intensifiée à deux séances par semaines en raison des difficultés observées.

Le bilan psychologique datant de 2009 montre des difficultés relationnelles, des régressions importantes au niveau du langage (mots-phrases...). Il est sensible aux changements et anxieux par rapport aux horaires. Il s'y montre bien individué, bien repéré. La relation à l'adulte est angoissante (fuite du regard, évitement, repli sur son activité). « Manifestations d'angoisses chez un garçon intelligent ». Il existe une dysharmonie entre potentiel intellectuel et résultats dans l'apprentissage, ainsi qu'une quête affective importante. Une reprise de la prise en charge en 2012 le trouve affectivement encore très jeune.

L'indication du groupe de danse-thérapie a été pensée en raison de ses difficultés psychomotrices, qui n'étaient pas secondaires à un trouble du développement psychomoteur ou un trouble des apprentissages mais à une difficulté à incarner son corps, difficulté qui avait été remarquée en prise en charge psychomotrice individuelle, et qui se traduisait par une difficulté d'ajustement tonique due à une immaturité et des angoisses d'abandon majeures. De plus la prise en charge groupale permettait une approche moins intrusive et moins menaçante qu'une prise en charge individuelle, et le groupe de danse avait pour but de permettre des moments de régression et de passer par l'archaïque et l'infra-verbal pour travailler sur sa problématique de fond, à savoir l'insécurité, l'effondrement narcissique et dépressif, ainsi que l'ajustement tonique, et l'immaturité.

3.4.4. Déroulement du groupe : analyse qualitative

3.4.4.1. Analyse groupale

Des dix-huit séances prévues, une a été annulée en raison d'un arrêt maladie de la personne formée à la danse-thérapie.

Lors des dix-sept autres séances, il n'y a eu que très peu d'absentéisme, et chaque absence avait une raison valable (maladie....). En fin d'année, chacun a dit avoir beaucoup aimé cette médiation, les enfants s'étant montrés très enthousiastes et demandant à pouvoir poursuivre le groupe l'année suivante. Ils sont tous venus facilement à ce groupe, avec beaucoup de plaisir, ce qui a également été rapporté par les parents lors du rendez-vous en fin d'année scolaire. Ils l'ont progressivement très bien investi.

Nous avons observé trois phases principales durant ces quinze séances dansées : une première d'installation et formation de la cohésion groupale (environ cinq séances), une deuxième phase d'exploration (de l'espace, de leur corps, de la relation à l'autre...) qui a duré environ sept-huit séance, et lors des dernières séances s'est amorcée une phase où le jeu symbolique a émergé, avec certains enfants qui ont joué de la régression, et un notamment qui a rejoué dans ce groupe les évènements traumatisants qui lui étaient arrivés durant l'année scolaire.

Les premières séances, il y a beaucoup d'excitation et d'agitation psychomotrice dans le groupe, nécessitant d'introduire plusieurs temps de relaxation au sein de la séance. Cette excitation est probablement défensive contre de l'angoisse dans le contexte de la nouveauté, de la rencontre avec d'autres enfants et thérapeutes non connus, avant la formation de la cohésion de groupe. Le contexte de thèse, de questionnaires a pu également rajouter à cette angoisse.

Ils ont montré des mécanismes de défenses tels que décrit par W.R. Bion, à savoir le « couplage » entre eux, ou encore la « dépendance » envers l'adulte (variant entre les adultes). La permanence du cadre a progressivement prendre la forme d'enveloppe contenante au sens

de R. Kaës et de D. Anzieu, permettant l'émergence d'une cohésion de groupe et l'apaisement des angoisses archaïques existant au moment de la création du groupe.

Rapidement, l'excitation s'est apaisée et ils ont pu enchainer les exercices en étant concentrés, attentifs et y prendre plaisir. La cohésion de groupe est apparue rapidement, avant la fin de la première session, et à partir de ce moment nous avons observé une évolution de bonne qualité. Ils commencent à se montrer plus attentifs à l'autre, entrent dans l'imitation, dans l'exploration. La question de l'absence et de sa représentation se pose suite à l'absence d'un des enfants : l'ignorer, le remplacer, ou symboliser.

Au moment de la première séparation, la permanence de l'objet et la continuité psychique s'est révélée probablement difficile à maintenir, le rituel de fin ayant été oublié lors de la dernière séance avant la séparation des vacances et lors de la première séance après celles-ci.

Durant la deuxième session, la fonction de holding du groupe leur offre la possibilité d'explorer, ils expérimentent la relation à l'autre ou la possibilité d'être seul avant de pouvoir revenir au sein du groupe, découvrent l'espace, les possibilités offertes par leur corps, différents mouvements. L'étayage par l'adulte est mieux accepté, rassurant, ce qui leur permet de s'en éloigner. Le jeu figuratif et symbolique apparaissent, les enfants expérimentant les positions d'agresseur/agressé, et un début de jeu régressif en particulier. La possibilité d'improviser apparait et l'initiation est meilleure, l'imitation est moins nécessaire, l'ensemble du groupe devenant étayant. Les exercices d'expression primitive ont amené l'apparition en fin de session d'images mentales, ouvrant la voie d'une inventivité et d'une créativité dans la poursuite de l'histoire contée par cet exercice : l'improvisation d'une fin à l'histoire imaginée et exprimée au travers de gestes dansés signifiants.

On note également un grand changement dans l'abord de la relaxation. En effet, en début de groupe, chaque enfant se plaçait dans un endroit seul, sans lien entre eux, dans une position apparemment non-confortable, sans explorer.... Et ils n'entraient pas dans un état de relaxation. Au bout d'une dizaine de séances, ils ont pu s'approprier ce temps, commençant à prendre du matériel (coussins, puis matelas, tissus...) et à se regrouper au centre de la pièce...ce rassemblement et la fonction contenante du groupe leur a permis de découvrir et d'investir le temps de l'installation. Certains enfants ont pu accéder à cette période à la phase d'approfondissement, mais ce temps n'a été expérimenté par tous les enfants qu'en toute fin d'année.

Lors de la troisième session, les capacités d'imitation, d'expression de l'émotion, la créativité et le jeu symbolique se développent. Les jeux d'agresseur/agressés au sein de l'improvisation se poursuivent, et la notion de lien apparait au travers d'un exercice en particulier celui du « jeu du fil rouge ». Dans cette activité les enfants nouent les fils entre eux, les dénouent, symbolisant le lien et la séparation. Apparaissent également des jeux symboliques de régression et de soin entre deux des enfants qui utilisaient le mode défensif de couplage en début d'année. Cela semble leur avoir permis d'accéder à une certaine séparation et individuation l'un par rapport à l'autre au sein du groupe. A cette époque ils amènent également la question de la temporalité au travers d'interrogations sur les dates de naissances (ils ont du mal à retenir leur propre date de naissance) et l'apparition de repères temporels. Il

existe de plus en plus de plaisir au mouvement, à l'expression corporelle. Ils demandent à pouvoir montrer aux autres professionnels ce qui se passe dans ce groupe, utilisant le terme de « spectacle ». Cette médiation semble avoir eu un effet valorisant pour eux, permettant un investissement du narcissisme primaire.

A noter que lors d'un exercice, nous nous sommes placés davantage dans l'apprentissage (au niveau rythme, espace...), ce qui a eu pour effet un repli et une diminution du plaisir éprouvé.

3.4.4.2. Charlotte

La participation à ce groupe a été proposée dans la continuité du travail de psychomotricité en individuel au CMPP, en parallèle d'un suivi en orthophonie. D'emblée, Charlotte a beaucoup investi cette médiation et vient avec beaucoup de joie au groupe. Elle se saisit des propositions et prend du plaisir dans le mouvement. Charlotte peut montrer de la fatigabilité. A noter qu'il n'y a jamais eu de crise d'épilepsie pendant les séances.

Au début de l'année, Charlotte est dans la confusion des notions temporo-spatiales (dedans / dehors, droite/gauche...), une indifférenciation soi / l'autre, du corps propre et de ses attributs (vêtements, bijoux...). Elle peut être dans un discours inadapté à la vie groupale et ces inadaptations se retrouvent au niveau corporel dans la relation à l'autre. Lors des moments de discussion, Charlotte s'exclut de la conversation.

Le corps peut être source d'angoisse, où les limites de l'intime, de la pudeur, sont floues. Charlotte est dans un décalage entre sa maturité affective et sa maturité corporelle. Elle entre en relation avec l'autre par la séduction, dont le corps en est l'objet, peu incarné, pris dans des clichés.

Charlotte est dans le collage exclusif à l'adulte. Elle a besoin du regard permanent de celui-ci et répète la parole de façon plaquée. Ces attitudes peuvent créer de la part de l'autre (adulte ou enfant) une mise à distance. Elle a du mal à écouter l'autre, peut vouloir diriger, en jouant un rôle d'adulte. Elle a beaucoup de mal à être dans le jeu de faire-semblant, peut s'exciter, s'agiter, ne pas voir l'autre ni l'environnement. Son besoin constant d'être au centre et sous le regard de l'adulte exclut le pair. Elle peut être leader en spontané dans l'improvisation mais perd ses moyens lorsqu'il s'agit de le faire à partir d'un matériel appris. Charlotte place l'adulte en garant de sa mémoire, de ses capacités, en place de la border tant psychiquement que corporellement.

Même si elle présente des difficultés de compréhension, de concentration, Charlotte a des ressources corporelles, d'imagination et de créativité, sur lesquelles elle s'est appuyée au fil des séances. La mémoire corporelle est très présente, l'organisation gestuelle est de bonne qualité. Charlotte a un sens spontané du rythme développé, les coordinations et dissociations sont souples.

Au fil du temps, Charlotte a repéré le cadre, intégré le rituel des séances, et a pu se laisser aller à l'expérimentation (en lien avec l'adulte) de ses possibilités corporelles et créatives. Charlotte peut tester des jeux de tout petit, mais reste néanmoins dans une position de maitrise et va peu au sol. Les affects de colère, de bouderie, de tristesse surgissent plus particulièrement dans les jeux d'improvisation, de façon répétitive. Même si l'agressivité sous-jacente déborde parfois (en fin de séance), Charlotte entend la limite posée par l'adulte. Elle est de plus en plus à une place de petite fille, expérimente le fait d'avoir l'attention sans passer par la séduction. L'imitation et le mime sont de bonne qualité.

Charlotte s'inscrit dans une continuité, fait du lien, remarque l'absence, même si cela ne peut être verbalisé. Elle commence à s'inscrire dans le lien au pair, plus adapté dans les jeux de conscience corporelle où elle remarque les détails et fait preuve d'une grande patience.

Dans les temps de relaxation, Charlotte a besoin d'être contenue dans de petits coins, pouce dans la bouche. Le relâchement est alors obtenu. Petit à petit elle a pu se différencier du pair dans quelque chose de plus personnel. Charlotte émet le souhait d'être recouverte par un tissu, d'être mobilisée au niveau du dos. Elle s'approprie ce moment, entre dans l'approfondissement, le relâchement, au milieu des autres. Cependant, elle présente aussi à ce moment-là une grande hypotonie, donnant l'impression qu'elle est moins présente.

En fin d'année, Charlotte est moins dans la séduction, la notion de pudeur se construit, un apaisement apparait. Charlotte est davantage à une place de petite fille, plus créative dans ses explorations. Elle est dans le désir d'apprendre les chorégraphies comme les pairs, fait des efforts. Elle accède plus au jeu de faire-semblant et parvient mieux à se contrôler.

Charlotte est toujours en difficulté dans la construction de l'espace et du schéma corporel (peu de représentation du passage d'une position à une autre). Les repères temporels semblent plus solides. Même si Charlotte a toujours un besoin important du regard, ceci s'inscrit dans une recherche de reconnaissance plus adaptée. De la fierté apparait.

Charlotte s'est bien saisie de cette médiation tout au long de l'année, notamment dans une revalorisation narcissique.

3.4.4.3. Julia

Julia a investi ce groupe auquel elle est venue avec beaucoup de facilité et de plaisir. Malgré le fait qu'elle soit la plus jeune du groupe et en grande difficulté d'organisation corporelle, elle s'est intégrée facilement au groupe après avoir pu dépasser son angoisse. Julia s'est montrée très volontaire tout au long des séances.

Au début, Julia a présenté une grande fatigabilité, des difficultés de concentration et de mémorisation. Elle a un besoin important d'étayage et de contenance, allant jusqu'au collage au pair et à l'écholalie. Paradoxalement, elle présente une opposition (passive et active) et une agressivité lorsque l'adulte lui propose de l'aide. Elle est dans le déni de ses difficultés et la fuite, notamment par une verbalisation excessive. Julia n'est pas dans la consigne, défensive, l'imaginaire est barré. Julia colle au réel, sans initiative. Elle ne peut jouer les émotions, il n'y

a pas de jeu de faire-semblant. Elle se met dans des situations impossibles, tant au niveau corporel (se laisse tomber, se déséquilibre) que dans la relation.

L'angoisse est au premier plan. On note à la fois de l'inhibition, des mimiques de honte, de repli et de mise à l'écart, mais aussi des rires, des attitudes de théâtralisation, de contenance et de prestance.

La somatisation est également très présente, à travers des plaintes corporelles.

Au niveau corporel il existe beaucoup de raideurs, des troubles de la coordination, une hypertonie. On note un manque de conscience corporelle et de pudeur, des limites corporelles floues. Julia se cogne souvent, elle est impulsive. L'espace et le temps sont mal structurés avec une difficulté à percevoir le rythme.

Dans les premières séances de relaxation, elle est agitée, a besoin d'être bordée, dans des petits coins. Cela participe à la prise de conscience de ses attitudes corporelles.

Le rituel et la continuité dans les séances lui ont permis une continuité psychique et un apaisement dans la relation. Julia a commencé à faire des liens d'une séance sur l'autre et à prendre sa place, notamment en étant garante du tour de rôle dans la réalisation du geste de présence. Julia observe, s'appuie sur l'autre (adultes et pairs), et entre dans l'exploration de ses possibilités corporelles et d'expression des émotions. Dans ce climat bienveillant, elle s'autorise des positions régressives, verbalise ses angoisses, supporte la proximité corporelle. Toutefois, la demande reste inhibante. Il y a une tendance à l'effondrement mais elle supporte de lâcher pour être manipulée et se récupère plus facilement (tolérant mieux son angoisse). Julia fait preuve de patience. Elle peut entrer dans le rythme du groupe tout en s'autorisant à en sortir si nécessaire. Julia est plus présente. L'assise et les limites corporelles se construisent.

Dans le temps de relaxation, elle se remémore la séance, se place au milieu du groupe, allongée. Julia prend confiance en elle et en ses capacités de mémorisation, l'abstraction émerge. Elle commence à prendre soin de son corps, de la fierté apparait.

Sur les dernières séances, Julia est en relation avec tout le groupe même si elle peut encore coller au pair féminin. L'autre existe pour elle dans cette exploration où l'imitation est appropriée et adaptée. Elle accepte l'aide, est joyeuse, participante, dans le plaisir du moment. Le geste est habité, il y a davantage de repères spatiaux et temporels ainsi que de souplesse corporelle. Les coordinations et l'équilibre sont de meilleure qualité ainsi que les ajustements toniques. Julia entre pleinement dans la détente (et l'approfondissement) dans les moments de relaxation, où elle ne parle plus. Les plaintes corporelles ont laissé la place à un « corpsplaisir ».

En conclusion, Julia a été dans une dynamique d'évolution positive, tant sur le plan de ses capacités corporelles, relationnelles, de symbolisation que d'expression. Les acquis restent fragiles. La créativité et l'individuation sont encore à travailler.

3.4.4.4. Noé

Noé est un enfant au contact agréable qui est venu très facilement. Il a investi ce groupe qui était dans la continuité de celui auquel il participait l'année dernière. Noé est un enfant qui fait des liens. Il est bienveillant et doux dans la relation au pair.

Dans les premières séances, Noé s'est placé dans des attitudes parentales face au pair avec une hypermaturité de façade. Il a du mal à s'installer dans le groupe, ne se sent pas concerné par les consignes collectives au groupe et semble peu motivé. On note une anxiété et une fuite de la relation à l'adulte, empreinte de gêne. Parler de l'autre lui permet d'éviter de parler de lui, tout comme observer l'autre lui permet d'éviter de faire. Ses attitudes défensives l'empêchent d'expérimenter, de prendre du plaisir et de soutenir une position personnelle face à un groupe. Même si Noé a de bonnes capacités générales, on note un problème d'attention, un imaginaire barré et un manque de créativité. Il ne peut jouer l'émotion, il y a peu de spontanéité. L'improvisation est impossible, tout comme la relaxation, où il est hypervigilant, s'agite, s'isole et n'essaye pas. Noé s'est accroché d'emblée à un pair connu, dans une relation fusionnelle. Dans ses positions d'inhibition et de repli, Noé s'étaye sur le pair.

Au niveau corporel, Noé présente une économie du mouvement, des raideurs. Il est dans la plainte, a besoin de sentir des appuis. Il joue à tomber et théâtralise des attitudes féminisées.

Au fil des séances, Noé a rejoué les positions familiales. Comment être un individu à part entière dans le groupe, expérimenter pour soi tout en étant en relation, demander l'attention de l'adulte sans être immature ? Malgré son besoin de maitrise et son angoisse face à la nouveauté, Noé est entré dans le jeu et a pris des initiatives. Il s'exprime timidement, s'isole pour explorer seul. La créativité et le plaisir apparaissent, Noé accepte le groupe mais peut vite se sentir intrusé et s'échapper. Noé s'appuie davantage sur l'adulte, s'approprie ce qu'on lui dit, et trouve une place d'enfant. Il commence à entrer dans la symbolisation. Dans la relaxation, Noé se place à côté du pair connu, trouve une contenance dans des positions inconfortables. Il présente toujours une fuite du regard, des douleurs et des limitations articulaires. Il demande à être mobilisé au niveau du dos.

Au mois de mars 2013, le père de Noé est décédé brutalement. Noé s'est saisi de toutes les propositions pour rejouer de façon symbolique cet évènement. Il est participant et pleinement au travail. Noé est plus présent corporellement, interagit davantage, mime, s'autorise. De la souplesse corporelle et des ajustements toniques apparaissent, Noé est beaucoup moins défensif. Il est dans l'interprétation du mouvement, a à la fois besoin d'être regardé et de faire seul. Il tente de se défaire du collage au pair et de sa position parentale. Il ne peut toujours exprimer directement un désir et se fait comprendre par des allusions. Dans le temps de relaxation, il cherche la proximité et le confort. Il est davantage en relation par le regard, même s'il peut encore se mettre dans des positions de déséquilibre.

En fin d'année, Noé entre pleinement dans les propositions. L'improvisation est possible, où il joue l'agressivité avec l'autre. On note une ouverture sur le jeu à deux et à

plusieurs, où il initie, s'approprie, a une place d'enfant. Noé semble être dans un processus d'individuation. Il semble avoir mis en place des repères internes plus sécures, mais les assises narcissiques restent fragiles. Dans la relaxation, Noé accède à l'approfondissement, yeux fermés. Il peut s'installer sur un matelas, expérimenter le relâchement, laisser aller sa respiration dans les mobilisations (toujours sur le ventre afin de permettre la mobilisation au niveau du dos).

En conclusion, suite à plusieurs années de prise en charge au CMPP et au vu de l'évolution dynamique positive, la pertinence d'un arrêt sera discutée en équipe et avec l'enfant et sa famille.

3.4.4.5. Justin

Justin est venu de façon très régulière et avec plaisir à ce groupe, où il s'est montré participant. C'est un enfant au contact agréable, qui veut faire plaisir. La compréhension des consignes, tant au niveau intellectuel que corporel, les capacités d'organisation temporospatiale et de coordination motrice sont bonnes. Justin peut comprendre l'abstraction et le suggéré dans un cadre bien défini. Il existe un manque d'ajustement tonique. Justin peut se faire mal par inattention à l'environnement et manque de conscience corporelle. Le corps apparait désincarné, peu habité lors des mouvements.

C'est un enfant déroutant, qui présente de multiples facettes. Ses capacités sont fluctuantes et aléatoires. A la fois il peut être autonome, proposer des choses, avoir des idées, être dans le rythme du groupe, et en même temps, il peut faire preuve de peu d'initiatives, s'inhiber, et avoir du mal à soutenir ses idées. L'improvisation est empreinte de moments d'effondrement.

Très rapidement, Justin s'est accroché de manière un peu rigide au rituel et à la question de la place de chacun (jusqu'à être empêché). Il se place en garant du cadre. Les changements sont difficiles à supporter. Justin se présente sur un versant conformiste, où il colle au réel et au modèle dans une hyperadaptabilité, laissant peu de place à la spontanéité, à la créativité et à l'expression des émotions. Il peut ainsi être dans la maitrise, dans des persévérations, dans de l'agitation et de l'excitation. On note des difficultés de concentration, il peut s'éparpiller.

Au fil des séances, Justin a montré des positions archaïques avec un besoin important d'étayage, une frontière entre l'imaginaire et la réalité floue. Il peut se montrer débordé et taper dans le jeu de faire-semblant, sans pouvoir jouer le rôle d'agressé. Le jeu symbolique est néanmoins possible en fin d'année mais autour du dangereux et surtout de la régression (prend un rôle d'agresseur ou de nourrisson). Justin a besoin d'être bordé, les angoisses sont très présentes avec une somatisation.

Les moments de relaxation proposés en fin de séance sont difficiles, l'angoisse est alors exacerbée autour d'un « corps-douleur ». Justin a du mal à s'allonger, s'isole du groupe, utilisant un remplissage sonore et des attitudes d'auto-contenance et des objets durs comme support corporel.

Au niveau de la relation au groupe, Justin présente un défaut d'accordage, avec un besoin de collage à un pair référent. Il s'accroche à ce pair dans une symbiose allant jusqu'à la confusion. Cette attitude fait penser à de l'indifférenciation, de la non-individuation, et à une construction en faux-self. Ce collage, tout comme des attitudes de repli, l'empêchent d'être présent au groupe. Il mène alors ses propres activités à côté du groupe. Si le pair ne répond pas à ce collage, il perd ses moyens.

Le travail a porté sur la contenance tant psychique que corporelle, ce qui lui a permis de régresser dans le jeu symbolique. Justin cherche le maternage, le portage par le regard des autres (adultes et pairs). Ceci l'a aidé dans les temps de relaxation, où Justin est plus en confiance et peut travailler sur les limites corporelles avec le soutien de l'adulte. Il peut rester plus longtemps sans s'agiter et accéder au relâchement. Dans la danse, Justin se montre plus dynamique et tonique en fin d'année (hypotonie au bilan initial), la régulation tonique est de meilleure qualité. Il arrive également mieux à se concentrer. Il reproduit dans l'improvisation le matériel exploré au cours des séances, en s'appropriant les choses.

En conclusion, Justin s'est saisi de cet espace d'exploration corporelle. Cette médiation lui a permis d'explorer ses possibilités, ses limites, et de s'exprimer verbalement et au travers du mouvement. Justin montre des fragilités dans son rapport au monde et à l'autre.

3.4.5. Les réponses aux questionnaires

Pour réaliser le dessin du bonhomme, aux deux séances de tests les enfants ont à leur disposition crayons, feutres, et la consigne est large : « dessinez un bonhomme le plus joli et le plus complet possible ». Pour des raisons d'organisation, le premier entretien a été réalisé de manière individuelle sur un temps long (une heure), mais le second entretien s'est déroulé durant la première séance, les enfants réalisant le dessin du bonhomme et le questionnaire sur l'empathie dans la salle de psychomotricité, chacun de son côté, sans qu'ils ne cherchent à savoir ce que l'autre a fait. Les questionnaires sur l'image du corps, les enfants pouvant exprimer des choses plus intimes pour eux, ont été réalisé dans un bureau à part en parallèle, en individuel.

3.4.5.1. Questionnaire CEC

Tableau 2 : Questionnaire CEC : réponses détaillées

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Charlotte	10/01/13	С	D	Е	D	Е	Е	D	Е	D	Е	Е	Е
	13/06/13	C	D	D	C	Е	Е	D	Е	D	Е	С	Е
Julia	10/01/13	C	D	C	D	Е	C	D	Е	Е	D	Е	E
	13/06/13	Е	Е	C	С	Е	С	Е	D	Е	Е	Е	D
Noé	10/01/13	C	Е	C	C	Е	Е	Е	Е	D	C	C	E
	13/06/13	C	Е	D	С	С	Е	Е	Е	Е	Е	С	C
Justin	10/01/13	Е	Е	D	D	C	Е	C	Е	Е	Е	C	D
	13/06/13	C	C	C	C	E	Е	С	С	C	С	D	D

E: emptahie

C : contagion émotionnelle

D : coupure par rapport aux émotions

Tableau 3 : Questionnaire CEC: synthèse des réponses

-		10/01/2013	13/06/2013	
Charlotte	С	1	3	
	D	4	4	
	Е	7	5	
Julia	C	3	3	
	D	4	2	
	E	5	7	
Noé	C	5	5	
	D	1	1	
	E	6	6	
Justin	C	3	8	
	D	3	2	
	Е	6	2	

3.4.5.1.1. Charlotte

Les résultats au questionnaire CEC montrent qu'il y a davantage de réponses cotant pour la « contagion émotionnelle » en juin (trois au lieu de une), autant de réponses cotées « coupure par rapport aux émotions » (quatre) et moins de réponses cotant pour « empathie » en juin (sept puis cinq).

Elle a répondu de façon identique à neuf questions (questions 1 : contagion émotionnelle, questions 2,7 et 9 : coupure par rapport aux émotions et questions 5, 6, 8, 10 et 12 : empathie).

Deux questions initialement cotées « empathie » sont cotées « coupure par rapport aux émotions » pour l'une et « contagion émotionnelle » en juin, et une question cotée « coupure par rapport aux émotions » en janvier est maintenant cotée « contagion émotionnelle ».

3.4.5.1.2. Julia

Les résultats au questionnaire CEC montrent que l'empathie est mieux régulée en juin, augmentant de cinq à sept et la composante de coupure par rapport aux émotions a diminuée de quatre à deux. Cependant, le nombre de réponses correspondant la contagion émotionnelle est identique à 3.

Elle a répondu de façon identique à cinq questions (questions 3 et 6: contagion émotionnelle, question 5, 9 et 11 : empathie).

Les deux réponses « coupure par rapport aux émotions » qu'elle a données était initialement cotées « empathie ».

Une réponse « contagion émotionnelle» est devenue « empathie », une réponse « coupure par rapport aux émotions » est devenue « contagion émotionnelle ». Trois réponses « coupure par rapport aux émotions » sont devenues « empathie ».

3.4.5.1.3. Noé

Les résultats au questionnaire CEC sont identiques en janvier et en juin.

Il a répondu de manière identique à sept questions sur douze, donc quatre questions cotant pour l'empathie (questions 2, 6, 7, 8), et trois questions cotant pour la contagion émotionnelle (questions 1, 4, 11).

La réponse initialement cotée « coupure par rapport aux émotions » est maintenant cotée « empathie ». Deux questions initialement cotées « empathie » sont maintenant cotées « contagion émotionnelle » et une question cotée initialement « contagion émotionnelle » est maintenant cotée « coupure par rapport aux émotions ».

3.4.5.1.4. Justin

Les résultats au questionnaire CEC montrent une moins bonne régulation de l'empathie en juin qu'en janvier, le score d'empathie diminuant de six à deux, et le score de contagion émotionnelle augmentant de trois à huit. On note que le score de coupure par rapport aux émotions a diminué de trois à deux.

Il n'a donné que trois réponses identiques lors des deux questionnaires (questions 6 : empathie, 7 : contagion émotionnelle et 12 : déficit).

Cinq réponses initialement cotées « empathie » sont ensuite cotées « contagion émotionnelle», deux questions cotées « coupure par rapport aux émotions » sont cotées au mois de juin « contagion émotionnelle », une question cotée « contagion émotionnelle » est ensuite cotée « empathie » et une question cotée « contagion émotionnelle » est ensuite cotée « coupure par rapport aux émotions ».

3.4.5.2. Test sur l'image du corps et les représentations corporelles

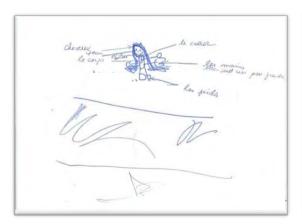
Nous avons décidé de ne pas inclure les réponses aux questionnaires dans ce travail car les réponses divulguaient sur un plan personnel des informations ne permettant pas de garantir l'anonymat. Nous avons donc procédé à une analyse qualitative des résultats.

3.4.5.2.1. Charlotte

Charlotte vient avec plaisir et bonne humeur aux deux entretiens. La première fois, elle s'inquiète de rester dans la salle d'attente seule, ayant été accompagnée par un taxi, craignant que nous ayons commencé pour elle. Une fois l'entretien commencé, elle est de contact facile, bien qu'un peu intimidée au début. Elle est habillée de manière peu adaptée pour son âge, son discours et ses attitudes sont assez séductrices, et demandant un étayage constant, recherchant beaucoup le regard de l'adulte. Elle répond facilement aux questions mais il est nécessaire de l'aider pour comprendre les questions et de les lui réexpliquer, elle peut faire des digressions, l'attention peut être un peu difficile à maintenir, mais elle accepte qu'on recadre les réponses. En fin de séance, elle fait une crise d'épilepsie avec énurésie durant quelques secondes.

Lors de la dernière séance, elle est accompagnée par sa mère (mais est venue la plupart des séances accompagnée par le taxi). Elle est concentrée, volontaire, désirant bien faire, joyeuse, riant. Elle est toujours dans la recherche du regard de l'adulte, mais les attitudes sont moins séductrices, elle est davantage à une place de petite fille. Les digressions sont toujours présentes. Elle n'exprime pas d'angoisse, ne parait pas défensive, mais on peut se poser la question de la valeur défensive de ces digressions, en plus de ce qui peut être secondaire à son déficit intellectuel. Cependant, lorsqu'elle revient du bureau dans lequel elle a répondu au questionnaire, elle sollicite beaucoup l'adulte, dans un besoin de proximité et de réassurance important.

Dessin du bonhomme



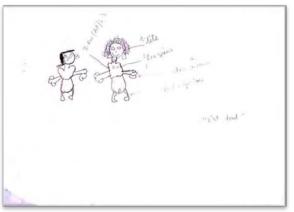


Figure 6 : Dessin du bonhomme, Charlotte, janvier 2013 Figure 7 : Dessin du bonhomme, Charlotte, juin 2013

Le premier bonhomme est réalisé au stylo bleu, rapidement, au centre en haut de la feuille. Il est sans d'ancrage, les traits sont grossiers. Il représente une petite fille souriante

aux cheveux longs. Elle écrit son prénom en scripte en dessous, souligné, puis signe encore en dessous (gribouillis). Ce bonhomme est immature, sans vêtements (transparent), ni proportions. Les extrémités sont grossières, les jambes ne sont pas représentées en épaisseur alors que les bras sont très gros. Il n'y a pas de représentation des articulations, pas de cou. Charlotte obtient un total de 14 points sur la cotation de Goodenough, ce qui correspond à un niveau de six ans.

En juin, le bonhomme est dessiné au crayon à papier, Charlotte faisant preuve d'une grande concentration, gommant pour recommencer mieux. Elle dessine deux bonhommes différenciés, chacun présentant des caractéristiques sexuées et identificatoires, personnalisés. Elle les place plutôt en haut à gauche sur la feuille. Ces deux personnages sont souriants, il y a un garçon et une fille. Elle dessine de multiples détails. Le graphisme est soigné, de bonne qualité. Ils sont représentés en épaisseur, mieux proportionnés, le bonhomme gagne en volume. Le cou et les articulations apparaissent. Les yeux sont vides. Charlotte obtient un score total de 26 point, correspondant à un niveau de neuf ans. Le dessin a donc évolué de manière significative sur cette année.

Elle rajoute un triangle au niveau du pubis pour illustrer ses propos durant le questionnaire sur l'image du corps.

Connaissance du vocabulaire et parties du corps

Que ce soit en début ou en fin d'année, Charlotte ne sait pas écrire les parties du corps seule, l'adulte écrit ce qu'elle dit et montre.

La première fois, elle dessine le cœur quand l'adulte écrit le corps. Elle montre sa bouche sur elle et pas sur le dessin. Elle peut commenter son dessin en nommant les parties du corps, par exemple que les mains qu'elle a dessiné « sont trop grandes ».

En juin, elle nomme moins de parties du corps, mais en nomme des différentes, dont le dos et les caractères sexuels secondaires. Elle ne peut pas faire de commentaire à ce moment-là.

Questionnaire et conte de la fourmi

Les réponses sont plus complètes en juin par rapport à janvier, mais restent assez pauvres, avec de nombreuses digressions. Elle se base beaucoup sur ce qu'elle voit en face d'elle, oubliant ce qui n'est pas visible (comme les jambes cachées par la table...). Elle teste davantage sur son propre corps en juin, ce qui laisse penser qu'elle fait plus de liens avec la réalité. Les réponses ne sont pas toujours adaptées. Le discours est assez sexualisé durant les deux entretiens, elle mentionne à de nombreuses reprises les caractères sexuels secondaires.

Le discours est imprégné de son histoire neurologique.

En janvier, les limites dedans/dehors semblent floues, les réponses aux questions 1 et 2 se confondant. Elles semblent plus précises en juin, bien qu'elle introduise les bijoux dans les parties du corps visibles, extérieures.

En juin, elle introduit à la première question la notion de ressentis d'émotions et de sentiments.

Il est à noter que, contrairement aux autres questions, la réponse à la question « que peut-on faire avec son corps ? » est beaucoup plus riche en juin, et beaucoup moins plaquée, inspiré de son environnement, ce qui semble également montrer que son rapport à la réalité s'améliore. Elle fait davantage de liens.

L'image du corps apparait également plus stable et moins fragile en fin d'année : en effet, en début d'année, il y avait intrusion du fragile dans la question de ce qui était solide, et une association forte de la fragilité avec la douleur. On pouvait se demander si la notion d'appartenance du corps et de l'intime était formée. Ces éléments se sont amenuisés en juin mais persistent, et en particulier les caractères sexuels secondaires sont amenés comme particulièrement fragiles. La pensée est bien localisée d'emblée.

Dans le conte de la fourmi, les limites corporelles apparaissent comme perméables, la question de la sexualité est envahissante et les caractères sexuels ne sont pas investis, mais en juin ses propos sont plus pudiques. On peut également penser à des angoisses de dévoration ou d'intrusion contenues, le sang est particulièrement présent. L'investissement corporel est moins bon en juin, plus ambivalent. Les capacités de restauration sont moins bonne et de l'agressivité transparait dans les réponses à ses dernières questions.

3.4.5.2.2. Julia

Julia vient facilement au premier entretien, son visage est très expressif, elle est joyeuse, logorrhéique. Elle fait preuve d'une bonne mémoire concernant son histoire au CMPP. Julia fait beaucoup de jeux de mots. On retrouve une confusion des repères familiaux.

Elle vient avec plaisir à la dernière séance, mais elle se plaint d'emblée de douleurs aux genoux et s'assoit donc au bureau. Elle dit vouloir un temps de relaxation, comme les séances précédentes. Le rituel est important. Elle s'applique à réaliser le dessin du bonhomme et le questionnaire sur l'empathie, mais dans la relation duelle face aux questions sur l'image du corps, elle semble inhibée par la présence de l'autre, passive, l'imaginaire se barre. De retour du questionnaire de Moyano, elle regarde le livre de bricolage explorant la dimension créative, alors que c'est une chose qu'elle inhibe. Il s'agit d'un livre connu, qu'elle a utilisé dans une autre prise en charge l'an dernier, établissant ainsi la continuité. Elle est en demande d'étayage de l'adulte.

Dessin du bonhomme

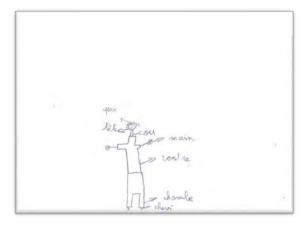




Figure 8: Dessin du bonhomme, Julia, janvier 2013

Figure 9: Dessin du bonhomme, Julia, juin 2013

En début d'année, le bonhomme est centré, réalisé au crayon papier. Julia commence à dessiner les jambes. La tête est petite mais présente des détails. Les pieds sont sur le bord de la feuille, en contact avec un sol imaginaire mais non signifié. On note un début de personnalisation (boucles d'oreille) mais le bonhomme est encore transparent, peu proportionné, semblant un peu désarticulé (pantin longiligne, carré, avec des articulations bien marquées). Les extrémités sont fragiles (pas le bon nombre de doigts, chevilles). Julia obtient un score de 21 points, ce qui correspond à un niveau huit ans sur la cotation Goodenough.

En juin, le bonhomme reste centré, il est également réalisé au crayon à papier, comme lors du premier entretien. Elle gomme à plusieurs reprises, recommence, va très vite pour le dessiner. C'est difficile pour elle, elle manque de confiance. Le premier bonhomme, qu'elle efface, touche le bord de la feuille au niveau des pieds, ancré dans le sol, mais le dessin définitif introduit un espace entre les pieds et le sol mais semble quand même en lien avec le sol. C'est un bonhomme bâton, très petit par rapport à l'ensemble de la feuille, présentant peu de détails (absence de doigts, pieds, mains...). Il n'est pas personnalisé. En revanche, ce bonhomme est mieux proportionné, moins destructuré. Elle reconstruit le bancal. Il est souriant. Julia obtient un score de 10 points (niveau cinq ans), ce qui montre une régression dans son dessin par rapport au début de l'année.

Connaissance du vocabulaire et parties du corps

Il y a peu d'évolution sur ce point. Elle fait des confusions de syllabes (« chambe » pour jambe) mais avec une légère amélioration, nomme moins de parties du corps (sur un bonhomme qui en représente moins).

Questionnaire et conte de la fourmi

En ce qui concerne les réponses au questionnaire, malgré le fait que cela ait lieu en individuel lors de la deuxième session, Julia donne des réponses plus riches aux questions

concernant l'intérieur du corps, et elle se corrige spontanément (« un poumon, non des poumons! »). Elle s'aide moins de son dessin, peut davantage faire appel à ses connaissances. On note moins de répétitions également, ses réponses sont plus adaptées. Il persiste cependant la présence de « blocs moteurs » indifférenciés (confusion par exemple de l'ensemble pied-cheville, qu'elle ne peut séparer). Le schéma corporel semble être en cours de construction, bien que cela reste encore fragile, fluctuant en fonction des questions. Il existe cependant une évolution positive. Le corps semble moins source d'angoisses, et son utilisation moins dangereuse. La fragilité corporelle est moins présente et il y a moins de confusion entre le solide et le fragile. Le fragile envahit moins ce qui est identifié comme solide. L'image corporelle est également plus investie, avec un narcissisme sur lequel elle peut davantage s'appuyer : avant elle disait ne rien aimer dans son corps, et en juin elle commence à citer quelques parties (jambes et bras). La pensée est bien localisée.

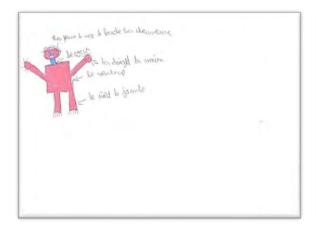
Ces éléments sont confirmés par le conte de la fourmi : les pieds et les chevilles, ce qui fait lien avec le sol, ne sont toujours pas différenciés, mais les pieds commencent à apparaître dans son discours. Peut-on faire un lien avec l'ancrage au sol qui apparaît comme étant de meilleure qualité dans le bilan psychomoteur ? Néanmoins, les réponses et l'imaginaire sont cette fois-ci moins riches, l'organisation corporelle est plus désorganisée dans ses réponses. Cette différence retrouvée entre le début et la fin de l'année et entre les deux questionnaires peut s'expliquer par, d'une part le fait d'être en relation duelle ce qui peut inhiber son imaginaire, d'autre part le contexte du conte, demandant davantage de capacités d'imagination que les questions plus concrètes. On note également l'apparition des membres inférieurs mais le tronc n'est toujours pas nommé. L'intérieur du corps et également moins investi, moins élaboré, plus primaire, mais elle peut exprimer des émotions, ce qui n'était pas le cas. Il est également décrit comme « pas beau », contrairement à janvier. Est-il nié ? Cependant, elle peut dire évoquer des sensations de plaisir (alors qu'avant elle exprimait de la douleur), et une bonne capacité de restauration.

3.4.5.2.3. Noé

Au premier entretien, il répond aux questions avec un sourire de façade, semblant défensif contre l'angoisse de l'inconnu. Il évoque lors des questions sur l'image du corps le décès de son grand-père d'un cancer des poumons une semaine auparavant, sans exprimer d'affects directement. Il est inhibé, intimidé, mais de la créativité et des émotions peuvent émerger.

Au second entretien, il arrive avec plaisir, répond aux différents tests consciencieusement, de manière sereine, sans manifester d'angoisse particulière.

Dessin du bonhomme



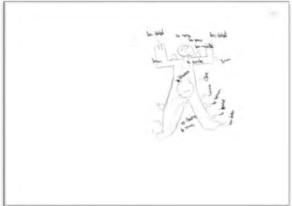


Figure 10: Dessin du bonhomme, Noé, janvier 2013

Figure 11: Dessin du bonhomme, Noé, juin 2013

Il dessine le premier bonhomme au crayon de papier, en commençant par la tête. Il le situe dans le coin en haut à gauche de la feuille, en ayant demandé au préalable s'il « devait faire toute la feuille ». Il fait le contour global du haut et de la gauche vers le bas et vers la droite, ce qui donne un aspect très carré. Fait d'abord la tête, puis le tronc. Il va ensuite gommer les partes du tronc correspondant aux racines des membres pour pouvoir rajouter les bras et les jambes, elles-aussi sous forme de rectangles (corps = apposition de rectangles, corps géométrique). Il s'y reprend à plusieurs fois. Puis il va le colorier en rose uniformément, sauf le coup et le nez qui sont en bleu. Il n'en fait pas de commentaire (« je ne sais pas »).

Les extrémités « sont comme des peignes/râteaux ». Il n'y a pas le nombre exacte de doigts, les doigts ont une forme solaire. Il est déséquilibré, mal proportionné, l'aspect général évoque un robot. Ce bonhomme est très peu personnalisé (mais dessin non transparent, on peut imaginer un début d'habits). C'est un bonhomme qui a tout de même de l'épaisseur, mais il n'y pas de dissociation des différents membres, il est réalisé d'un bloc, il n'y a pas d'articulation. Il obtient 22 points au score de Goodenough, ce qui correspond à un dessin de niveau huit ans.

En juin, il dessine le bonhomme au crayon à papier, sans colorier l'intérieur comme en début d'année. Il précise qu'il « va faire comme à l'école, il faut mettre l'intérieur ». Il ajoute les parties du corps au stylo bille. Il s'agit d'un bonhomme transparent, laissant voir les organes qu'il a détaillés. Il détaille notamment la chair, le sang, les muscles, reprenant ses acquisitions scolaires et rendant ce bonhomme plus vivant, le fait de voir les organes n'étant pas dû à un manque de limites corporelles ou à une menace de morcellement mais plutôt à une meilleure conscience corporelle, plus globale. Le bonhomme n'est pas personnalisé par des signes distinctifs. Les mains n'ont pas le bon nombre de doigts, mais les pieds sont de meilleure qualité, le talon apparait. Les articulations commencent également à être représentées. Les proportions sont partiellement respectées. Il faut noter que ce bonhomme est beaucoup mieux structuré et proportionné que celui de début d'année, et beaucoup moins carré, beaucoup plus vivant. Il est moins immature, plus de personnalisation. Quelque chose de la limite corporelle apparait, et l'intérieur commence à exister. On peut donc dire

qu'apparaissent une unité corporelle dans la représentation ainsi qu'une assise corporelle. Il obtient un score total de 21 points, ce qui correspond à un niveau huit ans.

Les résultats sont similaires à ceux de début d'année, le niveau de développement est identique dans la représentation mais il y a une évolution qualitative évidente. La perte de points est due à une moins bonne précision du trait, bien que cela lui permette de gagner en volume et en vie.

Connaissance du vocabulaire et parties du corps

Au début, la tête est indifférenciée, il nomme tout le visage d'une traite. Il nomme également les membres supérieurs et inférieurs sans différencier bras/main et jambe/pied. Il rajoute les cheveux secondairement sur le dessin. Nomme de façon primaire les parties du corps, donne très peu de détails.

En juin, les réponses sont beaucoup plus riches, il écrit de nombreuses parties du corps, internes et externes. Il les écrit au stylo bille, alors que le dessin est fait au crayon à papier. Les parties sont bien situées, à la bonne place, elles ont bien écrites. Toutes les parties sont bien différenciées, ce qui suppose une meilleure construction du schéma corporel.

Questionnaire et conte de la fourmi

Dans le questionnaire sur les représentations corporelles les réponses sont plus riches en juin, mais il donne une réponse dans laquelle il dit « museau » pour nommer le nez, avant de se reprendre. En ce qui concerne « l'intérieur » du corps, les organes ne sont plus nommés, contrairement au questionnaire de début d'année, au profit de parties du corps formant l'enveloppe, le moi-peau au sens de D. Anzieu, tels que les os, les muscles, la chair. De plus, il s'appuie moins sur son dessin du bonhomme, faisant davantage appel à ses représentations internes lors des réponses aux questions.

Le schéma corporel semble également plus complet que ce soit l'extérieur ou l'intérieur du corps, mais les réponses restent un peu désorganisées dans l'ordre d'apparition, il n'est pas encore complètement unifié. La conscience corporelle est néanmoins meilleure, et les réponses concernant l'utilisation du corps est plus importante. Les réponses sont en faveur d'une meilleure incarnation due son corps, il l'investit mieux.

Néanmoins, l'image du corps reste très fragile, bien que les réponses soient moins imprégnées des évènements extérieurs (maladies de son entourage familial), plus générales et abstraites. La réponse à la question abordant ce qui est perçu comme solide dans le corps est également plus générale, il reprend l'élément « muscle » mais dans sa justification, l'objectif défensif est moins présent, sa réponse est plus neutre.

L'investissement narcissique de l'image du corps semble également, à l'avant-dernière question, de meilleure qualité : en décembre il ne discriminait pas de partie du corps, émettant une réponse globale et impersonnelle. En juin, il est capable de citer plusieurs parties, de façon plus détaillée, et disant préférer la tête, « sinon on ne pourrait pas voir », ce qui laisse imaginer une meilleure ouverture sur l'extérieur. Aucune partie du corps n'est « pas aimée »,

que ce soit au premier ou au second questionnaire. Enfin, en juin, il identifie la localisation de la pensée, ce qu'il ne pouvait pas faire avant le début du groupe.

Lors des réponses au conte de la fourmi, il choisit à la première question un endroit précis du corps les deux fois, en se représentant la scène mentalement. Il détaille beaucoup plus en juin ce que la fourmi peut voir de l'extérieur, le récit st bien organisé, laissant imaginer une meilleure construction de l'image corporelle. En décembre elle ne voit qu' «un petit enfant ».

La fourmi entre aux deux questionnaires par le nombril et ressort par la bouche, mais la réponse à ce qu'elle voit dans le corps diffère, rejoignant les résultats au questionnaire sur les représentations corporelles : en janvier il évoque différents organes, donc la réponse est plus centrée sur le contenu, et s'appuie sur les évènements familiaux. En juin, en détaille muscles, chair et os, se centrant donc plus sur ce qui fait enveloppe.

Cependant, l'investissement corporel est plus ambivalent en juin, pouvant dire que les choses vues par la fourmi ne sont pas belles, mais que ce voyage « a fait plaisir, ça faisait des guillis ». Il s'appuie donc davantage sur des images mentales.

Les capacités de restauration sont meilleures en juin, et il exprime moins d'angoisse de manière générale durant ces questionnaires.

3.4.5.2.4. Justin

Il vient facilement aux deux entretiens, mais avec un réel plaisir durant la dernière séance de groupe. La première fois il se présente comme inhibé, la créativité est barrée. Il existe une lenteur importante secondaire à son anxiété et son besoin de maitrise la première fois, qui cède partiellement en juin. Les deux fois il est volontaire et se prête volontiers à la tâche. Il s'inspire beaucoup du réel et de ce qu'il a sous les yeux (allant en janvier jusqu'à se toucher pour penser à nommer certaines parties du corps comme les bras...), mais ne peut imaginer, se représenter. Les émotions semblent présentes mais très peu exprimées.

Dessin du bonhomme

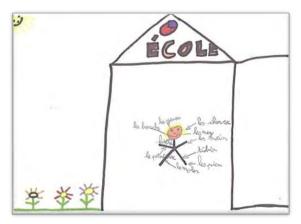


Figure 12: Dessin du bonhomme, Justin, janvier 201

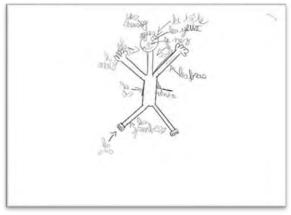


Figure 13: Dessin du bonhomme, Justin, juin 2013

De manière générale, Justin n'a pas de difficultés à comprendre la consigne, il s'applique et cherche à bien faire.

On note que sur son premier dessin, Justin passe beaucoup de temps à dessiner tout l'environnement, ce qui entraine une lenteur importante à l'exécution de la consigne. La prise du crayon se fait à trois doigts, hypertonique. Le personnage n'est pas l'élément principal du dessin, il le réalise très rapidement. Il fait une maison puis marque « école », il dessine un soleil souriant puis fait un bonhomme bâton, dans l'école. Il l'efface, recommence, ne dessine pas d'abdomen. Il dessine tout d'abord le bonhomme au crayon à papier, puis le repasse au feutre, de couleur noire pour le corps, mais colore davantage la tête. Son bonhomme est flottant, sans lien avec le sol, au centre de l'école. Il prend le temps de faire 3 fleurs sur le côté de l'école. Pendant sa production, Justin jette des regards à l'adulte connu, il cherche l'approbation à plusieurs reprises, manque de confiance en lui. Il associe avec un voyage qu'il va faire avec sa classe à Paris à Noël, mais surtout sur le fait que le trajet va durer 6h.Lorsqu'on lui demande de commenter sa production, il associe avec sa mère, lorsqu'elle allait à l'école au même âge que lui. Le bonhomme dessiné semble la représenter, même s'il ne le dit pas clairement.

Sur ce premier dessin le bonhomme est immature, sans épaisseur ni consistance. Son corps est noir, sans détails. Il ne dessine pas les extrémités, il n'y a pas de doigts, pas d'articulations. Les proportions ne sont pas représentées. Le corps et le visage sont réalisés de façon très primaire. Justin obtient 13 points sur la cotation de Goodenough, correspondant à un niveau de six ans.

Le second dessin est réalisé en juin 2013. Malgré la disponibilité de feutres, Justin dessine son bonhomme au cravon à papier. Contrairement à son premier dessin, il ne choisit pas de dessiner d'environnement. Le bonhomme est centré, légèrement en haut de la feuille. Il dessine les membres à l'aide d'une règle, qu'il demande avant de commencer, prétextant ne pas savoir dessiner les doigts. Le cadre semble donc plus centré sur les limites corporelles et non l'environnement. De plus le narcissisme semble être un peu plus construit, car il se valorise en disant qu'il met plus d'annotations qu'en début d'année (« la dernière fois j'en ai fait neuf et là j'en ai fait onze »). Néanmoins, ce bonhomme a le regard vide (contrairement au bonhomme du début d'année), il n'est plus souriant, semblant au contraire mécontent. Il ne dessine pas de vêtements. L'ensemble donne une impression de vide. Le corps est carré, rigide, comme robotisé, mais a acquis de l'épaisseur, et l'abdomen apparait. Il est symétrique, comprenant davantage de détails. Les extrémités sont représentées secondairement, mais non humaines. Les cheveux sont rajoutés en dernier, il dit les avoir oubliés. Les proportions ne sont pas bonnes, le bonhomme n'est pas ancré, flottant. Les articulations sont toujours absentes et le visage reste très primaire, le bonhomme n'est pas personnalisé. Il obtient un score total de 23 points, ce qui correspond à un niveau huit ans et demi.

On voit donc qu'au cours de l'année, le dessin du bonhomme a beaucoup évolué. Il est beaucoup moins immature selon la cotation de Goodenough, a acquis plus d'épaisseur, les limites corporelles semblent commencer à être introjectées. Le schéma corporel semble également se mettre en place, toutes les parties du corps étant représentées.

Connaissance du vocabulaire et parties du corps

En début d'année, les connaissances de Justin sont très immatures à ce sujet. Il ne nomme pas le ventre, qui ne parait pas exister pur lui. Les parties du corps sont nommées de manière décomposées, le corps n'existe pas dans une globalité unifiée.

En juin, il commence par écrire le ventre, partie oubliée jusqu'alors. Ses annotations sont plus nombreuses, et comprennent les membres de manière plus globale (il nomme les jambes par exemple et pas seulement le tibia et le mollet), l'image corporelle semble plus unifiée.

Questionnaire et conte de la fourmi

Au bout de six mois de prise en charge sur le groupe DMCC, Justin s'appuie moins sur son dessin et sur l'environnement pour répondre aux questions, et fait davantage appel à son imaginaire et ses connaissances. Est-ce parce qu'il est moins anxieux donc l'inhibition se lève, et qu'il a plus confiance en ses connaissance ou alors son image corporelle est-elle de meilleure qualité? Ses réponses sont méticuleuses, il a peur d'oublier des réponses, et en juin il va jusqu'à revenir sur ses réponses précédentes pour les compléter. On remarque moins d'attitudes de contenance

On note l'apparition dans ses réponses de parties corporelles qui étaient niées en début d'année, telle que le ventre. L'appréhension du corps est également plus globale, plus unifiée, confirmant ce qui apparaissait sur le dessin du bonhomme (nomme les jambes au lieu de détailler le mollet et le tibia sans évoquer le membre concerné dans sa globalité par exemple). Néanmoins sa préoccupation des détails est toujours présente, traduisant son besoin de maitrise et les aspects obsessionnels de sa personnalité. On peut toutefois supposer que son image corporelle est en cours de construction.

Il peut également se distancier du regard de l'adulte en juin et ne pas donner la réponse attendue (par exemple dans la question « que peux-t-on faire avec son corps ? », il répond « danser » en premier en début d'année et « bouger, courir, écrire, penser, marcher, faire du sport, dessiner... » en fin d'année). Ses réponses sont également beaucoup plus riches, autant en quantité qu'en qualité.

Le corps semble également moins fragile, il parle de fragilités plus générales (comme un torticolis au lieu du tibia parce qu'on reçoit un coup), l'environnement semble moins dangereux. Ces acquis restent pourtant fragiles, les réponses à la question sur ce qui est solide dans le corps étant peu adaptées et moins importantes qu'en début d'année.

Enfin, il existe d'après les réponses aux dernières questions un meilleur investissement corporel, le narcissisme semble se développer. Contrairement au premier questionnaire, il répond tout aimer dans son corps, et ne pas y avoir de parties non aimées ou investies.

Les réponses au conte de la fourmi montrent une représentation moins désorganisée du schéma corporel, notamment au niveau du visage, mais cela reste fragile. Le corps interne apparait également dans ses réponses de juin, montrant une meilleure perception corporelle

globale. Mais le narcissisme reste fluctuant, l'intérieur du corps étant considéré comme « pas beau », notamment tout ce qui se rapporte à l'alimentation. La conscience corporelle est également meilleure (à la réponse à la question 5 sur ce que l'enfant ressent, il répond « rien » en début d'année, et « il a mal » en fin d'année). La dernière question montre qu'il peut se restaurer sans difficultés que ce soit en début ou fin d'année, mais l'imaginaire reste pauvre, la réponse est succincte.

3.4.6. Bilan psychomoteur

3.4.6.1.1. Charlotte

Praxies idéo-motrices de Berges-Lézine

Lors du bilan de décembre, Charlotte reproduit les gestes parfois en miroir, parfois en réversibilité. Elle a du mal à tendre ses bras. La profondeur est plus difficile à reproduire. La droite et la gauche sur elle ne sont pas en place. Cependant, la conscience corporelle dans cet exercice est bonne, ainsi que l'organisation corporelle et la mémoire corporelle (elle peut corriger l'orientation et la position de ses membres si besoin mais elle ne fait que deux erreurs).

En juin, le bilan montre que sur le plan de la latéralisation, elle reconnait la droite de la gauche sur elle, mais la réversibilité n'est toujours pas acquise (elle ne peut identifier la droite de la gauche sur l'autre, ce qui correspond à un niveau 8 ans). Il manque le déliement digital. Elle ne corrige pas toujours l'orientation des mains ou des doigts dans les épreuves des praxies fines.

Tonus

En décembre, le tonus est de bonne qualité dans la résistance à la poussée en hypertonie, elle peut résister. Elle ne peut pas se relâcher à la demande, il existe des paratonies.

En juin, le tonus est de très bonne qualité dans la résistance à la poussée, le maintien de l'axe est acquis. Néanmoins, le relâchement volontaire est impossible. On peut se poser la question, au vu des différents résultats, de problèmes de compréhension.

3.4.6.1.2. Julia

Praxies idéo-motrices de Berges-Lézine

Lors du bilan précédant le groupe, Julia s'applique, essaye d'être précise. Elle a besoin de temps, des difficultés de concentration sont présentes. On note à plusieurs reprises des plaintes douloureuses durant les exercices.

Le corps orienté n'est que partiellement acquis. En effet, elle n'a pas acquis la réversibilité. Dans l'imitation de gestes, Julia corrige la position après un temps. Il y a beaucoup de « pièce à pièce » (bras, doigts). Elle a des difficultés d'organisation praxique. Il existe des difficultés visuo-spatiales, un manque d'organisation corporelle important, ainsi qu'un manque de conscience corporelle.

Lors du bilan réalisé en juin, Julia imite les gestes en miroir, alors que la réversibilité est acquise. Julia peut l'expliquer, même si elle ne peut encore le mettre en œuvre dans la production de gestes.

Julia a du mal à percevoir le changement d'hémicorps, on note une difficulté de déliement digital. Néanmoins, Julia corrige maintenant l'orientation des mains, même si elle a plus de mal à corriger la position.

Le trouble praxique est encore présent mais moins envahissant. Les difficultés visuospatiales se sont amenuisées.

Tonus

Lors du bilan initial, Julia présente une hypertonie de fond importante, faisant penser à une carapace tonique. Dans la résistance à la poussée, il n'y a pas d'ancrage. L'ajustement tonique est difficile (« elle fonce dedans »).

Le relâchement tonique est impossible, malgré la compréhension de la consigne (« c'est comme si on n'avait pas d'os »).

La régulation tonique n'est pas efficiente, Julia manque d'adaptation tonique.

En juin, la résistance à la poussée est de bonne qualité, on note une tendance à l'hypotonie de fond et non plus une hypertonie constante. L'axe est mieux maintenu, l'ancrage au sol est bon. Le relâchement volontaire est possible, même s'il existe quelques paratonies. La régulation tonique est de bien meilleure qualité qu'en octobre, l'adaptation tonique est possible, elle est capable de se laisser aller contre l'adulte.

3.4.6.1.3. Noé

Praxies idéo-motrices de Berges-Lézine

Lors du bilan du début d'année, la réversibilité était acquise. Dans l'imitation de geste, il fait du « pièce à pièce » (met une main après l'autre, normalement acquis à son âge, un peu immature). Il manque d'attention mais il peut changer sa position et l'orientation de son geste, il se corrige seul. Il manque de précision, il a plus de difficultés dans la dissociation des doigts. La conscience corporelle est bonne. A noter qu'il est gaucher.

Le bilan psychomoteur de juin retrouve l'acquisition de la latéralisation et de la réversibilité, qui sont d'excellente qualité. Il imite les gestes spontanément en réversibilité, avec une très bonne compréhension des consignes, alors qu'en début d'année c'était moins

spontané, il était moins attentif, et il avait besoin de se corriger, ce qui n'a pas été le cas cette fois-ci.

Tonus

Le tonus était en début d'année de bonne qualité, ainsi que la contraction musculaire dans la résistance à la poussée. Il a une bonne conscience de son corps, l'assise corporelle est de bonne qualité également, même si la représentation corporelle est encore immature (en étages), et qu'il manque d'unité corporelle.

En juin, le tonus est d'excellente qualité dans la résistance à la poussée, on ne retrouve pas d'hypotonie de fond. Le maintien de l'axe est acquis. Lors du relâchement volontaire, on retrouve quelques paratonies mais l'ensemble est de bonne qualité, l'évolution est bonne.

3.4.6.1.4. Justin

Praxies idéo-motrices de Berges-Lézine

Avant le début du groupe, le développement moteur est harmonieux, même si Justin peut avoir peur de tomber et a besoin de la réassurance de l'adulte. Il n'y a aucun retard moteur. L'imitation de gestes ne pose aucun problème, tout comme les praxies orofaciales, les praxies sont de bonne qualité. La réversibilité est acquise.

Il n'y donc pas eu d'évolution au cours de cette année sur le plan, le développement continue d'être bon, dans les normes. L'organisation corporelle est très bonne, les mouvements sont précis, la réversibilité est acquise et de très bonne qualité, ainsi que le corps orienté

Tonus

Au niveau du tonus, on note en début d'année des paratonies au relâchement lors de la manipulation passive. Il existe une hypotonie de fond et une hypertonie d'action. La régulation tonique n'est pas efficiente. Des syncinésies toniques et de reproduction sont encore présentes. Ceci montre une immaturité neurotonique et de la représentation corporelle.

Lors du bilan de juin, le tonus est de meilleure qualité à la poussée en hypertonie mais il persiste une tendance à l'hypotonie de fonda minima. Le maintien de l'axe est possible mais encore fragile. Le relâchement volontaire est possible malgré l'existence de quelques paratonies, les syncinésies ont disparu. La régulation tonique est bonne, elle a nettement progressé, mais au moment du relâchement il se laisse aller vers l'arrière contre l'adulte, comme dans une demande de portage au sens du holding de Winnicott.

On note également lors de ce deuxième bilan une amélioration sur l'autodévalorisation dont il pouvait faire preuve. Ce groupe était essentiellement indiqué sur le plan psychothérapeutique et de l'expression corporelle.

3.4.7. Evolution, projets concernant la prise en charge

3.4.7.1. Charlotte

L'orthophoniste qui l'a prise en charge durant cette année ne retrouve que très peu d'évolution, que ce soit sur le plan des apprentissages ou comportemental. La lecture n'a toujours pas de sens, l'écriture n'est pas acquise, mais il n'existe aucune difficultés dans l'expression orale. Toutefois il est noté qu'elle peut se montrer « surprenante » sur certaines activités, pouvant alors faire preuve de bonnes capacités mnésiques ou de stratégie.

A l'école, on retrouve peu d'évolution, que ce soit sur le plan des apprentissages ou du comportement. Selon sa mère, il y a eu des périodes plus calmes, et les comportements sexualisés se seraient légèrement améliorés (notamment en ce qui concerne montrer son soutien-gorge) mais elle attribue cela à la nouveauté en début d'année. Elle n'a jamais eu ce type de comportement au domicile. Sur le plan des apprentissages, elle apporte néanmoins que lors du spectacle de fin d'année à l'école, malgré le fait qu'elle ne sache pas lire, elle a pu apprendre et chanter lors du spectacle (avec malgré tout quelques oublis), ce qui lui semble mieux qu'auparavant. En ce qui concerne le spectacle de danse à l'école par contre, elle a pu apprendre sans difficulté les enchaînements et les restituer lors du spectacle sans erreurs. Elle trouve que les progrès sont très légers.

Elle est allée sur Paris en juillet pour réaliser des examens concernant l'épilepsie mais il s'est avéré qu'il était trop dangereux pour elle d'être opérée en raison de la localisation du foyer épileptique.

Le projet d'orientation sur un IME l'an prochain s'est concrétisé durant l'été. Elle bénéficiera d'un suivi en SESSAD sur l'IME avec maintien de la scolarisation. Elle ne sera donc plus suivie sur le CMPP.

Les réponses aux questionnaires, très sexualisées, ont été reprises en entretien avec la mère et l'enfant, et il s'est avéré que ces questions étaient très présentes dans son esprit, en rapport avec son développement pubertaire précoce. Il persiste également de difficultés de séparation avec son frère. La question de l'intime reste fragile, que ce soit à l'école ou au domicile, même si la mère rapporte des progrès.

3.4.7.2. Julia

A l'école, Julia bénéficie toujours de l'aide d'une AVS. Elle passe en CM1 l'an prochain, alors que l'année précédente les résultats étaient « catastrophiques ».

Durant la prise en charge en orthophonie, elle a fait de nombreux progrès. Longtemps, elle s'est effondrée en pleurs devant l'échec durant l'année, mais elle arrive maintenant à dépasser les moments d'effondrement. Néanmoins, il peut lui arriver de régresser. Elle prend du plaisir dans la rencontre, mais peut prendre une place de petit enfant lorsqu'elle parle. Elle

prend plaisir à lire et accède au sens et à la compréhension de ce qu'elle lit. Il persiste des difficultés dans l'abstraction et en logico-mathématiques, bien qu'elle ait fait de gros progrès. Il persiste une impulsivité, l'effort est difficile. Elle est plus mature mais elle n'est pas encore autonome.

Elle peut s'inhiber avec l'angoisse alors que ses compétences intellectuelles sont bonnes.

Néanmoins, il est noté que l'angoisse à l'abord des devoirs est moindre. Elle peut de façon fluctuante se rendre compte des progrès qu'elle fait.

Les difficultés relationnelles avec les pairs semblent s'être estompées à l'école.

Au domicile, les relations avec sa mère semblent s'être un peu améliorées, bien qu'il persiste des difficultés. Les devoirs, encadrés par son père, sont toujours aussi anxiogènes, elle ne peut pas demander d'aide, mais peut y arriver si étayée. Le rapport au travail évolue de façon positive. Il existe toujours peu d'ouverture vers l'extérieur, son père lui organise se journées et ses occupations. Elle n'arrive pas à s'occuper seule (capacité à être seul de Winnicott), passive. Mais il note une amélioration dans la coordination. Il existe une auto-dévalorisation importante, elle manque de confiance en elle et d'estime d'elle-même.

L'an prochain, il est prévu pour elle de continuer le groupe DMCC, pour travailler sur les repères corporels, la confiance en soi, l'autonomisation et l'individuation. La parole ne suffit pas, elle doit expérimenter. Elle continuera également le travail en orthophonie qui s'orientera sur les difficultés logico-mathématiques.

3.4.7.3. Noé

A l'école, il passe en CM2. Il a fait beaucoup de progrès au troisième trimestre, bien qu'il persiste de nombreuses difficultés. Son institutrice signale qu'il ne fournit que très peu de travail au domicile, mais qu'en classe il est volontaire. Il aurait acquis en autonomie, et serait plus épanoui, plus « ouvert aux autres » lors du dernier trimestre.

Au domicile, Noé peut maintenant dormir seul, dans son propre lit, et l'endormissement est plus facile. Sa mère dit avoir observé un fort changement cette année dans le comportement de Noé. Elle affirme qu'il dialogue davantage, qu'il est plus autonome. Il lui semble plus à l'aise, invite davantage d'amis à la maison. Noé peut également dire qu'il se sent mieux, moins anxieux, moins timide. Il parvient davantage à se positionner et exprimer ces positions. Un processus de séparation psychique semble en cours au niveau familial. Le suicide de son père est un sujet qu'il ne peut aborder, que ce soit au domicile ou en psychothérapie. Malgré cela, cette question peut être évoquée de manière indirecte, en nommant l'absence.

Le suivi psychologique cette année retrouve un enfant qui éprouve des difficultés à aborder la question des émotions, à les exprimer, se repliant lorsqu'est abordé un sujet trop douloureux et pouvant être dans le clivage et le refoulement, pouvant dire qu'il « a oublié » avec une mise des affects à distance. Cet enfant montre qu'il a connu une grande insécurité psychique sur le plan familial, et qui ne se positionne pas en tant qu'enfant mais plutôt dans des positions parentalisées, également par rapport à sa mère. Il est supposé qu'un sentiment abandonnique se joue dans le collage à la mère, le processus de séparation psychique

paraissant très difficile à instaurer. Il semble toutefois qu'au fil de l'année, on observe une amélioration sur le plan de l'expression, de la spontanéité, il est moins inhibé. Il se montre plus serein, plus sociable et plus joyeux.

Sur le CMPP, la question de l'arrêt de la prise en charge s'est posée, en partie en raison de l'ambivalence de Noé. Cependant, sa mère et lui ont manqué le rendez-vous familial dans lequel cette question devait être abordée en fin d'année. Cet arrêt a été acté lors du rendez-vous familial qui a eu lieu à la rentrée scolaire.

3.4.7.4. Justin

A l'école, l'enseignante, qui le suit depuis deux ans, évoque une bonne progression sur le plan des apprentissages cette année, particulièrement dans les domaines mathématiques. En revanche son attitude est fluctuante, il peut faire preuve d'agitation psychomotrice à certains moments, en alternance avec des moments plus calmes. Il a toujours un besoin important d'étayage et de réassurance. Il peut davantage participer, semble avoir plus confiance en ses capacités. Néanmoins, il est toujours en retrait et dans l'inhibition avec les pairs, dans le travail groupal ou en récréation. Il passe en CM2, il a un niveau actuel de CM1 faible mais le passage en sixième est imaginable si son niveau se maintien, ce qui n'était pas imaginable en début d'année.

Au domicile, il participe plus, il peut davantage se confier à ses parents, s'imposer face à ses frères, prendre sa place dans la famille (peut protester quand ses frères lui coupent la parole par exemple, ce qu'il ne faisait pas avant). Il y a moins de rivalité avec ses frères. Il commence à s'autonomiser, à vouloir prendre des responsabilités, montrer que l'on peut avoir confiance en lui, oser organiser une activité, ce qu'il ne faisait jamais avant.

La prise en charge individuelle psychologique le trouvait très inhibé, l'expression émotionnelle restant très difficile pour lui.

Il persiste cependant des fragilités dans la prise de position, la possibilité d'être centré sur lui, le positionnement dans les relations interpersonnelles. L'individuation, l'autonomisation sont encore fragiles et à travailler.

Justin dit vouloir continuer le groupe. Il peut dire qu'il « se sentait bien », que « ça l'a aidé à se sentir mieux parmi les autres », que « ça lui a fait prendre confiance en lui ».

Le projet de l'année prochaine est de continuer sur ce groupe, en association avec un autre travail groupal, la prise en charge individuelle restant difficile, inhibante, impossible sans l'aide d'une médiation. Le travail groupal semble en effet important pour lui, afin qu'il puisse s'étayer sur les pairs.

3.4.8. Synthèse des résultats par enfant

3.4.8.1. Charlotte

Charlotte est une enfant souffrant d'une épilepsie pharmaco-résistante ayant pour conséquences un retard de développement global, avec une déficience intellectuelle, troubles

que l'on peut qualifier de troubles envahissants du développement non spécifiés sur la cotation DSM. Cela se traduit notamment par un trouble de la régulation du contact (proximité excessive), un besoin du regard de l'adulte et d'étayage important avec des attitudes séductrices.

La régulation empathique apparait comme stable sur le questionnaire CEC, mais, malgré l'étayage qui lui a été prodigué durant la lecture du questionnaire, avec explication des questions, il existe un doute sur sa compréhension et donc sur la fiabilité de ses réponses. On note cependant sur le questionnaire une légère diminution des réponses empathiques en faveur d'une contagion émotionnelle. La stabilité des réponses peut toutefois être en faveur d'une fiabilité.

Elle reste très défensive par rapport aux émotions, elle affiche en permanence un sourire que l'on peut supposer défensif par moment, ne pouvant exprimer d'émotions négatives, d'angoisse, de mal-être. Son attitude séductrice, plaquée et adultomorphe, semble également être dans ce registre. Néanmoins, on remarque au cours de l'année sur le groupe que cette attitude s'amenuise au profit d'une plus grande authenticité dans la relation et d'un positionnement dans une place de son âge. Elle peut également au sein du groupe créer des relations apaisées avec les pairs, tandis qu'au début elle était dans un type d'interaction plus agressif et plus défensif, ne laissant pas de place à l'autre.

La question de l'intime évolue également. Durant les premières semaines, elle était habillée en mini-jupe, ne se rendant pas compte du caractère inadapté de ses habits ni de ses attitudes, pouvant montrer ses sous-vêtements par exemple. Petit à petit, elle a commencé à mettre des vêtements plus adaptés et même à prévoir, si elle était en jupe, d'amener un pantalon de sport dans son sac.

Le dessin du bonhomme montre une nette évolution du schéma corporel et de l'image du corps. Le retard présent au début a disparu. Le couple est bien différencié. En ce qui concerne la connaissance des parties du corps, elle ne nomme pas les mêmes parties, ce que l'on peut rapprocher de ses difficultés à fixer les apprentissages. Cependant, elle peut nommer le dos notamment, non visible, ce qui est de bonne qualité.

Sur le plan psychomoteur cependant, il n'y a que peu d'évolutions.

Au total, ce groupe a donc eu pour effet principal une revalorisation narcissique, une amélioration du schéma corporel et de l'image corporelle et un apaisement des relations avec les pairs, en lui offrant une médiation dans laquelle elle est en réussite. Les limites soi-autre et la conscience de l'autre se sont légèrement améliorées, ainsi que l'acquisition de certains repères spatio-temporels.

3.4.8.2. Julia

Julia est donc une enfant qui a connu des ruptures (hospitalisations) dans son enfance pouvant expliquer un attachement insécure ambivalent voire désorganisé, qui manque de confiance en elle et s'auto-dévalorise. Cela entraine une inhibition importante, elle est incapable de faire seule. Les difficultés d'apprentissage sont secondaire plus à l'inhibition qu'à un déficit intellectuel. Dans sa relation au pair et à l'adulte, elle peut se sentir rapidement agressée, intrusée, ce qui amène à de l'agressivité et à un refus de l'aide. Il existe peu de contacts extérieurs, ne favorisant pas le développement des capacités d'exploration. C'est une enfant immature, tolérant mal la frustration, pouvant être impulsive.

Durant l'année, on note des progrès dans plusieurs domaines : l'acceptation de l'échec, les apprentissages, y compris en mathématiques, les relations avec les pairs.

Sur le CMPP, les difficultés de type archaïques semblent être en train de se construire. De même, Julia a beaucoup évolué sur le plan psychomoteur, la régulation tonique est de bien meilleure qualité, la « carapace tonique » s'est amenuisée, les coordinations se sont nettement améliorées. Le schéma corporel est en train de se construire et l'image du corps est davantage investie, et un lien avec l'émotionnel et le ressenti se met en place.

Ces éléments contrastent avec le dessin du bonhomme, qui lui a fortement régressé. Cependant, cette régression s'accompagne d'une amélioration de la représentation des proportions et de la structure globale. On peut émettre l'hypothèse d'un travail en cours de construction, nécessitant la poursuite de la prise en charge pour soutenir cette reconstruction de l'image du corps et d'elle-même.

On distingue deux périodes lors de sa participation sur le groupe DMCC : jusqu'en février, le travail lui était couteux, lui demandait beaucoup d'efforts, et elle pouvait manifester de la colère (jusqu'à de l'agressivité). Elle refusait l'aide proposée, pouvant probablement se sentir persécutée. Elle était en difficulté au niveau corporel et le tolérait mal. Mais elle a persévéré, dans le désir de réussir. Après les vacances de février, nous avons assisté à une ouverture corporelle, probablement secondaire à l'apaisement de l'angoisse dû à l'apparition d'une cohésion de groupe, la présence d'un cadre stable et ritualisé, les temps de relaxation dont elle s'est particulièrement saisie. Il y a alors eu une évolution très nette par rapport à son attitude, elle s'est mise à accepter l'aide, à pouvoir s'appuyer sur l'autre. Parallèlement il y a eu une importante amélioration de la coordination, de l'adaptation au rythme, de l'appréhension de l'espace, et au niveau du tonus qui s'est détendu.

Par ailleurs durant ce groupe, le travail corporel a favorisé l'apparition du jeu sensoriel et fonctionnel, mais elle n'accède pas encore au jeu symbolique. La créativité, l'imaginaire et la conscience corporelle sont encore à travailler. Elle dit avoir beaucoup aimé ce groupe et a demandé lors de la dernière séance à y participé l'année suivante.

Les résultats au questionnaire CEC, rapprochés des différents éléments cités précédemment, laissent supposer un rétablissement du lien avec les émotions et une meilleure régulation de l'empathie. On peut établir un parallèle dans son cas entre l'aisance corporelle, la construction du schéma corporel et de l'image du corps avec la gestion des émotions empathiques, ce qui est soutenu par l'amélioration des relations avec les pairs en dehors du groupe. On peut imaginer sur un plan théorique qu'il peut exister un lien entre la diminution des positions corporelles rigides avec la diminution du score de coupure par rapport aux émotions.

3.4.8.3. Noé

Noé est donc un enfant se présentant sur un versant d'inhibition, associé à une immaturité affective masquée par une hypermaturité de façade et une position de parentalisation. L'attachement est plutôt de type insécure évitant, et il fonctionne avec des mécanismes de type clivage et refoulement, voire déni. Le processus de séparation-individuation est mal organisé. Dans le quotidien il peut exprimer de multiples angoisses, notamment de l'endormissement, angoisses à objets multiples, angoisses de séparation.

Sur le plan familial, plusieurs décès ont émaillé cette année : celui de son grand-père en novembre puis le suicide de son père par pendaison en cours d'année.

Ces positionnements sont retrouvés dans le groupe DMCC, mais progressivement, il peut accéder dans un premier temps à la relaxation puis à l'improvisation, dans laquelle il peut s'exprimer au travers du jeu symbolique, notamment au sujet du décès de son père, qu'il ne peut aborder en psychothérapie, étant dans des positions très défensives sur ce sujet. Le jeu symbolique, en association à la psychothérapie, l'a sans doute permis de faire son travail de deuil. Il s'est également beaucoup libéré sur l'expression corporelle, le mime, l'imitation, pouvant explorer et se séparer du pair, amorçant un processus d'individuation.

Les questionnaires sur les représentations corporelles quant à eux semblent montrer une construction progressive du schéma corporel avec un meilleur investissement, bien qu'ambivalent, de l'image du corps, et une certaine introjection des limites corporelles. Les enveloppes corporelles au sens de D. Anzieu semblent se renforcer. Il s'appuie donc davantage sur des images mentales, l'imaginaire est plus développé ses capacités de représentation semblent s'être développées.

Cela est cohérent avec le dessin du bonhomme, qui, bien que n'ayant pas évolué sur le plan de la cotation, est représenté beaucoup plus vivant, moins rigide, moins « robotisé », donnant une impression de meilleure conscience corporelle et d'une image du corps plus unifiée et plus souple.

Le bilan psychomoteur va également dans ce sens montrant une meilleure maitrise corporelle associée à un meilleur ajustement tonique.

On peut dire que la régulation empathique est relativement stable pour lui étant donné qu'il répond de manière identique à la majorité des questions. Toutefois, il existe encore quelques remaniements. Il est à noter que l'unique question cotée en juin « coupure par rapport aux émotions » (initialement cotée « contagion émotionnelle ») concerne le fait de devoir « annoncer une mauvaise nouvelle à quelqu'un » (question 3). On peut supposer, étant donné les évènements récents pour lui, que la réponse à cette question a un aspect défensif.

3.4.8.4. Justin

Justin est donc un enfant inhibé, qui semble se construire en faux self, montrant un besoin de maitrise du cadre, de méticulosité, et pour qui le rituel et la place de chacun est fondamentale. Il est dans une relation fusionnelle au pair et ne semble pas individué. Le cadre contenant du groupe semble lui avoir permis de surmonter l'angoisse et les défenses de type obsessionnel, l'autorisant ainsi à régresser, avec une demande de sa part de contenance, de holding, de maternage. On peut se poser la question de son type d'attachement, plutôt de type insécure évitant. Il existe des failles narcissiques, des angoisses de type abandonniques, de nombreuses attitudes de contenance et de réassurance par le toucher. En fin de prise en charge sur le groupe DMCC, il existait moins de difficultés à initier et improviser en fin d'année, mais cela reste fragile.

La régression qu'il a pu jouer dans le groupe, en restant dans le jeu symbolique, permet d'émettre l'hypothèse d'une reprise de la dynamique de construction de la personnalité. Le questionnaire CEC montre en parallèle de cette dynamique de régression une déconstruction de la régulation de l'empathie, ce qu'on peut également attribuer à une plus grande authenticité dans ses réponses, ou une meilleure conscience corporelle et de ses ressentis, moins dépendante du regard de l'adulte et du « socialement admis ». Cela est cohérent avec l'évolution des réponses au questionnaire d'O. Moyano et du dessin du bonhomme. Nous pouvons également supposer que ce mouvement de régression correspond à une augmentation de la perméabilité aux relations interpersonnelles, nécessitant une poursuite du travail afin de l'aider à mettre en place une régulation efficace, notamment sur le plan de l'empathie, ce qui pourra être évalué à la fin de la deuxième année de groupe.

Cette régression qu'il a pu montrer dans le jeu symbolique a été beaucoup plus compliquée dans la cadre de la relaxation, pourtant favorisant. On peut émettre l'hypothèse que ce type de régression demande une perte de contrôle, alors que le jeu symbolique lui permet de rester dans la maitrise, donc est moins dangereux. De plus, dans le jeu, cette régression est portée par l'autre, ne serait-ce que par le regard et dans la relation duelle directe.

Le dessin du bonhomme laisse supposer un début d'introjection des limites corporelles et de la différenciation dedans/dehors. L'image du corps s'unifie mais reste fragile selon ses réponses au questionnaire sur la représentation de l'image corporelle. Le corps est moins fragile, et le narcissisme se fortifie un peu. L'imaginaire reste inhibé et ses réponses restent toutefois méticuleuses, il doit vérifier et a du mal à accepter de pouvoir oublier une réponse.

4. Discussion

4.1. Synthèse des résultats

« Je trouve que c'était bien et amusant mais des fois c'était ennuyant mais sinon j'ai adoré mais des fois Justin m'embête des fois. Bref, c'était cool » Noé

(version sans correction : » je trouve que c'etais bien et a musan mais défois c'etaisanuian mais si non j'ai adorée mais défois Justin m'ambête de fois bref c'etais cool »)

4.1.1. Mise en place du groupe

La mise en place de ce groupe a été émaillée de plusieurs difficultés, essentiellement dues au statut d'interne. En effet, les stages n'étant que de six mois, il n'a pas été possible de participer à la création du groupe, ni d'étudier correctement les dossiers pour porter l'indication de ce groupe. Cette partie a entièrement reposé sur l'équipe et le médecin du CMPP.

De plus, ne pouvant être présente en stage dans le service concerné ni durant toutes les étapes, ni durant la totalité de la durée du groupe, il a été nécessaire de mettre en place une convention, afin d'être assurée lors de l'animation de ce groupe sur un plan administratif.

Ce groupe a toutefois pu trouver sa place dans les propositions de prise en charge sur le CMPP et sera poursuivi l'an prochain.

4.1.2. La danse-thérapie : une médiation riche

La danse-thérapie est une médiation à double casquette : elle est nourrie par les thérapies psychomotrices et l'art-thérapie.

Nous avons observé qu'il existait un effet sur la cohésion de groupe, avec l'apparition de phénomènes d'entraide, de complicité, de liens relationnels. Nous avons également noté une amélioration sur le plan psychomoteur, sur l'aspect mnésique. Ce groupe a eu un effet de revalorisation narcissique avec une amélioration de l'imaginaire, de la créativité ayant permis au travers des exercices d'improvisation d'accéder progressivement au jeu symbolique et à l'expression de certains conflits intrapsychiques, avec la possibilité d'expression des émotions alors que cela leur était très difficile en individuel ou à l'extérieur, en pouvant contourner leur inhibition. Enfin, un processus de séparation-individuation a pu s'amorcer pour certains des enfants.

La danse, par sa valeur expressive et de communication, est une médiation qui permet, au travers du corps, d'appréhender d'une manière différente la relation à ses émotions et la relation à l'autre. Elle offre de plus l'accès au jeu symbolique. A partir de la richesse des comportements d'imitation proposés et saisis, les enfants ont pu s'en servir comme base pour accéder à une certaine autonomisation dans le cadre de cette médiation, afin d'explorer leur « personne » propre (corporelle et psychique), les potentialités offertes par leurs corps, le corps de l'autre, et enfin tisser des liens entre eux au travers de la danse et d'un dialogue infra-verbal qui s'est créé.

4.1.3. Liens entre danse-thérapie, empathie et image du corps : hypothèses théoriques

On peut élaborer des liens théoriques entre danse, empathie et schéma corporel/conscience corporelle/image du corps au vu des résultats obtenus après cette étude préliminaire. En effet, la petite taille de l'échantillon et l'absence de groupe contrôle implique que ces résultats ne sont pas généralisables et ne permettent pas d'établir un lien de cause à effet.

Néanmoins se dessinent une relation entre ces différentes entités. La danse, en travaillant d'une part sur le plan corporel dans un aspect développemental, et d'autre part sur la stimulation de la créativité et de l'imaginaire, permet une évolution positive du schéma corporel, puis de la conscience corporelle et enfin de l'image du corps par étapes. On observe un parallélisme entre cette évolution et celle de la régulation de l'empathie : plus l'image du corps se construit, plus les aspects de coupure par rapport aux émotions dans un premier temps, puis de contagion émotionnelle se travaillent au profit de l'empathie. A l'inverse, les aspects régressifs qui étaient en cours de travail au moment de l'arrêt du groupe s'accompagnent d'une forme de régression au niveau de la régulation de l'empathie, revenant à une contagion émotionnelle plus prépondérante.

Cela amène l'hypothèse que la durée de ce groupe a été trop courte. La durée idéale peut être imaginée au minimum sur une année complète et au mieux sur deux ans, en se basant sur la dynamique d'évolution ayant eu lieu durant cette année et comparativement à la durée moyenne de prise en charge groupale sur le CMPP. En effet, au-delà d'un aspect purement rééducatif, cette médiation semble avoir une valeur psychothérapeutique, ce qui implique une évolution plus lente, dans une dynamique d'aide à la reconstruction de la structure de personnalité. En effet, le rôle de la régression est pour D. W. Winnicott « d'offrir l'occasion de corriger une adaptation aux besoins qui a été inadéquate dans le passé, c'est-à-dire au cours des soins de la petite enfance » (Winnicott D. , 1958).

4.2. Limites

4.2.1. Des groupes d'art-thérapie et de danse-thérapie

F. Granier conçoit néanmoins certaines limites à l'art-thérapie, voire un impact négatif potentiel. Il est important de veiller à certains écueils lors de l'animation de ce type de groupes. Tout d'abord, il y a la possibilité de l'échec, le patient ne parvenant pas à créer, ou à s'exprimer à travers ce médium, cette mise en échec pouvant fragiliser une personnalité déjà vulnérable. D'autre part, il existe des risques inhérents au médium en lui-même, qui peut être un excitant et par là même avoir un effet désorganisant. L'art-thérapeute peut également être traumatique, en étant par exemple trop directif, intrusif... la neutralité bienveillante doit être la règle. On note également le risque d'attachement excessif à l'œuvre en fonction de la pathologie du patient, écueil sous-tendu par des capacités de socialisation et d'autonomisation insuffisantes, un déficit dans les habilités sociales, et posant la problématique de la séparation. La fascination de l'art-thérapie pour les œuvres avec oubli de l'aspect thérapeutique (absence de modulation par le thérapeute) peut accentuer cet effet ainsi que le risque de surinterprétation. Il existe enfin deux aspects plus inconscients. Un premier niveau cognitif, si les fonctions exécutives sont touchées, et si l'acte de création engendre un stress émotionnel trop intense, mettant ainsi en échec le patient. Le deuxième niveau dynamique met en garde contre une utilisation trop exclusive du « trouvé-créé » de Winnicott, le risque étant que la situation de création soit accompagnée d'un sentiment d'inauthenticité, par l'absence de « trouvé ». A l'inverse, on peut trouver l'équivalent de la notion de « mère tentatrice » de Winnicott, c'està-dire un excès de « trouvé » et donc une disparition de l'espace d'illusion due à un excès de zèle de l'art-thérapeute. (Granier F., 2011)

Pour J. Vaysse, la danse-thérapie ne se conçoit pas durant l'état de crise (éclosion d'un délire, état catatonique, excitation maniaque, dépression profonde...). Elle évoque également quelques symptômes pouvant empêcher l'adhésion à un groupe de danse-thérapie, tels que des moments de « violences ou paniques possibles peu contrôlables ou décalage excessif avec les exigences de la réalité ». (Vaysse J., 2006)

4.2.2. **L'étude**

On peut isoler plusieurs biais lors de la mise en place de cette étude préliminaire :

En premier lieu, la réalisation d'une étude démontrant une efficacité aurait nécessité un échantillon d'une taille beaucoup plus importante, ce qui implique l'inclusion de plusieurs groupes de danse-thérapie, médiation peu utilisée à ce jour. C'est pour cette raison que nous avons opté dans ce travail pour une analyse de type qualitatif.

De plus, en raison de la population observée, soit des enfants entre 8 et 10 ans, un appareillage sur le diagnostic s'est révélé difficile à mettre en œuvre, ce qui complique l'interprétation des résultats. En outre, il est difficile dans un contexte de CMPP d'appareiller

les enfants sur leur prise en charge. Les critères d'inclusion se sont davantage posés en terme de structure et de problématique (défaut de structuration de personnalité, une image du corps défaillante et difficultés d'expression sur un plan émotionnel), de manière individuelle plutôt que dans une optique de « groupe d'inclusion ».

La durée de cette prise en charge introduit également un biais. La durée habituelle est de vingt-quatre à vingt-huit séances sur une année. En raison des difficultés de mise en place, ce groupe n'a duré que dix-sept séances, dont quinze de prise en charge pure. De plus, les enfants participent fréquemment deux années consécutives à une prise en charge groupale. Cela nous amène à penser que le recul lors de cette étude est insuffisant, et qu'il aurait été intéressant d'observer l'évolution sur une durée de deux ans.

Le questionnaire sur l'empathie utilisé comporte un biais principal : les réponses peuvent être influencées par la culture de ce qui est « moralement admis ». Bien que cette limite soit pondérée par la consigne donnée ou par la pathologie dont souffre l'enfant, il se peut que cette influence joue à un niveau inconscient.

De plus, dans le cas d'un retard intellectuel, il peut être difficile de répondre à ces questions sans aide, et les capacités d'introspection peuvent être limitées, ce qui biaise les réponses.

Enfin, les articles relatant le lien entre empathie, neurones miroirs et danse-thérapie se basent sur la pathologie autistique, ce qui n'est pas la population qui a été incluse (en raison des possibilités sur le CMPP).

Nous pouvons également isoler deux facteurs de confusion :

L'absence de groupe contrôle engendre l'impossibilité de comparer ces résultats afin de les attribuer au seul groupe. Ce biais est accentué par le fait que les enfants ont poursuivi leur prise en charge en parallèle du groupe DMCC, pour des raisons éthiques. De plus, certaines prises en charges ont débuté simultanément à la mise en place de la danse-thérapie, avec seulement quelques mois d'écart. Néanmoins, on peut émettre l'hypothèse que le groupe de danse-thérapie a permis une meilleure efficacité de la prise en charge globale, et notamment de la prise en charge psychothérapeutique dans une action synergique des prises en charges.

Nous pouvons également isoler un facteur de confusion lié à l'environnement. En effet, des changements environnementaux bénéfiques ou déstabilisants peuvent survenir, ce qui peut modifier les résultats obtenus. Nous pouvons citer l'exemple de Noé, pour qui un changement est survenu au cours de la prise en charge, de manière simultanée au décès de son père.

4.3. Perspectives

Au vu de cette étude préliminaire, nous pouvons suggérer, afin de démontrer une amélioration de la régulation de l'empathie par la danse-thérapie par un effet sur les neurones miroirs

Tout d'abord, une étude multicentrique permettrait d'inclure davantage d'enfants. De plus la mise en place d'un groupe contrôle et un appareillage sur la pathologie et la prise en charge permettrait d'établir un lien fiable. De plus, il semble indispensable que la durée de l'étude soit au minimum de vingt-cinq à trente séances sur un an, et au mieux cinquante à soixante séances sur une durée de deux ans. Enfin, la réalisation d'une IRM fonctionnelle permettrait de confirmer l'amélioration observée cliniquement par des données objectives, en étudiant l'activité des neurones miroirs de manière comparative entre le début et la fin d'une thérapie utilisant la médiation danse.

Dans les pathologies du spectre autistique, les études menées, en particulier par M. Iacoboni et J. Decety, retrouvent que le déficit de l'empathie est corrélé avec une diminution de la quantité de neurones miroirs et une diminution de l'activation fonctionnelle des neurones miroirs à l'IRMf durant l'imitation chez les adultes atteints d'un syndrome d'Asperger. Ces données sont retrouvées également dans les troubles du comportement et les troubles des conduites. (Iacoboni, 2009) (Decety & Meyer, 2008)

- T. Perkins a montré, à l'aide des techniques d'IRMf et d'EEG, que dans les pathologies du spectre autistique il existait un défaut de fonctionnement au niveau pariétofrontal des neurones miroirs. Il a émis l'hypothèse dans son article que des thérapies ciblant les dysfonctions au niveau de l'activité des neurones miroirs peuvent aider dans les pathologies du spectre autistique à améliorer les comportements d'imitation et donc l'empathie, la théorie de l'esprit, le langage et leur fonctionnement social. (Perkins, Stokes, McGillivray, & Bittar, 2010). M. Iacoboni suggère que des études au moyen d'IRMf permettraient également, en se focalisant sur le fonctionnement de ces aires cérébrales, de pouvoir émettre un pronostic de sévérité : il existerait selon lui une corrélation entre un fonctionnement faible de ces aires cérébrales avec la sévérité du trouble.
- L. McGarry cite l'action de J. Adler qui a conduit des sessions de danse-thérapies centrées sur des exercices de *mirroring* avec des enfants autistes et a montré une forme de « connexion » entre elle et l'enfant au travers de la danse. Elle cite l'étude de K. Hartshorn a, quant à lui, examiné les effets de mouvements interactifs avec des enfants autistes. Bien que cette étude ne mesure pas directement les effets d'exercices de *mirroring* sur l'empathie ou les comportements prosociaux chez les enfants autistes, les résultats obtenus suggèrent de tels effets selon L. McGarry. En effet, cette étude montre une diminution de la fréquence des comportements « d'errance », des réponses négatives au toucher, de résistance à l'enseignant et davantage de concentration.

Ces différentes données orientent vers le choix d'études dans une population souffrant d'une pathologie du spectre autistique, qui bénéficierait le plus de ce type de thérapie dans

l'objectif d'améliorer l'empathie au travers d'une augmentation du fonctionnement des neurones miroirs.

5. Conclusion

La danse est une médiation riche, qui pour R. Gaetner, est une « élaboration directe de la pensée (...) au sein d'un corps global ».

Ainsi, en passant par les expériences sensorielles qui sont à la base du développement de l'enfant, le travail du schéma corporel puis de l'image du corps apporte une cohérence psychocorporelle. L'image du corps est le support du narcissisme et le résumé des expériences émotionnelles d'un individu. La danse a une valeur de communication corporelle permettant la stimulation créative, l'accès à la subjectivation et au jeu symbolique en procurant une aire transitionnelle autre. Cela offre une dimension psychothérapeutique. En outre, le travail à partir du corps, en s'appuvant sur les concepts de dialogue tonicoémotionnel d'H. Wallon, de dialogue tonique de J. de Ajuriaguerra ou d'accordage affectif de D. Stern, permet de soutenir ou relancer les processus d'imitation et d'identification. Ces processus sont à l'origine non seulement des processus d'individuation et de séparation, mais également d'empathie. L'expression des émotions par le corps permet également d'accéder à une meilleure régulation émotionnelle et ainsi de l'empathie. Lorsque le développement psycho-affectif est suffisamment bien construit, la régulation empathique est de bonne qualité. La danse-thérapie semble permettre de rejouer et renforcer cette construction. D. Anzieu évoque également cette construction de l'espace corporel et des enveloppes psychiques comme précédant la construction de l'espace transitionnel, et les place en éléments participant au processus d'individuation. Pour lui, l'organisation corporelle est à la base de l'organisation psychique.

Les études actuelles sur les neurones miroirs et l'empathie retrouvent une corrélation positive entre un défaut de fonctionnement des aires cérébrales impliquant les neurones miroirs et un déficit d'empathie et des comportements prosociaux, principalement dans l'autisme. Des travaux théoriques ont abordé une possible efficacité de la danse-thérapie dans l'amélioration et le renforcement des processus empathiques, mais il n'existe à ce jour aucune étude prospective, que ce soit chez l'enfant ou l'adulte.

Nous avons donc réalisé une étude préliminaire, de cas, prospective, unicentrique, visant à établir la possibilité de mettre en place un groupe de danse-thérapie en CMPP et la possibilité d'étudier les effets de la danse-thérapie sur la régulation de l'empathie, ainsi que le lien avec une amélioration de l'image du corps. Quatre enfants de huit à dix ans ont été inclus dans ce groupe, qui a compris dix-sept séances. Deux questionnaires évaluant l'image du corps et un questionnaire explorant l'empathie ont été renseignés par les enfants en début et en fin de groupe. Un bilan psychomoteur, centré sur l'image du corps, a également été réalisé simultanément. Il est apparu que la mise en place d'un groupe contrôle est compliquée mais réalisable.

Au vu du déroulement du groupe, il semble que ce type de médiation soit investi par les enfants. Il semble important que les thérapeutes aient eux-mêmes une pratique personnelle de la danse et que les enfants aient une appétence pour la danse. Les résultats obtenus suite à l'analyse des réponses aux différents questionnaires et au bilan psychomoteur montrent, avec

toutes les réserves concernant la faiblesse de l'effectif et certains biais que nous avons relevés, un lien entre la régulation empathique et la construction psychique et de l'image corporelle. En effet, les comportements de régression sont accompagnés d'une diminution de la régulation empathique, et la construction de l'image du corps est accompagnée d'une diminution des comportements à type de « coupure par rapport aux émotions » en faveur dans un premier temps d'une « confusion émotionnelle » puis d'une régulation empathique efficiente dans un second temps.

Bien que ces résultats ne soient pas généralisables, ils sont en faveur d'une association positive entre image du corps et empathie, et la danse-thérapie semble être une médiation appropriée pour travailler ce type de difficultés, comme elle apporte un bénéfice pour la construction psychique et une revalorisation narcissique, ainsi qu'une action sur les relations interpersonnelles et les comportements pro-sociaux.

Vu permis d'imprimer Le Doyen de la Faculté De Médecine Rangueil

D. ROUGE

Professeur Laurent SCHMITT
Service Universitaire de Psychiatrie

Psychologie Médicale

CHU Casselardit - 31059 TOULOUSE CX

Table des illustrations

Figure 1 : La Labanalyse et les actions en découlant	44
Figure 2 : Représentation schématique des mécanismes impliqués dans l'empathie	84
Figure 3 : Schématisation des liens entre empathie et neurones miroirs	89
Figure 4 : Développement psychomoteur de l'enfant (Chatillon & Galvao, 2007)	94
Figure 5 : Salle de psychomotricité dans laquelle se sont déroulées les séances	109
Figure 6 : Dessin du bonhomme, Charlotte, janvier 2013	139
Figure 7 : Dessin du bonhomme, Charlotte, Juin 2013	139
Figure 8 : Dessin du bonhomme, Julia, janvier 2013	142
Figure 9 : Dessin du bonhomme, Julia, juin 2013	142
Figure 10 : Dessin du bonhomme, Noé, janvier 2013	144
Figure 11 : Dessin du bonhomme, Noé, juin 2013	144
Figure 12: Dessin du bonhomme, Justin, janvier 2012	146
Figure 13 : Dessin du bonhomme, Justin, juin 2013	146
Tableau 1 : Les chaînes musculaires et leurs fonctions (Lesage, 2006)	41
Tableau 2 : Questionnaire CEC : réponses détaillées	137
Tableau 3 : Questionnaire CEC: synthèse des réponses	137

Bibliographie

- Adler, J. (1987). Who is the witness? Dans Contact Quarterly (pp. 20-29). Winter.
- Adler, J. (1996). The Collective Body. American Journal of Dance Therapy, 18 (2):81-94.
- ADTA. (2010). http://www.adta.org/.
- Ajuriaguerra, J. (1970). Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris: Masson.
- Ajuriaguerra, J. (1988-1989). L'enseignement de J. de Ajuriaguerra (leçons au collège de France). *Bulletin de psychologie 63*.
- Albano, M. G., Muller-Pinget, S., Ivernois (d'), J.-F., Crozet, C., & Golay, A. (2012).

 Contribution of dance therapy to therapeutic patient education of obese patients. *Ther. Patient Educ.*, 4(1):61-71.
- Allison, C., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Stone, M., & Muncer, S. (2011).

 Psychometric analysis of the Empathy Quotient. *Personality and individual differences*, 51:829-835.
- Anzieu, D. (1982). Le corps de l'oeuvre. Paris: Edition Gallimard.
- Anzieu, D. (1995). Le Moi-peau. Paris: Dunod, 2ème édition.
- Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (2007). Dans *La dynamique des groupes restreints*. Paris: PUF "Quadrige".
- ARSEAA. (2013). Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte. Récupéré sur http://www.arseaa.org/
- Atkinson, A., Dittrich, W., Gemmell, A., & Young, A. (2004). Emotion perception from dynamic and static body expression in point-light displays. *Perception*, 33:717-746.
- Bachelard, G. (1985). L'intuition de l'instant. Paris: Denoël.
- Bartenieff, I., & Lewis, D. (1980). *Body movement: coping with the environment*. New-York: Hoeber Medical Division, Harper and Row Edition.
- Batson, C., Lishner, D., Carpenter, A., Dulin, L., Harjusola-Webb, S., & Stocks, E. (2003). As you would have them do unto you: Does imaging yourself in the other's place stimulate moral action? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29:1190-1201.

- Baum, R. (2007). Looking backward, dancing forward: A student's encounter with the practice of dance movement therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 34:249–255.
- Behrends, A., Müller, S., & Dziobek, I. (2012). Moving in and out of synchrony: A concept for a new intervention fostering empathy through interactional movement and dance. *The Arts in Psychotherapy 39*, 107–116.
- Beigel, C. (2011). La danse racontée aux enfants. Paris: Edition De La Martinière Jeunesse.
- Bekkering, H., Wohlschläger, A., & Gattis, M. (2000). Imitation of gestures in children is coal-directed. *Q. J. Exp. Psychol. A*, 53:153-164.
- Benony, C., Golse, & Golse, B. (2003). Psychopathologie du bébé. Tours: Nathan Université.
- Berrol, C. F. (2006). Neuroscience meets dance/movement therapy: Mirror neurons,. *The Arts in Psychotherapy vol 33*, 302–315.
- Bick, E. (1968). L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. Dans D. Meltzer, *Exploration dans le monde de l'autisme*. Paris: Payot (1975).
- Bion, W. R. (1982). Recherche sur les petits groupes. Paris: PUF.
- Bora, E., & Gokcen, S. (2008). Empathic abilities in people with schizophrenia. *Psychiatry Res.*, 160(1):23-9.
- Bowlby, J. (1958). The nature of child's tiento his mother. *The International Journal of Psychanalysis*, 39:350-373.
- Boyer-Labrouche, A. (2000). Manuel d'art-thérapie. Paris: Dunod.
- Bräuninger, I. (2012). Dance movement therapy group intervention in stress treatment: a randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy*, 39:443-450.
- Bräuninger, I. (2012). The efficacy of dance movement therapy group on improvement of quality of life: A randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy*, 39:296-303.
- Bryant, B. K. (1982). An Index of Empathy for Children and Adolescents. *Child development* vol. 53 numéro 2, 413-425.
- Bullinger, A. (2004). Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Erès.
- Bunge, S., Dudukovic, N., Thomason, M., Vaidya, C., & Gabrieli, J. (2002). Immature frontal lobe contributions to cognitive control in children: evidence from fMRI. *Neuron*, 33:301-311.

- Bydlowski, S., & Graindorge, C. (2007). Naissance et développement de la vie psychique. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Elsevier Masson SAS.
- Caf, B., Kroflic, B., & Tancig, S. (1997). Activation of hypoactive children with creative movement and dance in primary school. *The Arts in Psychotherapy*, 24 (4):355-365.
- Calvo-Merino, B., Glaser, D., Grèzes, J., Passingham, R., & Haggard, P. (2005). Action observation and acquired motor skills: a FMRI study with expert dancers. *Cereb Cortex vol.* 15, 1243-1249.
- Calvo-Merino, B., Grèzes, J., Glaser, D., Passingham, R., & Haggard, P. (2006). Seeing or doing? Influence of visual and motor familiarity in action observation. *Curr Biol* vol.16, 1905-1910.
- Carlson, S., & Moses, L. (2001). Individual differences in inhibitory control and children's theory of mid. *Child Development*, 72:1032-1053.
- Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M., Mazziotta, J., & Lenzi, G. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for mitation to limbic areas. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 100:5497-5502.
- Charman, T., Baron-Cohen, S., Swettenham, J., Baird, G., Cox, A., & Drew, A. (2000). Testing Joint attention, imitation and play as infancy precursors to language and theory of mind. *Cognitive Development*, 15:481-498.
- Chartrand, T., & Bargh, J. (1999). The chameleon effect: the perception-behavior link a social interaction. *J. Personan.Soc. Psychol*, 76:893-910.
- Chatillon, O., & Galvao, F. (2007). item 32: développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant. Dans *Psychiatrie et pédo-psychiatrie* (p. 368). Paris: Vernazobres Grego.
- Chemama-Steiner, B. (2003). Expression artistique et médiation thérapeutique. *Annales Médico-Psychologiques*, 161:87-92.
- Cosnier, J. (2006). *Psychologie des émotions et des sentiments*. Récupéré sur http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/.
- Cosnier, J., & Vaysse, J. (1992). La fonction référentielle de la kinésique. *Protée Théories et Pratiques sémiotiques*, 40-47.

- Cosnier, J., & Vaysse, J. (1997). Sémiotique des gestes comunicatifs. Dans *Nouveaux actes* sémiotiques Gestes, cognition, communication (pp. 8-28). Université de Limoge: Edition PULIM.
- Cross, E., Hamilton, A., & Grafton, S. (2006). Building a motor simulation de novo: observation of dance by dancers. *Neuroimage vol. 31*, 1257-1267.
- Dahan, J., Palma (de), F., Thiveaud, M., & Caut, I. (14,15 et 16 mars 2013). La relaxation psychomotrice. *Formation SNUP (Syndicat National d'Union des Psychomotriciens)*. Toulouse.
- d'Ambrosio, F., Olivier, M., Didon, D., & Besche, C. (2009). The basic empathy scale: A french validation of a mesure of empathy in youth. *Personnality and Individual Differences*, 46:160-165.
- Dayan, E., Casile, A., Levit-Binnun, N., Giese, M., Hendler, T., & Flash, T. (2007). Neural representations of kinematic laws of motion: evidence for action-perception coupling. *Proc Nati Acad Sci ASU vol. 104*, 20582-20587.
- de Vignemont, F. (à paraître). Affective mirroring: Emotional contagion or Empathy? *Atkinson and Hilgard's Introduction to Psychology*.
- Decety, J., & Chaminade, T. (2003). When the self represents the other: A new cognitive neuroscience view of psychological ientification. *Consciousness and Cognition*, 12:577-596.
- Decety, J., & Grèzes, J. (2006). The power of simulation: Imagining one's own and other's behavior. *Brain Research*, 1079:4-14.
- Decety, J., & Jackson, P. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3:71-100.
- Decety, J., & Lamm, C. (2008). Empathy versus personal distress-Recent evidence from social neuroscience. Dans J. Decety, & W. Ickes, *The social neuroscience of empathy*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Decety, J., & Meyer, M. (2008). From emotion resonance to empathic understanding: A social developmental neuroscience account. *Development and Psychopathology*, 20:1053-1080.

- Decety, J., Michalska, K., & Akitsuki, Y. (2008). Who caused the pain? A functional MRi investigation of empathy and intentionality in children. *Neuropsychologia*, 46:2607-2614.
- Delion, P. (2010). La consultation avec l'enfant: approche psychopathologie du bébé à l'adolescent. Paris: Masson.
- Delion, P. (2010). Le corps retrouvé, franchir le tabou du corps en psychiatrie. Paris: Hermann.
- Denis, P. (2001). L'excitation à la période de latence: entre refoulement et répression. *Enfance et psy vol.14*, 77-83.
- Diatkine, R., & Avram, C. (1995). Pourquoi on m'a né? L'unité de soins intensifs du soir (1971-1995). Paris: Ed. Calmann-Levy.
- Dijksterhuis, A. (2005). Why we are social animals: the highroad to imitation as social glue. *See Hurley and Chater*, 2/207-220.
- Diwo, R., & Tichey (de), C. (1992). Image du corps et dysharmonie d'évolution: approche comparée à l'aide du conte de la fourmi de J. Royer. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 40,5-6:271-283.
- Dolto, F. (1984). L'image inconsciente du corps. seuil.
- Dorion, C. (2004). *Pratique de l'art de la Danse Contact Improvisation face à la psychose*. Université Paris V Descartes: Mémoire du Diplôme d'Université d'Art-Thérapie.
- Dosamantes, E. (1987). Transference and counter-transference issues in movement psychotherapy. *The arts in psychotherapy*, 14:209-214.
- Dubois, A.-M. (2010). Art-thérapie et addictions, l'exemple des troubles du comportement alimentaire. *Annales médico-psychologiques*, 168:538-541.
- Dulicai, D., & Roskin Berger, M. (2005). Global dance/movement therapy growth and development. *The Arts in Psychotherapy*, 32:205-216.
- Dupuy, F., & Dupuy, D. (2002). *Une danse à l'oeuvre*. Pantin, France: Edition Centre National de la Danse (CND).
- Duquesne, J.-L. (2013). Séminaire "initiation aux psychothérapies de groupe". Toulouse: Diplôme Universitaire "l'enfant, l'adolescent, la famille: clinique et psychodynamique".

- Duval, C., Piolino, P., Bejanin, A., Laisney, M., Eustache, F., & Desgranges, B. (2011). la théorie de l'esprit: aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Rev. Neuropsychol.*, 3(1):41-51.
- Dziobek, I., Rogers, K., Fleck, S., Bahnemann, M., Heekeren, H. R., & Wolf, O. T. (2008). Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with Asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 38, 464–473.
- Eisenberg, N., & Eggum, N. (2008). Empathic responding: Sympathy and personal distress.

 Dans J. Decety, & W. Ickes, *The Social Neurosciences of Empathy*. Cambridge, MA:

 MIT Press.
- Eisenberg, N., Shea, C., Carlo, G., & Knight, G. (1991). Empathy-related responding and cognition: A "chiken and the egg" dilemna. Dans W. Kurtines, & J. Gewirtz, *Journal of moral behavior and development research vol.2* (pp. 63-88). New-York: Erlbaum.
- Erfer, T., & Ziv, A. (2006). Moving toward cohesion: Group dance/movement therapy with children in psychiatry. *The Arts in Psychotherapy vol 33*, 238-246.
- Favre, D., Joly, J., Reynaud, C., & Salvador, L. L. (2005). Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions. *Enfance vol.* 57, 363-382.
- Favre, D., Joly, J., Reynaud, C., & Salvador, L.-L. (2009). Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions: validation d'un test pour repérer et aider des élèves à risque. *Revue européenne de psychologie appliquée vol.* 59, 211-227.
- Filimon, F., Nelson, J., Hagler, D., & Sereno, M. (2007). Human cortical representations for reaching: mirror-neurons for execution, observation, and imagery. *Neuroimage vol. 37*, 1235-1240.
- Fraenkel, D. (1983). Th relationship of empathy in movement to synchrony, echoing, and empathy in verbal interactions. *American Journal of Dance Therapy*, 6(1):31-48.
- Fréard, F. (2012). Ateliers "De la conscience du corps à la danse". Toulouse.
- Freud, A. (1936). Le Moi et les mécanismes de défense. Paris: PUF.
- Freud, S. (1905). Trois essais sur la théorie sexuelle. Paris: Gallimard.
- Freud, S. (1923). Le Moi et le Ca . Dans *Essais de psychanalyse* (pp. 220-275). Paris: Petite Bibliothèque Payot (1981).

- Freud, S. (1985). Le créateur littéraire et la fantaisie (1908). Dans *L'inquiétante étrangeté* (pp. 11-19). Gallimard.
- Gaetner, R. (2000). De l'imitation à la création. Paris: Editions PUF.
- Gaetner, R. (2003). Créativité et art-thérapie: rencontres cliniques. Dans P. Moron, J.-L. Sudres, & G. Roux, *Créativité et art-thérapie en psychiatrie* (pp. 27-40). Paris: Masson
- Gallese, V. (2006). Neurones miroirs et simulation: clés pour la compréhension des relations interpersonnelles. *Confrontations Psychiatriques vol. 46*, 77-98.
- Gazzola, V., Rizzolatti, G., Wicker, B., & Keysers, C. (2007). The anthropomorphic brain: the mirror neuron system responds to human and robotic actions. *Neuroimage vol. 35*, 1674-1684.
- Gibello, B. (1994). Les contenants de pensée et la psychopathologie. Dans D. Anzieu, B. Gibello, D. Houzel, S. Tisseron, G. Lavallée, & G. Gimenez, *L'activité de pensée: émergence et troubles* (pp. 11-26). Paris: Dunod.
- Gil, J. (1989). Le corps, l'image, l'espace. Dans *La danse, Naissance d'un mouvement de pensée* (pp. 71-77). Edition Colin.
- Glories-Dauptain, E. (2013). *Enjeux d'un atelier de danse contemporaine por des adolescents suivis en pédo-psychiatrie, dans le cadre du programme "culture-santé"*. Toulouse: Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, université Paul Sabatier.
- Goldman, A., & Sripada, C. (2005). Simulationist models of face-based emotion recognition. *Cognition*, 94:193-213.
- Grahn, J., & Brett, M. (2007). Rythm and beat perception in motor areas of the brain. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19(5):893-906.
- Granier, F. (2011). L'art-thérapie. Annales Médico-Psychologiques, 169:680-684.
- Granier, F. (2011). Le traumatisme de la création. Journées de Printemps SFPE-AT.
- Granier, F. (2011). Transparence de l'art-thérapeute. *"Illusion, Apparence, Transparence"*. Paris: Journées d'automne de la SFPE-AT.
- Granier, F. (2012). Aspects cognitifs des comportements créatifs. *Communication Congrès Encéphale du 18 au 20 janvier 2012*. Paris.

- Guédeney, N., & Guédeney, A. (2009). *L'attachement: approche théorique, du bébé à la personne âgée*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Guédeney, N., Moralès-Huet, M., & Rabouam, C. (2010). Applications de la théorie de l'attachement au traitement des enfants entre quatre et dix ans et de leur famille. Dans N. Guédeney, & A. Guédeney, *L'attachement: approche clinique* (pp. 155-165). Issyles-Moulineaux: Masson.
- Guilé, J.-M. (2007). Perturbations précoces de l'intersubjectivité et de l'empathie: quel lien avec les troubles externalisés de l'enfant et de l'adolescent? *Annales Médico-Psychologiques*, 165:412-419.
- Haag, G., & Tordjman, S. (1995). Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité . *La Psychiatrie de l'Enfant*, XXXVIII (2): 497-527.
- Hanna, J. (2006). Dancing for health. Lanham: Altamira Press.
- Harris, D. A. (2007). Dance/movement therapy approaches to fostering resilience and recovery among African adolescent torture survivors. *Torture*, 17 (2)/134-155.
- Hasboun, D. (2004). *Neuroanatomie fonctionnelle*. Paris: Polycopié Université Pierre et Marie Curie.
- Hastings, P., Zahn-Waxler, & McShane, K. (2006). We are, by nature, moral creatures: Bilogical bases of concern for others. Dans M. Killen, & J. Smetana, *Handbook of moral development* (pp. 483-516). Mahwah NJ: Erlbaum.
- Haviland, J., & Lelwica, M. (1987). The induced affect respose: 10-week-old infants' responses to three emotion expressions. *Developmental Psychology*, 23:97-104.
- Heiser, M., Iacoboni, M., Maeda, F., Marcus, J., & Mazziotta, J. (2003). The essential role of Broc's area in imitation. *Eur. J. Neurosci.*, 17:1123-1128.
- Hoffman, M. (2000). *Empathy and moral development: implications for caring and justice*. New-York: Cambridge University Press.
- http://sfdt.free.fr/. (s.d.). Récupéré sur Société Française de Danse Thérapie.
- Iacoboni, M. (2009). Imitation, Empathy and Mirror Neurons. *Annual Review of Psychology* vol 60, 653-670.
- Iacoboni, M., Woods, R., Brass, M., Bekkering, H., Mazziotta, J., & Rizzolatti, G. (1999). Cortical mechanisms of human imitation. *Science*, 286:2526-2528.

- Jeong, Y.-J., Hong, S.-C., Soo Lee, M., Park, M.-C., & Kim, Y.-K. .. (2005). Dance movement therapy improves emotional response and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *International Journal of Neuroscience*, 115 (12):1711-1720.
- Kaës, R. (1999). Les théories psychanalytiques de groupe. Paris: Que sais-je? Ed. PUF 2011.
- Kaës, R. (2010). Les médiations dans les espaces psychiques dans les groupes. *Le Carnet PSY*, 141:35-38.
- Kandinsky, W. (1911). Du spirituel dan l'art et dans la peinture en particulier. Ed. Dénoël.
- Kendon, A. (2004). *Gesture: visible action as utturance*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Kestenberg Amighi, J., Lomans, S., Lewis, P., & Sossin, M. (1999). *Developmental and Clinical !perspectives of the Kestenberg Movement profile*. London and New-York: Brunner-Routledge Edition.
- Keysers, C., & Gazzola, V. (2007). Integrating simulation and theory of mind: from self to social cognition. *Trends in Cognitive Sciences Vol* 11, 5: 194-196.
- Kiepe, M.-S., & Keil, T. (2010). Systématique review of the effects of dance therapy on mental and physical illness. *European Journal of Integrative Medicine* 2, 217-265.
- Kiepe, M.-S., Stöckigt, B., & Keil, T. (2012). Effects of dance therapy and ballroom dances on physical and mental illness: A systematic review. *The arts in Psychotherapy*, 39:404-411.
- Kilner, J., & Frith, C. (2008). Action observation: inferring intentions without mirror-neurons. *Curr Biol vol. 18*, R32-33.
- Klein, J.-P. (1997). L'art-thérapie. Paris: Que sais-je?, Puf.
- Klein, J.-P. (2003). La psychothérapie de l'enfant: la symbolisation accompagnée. *annales médico-psychologiques, revue de psychiatrie, vol. 161*, 101-107.
- Klein, M. (1974). Les situations d'angoisse de l'enfant et leur reflet dans un oeuvre d'art et dans l'élan créateur. Dans *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot.
- Koch, S. C., & Weidinger-von der Recke, B. (2009). Traumatised refugees: An integrated dance and verbal therapy approach. *The arts in Psychotherapy*, 36:289-296.

- Koch, S. C., Morlinghaus, K., & Fuchs, T. (2007). The joy dance: specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. *The Arts in Psychotherapy*, 34:340-349.
- Laban, R. (1950). *The Mastery of Movement (La Maitrise du Mouvement)*. Paris: Edition Actes Sud.
- Laban, R. (2003). Espace dynamique, Textes inédits, Choreutique, vision de l'espace dynamique, traduit par E. Schwartz-Rémy. Bruxelles: Contredanse.
- Lacan, J. (1966). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. Dans *Ecrits* (pp. 93-100). Paris: Seuil.
- Le Fourn, J.-L. (2003). L'art "enfant-un"....silence. Dans P. Moron, J.-L. Sudres, & G. Roux, *Créativité et art-thérapie en psychiatrie* (pp. 41-44). Paris: Masson.
- Le Nestour, A., & Danon, G. (2002). des vécus corporels primitifs à l'intégration somatopsychique. *enfances et psy vol 20*, 13-24.
- Lebovici, S. (1987). Consultation thérapeutique. Dans *Psychanalyse de l'enfant* (p. 187). Colloque de Monaco: Le Centurion, 167.
- Lesage, B. (1997). L'instauration des structures, étapes d'un parcours psychocorporel. *Les lieux de corps*, 5:97-122.
- Lesage, B. (2006). La danse dans le processus thérapeutique: fondements, outils et clinique en danse-thérapie. Paris: Edition Eres.
- Lieberman, M. (2007). Social cognitive neuroscience: a review of core process. *Annual Review of Psychology vol 58*, 259-289.
- Mala, A., Karkou, V., & Meekums, B. (2012). Dance/Movement Therapy for depression: A scoping review. *The Artsin Psychotherapy*, 39:287-295.
- Margariti, A., Ktonas, P., & Hondraki, P. (2012). An application of the Primitive Expression form of dance therapy in a psychiatric population. *The Arts in Psychotherapy, vol 39*, 95–101.
- Marty, P. (1980). L'ordre psychosomatique. Paris: Editions Payot.
- McGarry, L. M., & Russo, F. A. (2011). Mirroring in Dance/Movement Therapy: Potential mechanisms behind empathy enhancement. *The Arts in Psychotherapy vol 38*, 178–184.

- Meekums, B., Vaverniece, I., Majore-Dusele, I., & Rasnacs, O. (2012). Dance movement therapy for obese women with emotional eating: A controlled pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 39:126-133.
- Mehrabian, A. (1997). Relations among personality scales of agression, violence and empathy: validational evidence bearing on the risk of eruptive violence scale. *Agressive behavior vol. 23*, 433-445.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A mesure of emotional empathy. *Journal of Personality* vol. 40 (4), 525-543.
- Mikulineer, M., & Shaver, P. (2005). Attachment security, compassion, and altruism. *Current Directions in Psychological Science*, 14:34-38.
- Mills, L., & Daniluk, J. (2002). Her body speaks: the experience of dance therapy for women survivors of child sexual abuse. *Journal of counseling and Development*, 80(1):77-85.
- Minton, S. (1989). Body and self, partners in movement. USA: Human Kinetics Publishers.
- Mintz, A.-S., & Pérouse de Montclos, M.-O. (2009). L'attachement entre 4 et 12 ans. Dans N. Guédeney, & A. Guédeney, *L'attachement: approche théorique, du bébé à la personne âgée* (pp. 103-112). Issy-les-Moulineaux: Masson, 3e édition.
- Moreno, R., & Mayer, R. (2007). Interactive multimodal learning environments. *Educational Psychology Review*, 19(3):309-326.
- Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Mori, T., Matsuda, H., & Komaki, G. (2007). Changes of brain activity in the neural substrates for theory of mind in childhood and adolescence. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 61:355-363.
- Moterani De Moura Leite, T. C., & Monteiro De Castro Graciano, M. (Juin 2010). La danse par la santé. *Archives de Pédiatrie* (p. 17 (6;1):133). Congrès des Sociétés de Pédiatrie Supplementary abstracts.
- Moyano, O. (2004). Les récits "à propos du corps" dans le pathologies limites de l'enfant. Présentation d'un protocole clinique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52:515-522.
- Moyano, O. (30-31 octobre 2009). Un test d'image du corps : l'entretien sur les représentations corporelles. *Communication au Colloque International organisé par*

- l'UTAIM et l'unité de Recherche Psychopathologie Clinique de l'Université de Tunis. Kélibia, Tunisie.
- Nadel, J. (2002). Imitation and imitation recognition: functional use in preverbal infants and nonverbal children with autism. Dans A. Melttzoff, & W. Prinz, *The Imitative Mind: Development, Evolution, and Brain Bases* (pp. 42-62). London: Cambridge University Press.
- Nadel, J., & Decety, J. (2002). *Imiter pour découvrir l'humain. Psychologie, neurobiologie, robotique, et philosophie de l'esprit.* Paris: Edition PUF.
- Nadel, L. (2003). Encyclopedia of Cognitive Science. Londres: Nature Publishing Group.
- Nice Clinical Guidelines, 1. (2013, January). *Psychosis and schizophrenia in children and young people, recognition and management.* guidance.nice.org.uk/cg155.
- Nielsen, L. (2002). The simulation of emotion experience: on the emotional foundations of theory of mind. *Phenomenology and the Cognitive Science*, 1:255-286.
- Orgs, G., Dombrowski, J., Heil, M., & Jansen-Osmann, P. (2008). Expertise in dance modulates alpha/beta event-related desynchronization during action observation. *European Journal of Neuroscience*, 27(12):3380-3384.
- Pallaro, P. (1996). Self and body-self: dance/movement therapy and the development of object relations. *The arts in Psychotherapy*, 23(2):113-119.
- Pankow, G. (1976). Image du corps et objet transitionnel : données principales de l'image du corps. *Revue Française de Psychanalyse*, 2:285-302.
- Parslow, R., Morgan, A. J., Allen, N. B., Jorm, A. F., O'Donnell, C., & Purcell, R. (2008). Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety in children and adolescents. *MJA*, 188 (6):355-359.
- Perkins, T., Stokes, M., McGillivray, J., & Bittar, R. (2010). Mirror neuron dysfunction in autism spectrum disorders. *Journal of Clinical Neuroscience*, 17:1239-1243.
- Pfeifer, J., Iacoboni, M., Mazziotta, J., & Dapretto, M. (2008). Mirroring others' emotions relates to empathy and interpersonal competence in children. *Neuroimage*, 39:2076-2085.
- Piaget, J. (1945). Le symbolisme secondaire du jeu, le rêve et le symbolisme "inconscient". Dans *La formation du symbole chez l'enfant* (pp. 178-225). Delachaux et Niestlé.

- Popelard, M., & Wall, A. (2003). *Des faits et des gestes*. Rosny-sous-Bois, France: Edition Bréal.
- Raynaud, J.-P., Danner, C., & Inigo, J.-P. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents : indications, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(2):113-119.
- Ritter, M., & Low, K. (1996). Effects of dance/movement therapy: a meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23(3):249-260.
- Rizzolatti, G., & Arib, M. (1998). Language within our grasp. Trends Neurosci., 21:188-194.
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience vol.24*, 169-192.
- Rizzolatti, G., & Fabbri-Destro, M. (2008). The mirror system and its role in social cognition. *current opinion in neurobiology*.
- Rizzolatti, G., Fogassi, L., & Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imtation of action. *Nat Rev Neurosci vol.* 2, 661-670.
- Rochat, P., & Striano, T. (1999). Social cognitive development in the first year. Dans P. Rochat, *Early social cognition* (pp. 3-34). Mahwah NJ: Erlbaum.
- Rochat, P., & Striano, T. (2002). Who's in the mirror? Self-other discrimination in specular images by four- and nine-month-old infants. *Child Development*, 73:35-46.
- Roussillon, R. (1999). Les groupes. Dans *Revue Française de Psychanalyse* (pp. tome LXIII, vol. 3). Paris: PUF.
- Roussillon, R. (2006). Pour introduire la question du langage du corps et de l'acte. *Le Carnet PSY*, 111:36-40.
- Roussillon, R. (2010). Proposition pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiation. *Le Carnet PSY*, 141:28-32.
- Royer, J. (1978). *Le Test des Contes*. Issy-les-Moulineaux: Ed. d'Applications Psychotechniques.
- Royol, J.-P. (2003). Place de la créativité et de l'art-thérapie en psychiatrie infantile. Dans P. Moron, J.-L. Sudres, & G. Roux, *Créativité et art-thérapie en psychiatrie* (pp. 45-59). Paris: Masson.
- Russel, J. (1996). Agency and its role in mental development. Hove: Psychology Press.

- Sabbagh, M., & Moulson, M. (2004). Neural correlate of mental state decoding in human adults: an event-related potential study. *J. Cogn. Neurosci.*, 16(3):415-426.
- Sami-Ali, M. (1977). *Corps réel, corps imaginaire, pour une épistémologie psychanalytique*. Paris: Editions Dunod.
- Sanglade, A. (1983). Image du corps et image de soi au Rarschach. *Psychologie française*, 28(2):104-111.
- Scetbon, A. (2013). Dessin du bonhomme. Dans *Le dessin d'enfant: étude de son utilisation* par 43 pédopsychiatres de Haute-Garonne (pp. 55-63). Toulouse: Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, université Paul Sabatier.
- Schilder, P. (1980). L'image du corps. Paris: Gallimard.
- Schmais, C., & Diaz-Salazar, P. (1998). BERN-A methode for analyzing dance/movement therapy groups. *The arts in Psychotherapy*, 25 (3):159-165.
- Schoop, T. (1974). Won't you join the dance? A dancer's essay into the treatment of psychosis. Palo Alto, USA: Mayfield Publishers Company.
- Schott-Billmann, F. (1989). Le primitivisme en danse. Paris: Chiron.
- Schott-Billmann, F. (1994). Quand la danse guérit. Paris: La Recherche en danse.
- Schotte, J. (1990). *Le contact*. Bruxelles: De Boeck.
- Servant-Laval, A. (2007). Pratiques psychomotrices: conscience corporelle. *Psychomotricité première année*. Paris: Université Pierre et Marie Curie.
- Seznec, J. (2002). Vaslav Nijinski: de la danse à la schizophrénie, parcours à travers l'histoire de l'art et de la psychiatrie. *annales médico-psychologiques, vol 160, Issue 2*, 158-165.
- Shafir, T., Taylor, S. F., Atkinson, A. P., Langenecker, S. A., & Zubieta, J.-K. (2013). Emotion regulation through execution, observation, and imagery of emotional movements. *Brain and Cognition*, 32:219-227.
- Sheleen, L. (1993). Danse et le projet de l'être d'être. Dans J. Klein, *L'Art en thérapie* (pp. 214-225). Ed Hommes et Perspectives-Desclée de Brouwer.
- Sheleen, L. (1993). Débats et opinions. Dans *Danse et Pensée, une autre scène pour la danse* (pp. 163-167). Sammeron: Ed. GERMS.

- Siegel, E. (1984). *The mirror of our selves, Dance-movement-therapy and the psychoanalytical approach.* New-York: Human Sciences Press.
- Stefan, K., Cohen, L., Duque, J., Mazzocchio, R., Celnik, P., Sawaki, L., . . . Classen, J. (2005). Formation of a motor memory by action observation. *J Neurosci vol.* 25, 9339-9346.
- Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris: PUF, collection "Le fil rouge".
- Struyf-Denys, G. (1982). Méthode dite des "chaînes articulaires et musculo-aponévrotiques", orientation nouvelle en kinésithérapie. *Kinésithérapie Scientifique*, 205:33-41.
- Sturm, V., Rosen, H., Allison, S., Miller, B., & Levenson, R. (2006). Self-concious emotions deficits in frontotemporal lobar degeneration. *Brain*, 129:2508-2516.
- Tereno, S., Atger, F., & Bekhechi, V. (2009). Mentalisation et attachement. Dans N. Guédeney, & A. Guédeney, *Lattachement: approche théorique, du bébé à la personne âgée* (pp. 211-221). Issy-les-Moulineaux: Masson, 3e édition.
- Tichey (de), C. (1993). La personnalité de l'enfant normal et dysharmonique. Approche comparée génétique à travers le test des contes. Issy-les-Moulineaux: Ed. d'Applications Psychotechniques.
- Tortora, S. (2009). Dance/Movement Psychotherapy in Early Childhood Treatment. Dans S. Chaiklin, & H. Wengrower, *The Art and Science of Dance/Movement Therapy, Life is dance* (pp. 159-180). New-York: Routledge.
- Vaysse, J. (2006). *La danse-thérapie, histoire, techniques, théories*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Vaysse, J., & Boinon, D. (2003). Spécificité et efficacité d'une psychothérapie médiatisée: de l'organisation de l'espace à l'espace psychique. *Annales Médico-Psychologiques*, 161(10): 766-773.
- Von Rossberg-Gempton, I. E., Dickinson, J., & Poole, G. (1999). Creative dance: potentiality for enhancing social functionning in frail seniors and young children. *The Arts in Psychotherapy*, 26:313–327.

- Vulcan, M. (2009). Is ther any body out there? A survey of litterature on somatic countertransference and its signifiance for DMT. *The Arts in Psychotherapy*, 36(5):275-281.
- Wallon, H. (1942). De l'acte à la pensée. Paris: Edition Flammarion (réédition 1970).
- Wallon, H. (1975). Les origines de la pensée chez l'enfant. Paris: PUF.
- Whitehouse, M. (1979). C. Jung nand dance therapy: two major principles. Dans K. Hunt, eight theoretical approaches in dance-movement-therapy (pp. 51-70). Dubuque, USA: Ed. Bernstein.
- Widlöcher, D. (2004). Dissection de l'empathie. *Revue françaie de psychanalyse*, pp. 68:981-992.
- Wied, M., Maas, C., Van Goozen, S., Vermande, M., Engels, R., Meeus, W., . . . Goudena, P. (2007). Bryant's Empathy Index: E Closer Examination of its Internal Structure. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(2):99-104.
- Winnicott, D. (1958). Repli et régression. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 223-230). Payot.
- Winnicott, D. (1975). Jouer, l'activité créative et la quête du soi. Dans *Jeu et réalité*, *l'espace potentiel* (pp. 108-126). Folio.
- Winnicott, D. (1975). La créativité et ses origines. Dans *Jeu et réalité*, *l'espace potentiel* (pp. 127-161). Folio.
- Winnicott, D. (1975). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. Dans *jeu et réalité*, *l'espace potentiel* (pp. 203-214). Folio.
- Winnicott, D. W. (1975). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Dans *jeu et réalité*, *l'espace potentiel* (pp. 27-64). Folio.
- Wittig, J., & Davis, J. (2012). Circles outside the circle: Expanding the group frame through dance/movement therapy and art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 39:168-172.
- Xia, J., & Grant, T. (published online 2010). Dance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1*. Récupéré sur The Cochrane Library.

Annexes

Annexe 1 : Formulaire de consentement aux parents

Madame Monsieur Mettre le nom de famille

Cugnaux, le

Madame, Monsieur,

Votre enfant **Nom-Prénom** bénéficie de soins au CMPP de Cugnaux et dans ce cadre, **il/elle** participe cette année à l'atelier en groupe « Danse-Mouvement-Conscience Corporelle », dirigé par Madame JOUHET Isabelle, psychomotricienne.

Dans le souci d'améliorer nos interventions thérapeutiques, nous souhaitons évaluer l'effet de cet atelier sur la façon dont les enfants perçoivent leur corps et leurs émotions.

Cette évaluation se fera dans le cadre du travail de thèse de médecine réalisé par Laureen HALLEPEE-DJIAN, sous la direction du Professeur Jean-Philippe RAYNAUD au CHU de Toulouse. Ce travail n'entraînera aucun examen supplémentaire, ni modification du cadre ou du contenu de cet atelier.

Votre enfant sera invité à répondre au début et à la fin de cette évaluation, qui se déroulera sur la période de janvier à juin 2013, à quelques questions simples explorant sa façon de réagir dans certaines situations (présentation d'un questionnaire). Lors de l'atelier, nous analyserons la façon dont votre enfant utilise son corps, au moyen de quelques critères d'analyse du mouvement. A cette fin, l'utilisation d'enregistrements vidéo pourra être nécessaire. Ce travail respectera strictement votre anonymat et celui de votre enfant. Les enregistrements réalisés n'ont pas vocation à être diffusés et seront détruits dès la fin du travail d'analyse des données.

Le Docteur FEBRER, médecin responsable d'antenne au CMPP de Cugnaux et responsable de la mise en œuvre du projet de soin de **Nom et Prénom de l'enfant,** se tient à votre disposition pour vous apporter tout complément d'information que vous jugerez utile.

Vous gardez bien sûr, à tout moment, la possibilité de refuser la participation de votre enfant à cette évaluation (Cf. bulletin réponse ci-joint).

Madame le Docteur FEBRER Médecin Responsable d'antenne Madame HALLEPEE-DJIAN Interne en psychiatrie

Madame JOUHET
Psychomotricienne

Bulletin de réponse à participation

Je soussigné(e), Madame et/ou Monsieur	, avoir pris
connaissance que le CMPP de Cugnaux	du Pôle Collectif Saint-Simon, procédera à
l'évaluation de l'atelier « Danse-Mouv	rement-conscience corporelle » à laquelle
participe mon fils/ma fille	
○ Je donne mon accord pour que mon enfan	t participe à cette évaluation
O Je ne donne pas mon accord pour que mon	n enfant participe à cette évaluation
Fait à, le	
G:	
Signature	1
1	T control of the cont

Annexe 2 : Questionnaires empathie : test CEC

```
Établissement :
   OUESTIONNAIRE A
                                                                            Date:
  Numéro:
                   Age:
                                  Sexe:
                                                 Classe:
Consigne: choisissez une seule réponse parmi les 3 proposées et entourez la lettre correspondante.
   1- Quand je vois une personne que je ne connais pas, seule, alors qu'il y a près d'elle un groupe qui s'amuse :
    a : ça me rend tout triste.
         je préfère tourner la tête, je regarde plutôt le groupe.
    c : j'essaye de sentir si cela lui convient ou non d'être seule.
   2 - Les démonstrations d'affection en public :
    a : le plus souvent, ça m'agace.
    b: j'aimerais moi aussi vivre des moments comme cela.c: j'aime bien les gens qui expriment leurs sentiments.
   3 - Annoncer des mauvaises nouvelles à quelqu'un :
    a : ça ne me pose aucun problème.
    b : ça me serait pénible.
    c : j'en serais totalement incapable, j'aurais trop de peine.
   4 - Les gens qui pleurent de joie :
    a : je les trouve émouvants.
    b : je les trouve ridicules.c : j'ai envie de pleurer avec eux.
   5 - Quand un ami a des problèmes graves :
    a : je l'écoute si ça lui fait du bien d'en parler.
b : je suis facilement submergé d'émotions.
    c : je l'évite pendant quelque temps.
  6 - Lorsque je vois quelqu'un pleurer :
    a : ça me provoque un petit rire nerveux.
    b : j'attends près de lui qu'il se calme.
    c : ça me fait perdre tous mes moyens.
  7 - Quand je lis un roman, les sentiments d'un personnage :
    a : je les ressens très fort, je pleure quand il pleure, je ris quand il rit.
    b : j'imagine bien ce qu'il peut ressentir.
    c : il est difficile pour moi de les éprouver profondément.
   8 - Quand je vois des personnes en détresse qui n'ont pas d'aide :
    a : je suis ému et j'aimerais pouvoir les aider.
b : je me dis qu'ils n'ont qu'à se prendre en main, il y a toujours une
solution.
    c : je ne peux pas m'empêcher de leur donner de l'argent.
   9 - Si les autres autour de moi font les « fous » :

a: je suis mal à l'aise, j'essaie de les calmer.
b: je ne peux pas m'empêcher d'être moi aussi très excité.
c: je suis capable de garder mon calme.

   10 - Quand une personne que j'aime est malheureuse :
    a : ça me fait de la peine pour elle.
    b : je ne peux pas le supporter, ça me rend trop malheureux.c : je suis irrité et je cherche la cause de son malheur.
  11 - Quand quelqu'un rit très fort :
    a : ça n'a aucun effet sur moi.
    b : j'éclate de rire avec lui.
    c : c'est agréable pour moi de le voir heureux.
  12 - Si les autres autour de moi sont déprimés :
    a : je ne peux pas me sentir bien, je déprime moi aussi.
         leur souffrance me touche, mais ça ne me rend pas déprimé.
    c : il m'est difficile de comprendre comment certaines choses peuvent autant
affecter les gens.
```

Questionnaire A: dans cette version, le répondant choisit une réponse parmi trois choix possibles à douze situations

Méthode de calcul: trois scores (contagion, empathie et coupure) sont calculés en comptant le nombre des réponses dans chaque dimension C, D, ou E.

Code: C = contagion émotionnelle; D = coupure par rapport aux émotions; E = empathie.

```
ITEM 1: réponse a = C; réponse b = D; réponse c = E
ITEM 2: réponse a = D; réponse b = C; réponse c = E
ITEM 3: réponse a = D; réponse b = E; réponse c = C
ITEM 4: réponse a = E; réponse b = D; réponse c = C
ITEM 5: réponse a = E; réponse b = C; réponse c = D
ITEM 6: réponse a = D; réponse b = E; réponse c = C
ITEM 7: réponse a = C; réponse b = E; réponse c = D
ITEM 8: réponse a = E; réponse b = D; réponse c = C
ITEM 9: réponse a = D; réponse b = C; réponse c = E
ITEM 10: réponse a = E; réponse b = C; réponse c = D
ITEM 11: réponse a = D; réponse b = C; réponse c = E
ITEM 12: réponse a = C; réponse b = E; réponse c = D
```

Annexe 3: Bilan psychomoteur

BILAN SCHEMA CORPOREL - IMAGE DU CORPS

- 1) Représentation graphique par un dessin du bonhomme (cotation Goodenough)
- 2) Connaissance du vocabulaire et de la situation des parties du corps
- 3) Praxies idéomotrices de Berges-Lézine (capacité à s'organiser dans le corps)
- 4) Tonus
- 5) Test d'image du corps à partir des Travaux de Moyano (entretien + conte de la fourmi de Royer 1978)

Annexe 4 : Outil d'évaluation de l'image du corps et des représentations corporelles d'O. Moyano

1/ Entretien sur les représentations corporelles :

Dessin du bonhomme : consigne : "Peux-tu dessiner un bonhomme le plus joli et le plus complet possible" puis, le dessin réalisé, demande d'annotation sur la feuille des parties du corps connues par l'enfant (si celui-ci n'est pas en âge ou en mesure d'écrire, le faire pour lui). Recueil des commentaires de l'enfant sur sa production, tout écrire à côté du dessin.

Entretien:

- a) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?
 - b) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur ?
 - c) Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?
 - d) On peut faire quoi avec son corps?
 - e) Qu'est-ce qui est fragile dans le corps (Pourquoi ?)
 - f) Qu'est-ce qui est solide dans le corps, (Pourquoi ?)
- g) Qu'est-ce que tu aimes bien dans le corps ? Est-ce qu'il y a des endroits du corps que tu préfères ?
 - h) Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps?
 - i) Où est la pensée à ton avis ? (si "dans le corps", Où exactement ?)

2/ Le conte de la fourmi : J. Royer, 1978.

Un garçon (ou une petite fille) s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit : "Qu'est-ce que c'est que ça ?" Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon (ou de la petite fille).

- 1- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi?
- 2- De là, elle va se promener partout! Dis-moi tout ce qu'elle voit. Et puis ...
- 3- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans.

Quel était ce trou ? Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit ? Et puis... Alors à la fin elle ressort...Par où ?

- 4- La petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles ? Qu'est-ce qui était beau ? Et pas beau ?
- 5- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal ? Où ?
 - 6- Comment cette histoire s'est-elle terminée ?

HALLEPEE-DJIAN Laureen

2013 TOU3 1541

DANSE-THERAPIE ET EMPATHIE : étude préliminaire auprès d'enfants en CMPP

RESUME EN FRANÇAIS:

La danse est une médiation alliant psychomotricité et art-thérapie. Un lien théorique entre danse-thérapie et empathie, au travers du mécanisme des neurones miroirs, a été interrogé par plusieurs auteurs ces dernières années.

Dans le cadre de la création d'un groupe de danse-thérapie avec quatre enfants de huit à dix ans suivis en ambulatoire, des questionnaires concernant l'empathie et l'image du corps leur ont été proposés en début et après 18 séances de prise en charge.

Dans l'analyse qualitative des résultats, une meilleure régulation de l'empathie est associée à une amélioration de l'image du corps, du schéma corporel et à une évolution du développement psychomoteur.

Cette étude préliminaire montre qu'il serait intéressant de réaliser une étude multicentrique, sur une durée de prise en charge plus longue, avec un effectif plus élevé et la mise en place d'un groupe contrôle.

TITRE EN ANGLAIS: DANCE-THERAPY AND EMPATHY: preliminary study in outpatient clinic for children

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLES : danse-thérapie, empathie, pédopsychiatrie, CMPP, neurones miroirs, groupe, médiation, ambulatoire

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 35 Allées Jules Guesde BP 7202 31073 Toulouse Cedex 7

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD