



HAL
open science

La mise en scène des émotions : le théâtre comme médiation en psychomotricité auprès d'enfants présentant des troubles du comportement

Julie Dauge

► To cite this version:

Julie Dauge. La mise en scène des émotions : le théâtre comme médiation en psychomotricité auprès d'enfants présentant des troubles du comportement. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01194896

HAL Id: dumas-01194896

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01194896>

Submitted on 7 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège sciences de la santé

Institut de formation en psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

« La mise en scène des émotions »

Le théâtre comme médiation en psychomotricité auprès d'enfants
présentant des troubles du comportement

DAUGE Julie

Née le 25 Octobre 1986 à La Rochelle (17)

Juin 2015

Directeur de mémoire : Mme ROUQUET M.J.

Remerciements

Je souhaiterais adresser mes remerciements aux personnes qui m'ont soutenu et qui m'ont accompagné lors de l'élaboration de ce mémoire.

À Marie Joëlle Rouquet, ma maîtresse de stage de troisième année, qui a su me transmettre son savoir, son expérience professionnelle ainsi que ses nombreux conseils qui m'ont beaucoup apporté.

À l'ensemble de mes maîtres de stage et professeurs qui ont contribué à ma formation et m'ont enseigné les facettes de ce fabuleux métier.

À toutes les équipes institutionnelles qui m'ont accueilli chaleureusement, mais également aux enfants que j'ai pu rencontrer sur mon parcours et qui m'ont tant apporté.

À Tristana, Lolita et Baptiste pour leurs lectures attentives, et leur soutien dans les moments d'incertitude.

À ma famille pour m'avoir encouragé et soutenu durant toutes mes années d'études.

Avant-propos

« Il est écrit : « Au commencement était le Verbe ! »

Je butte ici déjà ! Qui m'aidera à poursuivre ?

Je ne peux nullement porter si haut le Verbe,

Je dois traduire autrement,

Si l'Esprit justement m'illumine.

Il est écrit : Au commencement était le Sens.

Songe bien à la première ligne,

Que ta plume point ne se précipite !

Est-ce le sens partout qui agit et crée ?

Il faut mettre : Au commencement était la force !

Mais, même quand je couche cela sur le papier,

Quelque chose m'alarme, et je n'y demeure pas.

M'aide l'Esprit ! J'y vois clair soudain !

Et écris confiant : au commencement était l'action ! »

Goethe, traduit par Claire Placial.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 4 |
| Première partie : Les émotions | 6 |
| I- Qu'est-ce qu'une émotion | 7 |
| II- Théories sur l'origine des émotions | 9 |
| III- Les manifestations de l'émotion | 15 |
| IV- Le développement émotionnel de l'enfant | 18 |
| V- La régulation des émotions | 22 |
| VI- Conclusion | 27 |
| Deuxième partie : Les troubles du comportement | 28 |
| I- Qu'est-ce qu'un comportement ? | 29 |
| II- Les classifications des troubles du comportement | 30 |
| III- Les manifestations cliniques : un recours à l'agir | 32 |
| IV- Le contexte familial et social | 40 |
| V- Emotion et trouble du comportement | 43 |
| VI- Trouble du comportement et troubles psychomoteurs, quels liens? | 44 |
| VII- Conclusion | 46 |
| Troisième partie : La médiation jeu théâtral | 47 |
| I- Les médiations | 48 |
| II- Le jeu théâtral | 52 |
| III- Conclusion | 56 |
| Quatrième partie : Pratique psychomotrice : le groupe jeu théâtral | 57 |
| I- Présentation | 58 |
| II- Etudes de cas | 62 |
| III- Le rôle du psychomotricien | 82 |
| Conclusion | 86 |
| Bibliographie | 88 |
| Table des matières | 91 |

Introduction

« Aujourd'hui tu vas rencontrer le groupe « émotion » ! »

C'est de cette façon, que l'on m'a présentée au groupe de psychomotricité qui a motivé le sujet de ce mémoire. Cette rencontre s'est déroulée à l'unité de pédopsychiatrie d'un hôpital de jour (H.J.). J'y effectuais alors, un stage dans le cadre de ma troisième année de formation en psychomotricité. Les trois enfants qui composent ce groupe sont alors, âgés de 9, 10 et 11 ans, et présentent des troubles du comportement.

La première question qui me vient à l'esprit lorsque je fais la connaissance de ces enfants, est : comment aborder un thème aussi sensible, que l'émotion, avec des enfants qui semblent vouloir en permanence s'opposer et tenir à distance la relation, alors que pour moi l'émotion est une histoire de partage ?

Afin d'y parvenir, un tiers, qui servira d'intermédiaire à la relation patient-soignant, nous a semblé nécessaire afin de permettre à ces enfants de vivre, d'extérioriser et de partager leurs émotions. Le choix de ce tiers s'est alors porté sur une médiation par le jeu théâtral. Cette médiation exploitant l'expressivité corporelle et le « faire semblant » favorise ainsi la fonction symbolique.

Formuler une problématique à partir de cette expérience clinique conduit donc à s'interroger sur l'utilisation de la médiation par le jeu théâtral dans l'approche des émotions en pratique psychomotrice auprès d'enfant présentant des troubles du comportement.

Cette réflexion centrale engendre plusieurs questions fondamentales : comment aborder les émotions dans une optique psychomotrice ? En quoi une mise en jeu et en corps des émotions peut-elle être bénéfique à ces enfants ? Comment la médiation par le jeu théâtral permet-elle de mobiliser la vie émotionnelle ?

Afin de traiter cette problématique, mes principaux axes de réflexions s'articuleront autour de quatre parties :

Dans une première partie je présenterai les émotions et leurs différentes facettes, ainsi que leur place dans le développement de l'enfant, et les enjeux relationnels qu'elles sous-tendent.

Dans une seconde partie nous nous intéresserons à la psychopathologie des enfants rencontrés, à savoir les troubles du comportement, leurs expressions cliniques ainsi que le contexte familial et social dans lesquelles elles s'inscrivent.

La troisième partie sera consacrée au jeu théâtral. Nous commencerons par définir les processus et les intérêts de la médiation en psychomotricité, pour ensuite développer les enjeux spécifiques de cette médiation particulière.

La quatrième et dernière partie, traitera de ma réflexion clinique, qui résulte des expériences et observation faites durant mon stage. Cela aura pour but d'illustrer les apports théoriques.

Pour finir, je proposerai une conclusion à ces recherches, observations, et questionnements, qui ont permis l'élaboration de ce mémoire.

Première partie

Les émotions

I- Qu'est-ce qu'une émotion

A- Vers une définition consensuelle des émotions

L'étymologie du mot « émotion » est issue du latin « e-movere » qui signifie se mouvoir au-delà, mettre en mouvement. Si le terme de mouvement appartient au vocabulaire comportemental il peut également faire référence à des états subjectifs internes.

Ainsi, on peut considérer l'émotion comme un mouvement à la fois physique et psychique, mais aussi comme un mouvement qui sort de soi pour aller vers l'autre.

Une définition absolue du concept d'émotion ne peut être formulée. Le point sur lequel tout le monde s'accorde, c'est sur sa difficulté à le définir. La raison vient sans doute du fait que l'émotion englobe divers phénomènes, et que sa définition varie en fonction du point de vue théorique adopté par l'auteur.

Toutefois, on retrouve quatre composantes de la réaction émotionnelle qui sont généralement acceptées de tous : la réaction physiologique, le processus cognitif, l'expression comportementale et le sentiment subjectif.

Afin de tenir compte de la complexité de ce concept, les psychologues contemporains proposent une définition globale, intégrant aussi bien le corps que l'esprit : « *L'émotion est un pattern complexe de changements mentaux et corporels incluant un éveil physiologique, des sentiments, des processus cognitifs, des expressions visibles (aussi bien les mimiques faciales que la posture globale), et des réactions comportementales spécifiques générées en réponse à des situations perçues comme individuellement significantes.* »¹

L'émotion est donc un concept complexe à approcher, et doit être considérée comme une expérience subjective singulière, toujours en lien avec l'environnement.

¹ R. GERRIG, P. ZIMBARDO – psychologie 18^e édition, édition Pearson, 2008, p 330

B- Emotion, sentiment et affect

La difficulté à définir l'émotion, tient également du fait que ce terme est souvent assimilé aux concepts de sentiment et d'affect. En effet, ces concepts, font tous les trois référence à des états internes, plus ou moins prolongés, plus ou moins intenses et marqués par une tonalité affective.

Le sentiment :

J. Cosnier distingue le sentiment de l'émotion par sa durée plus longue, et son intensité plus basse. Le sentiment se construit sur une fixation affective à un objet spécifique, et persiste même en son absence.

A. Damasio, a quant à lui souligné le caractère publique des émotions, précisant que l'on peut les mesurer et les étudier grâce à leurs expressions somatiques, contrairement aux sentiments qu'il qualifie de privés et subjectifs, appartenant à la pensée. Les sentiments sont ressentis par l'individu et lui seul.

Le terme de sentiment subjectif est également souvent employé dans la littérature scientifique, afin d'évoquer le phénomène de conscience que nous avons de nos émotions. Ce phénomène serait la résultante de nos perceptions des modifications de nos états internes dues à une émotion.

L'affect :

L'affect désigne la face subjective de l'émotion. C'est un terme souvent lié à la psychanalyse et aux travaux de Freud, selon qui, toute pulsion s'exprime dans le registre de l'affect.

Contrairement à l'émotion, l'affect se réfère plus à la vie pulsionnelle qu'à la vie relationnelle du sujet. Pour R. Roussillon, l'affect informe la psyché de l'existence de la pulsion, et donne un sens de plaisir ou de déplaisir à l'expérience.

« Par rapport aux conceptions contemporaines de l'émotion, le terme d'affect réfère donc à la composante cognitive-expérientielle de l'émotion qui est mise en contraste avec la composante physiologique »²

² O. LUMINET - Psychologie des émotions : confrontation et évitement, édition De Boeck University, 2002, p 35

II- Théories sur l'origine des émotions

Les paragraphes suivants présenteront certaines des théories principales du concept des émotions, afin de retracer l'évolution de son élaboration dans le temps, de l'antiquité grecque à nos jours.

A- De l'antiquité grecque à Descartes

Depuis l'antiquité grecque, les hommes ont tenté d'inscrire l'émotion dans une conception dualiste. La philosophie, lui a pendant longtemps, attribué une image négative, selon laquelle l'émotion serait perversion, et, empêcherait selon Platon, la raison de se développer de manière fructueuse. Pour Socrate, elle serait inférieure à la pensée, qui, en la contrôlant, permettrait d'accéder à une vie morale et saine.

Dans une perspective plus optimiste, Aristote considère que *« l'homme ne subit pas ses états émotionnels comme des manifestations biologiques, face auxquelles il se sent impuissant. Au contraire, il construit un univers émotionnel à partir de ses cadres de référence (croyance) et de ses performances personnels (attitudes). »*³

Le dualisme corps/esprit défendu par Descartes à l'époque moderne, oppose l'émotion à la logique et la morale, qui différencient l'homme de l'animal. Bien d'autres philosophes ont traité ainsi des émotions, en s'opposant à l'idée que les émotions soient parties intégrantes de la psyché et en soulignant son caractère déstabilisateur.

B- L'approche évolutionniste de Darwin

L'œuvre de C. Darwin « l'expression des émotions chez l'homme et l'animal » publiée en 1872, a permis l'émergence des premières théories scientifiques traitant de la dimension psychologique des émotions.

³ O. LUMINET - Psychologie des émotions : confrontation et évitement, édition De Boeck University, 2002, p 17

Selon lui, l'émotion est un comportement observable, manifeste et conscient. C'est le résultat d'une évolution psychogénétique. Les émotions auraient une qualité primitive adaptée, issue d'un système comportemental qui se serait modifié au fil du temps. L'expression des émotions ferait donc partie d'un équipement neurophysiologique de base, inné.

Il est également le premier à proposer une classification des émotions déterminée par un registre d'expressions faciales et corporelles spécifiques.

C- L'approche physiologique

À la fin du XIX^{ème} siècle, les théories des émotions se fondent sur une approche physiologique, concernant essentiellement le rôle de l'activation physiologique dans le déclenchement et le déroulement du processus émotionnel.

Les émotions possèdent des composantes à la fois cognitives et physiologiques. Les chercheurs de l'époque cherchent à savoir laquelle des deux est primaire au ressenti émotionnel, mais également s'il existe un pattern physiologique spécifique à chaque émotion ressentie.

Les théories périphériques de James et Lange

La théorie de W. James (1884), assimile les états émotionnels aux perceptions corporelles. Pour lui, face à un stimulus, des changements corporels s'opèrent. Et, c'est la perception de ces changements physiologiques (le rythme cardiaque qui s'accélère, la tension musculaire, la transpiration...) que l'on interprète de manière émotionnelle en fonction de la situation.

Pour James, l'émotion est déterminée par les centres moteurs et sensoriels et non par un centre spécifique du cerveau. « *Quand un stimulus émotionnel est perçu par les centres corticaux sensoriels, une réaction réflexe génétiquement programmée, antérieure à toute conscience, est mise en jeu et génère les changements périphériques* ». ⁴

⁴ V. CHRISTOPHE - Les émotions, tour d'horizon des principales théories, édition Septentrion, 1998, P18

Il prend pour exemple la rencontre avec un ours, et pose la question : courons-nous à la vue d'un ours parce que nous avons peur, ou avons-nous peur parce que nous courons ?

À la vue de l'ours (stimulus), nous nous mettons à courir (changements physiologiques), puis nous prenons conscience de ces changements dus à la course (perception), et c'est alors que nous avons peur (émotion). La bonne réponse serait alors, selon James : nous avons peur parce que nous courons. La composante physiologique précéderait donc à la composante cognitive dans le ressenti émotionnel.

Un an plus tard, C. Lange, propose une théorie identique à celle de W. James. Tous deux s'accordant à dire que sans feedback corporel il ne peut y avoir d'émotion, et que chaque émotion possède son pattern physiologique. Cependant, Lange il pose l'existence d'un centre spécifique du cerveau, le centre vasomoteur. Pour lui, un stimulus émotionnel entraînerait une modification vasculaire spécifique, qui aurait en retour un impact sur les muscles et viscères.

La théorie centrale des émotions de Cannon

La théorie périphérique des émotions fait autorité jusqu'à ce qu'elle soit remise en question en 1927 par W. Cannon. Ce dernier annonce que les réponses corporelles caractéristiques de la réaction émotionnelle seraient dues à l'activation du système nerveux autonome. Or l'activation des réponses de ce système étant trop lente, les changements physiologiques ne peuvent être considérés comme cause mais comme conséquence de l'émotion. Ces travaux rendent également impossible la discrimination des émotions par l'interprétation des différentes réponses corporelles.

Selon Cannon, l'amorçage d'une émotion est déterminé par le traitement d'un stimulus au niveau du système nerveux central, et en particulier du thalamus.

Ces différents travaux ont permis de développer l'étude des émotions, dans une perspective physiologique, mais également cognitive par l'importance accordée à l'interprétation des situations.

D- Les théories des processus cognitifs

Durant la première moitié du XXème siècle, le domaine de la psychologie qui prédomine, est celui de la psychologie comportementale. Pour les behavioristes, le contenu conscient, à savoir les états mentaux subjectifs, tels que la perception, le souvenir ou les émotions, est considéré comme un sujet peu pertinent à l'étude en psychologie. Leur intérêt se situe essentiellement au niveau des faits observables et mesurables, c'est-à-dire les réponses comportementales.

Au milieu du XXème siècle, le behaviorisme perd de son influence, laissant place au succès des sciences cognitives. Ce domaine étudiant le fonctionnement de la pensée, tente de comprendre les processus de haut niveau, tels que le langage, la mémoire, la prise de décision...dans l'intérêt d'expliquer comment nous faisons l'apprentissage de notre monde et comment nous utilisons ces connaissances pour vivre.

La théorie cognitivo-physiologique

Selon S. Schachter et J. Singer (1962), le processus émotionnel résulte de deux facteurs, l'activation physiologique et l'activité cognitive. La situation qui produit une activation physiologique indifférenciée, serait interprétée en fonction des expériences passées du sujet et lui permettrait de comprendre et de nommer ses émotions.

Ils donnent également, aux émotions une dimension sociale. Ils expliquent que si le sujet ne possède pas une cognition explicative immédiate, lui permettant d'identifier spontanément son état émotionnel; il cherchera à interpréter son état interne en se comparant à son environnement social. Cette théorie met donc en évidence la fonction déterminante de la situation sociale dans l'évaluation du ressenti émotionnel.

La théorie de l'évaluation

Afin de rendre compte des distinctions qualitatives entre les émotions, M. Arnold en 1960, puis R. Lazarus en 1966, ont utilisé le concept d'appraisal. Ce concept se base, sur le fait, que les émotions que nous ressentons, sont déterminées par la signification personnelle que nous attribuons à la situation.

« L'évaluation d'un stimulus est clairement la première étape d'un épisode émotionnel. Les évaluations se produisent inconsciemment, les émotions font intervenir des tendances à agir, des réponses corporelles et des expériences conscientes. »⁵

Ce sont les évaluations inconscientes que nous faisons d'une situation, qui déclenchent une émotion plutôt qu'une autre. Cela expliquerait, qu'un même évènement peut engendrer des émotions différentes chez les individus, et parfois chez un même individu à différents moments.

En 1986, N. Frijda ajoute la notion de « la tendance à l'action » qui organiserait la réponse émotionnelle immédiate, permettant de faire face à la situation. Ces tendances à l'action sont des dispositions internes visant à accomplir une action ou un changement relationnel avec l'environnement. Chaque émotion induit une impulsion, un besoin pressant de faire quelque chose. Le fait que ces tendances à l'action se concrétisent dépend de sa faisabilité, des contraintes sociales et des compétences de régulation émotionnelle de la personne.

N. Frijda identifie huit tendances à l'action de base : l'approche positive, l'agression, la panique, le jeu, l'inhibition, le rejet, la soumission et la dominance.

L'agression par exemple, mobilise toutes les ressources de l'organisme pour détruire, ou écarter tout obstacle aux buts poursuivis par la personne, ou afin de protéger son intégrité psychologique ou physique, et elle est activée dans la colère. A la suite d'une évaluation émotionnelle spécifique, les tendances à l'action correspondantes seraient alors activées de façon automatique.

Cette théorie a permis de mettre en lumière la fonction adaptative de l'émotion.

La théorie de R. Zajonc, la controverse

R. Zajonc publie en 1980 des recherches qui influencèrent l'étude des émotions. Il émet l'idée que les émotions priment sur la cognition et n'en sont pas dépendantes. Pour démontrer cela, il propose une expérience qui met en évidence des situations dans

⁵ J. LEDOUX – Le cerveau des émotions, édition Odile Jacob, 2005, p 55

lesquelles les individus expriment des réponses émotionnelles positives à des stimuli sans en connaître la raison. Pour R. Zajonc, l'émotion ne serait pas seulement une cognition, car le traitement émotionnel peut se dérouler en dehors de la conscience.

Il est aujourd'hui possible de conclure que l'évaluation cognitive est un processus important dans l'expérience émotionnelle, mais ne peut à lui seul, suffire à sa compréhension. *« Si les tenants des théories des émotions se disputent sur la séquence d'apparition du phénomène émotionnel, ils respectent en effet l'idée que l'émotion n'est pas à regarder d'un seul œil du fait qu'elle est composée de plusieurs facettes. »*⁶

E- Le cerveau des émotions

Depuis plus d'un siècle, les neuroscientifiques tentent de localiser les structures cérébrales à l'origine de nos émotions afin de comprendre comment elles opèrent

En 1937 J.Papez émet l'hypothèse d'un circuit composé de différentes structures comme siège anatomique des émotions. Ce circuit composé de l'hypothalamus, le thalamus, le cortex cingulaire et l'hippocampe aurait pour fonction d'apprécier les valeurs émotionnelles des stimuli et à générer des réponses expressives correspondantes.

Peu de temps après, H. Kluver et P. Bucy (1838) démontrent la relation entre les lobes temporaux, notamment l'amygdale et les émotions. En effet, une ablation bilatérale des lobes temporaux réalisée chez des singes entraîna une perte totale des réactions de la peur et des émotions en générales.

P. MacLean, dans sa théorie évolutive des trois cerveaux (1970), situe les émotions au niveau du système limbique. Pour P. MacLean le cerveau reptilien, le plus primitif, est le siège des fonctions de survie. Il serait enfoui sous la deuxième partie du cerveau correspondant au système limbique et représentant la dimension affective. La troisième partie du cerveau à se développer, est le néocortex, qu'il présente comme l'organe de la raison.

⁶ A. NUGIER - Histoire et grands courants de recherche sur les émotions. Revue électronique de psychologie sociale, 2009, p 12

La plupart des théories actuelles considèrent que les émotions se trouvent réparties dans l'ensemble du système nerveux central et qu'elles ne sont pas localisées dans une région particulière. Si les neuroanatomistes s'accordent pour reconnaître l'absence de « centre » unique des émotions, certaines structures telles que l'hypothalamus, le système limbique et le cortex semblent incontournables.

III- Les manifestations de l'émotion

L'émotion s'exprime par la voie du corps et le fait parler. « *L'expérience émotionnelle relie nos sensations issues de l'extérieur, nos perceptions internes, nos représentations et nos actions, et nous ouvre à la connaissance de l'autre* »⁷.

Les émotions jouent un rôle d'adaptation face à une situation, en préparant notre corps à l'action via les changements physiologiques, mais ces manifestations ont également une fonction de communication sociale, du fait de leur aspect expressif.

A- Les réponses physiologiques

Les états émotionnels s'associent souvent à de nombreuses activations physiologiques. Ces phénomènes proviennent des modifications du système nerveux autonome, qui est responsable des fonctions automatiques et non volontaires.

Parmi les marqueurs de l'activité végétative on peut citer la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la fréquence respiratoire, l'activité nerveuse, la température corporelle... Ces modifications physiologiques entraînent diverses manifestations observables telles que les tremblements, la sudation, la dyspnée, les rougeurs...

⁷ F. BOSCAINI, A. SAINT CAST - L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfance et Psy*, 2010/4 (n° 49), p 21

Ces différentes activations varient en fonction de l'émotion et des sujets, ce qui induit un patron de réponses complexes, rendant difficile le lien univoque et systématique entre une émotion donnée et une activité physiologique caractéristique.

B- Les expressions faciales

Les émotions peuvent également se manifester par des expressions faciales. Le visage est la partie du corps la plus visible et la plus exposée, offrant une large palette d'expressions.

P. Ekman (1972), met en évidence six émotions, dites de bases : la joie, la peur, la colère, le dégoût, la surprise et la tristesse. Selon lui, l'expression faciale de ces émotions est un phénomène inné et universel. D'un point de vue ontologique, les expressions faciales émotionnelles spontanées sont déjà présentes chez les nouveau-nés, suggérant ainsi le caractère inné.

Cette composante expressive permet alors de signaler son état affectif à autrui. Il s'agit d'un canal de communication induisant chez l'autre des réactions adaptées.

Cependant même s'il existe bien une composante universelle, nous ne pouvons négliger les différences individuelles et culturelles.

C- La voix

La voix est messagère du corps et des émotions. Elle est ancrée dans notre corps, elle nous accompagne et évolue tout au long de notre vie, les pleurs, les cris, les rires... Ainsi le débit, le volume, l'intonation, le timbre, l'amplitude...sont des indicateurs qui traduisent les émotions.

Les données d'une étude de K. Scherer et A. Kappas (1988), permettent d'affirmer que l'émotion a bien une influence sur la modulation de la prosodie. Cette étude, visant à reconnaître les émotions à l'écoute de la voix, a été effectuée à partir de paramètres objectifs lors d'une analyse spectrale de la voix mais également à partir de jugement de personnes. Elle démontre que l'homme est capable d'identifier un état émotionnel sur la seule base la voix, en fonction de ses variations.

D- Le tonus

Toile de fond de nos émotions, le tonus, est un état de tension musculaire permanent et inconscient, entretenu par des influx nerveux. Sous tendant la posture et le mouvement, le tonus est un véritable tissu d'échanges entre soi et l'environnement.

H. Wallon, est le premier à mettre en évidence le lien entre tonus et émotion, soulignant son importance dans la relation mère-nourrisson. « *Essentiellement fonction d'expression, fonction plastique, les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire* ». ⁸

Le tonus est donc la base de la posture et du mouvement ainsi que le support des émotions. En effet, selon F. Leplat, « *le tonus est l'énergie qui permet au corps de se maintenir par la posture, de se mouvoir par la motricité et de s'émouvoir par ses variations.* »⁹. Nous pouvons alors percevoir l'aspect psychomoteur, dans ce concept tonico-émotionnel, au carrefour du somatique et du psychique.

Les différents vecteurs par lesquels se manifestent et s'expriment les émotions, nous montrent à quel point, la place que le corps occupe s'avère important. Les émotions représentent donc une forme de communication qui est éminemment corporelle, afin de s'adapter à l'environnement et d'être en relation avec autrui. Nous pouvons donc, déjà penser à l'intérêt que peut porter la psychomotricité à ces manifestations corporelles de l'émotion, en tant qu'objet de partage.

Afin de mieux saisir l'aspect dynamique et constructif de l'émotion, nous allons aborder le développement de la vie émotionnelle durant l'enfance.

⁸ H. WALLON – Les origines du caractère chez l'enfant, 6^e édition, Quadrige, 2009, p 174).

⁹ F. LEPLAT - Psychomotricité de groupe : espace de maturation tonico-émotionnelle, Thérapies Psychomotrices et Recherches, 2010, n°162/09, p. 104

IV- Le développement émotionnel de l'enfant

L'émotion doit être vue comme un processus qui permet de faire un lien entre l'éprouvé, la sensation et la représentation. F. Leplat explique que l'émotion a « *un rôle développemental ; elle est intermédiaire entre sensation corporelle et représentation, faisant le trait d'union entre le mouvement qui lui préexiste et la conscience qu'elle l'inaugure* »¹⁰.

Le processus d'émergence émotionnelle du bébé est donc à intégrer dans l'évolution des organisations psychocorporelles de l'enfant en interaction avec son environnement.

A- D'un état tonique à un vécu émotionnel

L'attachement mère - enfant commence bien avant la naissance. Nous savons que les organes des sens se développent très tôt dans la vie intra-utérine. Le fœtus peut alors percevoir des informations du monde extérieur, mais également y répondre grâce à sa motricité. Comme nous l'avons vu précédemment, les émotions s'accompagnent de réponses physiologiques.

C'est par le ressenti de ses manifestations que l'enfant va connaître ses premières expériences émotionnelles en partageant plus ou moins directement les émotions maternelles.

Pour H. Wallon, l'émotion a un rôle essentiel dans la construction de la personne, qui permet de communiquer avec autrui, d'exprimer aux autres sa présence et ses besoins.

Il décrit différents stades de développement de l'enfant, dont les deux premiers sont, le stade impulsif (0-3 mois) et le stade émotionnel (3- 6 mois). Pour l'auteur, les réactions de l'enfant signent les premiers pas de sa vie psychique.

Le stade qui suit immédiatement la naissance est le stade impulsif. Il est caractérisé par le désordre gestuel et l'absence de système inhibiteur, le bébé exerce alors, une motricité réflexe, de type décharge tonique. Il est dans une dépendance totale à son environnement, et principalement à sa mère, c'est la symbiose physiologique.

¹⁰ F. LEPLAT - Psychomotricité de groupe : espace de maturation tonico-émotionnelle, Thérapies Psychomotrices et Recherches, 2010, n°162/09, p. 104

Progressivement les impressions sensorielles qui accompagnent la satisfaction ou l'insatisfaction des besoins éprouvés par l'enfant, vont se lier à leurs manifestations grâce aux réponses et interprétations de l'entourage. Ceci permet ainsi, d'organiser, vers le troisième mois de vie, ce désordre en émotion différenciée, c'est le stade émotionnel. Ce stade, entre 3 et 6 mois, est caractérisé par la symbiose affective. L'émotion est le canal privilégié de l'expression, et participe à créer un lien affectif avec son entourage. Les postures de l'enfant permettent de comprendre les relations entre le corps et les émotions. Si, au départ, les cris et les pleurs sont de simples réactions toniques, soutenues par l'interprétation de l'environnement, ils deviendront émotions.

En 1977, J. De Ajuriaguerra, partant des réactions tonico-émotionnelles décrites par H. Wallon, propose la notion de « dialogue tonico-émotionnel ». Ce dialogue reflète la transmission des états émotionnels entre le nourrisson et sa mère, à travers une communication complexe et singulière dès les premiers mois de la vie.

Les fluctuations toniques du bébé sont étroitement liées aux relations qu'il établit avec son environnement. La mère en donnant un sens aux variations toniques de son enfant, va elle-même adapter son propre tonus. Ainsi, cette réponse maternelle qui s'accompagne d'un ajustement postural, mimique et tonique, va permettre à l'enfant une réponse en miroir de ses propres manifestations émotionnelles.

Le dialogue tonique va donc permettre à l'enfant de percevoir son propre état émotionnel via les variations toniques du parent.

A partir des travaux de A. Bullinger sur le développement sensorimoteur de l'enfant, MF. Livoir-Peterson a étudié le processus par lequel un bébé passe d'un état tonique à un état émotionnel. Elle décrit l'émotion comme une représentation que l'on se fait ; résultante des modifications toniques de notre organisme liées à la situation.

Chez le nouveau-né, les manifestations toniques ne sont pas encore représentées, n'ont pas encore de sens en tant qu'émotion. « *Ce que les proches nomment par des termes génériques, comme « surprise », « colère », « joie », etc..., ou du mot encore plus abstrait « émotion », sont les formes que prend sa réactivité, sans qu'il le sache encore. Ces attributions*

de valeur dépendent de l'idée que l'adulte se fait du bébé, de ses besoins et de ses réactions »¹¹.

C'est donc, l'entourage qui va attribuer aux manifestations toniques, une valeur, un état émotionnel, en pensant pour l'enfant.

L'émotion est à concevoir comme un processus dynamique, qui évolue avec l'âge afin d'optimiser les régulations intra et interpersonnel de l'individu. Cette première partie sur le développement émotionnel, souligne l'importance de l'interaction du bébé avec son environnement, pour que les sensations puissent trouver une possible représentation.

B- L'engagement psychique

Le partage émotionnel est au centre de la relation entre la mère et le nourrisson. Pour comprendre ce qui se construit au travers des émotions dans le développement de l'enfant, il est essentiel d'aborder les interactions précoces qui mettent en jeu une intersubjectivité affective.

Selon la théorie de la pensée de W. Bion, il existe chez le bébé une pensée sans appareil à penser, c'est-à-dire sans capacité de penser. Elle serait primitive, primaire, et ne peut être intégrée par l'enfant. W. Bion appelle cela « les éléments Bêta ». Ces éléments sont des impressions sensorielles ou des vécus émotionnels sans transformations possibles, sans assimilation psychique possible, et donc source de tensions pour le bébé.

Ces expériences brutes éprouvées par le bébé peuvent être transformées par « la fonction Alpha ». Cette fonction est un processus qui permet de passer de l'expérience indicible, à la forme mentale de celle-ci. C'est la mère qui va assurer cette fonction, à travers le holding physique et psychique, sa voix, son regard et sa pensée, elle va accueillir les projections de son enfant, les interpréter et lui retourner, débarrassées de toutes angoisses.

*« Les éléments bêta issus du bébé doivent être désintoxiqués par la mère, par sa fonction alpha, sa capacité de rêverie, pour qu'il puisse tirer parti de son expérience émotionnelle initialement inaccessible pour lui. »*¹²

¹¹ M.F. LIVOIR-PETERSON – Le dialogue tonico-émotionnel : Un gué permettant au bébé de passer d'états toniques à des états d'âme, *Contraste*. 1/2008 (n°28-29), p 41-70

¹² D. MELLIER - La fonction contenante, une revue de la littérature, *Perspectives Psy* 4/ 2005 (Vol. 44), p. 303-310

La mère en rendant pensable les projections de son enfant, va lui permettre de connaître et reconnaître ses propres émotions. Cependant, si la mère n'est pas en mesure de transmettre une signification aux vécus ressentis par l'enfant, les émotions resteront alors à un plan corporel, sans élaborations psychiques et sources d'angoisses.

D. Stern a apporté une contribution majeure pour théoriser l'émotion du bébé, grâce à la notion d'accordage affectif. Il définit cette notion comme « *l'exécution de comportements qui expriment la propriété émotionnelle d'un état affectif partagé sans imiter le comportement expressif exact de l'état interne* ». ¹³

La mère va répondre aux messages que son bébé lui adresse, par une réponse transmodale, c'est-à-dire qu'elle n'utilise pas le même canal ou la même modalité d'expression (gestuelle, tonique, faciale, vocale...). De cette manière, elle ne renvoie pas à son enfant le comportement initial, mais un aspect de celui-ci qui reflète l'état émotionnel du bébé. Il ne s'agit donc pas d'une imitation pure mais d'une réponse en miroir du vécu émotionnel, qui introduit certaines nuances.

A travers cet accordage, les deux partenaires vont être amenés à communiquer et à partager un même état émotionnel. Car l'enfant, en comprenant que la réaction de sa mère découle de ses expressions, va alors pouvoir découvrir ses propres états émotionnels et faire l'expérience d'un possible échange de ces derniers.

Les émotions se vivent et se manifestent par le corps mais c'est par le biais d'autrui que l'enfant va accéder à lui-même, et mettre du sens sur ses ressentis émotionnels.

¹³ D.N. STERN - Le Monde interpersonnel du nourrisson, Paris, PUF, 1999, p. 185. ; Cité dans B.VANDENBROUCKE- Les sensorialités en psychanalyse, Cahiers jungiens de psychanalyse 2/ 2007 (N° 122), p 73-81

V- La régulation des émotions

La régulation des émotions se définit par les tentatives qu'une personne met en œuvre pour modifier ses émotions positives ou négatives. Elle peut être contrôlée, ou automatique à force de répétitions.

Mais cette régulation ne se résume pas seulement à se débarrasser d'une émotion négative, déplaisante. Elle va également avoir une action sur les différentes composantes de l'émotion, telles que, le type d'émotion, son intensité, sa durée ou ses manifestations.

A- Pourquoi réguler nos émotions ?

Les émotions remplissent de nombreuses fonctions indispensables à l'adaptation, en permettant de faciliter la détection d'un danger, d'organiser l'évaluation du monde extérieur, de préparer à l'action, de guider les interactions sociales...

Cependant, les émotions peuvent également devenir dysfonctionnelles lorsqu'elles sont en désaccord avec les objectifs de l'individu ou que leurs expressions ne s'adaptent plus au contexte et aux normes sociales imposées. C'est alors, que la capacité de régulation des émotions prend toute son importance, car elle aurait un impact dans différents domaines de la vie d'un individu, tels que :

- Les relations sociales : la régulation émotionnelle est un prérequis indispensable au bon fonctionnement des rapports sociaux, afin de se conformer aux valeurs égalitaires auxquelles l'individu adhère ou aux pressions normatives de la société. En 2005, une étude menée par P.N. Lopes et al., démontre que des personnes présentant des difficultés à gérer leurs émotions ont des relations sociales de moindre qualité et rencontrent plus fréquemment des conflits interpersonnels.
- L'apprentissage : la difficulté à gérer ses émotions impacterait également le domaine des apprentissages. En effet, les émotions sont intimement liées aux processus cognitifs, tels que, l'attention, la mémorisation, la perception et la prise de décision. L'anxiété, par exemple, est fréquemment identifiée sur le plan émotionnel, comme obstacle majeur à la réussite scolaire.

- Le bien-être : la régulation des émotions est globalement considérée comme cruciale et nécessaire à la santé mentale et physique.

L'étude de 2007, de M. Mikolajczak et al. Indique que les personnes présentant un dysfonctionnement émotionnel, sont plus à risque de développer des troubles psychologiques. De même que les personnes ayant des difficultés à atténuer leurs émotions négatives, ont un facteur de risque plus élevé à développer un problème de santé (asthme, diabète, maladie cardio-vasculaire...).

B- Les facteurs de différences entre les individus

La capacité à réguler les émotions varient grandement entre les individus. Ces différences peuvent être attribuées à deux grands facteurs : les facteurs génétiques et les facteurs environnementaux.

Plusieurs gènes seraient impliqués dans les aptitudes de régulation des émotions et constitueraient un facteur de vulnérabilité vis-à-vis de celles-ci. Cependant, pour qu'une personne présente des difficultés manifestes, ce facteur doit être combiné à des facteurs de risques environnementaux. En revanche, les facteurs environnementaux défavorables peuvent être à eux seuls, déterminants d'une faible capacité de régulation.

Le premier facteur environnemental, est ce que J. Bowlby (1973) a nommé « l'attachement », c'est-à-dire la qualité du lien entre l'enfant et ses parents. « *Un enfant dit « sécurisé » éprouvera moins d'émotions négatives et les ressentira de manière beaucoup moins intense qu'un enfant dit « insécurisé »* ». ¹⁴ La capacité des parents à répondre aux besoins physiques et affectifs de leur enfant, contribuera à déterminer les capacités de régulation émotionnelle de celui-ci.

Le second facteur, est la capacité qu'ont les parents à réguler leurs propres émotions. C'est à partir des échanges avec autrui et principalement avec les figures parentales que l'enfant apprend à moduler ses états émotionnels. Nous pouvons donc comprendre, qu'un enfant qui évolue auprès de personnes présentant un dysfonctionnement émotionnel, sera plus vulnérable à reproduire ces conduites.

¹⁴ M. MIKOLAJCZAK et M. DESSEILLES – Traité de régulation des émotions, édition De Boeck, 2012, p 30

Le troisième facteur se réfère aux événements de vie auxquels l'enfant sera confronté. Une exposition précoce à des événements traumatiques, tend à développer les risques d'une faible capacité à gérer ses émotions, le rendant plus sensible et vulnérable aux événements de vie ultérieure.

La régulation des émotions au cours des premières années de la vie d'un enfant est d'abord dépendante de l'interaction avec l'environnement. La qualité de ces relations aura ainsi un impact majeur sur sa capacité à moduler ses états émotionnels et permet d'expliquer la majeure partie des différences individuelles.

C- Le développement de la régulation émotionnelle chez l'enfant

L'enfant pour réguler ses émotions s'appuie aussi bien sur des stratégies internes (intrapersonnelles), initiées et conduites par lui-même, que sur des stratégies externes (interpersonnelles), impliquant l'intervention d'un co-régulateur. Si, chez le nourrisson les émotions dépendent en grande majorité d'un co-régulateur, en grandissant la proportion de ces deux stratégies évoluent en faveur des stratégies internes.

M. Mikolajczak et M. Desseilles (2012), décrivent différents stades de développement ontogénétique de la régulation émotionnelle, à partir de nombreux auteurs tels que Gross (2007), Saarni (1999,2000), Holodynski et Friedlmeier (2006). Ces stades sont au nombre de quatre et décrivent les modifications qui s'opèrent de 0 à 10 ans dans le processus de régulation des émotions

Le stade indifférencié : de 0 à 3 mois

Ce stade est caractérisé par une expression émotionnelle indifférenciée et de nature réflexe. Il est alors difficile de pouvoir associer une cause spécifique aux manifestations de l'enfant. Par exemple, la faim ou la douleur se manifesteront de manière indifférenciée par des pleurs.

Cependant, la détresse, le dégoût, la peur, l'intérêt et le plaisir ont été universellement repérés chez le nourrisson. Ces émotions de base ont chacune leur fonction propre et permettent d'informer le parent sur son ressenti émotionnel. Par exemple, le dégoût a pour

fonction interne d'éjecter les aliments de sa bouche et pour fonction externe, de prévenir le parent afin qu'il mette fin au nourrissage.

Les stratégies intrapersonnelles du bébé sont encore limitées. Il dispose pour cela de ses émotions de base et de ses capacités sensorimotrices précoces, pour engager un processus de régulation interpersonnelle. Le parent joue alors, grâce à ses compétences intuitives, un rôle de co-régulateur. Il a pour but de répondre et de s'adapter aux états émotionnels du nourrisson.

Le stade d'émergence des signes émotionnels différenciés : de 3 à 24 mois

Ce second stade se distingue par la différenciation de l'expression des émotions. Les réactions corporelles de l'enfant, mieux coordonnées, vont permettre au parent de préciser l'évaluation de la cause de ses réactions et ainsi, ajuster plus efficacement leurs stratégies de régulation. L'accordage de ce mécanisme de co-régulation va permettre de créer des synchronies entre la cause de l'émotion, son expression et l'action régulatrice proposée.

Vers la fin de ce stade, l'enfant va commencer à se distinguer d'autrui et différencier ses propres intentions. Cela va permettre à l'enfant d'enrichir son répertoire d'actions régulatrices intra-personnelles. Il pourra alors, mettre en œuvre des actions visant à éviter des émotions négatives ou à solliciter des émotions positives. La succion par exemple devient une action volontaire à visée auto-relaxante. Le développement de la motricité de l'enfant va également lui permettre de fuir ou de se rapprocher d'une source d'émotions, jugée négative ou positive.

Le stade de développement de la régulation émotionnelle intrapersonnelle : de 2 à 6 ans

Durant ce troisième stade, l'enfant va être amené à s'adapter aux contraintes de son environnement social. En effet, si dans les premières années de vie le parent répondait de manière inconditionnelle aux besoins de leur bébé, vers l'âge de 2 ans, le parent va amener progressivement l'enfant vers une autonomisation de la régulation intra-personnelle. En ne répondant pas immédiatement à la demande de l'enfant, le parent va mobiliser ses capacités à sélectionner les signes émotionnels appropriés et à y associer des actions régulatrices. Pour ce faire, l'adulte ne va pas désinvestir complètement son rôle de co-

régulateur. Mais il va encourager et proposer des solutions à l'enfant, afin qu'il puisse les réinvestir par imitation.

A partir de 3 ans, l'enfant sera capable de formuler verbalement une demande afin d'initier un comportement régulateur du parent. La parole va alors permettre à l'enfant de se distancer de l'émotion ressentie. Selon J. Cosnier « *Les ritualisations et les codifications de la vie sociale constituent des techniques comportementales pour maîtriser les émotions en présence d'autrui et pour aider ce dernier à contenir ses émotions dans des limites reconnues comme culturellement convenables, et, parmi les instruments régulateurs, la parole semble tenir une place de premier plan* »¹⁵. La verbalisation va donc progressivement être investie par l'enfant comme une stratégie interne de régulation de ses émotions.

Entre 3 et 6 ans, l'enfant va mettre en place des stratégies de distraction, afin de réguler des émotions issues de la frustration. Par exemple, si la satisfaction de son besoin n'est pas immédiate, l'enfant pourra utiliser le jeu pour se distraire et patienter.

L'intériorisation des stratégies : de 6 à 10 ans

A partir du quatrième stade, l'enfant acquiert une meilleure compréhension des causes, fonctions, et expression des émotions. Cela s'exprime par une modification de l'intensité et du mode d'expression des émotions. Et cela se justifie, par l'autonomisation de la régulation, entraînant un amoindrissement des manifestations des signes extérieurs de l'émotion, encore nécessaires dans les stades précédents afin d'interpeler le parent. Mais c'est bien l'intensité de l'expression qui se fait plus discrète et non l'intensité de l'émotion elle-même.

De plus, l'enfant va développer des capacités à différencier la fonction de la composante expressive, utile dans les interactions sociales, de la composante intéroceptive, qui elle sera nécessaire à la connaissance de ses états émotionnels, et donc, à la mise en place de stratégies intra-personnelles. Ainsi, en fonction de la situation l'enfant pourra choisir des stratégies adaptées et utiliser les signes d'expressions conventionnelles liées au contexte social.

¹⁵ J. COSNIER - Expression et régulation des émotions dans les interactions de la vie quotidienne, Colloque international sur les émotions, Paris, 1987

VI- Conclusion

Les émotions forment un ensemble complexe qui intervient sur la perception et contribue à apporter épaisseur et profondeur aux expériences. Elles sont reliées au corps, passent par le corps et sont en lien avec l'équilibre psychocorporel.

L'émotion est à considérer dans une dimension relationnelle et situationnelle, et non comme le fruit de la seule configuration interne du sujet.

Au travers de ces deux derniers chapitres, nous avons pu percevoir l'importance, et le caractère prédictif des interactions précoces dans le développement des émotions et de leur régulation, au cours de l'enfance.

Mais quelles sont les conséquences et leurs manifestations quand l'environnement n'est pas en mesure de répondre aux besoins de l'enfant ?

L'émotion est l'un des principaux systèmes d'interactions de l'enfant avec son environnement. De ce fait ses capacités émotionnelles sont étroitement liées aux expériences et aux vécus relationnels. Un environnement peu prévisible, insensible, peu disponible ou expressif peut ainsi affecter le comportement de l'enfant et ses capacités de régulation.

Deuxième partie

Les troubles du comportement

Qualifiés bien souvent « d'enfants insupportables », « d'enfants du chaos », « d'enfants hors des normes et de la loi », ces enfants troublent leur entourage autant qu'ils sont troublés.

Les valeurs socio-culturelles de notre société, les critères éducatifs et les capacités de tolérance de l'entourage familial et scolaire sont autant de facteurs liés à la reconnaissance de ce trouble.

L'expression pluridimensionnelle des troubles du comportement, fait écho à une souffrance psychique, dépendante du développement de l'enfant, de son histoire, et du contexte environnemental dans lequel il vit.

I- Qu'est-ce qu'un comportement ?

Dans le langage courant, le comportement se réfère à la manière d'être ou d'agir d'une personne. Il constitue « *l'ensemble des réactions observables chez un individu placé dans son milieu de vie et dans des circonstances données.* »¹⁶

Les behavioristes purs envisagent le comportement sous une forme de réponse à un stimulus. Le considérant ainsi, comme strictement objectivable et caractérisé par un ensemble de réactions motrices et/ ou de modifications des caractères chimiques.

Mais le comportement ne pouvant se réduire à un aspect physique, doit être entendu comme un phénomène mixte, présentant une double face indissociable. Une face externe, sous la forme de gestes et de mouvements dans l'espace, reconnue comme objectivable, mais également une face interne apparaissant sous la forme d'une activité dépendante du sujet et donc pourvue d'une intentionnalité, visant un certain résultat. En prenant en compte l'aspect psychique et mental du sujet, le comportement peut donc être reconnu comme un phénomène psycho-physique vecteur de l'originalité de chaque individu.

Pour qu'un comportement soit considéré comme problématique, certains critères sont à prendre en compte, tels que :

¹⁶ www.cnrtl.fr (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales)

- La nature du comportement ou sa sévérité, est inappropriée par rapport à l'âge de la personne et son niveau de développement.
- Le comportement porte atteinte à l'intégrité physique ou mentale du sujet ou d'autrui
- Le comportement est responsable d'un stress important et impact négativement la qualité de vie de l'entourage familial ou social du sujet.
- Le comportement constitue un handicap surajouté et interfère ou empêche l'apprentissage de nouvelles compétences.
- Le comportement est contraire aux contraintes des normes sociales.

Les troubles du comportement impliquent des processus qui mettent en jeu l'enfant et son environnement, et sont donc en grande partie définis par ce dernier.

II- Les classifications des troubles du comportement

L'organisation mondiale de la santé (OMS), définit les troubles mentaux et du comportement par « *des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales. Les troubles mentaux et du comportement ne sont pas de simples variations à l'intérieur des limites de la « normalité », mais des phénomènes manifestement anormaux ou pathologiques.* »¹⁷

Dans la classification internationale des maladies (CIM 10), la catégorie des « troubles du comportement et des troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence » se répartit en sept sous-catégories. On y retrouve :

- les troubles hyperkinésiques, se manifestent par un manque de persévérance et une tendance de passer d'une activité à une autre sans en finir aucune, associés à une activité globale désorganisée et excessive.

¹⁷ <http://www.who.int/fr/> (site internet de l'OMS)

- les troubles des conduites, sont un ensemble de conduites dyssociales, agressives ou provocatrices, dans lesquelles sont bafouées les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant.
- les troubles mixtes des conduites et des émotions, sont traduits par la présence d'un comportement agressif, dyssocial et provocateur, associé à des signes de dépression, d'anxiété et de troubles émotionnels.
- les troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance, tels que l'angoisse intense de séparation, un trouble anxieux phobique, une peur exacerbée des situations nouvelles ou inhabituelles.
- les troubles du fonctionnement social débutant spécifiquement durant l'enfance ou à l'adolescence, on retrouve le mutisme sélectif, le trouble réactionnel de l'attachement et le trouble de l'attachement avec désinhibition. Dans de nombreux cas, des perturbations ou des carences de l'environnement jouent probablement un rôle étiologique primordial.
- les tics, mouvement moteur ou vocalisation involontaire, rapide, récurrent et non rythmique, pouvant être transitoire ou chronique.
- les autres troubles du comportement, tels que les bégaiements, énurésies ou encoprésies sans causes organiques, pica, troubles de l'alimentation, mouvements stéréotypés.

Le manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM IV) définit, parmi les « troubles habituellement diagnostiqués pendant la petite enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence », la catégorie « déficit de l'attention et comportement perturbateur ». Cette catégorie comprend, « le trouble des conduites », « le déficit de l'attention –hyperactivité » et « le trouble oppositionnel avec provocation ».

Dans la CIM 10, l'approche conceptuelle est différente de celle du DSM IV, puisqu'il est proposé de spécifier si le trouble est accompagné ou non de troubles des émotions; s'il est limité ou non au milieu familial et si les relations avec les pairs sont restées satisfaisantes. Il souligne par-là l'importance de la dynamique affective et relationnelle, et de l'influence du milieu dans le trouble.

III- Les manifestations cliniques : un recours à l'agir

Les troubles du comportement dits « externalisés » se manifestent chez l'enfant par de l'agitation, de l'impulsivité, un manque de respect des limites ou de l'agressivité.

Ces manifestations sont bien souvent à l'origine du motif de consultation dans les services de pédopsychiatrie. Dans la clinique des troubles du comportement, c'est donc ce recours à l'agir qui vient questionner l'entourage, se retrouvant ainsi au premier plan de la demande de soins.

A- L'acte

L'agir désigne alors les actes ou les activités symptômes présentés dans les troubles du comportement.

L'acte est souvent étudié du côté de ce qui fait défaut, s'associant au passage à l'acte, au recours à l'acte, marquant une rupture et se substituant à la parole et à la pensée.

Mais l'acte est constitutif de l'homme et l'accompagne tout au long de son développement physique et psychologique.

Pour H. Wallon « *l'évolution irait de l'acte moteur à la pensée, par l'intermédiaire de la représentation.* »¹⁸ Le mouvement est alors l'instrument de l'acte qui doit être considéré comme issu de la relation du sujet avec la situation.

D'un point de vue psychomoteur, l'acte doit être vu comme un engagement à valeur expressive. « *L'acte est un engagement du corps, créatif, qui engage la personne dans ses sensations, ses perceptions, dans toute sa globalité psychomotrice.* »¹⁹ L'acte a une signification et doit alors être pensé dans ses composantes à la fois motrice, émotionnelle, relationnelle et comportementale.

¹⁸ O.TERRIOT - La naissance de l'acte chez Wallon : un acte de naissance pour une approche dynamique du développement, *Enfances & Psy* 4/ 2013 (N° 61), p. 14

¹⁹ C. POTEL *et al.* - Passer par l'acte psychomoteur, *Enfances & Psy* 4/ 2013 (N° 61), p. 20

Les troubles du comportement sont des pathologies de l'acte, qui s'expriment par des mécanismes d'externalisation des conflits qui n'ont pu être traités intrapsychiquement.

Le terme de passage à l'acte en psychanalyse renvoie à « *l'expression et à la décharge d'un matériel psychique conflictuel par le biais d'un acte à la place d'une verbalisation.* »²⁰

En psychiatrie le passage à l'acte évoque « *des actes auto ou hétéro-agressifs, isolés ou répétés, à caractère impulsif voir transgressif : il s'agit d'un passage du dedans vers le dehors qui fait rupture dans la vie du sujet.* »²¹ Le passage à l'acte vient en réponse à un état psychique intolérable et se décrit par une rupture brutale où la parole est suspendue, défaillante. Il est signe d'une souffrance qu'il faut entendre et mettre en lien avec la dynamique de la personne.

B- L'impulsivité

Le recours à l'agir qui est prépondérant dans les troubles comportementaux externalisés, nous renvoie à la notion d'impulsivité.

J.M. Albaret définit l'impulsivité comme « *une réponse trop rapide devant une situation sans tenir compte des informations disponibles qui pourraient amener l'enfant à modifier son comportement. Elle intervient aussi bien au niveau moteur que social ou cognitif.* »²² L'impulsivité sous-tend un problème de contrôle ne laissant pas un temps possible à l'élaboration et à la réflexion d'une action.

« *L'impulsivité, généralement considérée comme la tendance à exprimer des comportements spontanés, excessifs et ou non planifiés, joue un rôle essentiel dans la compréhension de nombreux états psychopathologiques et comportements problématiques.* »²³

Les psychologues S. Whiteside et D. Lynam (2011), ont identifié quatre facettes de l'impulsivité pouvant être associées à des mécanismes cognitifs, émotionnels et

²⁰ J.Y CHAGNON et A. COHEN DE LARA – Les pathologies de l'agir chez l'enfant : approche clinique et projective, édition Dunod, 2012, p15

²¹ Ibid

²² J.M. ALBARET – les troubles psychomoteurs chez l'enfant, encyclopédie médico-chirurgicale, 2001, p 4

²³ J. BILLIEUX et al. – L'impulsivité : ses facettes, son évaluation et son expression clinique, édition Mardaga, 2014, p11

motivationnels : l'urgence, le manque de persévérance, le manque de préméditation et la recherche de sensations.

- L'urgence, fait référence à la tendance à exprimer des réactions rapides et fortes en présence d'émotions négatives ou positives. Les conduites impulsives seraient alors engagées afin de réduire une émotion ou afin de la maintenir et de la prolonger. De ce fait, une difficulté à réguler ses émotions serait en lien avec une perturbation des processus d'inhibition d'une réponse dominante.
- Le manque de persévérance, se définit comme la difficulté à rester concentré sur une tâche, jugée trop difficile ou ennuyeuse. Les personnes ayant un bas niveau de persévérance, présentent des difficultés attentionnelles et une tendance à ne pas finaliser leur projet. Le manque de persévérance découle de difficultés à empêcher que des pensées ou souvenirs non pertinents entrent en mémoire de travail.
- Le manque de préméditation, est la difficulté à prendre en compte les conséquences d'un acte avant de s'y engager. Il est lié à un manque de planification et à une tendance à prendre des décisions dont les conséquences sont contre-productives à moyen ou long terme.
- La recherche de sensations, se caractérise par une tendance à rechercher l'excitation et l'aventure ainsi que par une ouverture aux nouvelles expériences. Les personnes ayant une haute recherche de sensations, auraient davantage tendance à prendre des risques et à pratiquer des activités dangereuses. Cette tendance s'associe également à une mauvaise capacité d'autocontrôle et à un engagement important dans des comportements potentiellement dommageables.

T. Zapolski et al. (2010), ont mis en place une étude visant à explorer les quatre facettes de l'impulsivité chez l'enfant et à y associer un dysfonctionnement psychologique. Les résultats ont montré que l'urgence serait associée à des comportements agressifs et à l'engagement dans des comportements à risque, en présence d'une émotion négative ; le manque de persévérance serait en lien avec des problèmes attentionnels et de faibles performances scolaires ; et la recherche de sensations serait reliée à l'engagement dans des

comportements à risque, hautement stimulants. Seul le manque de préméditation ne présente pas de corrélation spécifique au-delà de celle prédite par les autres facettes.

L'impulsivité est un trouble rarement isolé, on le retrouve dans de nombreuses entités psychopathologiques, telle que les troubles déficitaires de l'attention, les troubles anxieux, les troubles des conduites, les conduites d'addictions, les troubles obsessionnels compulsifs...

Elle se traduit par des aspects cognitifs et comportementaux, et implique quasi systématiquement des perturbations de l'ajustement psycho-social.

C- Agressivité et violence

La violence et l'agressivité sont des termes employés dans le langage courant de façon indifférenciée, s'ils ont en commun une connotation péjorative, leur signification se distingue de par leur nature et leur finalité opposées.

1- Définitions

La violence

L'OMS définit la violence comme « *la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations.* »²⁴

Cette définition distingue trois catégories de violence : les violences auto-infligées, interpersonnelles et collectives. Mais elle ne prend pas clairement en compte les différentes natures de violences pouvant intervenir.

L'UNESCO (Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture), nous propose également une définition de la violence. « *Quand on parle de violence il faudrait plutôt parler de violences au pluriel : violences physiques, psychologiques, culturelles, économiques, structurelles... [...] Dans son acception négative, la violence est*

²⁴ OMS, rapport mondial sur la violence et la santé (2002), p 5

définie comme une force brutale qu'un être impose à un autre ou à d'autres, pouvant aller jusqu'à la contrainte exercée par l'intimidation et la terreur. »²⁵

Le mot violence à une double origine : *violare* qui signifie « agir de force » et *violentus*, qui évoque un abus de force.

La violence est une force brutale, du registre de l'instinct de survie. Le but recherché concerne la sécurité du sujet face à un sentiment de menace de son identité. La violence stoppe tout processus de représentations mentales et de mises en scène psychiques.

Dans l'impossibilité de pouvoir accéder à une activité symbolique, à mettre en mots les expériences, à pouvoir en jouer et imaginer, s'opère alors un court-circuit de la pensée par l'acte, venant nommer ce qui ne peut se dire autrement.

L'agressivité

L'agressivité peut être définie comme « *une tendance ou ensemble de tendances qui s'actualisent dans des conduites réelles ou fantasmatiques, celles-ci visant à nuire à autrui, à le détruire, le contraindre, l'humilier... (Laplanche et Pontalis, 1967) »²⁶*

Si la violence est régie par un instinct défensif face à une menace existentielle, l'agressivité concerne surtout la relation d'objet, elle est spécifiquement dirigée envers celle-ci et la concerne.

L'agressivité « *interpelle, convoque, provoque l'autre. C'est une forme d'appel, une tentative de surmonter les impasses à la parole en conflictualisant la relation, de dire ce qui ne peut se dire autrement et espérer être entendu. Certains comportements dits « violents » correspondent ainsi à une agressivité. »²⁷* L'agressivité ne vise donc pas la destruction du lien à l'autre, mais bien au contraire elle évoque le besoin et le caractère indispensable de celui-ci.

Lorsque l'agressivité est orientée vers autrui, on parle d'hétéro-agressivité, et lorsqu'elle est orientée vers soi on parle alors d'auto-agressivité (par exemple, le suicide ou les

²⁵ <https://fr.unesco.org> (site internet de l'UNESCO)

²⁶ www.cnrtl.fr (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales)

²⁷ P.BENGHOZI - La violence n'est pas l'agressivité : une perspective psychanalytique des liens », Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2/2010 (n° 55), p. 11

automutilations). L'auto-agressivité relève des mêmes objectifs et représente souvent la forme intériorisée de l'hétéro-agressivité.

Dans la langue anglaise, l'agressivité est employée sous deux termes distincts, mettant ainsi en évidence toute l'ambiguïté de ce concept. *Agressivity* qui désigne l'agressivité sous son aspect négatif, visant à détruire l'autre, et *Agressireness* qui se réfère à l'affirmation de soi et à la combativité, comme composante d'un comportement adaptatif et vital.

L'agressivité peut alors être vue comme un phénomène s'inscrivant dans le développement normal de l'enfant, et comme faisant partie d'un ensemble de stratégies adaptatives et non pas nécessairement comme la manifestation comportementale d'une pathologie.

L'agressivité peut être considérée comme inadaptative lorsqu'elle « *représente une expression de mécanismes internes dysfonctionnels (système nerveux central) et occasionne à l'individu et à la société, par ses manifestations comportementales agressives intenses, fréquentes, durables et sévères, de nombreuses conséquences négatives.* »²⁸

2- Les différentes conduites agressives chez l'enfant

L'agressivité peut se manifester sous différentes formes, qui sous-tendent chacune une fonction propre.

Il faut cependant noter que la signification et l'impact d'une agressivité n'auront pas la même valeur en fonction du contexte de la situation et des personnes impliquées. Elle va alors dépendre d'une considération globale de ce qui est admis ou non au sein d'une société et de ses normes.

Les théoriciens Dodge et Coie (1987), font néanmoins une distinction entre deux formes d'agressivité : l'agressivité réactive et l'agressivité instrumentale (ou proactive).

²⁸ B.H SCHNEIDER et al. – Conduites agressives chez l'enfant, perspectives développementale et psychosociales. (2009), Presse de l'université du Québec. P. 30

- L'agressivité réactive :

Cette conduite est mise en lien avec la notion de frustration. L'agressivité réactive est une réaction influencée et déclenchée par les différentes barrières qui empêchent l'enfant d'atteindre son but. Selon les auteurs plus le but recherché est important aux yeux de l'enfant, plus l'agressivité engendrée sera élevée.

« L'agressivité réactive est une réponse impulsive, colérique, non planifiée, faiblement contrôlée, et défensive en réponse à une menace, une frustration ou une provocation perçue. »²⁹

Ce type de conduite met en jeu des processus émotionnels, où la colère est largement impliquée. Sous l'influence de la colère, l'agressivité est alors entreprise dans le but de nuire à autrui.

- L'agressivité instrumentale (ou proactive) :

Cette agressivité est sous l'influence d'un apprentissage social. Elle serait un comportement socialement appris, à partir principalement d'un phénomène de conditionnement et d'imitation.

L'agressivité instrumentale peut donc être apprise directement, à travers les expériences personnelles susceptibles d'être reproduites si elles ont été renforcées par des conséquences positives, ou indirectement, par observation, puis imitation des modèles auxquels l'enfant peut se référer.

« L'agressivité instrumentale est caractérisée par un patron de comportements planifiés, proactifs, coercitifs, non provoqués et délibérés qui sont maintenus par des renforcements externes et utilisés comme un moyen d'atteindre un but positif souhaité dans un contexte social. »³⁰

L'agressivité instrumentale, se distingue de l'agressivité réactive par le fait qu'elle est développée dans le but d'obtenir quelque chose, de s'emparer de ressources ou d'accéder à une position ou un statut social sans provocation préalable de la part d'une autre personne.

²⁹ Ibid, P 28

³⁰ Ibid, P 29

Ces deux conduites d'agressivité divergent par leur nature mais aussi par leurs fonctions attendues. Cependant elles peuvent s'intégrer dans une stratégie sociale chez un même individu et donc ne pas être exclusives l'une de l'autre.

3- Le développement de l'agressivité chez l'enfant

L'agressivité instrumentale comme l'agressivité physique apparaissent très tôt chez le jeune enfant, et sont fréquentes pendant les premières années de vie. Cette agressivité est normative et adaptative et est souvent mise en place dans des conflits pour la possession d'un objet, ou afin d'affirmer sa première autonomie vis-à-vis d'un parent, ou bien encore afin de faire sa place parmi la fratrie ou un groupe de camarades.

Ensuite, les enfants apprennent à mettre en place d'autres moyens pour obtenir ce qu'ils désirent comme l'échange ou le partage par exemple. Ils vont développer un répertoire de comportements permettant de s'adapter aux multiples situations de la vie quotidienne.

Cette évolution est à mettre en parallèle avec l'émergence du langage verbal et des compétences sociales. Car ces derniers facilitent la communication, et le développement des fonctions exécutives. Alors qu'un recours à des formes moins pacifiques comme l'intimidation ou l'agressivité verbale, ont tendance à augmenter quelque peu.

Chez une minorité d'enfants, l'agressivité physique va persister ou augmenter pendant les premières années d'école primaire, pouvant s'associer à un niveau d'impulsivité élevé, et présentant un caractère de plus en plus hostile, s'accompagnant parfois de violence. Cette agressivité est en grande majorité présente chez les garçons.

« Lorsque cette agressivité persiste, la probabilité est élevée que garçons et filles manifestent un trouble oppositionnel, puis plus ou moins rapidement un trouble des conduites dont les conséquences resteront souvent évidentes bien au-delà de l'enfance. »³¹

De par les conséquences défavorables qu'elle engendre pour l'individu lui-même et son entourage, l'agressivité est alors décrite comme une manifestation comportementale d'une psychopathologie.

³¹ J.E. DUMAS – Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, 4^e édition revue et augmentée, édition De Boeck (2013), P 338

Il est nécessaire de ne pas avoir un regard uniquement porté sur les comportements déviants de l'enfant, et de prendre en considération ce qui pourrait être en lien avec ses manifestations. Car en effet, ces pathologies où l'agir prédomine, sont bien souvent accompagnées de particularités plus discrètes, et faisant partie du fonctionnement psychique de l'enfant, tels, que des angoisses, des troubles du lien ou encore des affects dépressifs.

IV- Le contexte familial et social

Le contexte familial et social dans lequel l'enfant évolue ne peut être ignoré. La nature des comportements perturbateurs dépend considérablement du contexte dans lequel ils sont évalués.

Or les normes sociales ne seront pas nécessairement les mêmes dans tous les milieux, comme le foyer familial ou l'école par exemple.

Les symptômes des troubles du comportement, qu'ils soient adaptatifs, en réaction au contexte social, ou le reflet d'un dysfonctionnement sous-jacent ne peuvent être séparés du contexte dans lequel l'enfant se développe.

A- Les relations parent-enfant

Selon Dumas et LaFreniere (1995), un contexte relationnel perturbé durant les premières années de vie d'un enfant, entraîne une probabilité élevée de développer un trouble oppositionnel ou un trouble des conduites. Cela se manifeste par certains facteurs de risque, tels que :

- Un attachement insécuré et, en particulier, désorganisé, dès les premiers mois de vie.
- Des échanges de nature coercitive et punitive, avec des activités et expressions positives et affectueuses peu fréquentes.
- Une autorité parentale incohérente, souvent punitive, dans un contexte de stress, où se reflète l'humeur du parent autant que le comportement de l'enfant.

- Des actes isolés ou répétés de maltraitance, pouvant être perçus comme des tentatives désespérées d'un parent d'exercer le contrôle qu'il n'a pas sur son enfant.

Il est cependant difficile de déterminer si la persistance des manifestations d'opposition, de provocation, et d'agressivité reflète un contexte relationnel perturbé ou si elle est attribuable à l'enfant uniquement.

De nombreux travaux de recherches, mettent en évidence les liens entre les catégories d'attachement et les troubles du comportement. Les processus de l'attachement peuvent alors être associés à l'origine, au développement, ou au maintien des troubles du comportement.

« Un grand nombre des comportements considérés comme des précurseurs des troubles des conduites (les colères, l'agression, l'opposition) sont aussi envisagés comme des stratégies « attachementales », qui visent à obtenir l'attention ou la proximité des figures d'attachements inattentives aux signaux habituels de l'enfant. »³² À court terme ces stratégies mises en place par l'enfant sont adaptatives, mais peuvent également par la suite, contribuer à favoriser les réactions familiales négatives et ainsi augmenter le risque de voir survenir des troubles du comportement.

À l'inverse un attachement dit sécurisé, où les parents sont disponibles et accessibles, capables de lire les signaux de l'enfant et d'y répondre de façon prévisible, assurée et ajustée, peut agir comme un facteur de protection et de résilience dans un environnement à haut risque.

L'attachement sécurisé, permettrait alors d'inhiber la survenue des troubles du comportement du fait qu'il permet à l'enfant d'être plus sensible aux émotions d'autrui, et ainsi développer ses capacités d'empathie et de lecture des émotions.

L'insécurité de l'attachement doit alors être vue comme un facteur de vulnérabilité, qui combiné à d'autre facteur de risque augmenterait la probabilité d'apparition des troubles du comportement.

³² R.DUGRAVIER et al. - Attachement et troubles du comportement, Perspectives Psy 1/2006 (Vol. 45), p. 5

B- Les retentissements scolaires

Les troubles du comportement sont fréquemment associés à des retards scolaires importants, entraînant le plus souvent un placement en classe d'éducation spécialisée ou en institution, et pouvant aller jusqu'à une déscolarisation.

Les raisons engagées sont multiples et complexes, les manifestations des troubles du comportement peuvent être en lien direct avec des difficultés d'apprentissage et s'aggraver mutuellement.

Selon M. DeFrance, « *ces enfants ont construit un équilibre psychique précaire en évitant l'exercice de la pensée. Ainsi, toute situation d'apprentissage les mets en danger. Elle prend un sens persécutif et déclenche des sentiments parasites qui pervertissent autant l'objet du savoir que la relation pédagogique.* »³³

Pour investir les apprentissages l'enfant doit effectuer un long parcours. Chez les enfants présentant des troubles du comportement, la capacité à se construire des enveloppes psychiques où sera contenue la pensée, fait défaut. Limitant ainsi la possibilité d'investir une activité intellectuelle et de lier les pensées les unes aux autres.

Les conflits internes, vont alors prendre la forme d'une mise en acte, intervenant comme modalité de défense contre cette agression psychique. « *L'expression des difficultés vient submerger la capacité à penser, pour mettre au premier plan des défenses contre ce genre d'agression psychique, qui les confine à l'impuissance.* »³⁴

Leurs difficultés à intérioriser les règles, à faire l'apprentissage d'une vie en collectivité, à se respecter et respecter autrui, ainsi que d'investir le savoir académique, sont autant de facteurs aggravant la probabilité d'être confronté à un échec ou un rejet scolaire.

³³ C. WACJMAN – Adolescence et troubles du comportement en institution, 3^e édition. Edition Dunod, (2011) P. 77

³⁴ Ibid, P. 78

V- Emotion et trouble du comportement

Les difficultés de régulation émotionnelle peuvent constituer un risque pour le développement des troubles du comportement.

Ces difficultés peuvent se manifester aussi bien de façon directe, par l'expression de l'agressivité dans un contexte de stimulation élevé sur le plan émotionnel, ou de façon indirecte, en faisant obstacle aux relations sociales.

L'alexithymie est un concept fréquemment retrouvé dans les troubles du comportement. Il fait référence à l'incapacité à accéder et comprendre ses états internes. Cela se manifeste principalement par une incapacité à verbaliser ses états émotionnels, et à distinguer les émotions et les sensations corporelles associées.

L'alexithymie est également caractérisée par une vie fantasmatique limitée, qui aurait pour conséquence de développer une tendance à l'agir afin d'éviter les conflits et situations stressantes.

L'alexithymie est reconnue comme un concept multidimensionnel, s'organisant autour de deux grandes composantes :

- **Une composante émotionnelle** centrée sur un déficit de reconnaissance ou d'identification des émotions. Cette composante se manifeste par une incapacité à communiquer ses émotions à autrui et donc à les verbaliser, et également par une incapacité à identifier ses émotions et à les distinguer de ses sensations corporelles. De ce fait le sujet aura tendance à décrire ses manifestations internes en exprimant des plaintes somatiques.
- **Une composante cognitive** centrée sur un déficit de la rêverie et l'utilisation d'un mode de pensée concret non introspectif. Cette composante est caractérisée par une pauvreté de la vie imaginaire, cependant il est difficile de reconnaître et faire la distinction entre une activité imaginaire limitée ou une activité imaginaire qui ne peut être verbalisée par le sujet. On retrouve également des pensées à contenu pragmatique, tournées vers l'extérieur plutôt que sur les sensations internes. Cela

s'exprime par un schéma narratif désaffecté, une pauvreté des mots et une tendance à décrire les circonstances entourant les évènements.

Ce manque de conscience émotionnelle peut alors être mis en lien avec les difficultés à adopter un comportement adapté, et à mettre en place des stratégies de régulation des émotions.

L'alexithymie peut être envisagée comme primaire, se présentant comme un déficit de l'affectivité d'origine neurobiologique, ou comme secondaire, s'inscrivant dans un processus adaptatif visant à protéger le sujet. Il est donc important de comprendre le rôle et la fonction de cette perturbation émotionnelle dans la vie de l'individu.

L'approche verbale peut être d'un abord complexe avec ces enfants présentant des difficultés à accéder et à comprendre leurs sensations internes. En psychomotricité, l'approche corporelle présente l'avantage de ne pas recourir principalement à la parole, et permettre ainsi une première approche favorisant les capacités de communication corporelle.

VI- Trouble du comportement et troubles psychomoteurs, quels liens?

Le comportement est la partie la plus directement observable et visible de ce qu'une personne exprime à travers son corps et sa motricité.

Les troubles du comportement sont donc l'expression psychomotrice de difficultés ou de souffrances liées au développement, aux capacités d'expression, à la vie relationnelle ou psychique. Les capacités psychomotrices peuvent alors être perturbées dans leurs aspects expressifs ou instrumentaux, et ainsi avoir un impact sur l'activité corporelle, témoin de la personnalité du sujet dans sa globalité.

Afin de ne pas réduire les individualités à une sémiologie psychomotrice figée des troubles du comportement, je vais tenter de développer de façon non exhaustive, certaines manifestations psychomotrices qu'il est envisageable de retrouver chez ce public.

La fonction tonique est en lien direct avec la dimension affectivo-émotionnelle, et peut donc révéler des difficultés d'ajustement dans certaines situations.

Chez les enfants présentant des troubles du comportement, les difficultés d'ajustement tonique s'expriment le plus souvent par un fond musculaire hypertonique.

Il est important de pouvoir distinguer si cette hypertonie est situationnelle et est présente uniquement sur un mode réactionnel face à un événement stressant ou bien si elle est permanente, dans un contrôle excessif, constituant une cuirasse protectrice contre l'émergence de contenu psychique angoissant.

La dimension temporelle peut faire référence à l'organisation et la planification de stratégies. Or, chez les enfants présentant des troubles du comportement, la capacité à construire le temps est bien souvent entravée par des actes impulsifs, sans anticipation et projection possible au-delà de l'instant présent. La précipitation et l'immédiateté sont alors des caractéristiques marquantes de leur activité motrice.

La dimension spatiale peut être déficitaire tant sur le plan de l'organisation que de l'orientation. On peut observer des difficultés à se décentrer, faisant alors souvent appel à un système de références égocentriques.

Certains repères de base sont difficilement intégrés, tels que les notions de limites entre le dedans et le dehors qui peuvent demeurer flous. La perception de soi dans l'espace s'organise difficilement, l'espace est alors bien souvent investi de manière chaotique, en lien avec l'impulsivité.

Il est également possible de retrouver des difficultés de **perception et d'intégration corporelle**. En lien avec une faible disponibilité corporelle, l'écoute et la verbalisation de leurs sensations corporelles peuvent être difficilement accessibles et mobilisables.

Il est probable qu'un référentiel corporel stable et sécurisant ne soit pas intégré chez ces enfants, ne leur permettant pas de s'adapter vis-à-vis d'autrui, et de s'engager corporellement avec précision et régularité. Ce manque d'investissement et d'intégration de l'image corporelle peut alors déboucher sur une réalisation perceptivo-motrice inadaptée au contexte et à la situation.

De plus même si cela est principalement présent à l'adolescence, on peut également observer chez les plus jeunes l'émergence d'une place importante de l'image sociale. Cette

image peut être contrôlée et entraîner des modifications tant sur le plan esthétique que dans les attitudes corporelles et gestuelles.

Les manifestations psychomotrices sont reliées et dépendantes les unes des autres. Il est donc important de ne pas s'en tenir uniquement à une présentation par fonction, mais de tenter de les mettre en lien entre elles, et également avec l'histoire de l'enfant, afin de comprendre la dynamique singulière et personnelle de chacun.

VII- Conclusion

Les troubles du comportement ont des conséquences sur le développement de l'enfant. Il peut s'agir de perturbations des capacités de penser et d'agir, des compétences relationnelles ou de la perception de soi.

Ces conséquences peuvent également se traduire par des difficultés dans l'organisation sociale et la vie quotidienne, dans la compréhension et le respect des règles et du cadre, ou encore, dans l'élaboration et l'aboutissement de projets de vie.

Il existe de nombreuses pathologies qui intègrent les troubles du comportement en tant que symptôme, tels que, les troubles des apprentissages, le retard mental, les troubles de l'attachement, les maladies neurodégénératives, les syndromes frontaux... La diversité de ce trouble rend ainsi son expression complexe et variée.

Bien que les troubles du comportement soient à la croisée des chemins éducatifs et sociaux, ils prennent un caractère médical psychiatrique par leur impact sur la santé mentale. Ainsi les approches de soins ne peuvent se réduire à une dimension purement disciplinaire.

Troisième partie

La médiation jeu théâtral

I- Les médiations

A- Les médiations thérapeutiques

Les pratiques de médiations thérapeutiques telles que, la peinture, la musique, le modelage sont anciennes dans l'histoire du soin. L'engouement pour ces pratiques depuis une dizaine d'années est révélateur de la difficulté à travailler exclusivement à partir du registre verbal auprès de certains patients.

De manière générale, le terme de médiation est défini comme un intermédiaire entre deux ou plusieurs choses afin de faciliter un accord. Permettant alors de faciliter la résolution de conflits entre les personnes. À partir de cela, cette notion d'intermédiaire nous renvoie à des qualités relationnelles, et de liens entre soi et l'autre.

Dans les pratiques des médiations thérapeutiques, on introduit donc dans la relation patient-soignant un tiers médiateur, un intermédiaire. Ce médiateur peut prendre la forme d'un objet concret (peinture, pâte à modeler, animal) ou d'une technique spécifique (massage, relaxation, musique). Le choix de celui-ci va être influencé par différents facteurs, tels que le cadre institutionnel, la demande de soin, la pathologie et les besoins de la personne rencontrée, ou encore les aptitudes et préférences du soignant.

Si le choix du médiateur a une importance dans le projet de soin, M. Rodriguez nous rappelle qu'il ne peut à lui seul définir la médiation et qu'il doit être considéré comme un dispositif, un support au processus thérapeutique.

*« Si la médiation constitue un dispositif préétabli, dispositif matériel, technique, d'espace, de temps, la quintessence de la médiation est selon nous immatérielle, elle est dans les processus qui visent au déploiement de l'activité représentative ».*³⁵

M. Rodriguez, définit également trois fonctions du processus de médiation :

³⁵ J. BOUTINAUD, F. JOLY, O. MOYANO, M. RODRIGUEZ – Où en est la psychomotricité ? État des lieux et perspectives, édition in press (2014), P. 278

- La première fonction permet de constituer un « *objet d'attention conjointe* »³⁶ venant faire tiers dans la relation.
- La seconde fonction concerne « *l'apprentissage de l'objet médium* »³⁷, à travers l'utilisation, la manipulation le sujet prend possession de l'objet, et en dispose pour s'exprimer et mettre en jeu les relations intra-personnelles. L'autre devient alors un support de projection, au même titre que le médiateur.
- La troisième fonction est qualifiée « *d'effacement* »³⁸, le thérapeute est utilisé en tant que représentant concret, mais il doit pouvoir accepter de s'effacer et de n'être qu'un représentant de la représentation, afin de permettre le déploiement de l'activité représentatif du sujet.

Les médiations thérapeutiques ne sont donc pas utilisées pour la transmission d'un savoir ou d'une technique, dans un objectif d'apprentissage, mais comme un lieu, un espace, permettant de favoriser les processus créatifs et de transformer les expériences en représentation, en s'appuyant sur un étayage relationnel et sur les qualités d'un objet médium.

B- Les médiations corporelles en psychomotricité

À travers le corps, s'originent les expériences sensorielles, motrices, émotionnelles et relationnelles. En psychomotricité, les médiations corporelles vont proposer un espace d'expression et d'expérimentation, favorisant la mise en jeu du corps.

*« Les dispositifs à médiation corporelle en psychomotricité sont en définitive des propositions offertes aux patients qui visent à les affecter au sens premier du terme, c'est-à-dire « mettre dans une certaine disposition », afin d'activer ou réactiver des réactions corporelles ».*³⁹ Ainsi ces éprouvés pourront dans un premier temps être partagées pour ensuite être transformées, mises en forme et en sens afin d'être accessibles à la pensée.

Le dispositif choisi par le thérapeute va orienter la lecture du corps ainsi que son attention et celle du patient sur un registre corporel plus spécifique. Par exemple, une

³⁶ Ibid, P.283

³⁷ Ibid, P.283

³⁸ Ibid, P.283

³⁹ Ibid, P. 41

médiation telle que le massage ou la relaxation s'orientera préférentiellement sur un registre de la sensorialité, tandis que le registre d'une médiation tels que la danse ou le théâtre portera plus sur l'expressivité du corps. D'où l'importance de bien saisir les processus en jeu dans la médiation choisie afin de s'adapter au mieux à la problématique du patient.

Pour C.Potel⁴⁰, les médiations ont pour objectifs :

- de proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions ;
- de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant ;
- d'aider à la transformation des éprouvés en représentations.

À partir d'une médiation corporelle, le patient va pouvoir mettre en lien ses expériences psychomotrices, ses sensations, ses éprouvés à des émotions, des affects, afin d'accéder à des processus de symbolisation.

« Ces expériences accompagnées, contenues dans des médiations choisies pour leurs qualités de contenance particulières et spécifiques, deviennent des expériences symboligènes participant à la construction psychique et à la subjectivation, sous réserve que cet accompagnement soit un « être avec » mais aussi sensible. »⁴¹

La médiation corporelle est également une aire créative construite par le patient et le thérapeute, en s'engageant tous deux corporellement. Le psychomotricien, dans sa formation professionnelle va pouvoir expérimenter et se construire une conscience corporelle, et ainsi en s'impliquant dans la rencontre avec l'autre, accompagner et être à l'écoute de l'expressivité singulière et de l'engagement corporel du patient.

Mais pour que ces expériences corporelles puissent advenir et faire l'objet d'une élaboration psychique, il est nécessaire de pouvoir offrir un cadre suffisamment contenant, sécurisant, et sous-tendre sa pratique par une réflexion théorico-clinique.

Les médiations sont alors une zone intermédiaire de rencontre, un moyen d'expression, favorisant la relation. Cela demande au psychomotricien de pouvoir inventer, créer, imaginer ces espaces qui accueilleront l'engagement corporel à la fois fonctionnel et émotionnel du thérapeute et du patient.

⁴⁰ C. POTELE - Être psychomotricien, édition éres, (2010), P.367

⁴¹ Ibid, P.379

C- Le jeu comme médiation en psychomotricité

Présent depuis toujours dans les civilisations humaines, le jeu est universel, il fait partie intégrante du développement de l'enfant et de son éducation. Il participe à l'évolution des compétences psychomotrices, intellectuelles, affectives, de créativité et de socialisation de l'enfant.

J. Piaget accorde au jeu une place centrale dans le développement de l'intelligence de l'enfant et plus largement, dans sa manière d'aborder le monde et d'assimiler la réalité extérieure. Le jeu est un formidable terrain d'expérience psychomotrice et constitue ce qui conduit l'action à la représentation.

G. H. Mead, lui, évoque la place essentielle du jeu dans la construction de soi et la construction sociale de la réalité. Il différencie le jeu libre (play) et le jeu réglementé (game). D.W. Winnicott reprendra d'ailleurs cette distinction entre le play et le game. À travers le jeu libre, qui correspond chez Mead au jeu symbolique, l'enfant peut jouer et s'approprier différents rôles. Cela lui permet de se construire sa propre identité, et de s'inscrire par la même occasion dans le monde social. Avec le jeu réglementé, l'enfant va intégrer plus largement une organisation sociale, les liens possibles entre ses différents membres et par conséquent, les normes et les règles qui régissent cette organisation sociale. Le jeu, et notamment le jeu libre (play), constitue un terrain privilégié au développement de l'imaginaire et de la créativité de l'enfant.

Le jeu et la créativité sont considérés comme des outils majeurs de la pratique psychomotrice. Il occupe une place importante en tant que médiateur, notamment dans la prise en charge avec les enfants. En psychomotricité, le jeu aura pour objectif de proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions, en favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique.

Le psychomotricien s'implique, joue, et accepte d'être utilisé pour le jeu de l'enfant en se rendant suffisamment malléable afin qu'il puisse utiliser le thérapeute « *comme un double (ou un moi auxiliaire) au service d'un renforcement narcissique* »⁴². Mais il aura également pour rôle de contenir le jeu, de l'organiser dans le temps et l'espace et de « *permettre que la réalité et l'illusion puissent coexister sans être pour autant confondues.* »⁴³

⁴² Ibid, P. 354

⁴³ Ibid, P. 357

Selon C.Potel, les enfants qui viennent voir le psychomotricien sont souvent en panne de leurs créations ou prisonniers d'un imaginaire qui les enferme et qu'ils ne peuvent partager avec aucun autre. Le psychomotricien doit alors permettre à la créativité d'advenir afin qu'ils puissent exercer leur potentiel psychomoteur et trouver une autre issue que leurs symptômes afin qu'ils ne s'enferment pas.

Le jeu tient une place très importante dans le développement de l'enfant. Pour le psychomotricien, c'est un outil thérapeutique majeur car la créativité de l'enfant sera sollicitée grâce au jeu, favorisant ainsi l'accès à la symbolisation, à l'imaginaire.

II- Le jeu théâtral

A- Présentation

Le théâtre désigne l'art de la représentation dramatique, à travers lequel des acteurs incarnent des personnages. Le jeu théâtral peut se définir comme « *une activité libre sentie comme fictive et située en dehors de la vie courante, capable néanmoins d'absorber totalement le joueur. C'est une action dénuée de tout intérêt matériel et de toute utilité, qui s'accomplit en un temps et dans un espace expressément circonscrit* ». ⁴⁴

L'utilisation du théâtre à des fins thérapeutiques est ancienne, elle est issue du théâtre, en tant que genre littéraire allié aux différentes thérapies proposées par les soignants au cours du temps.

Mais avant d'être acteur, le patient a tout d'abord été spectateur. Aristote (IV^eS. avt J.C.), parlé de la purification des passions par la représentation théâtrale, sous le nom de « catharsis ». Il s'agissait alors, de libérer les spectateurs de leurs émotions, en les exprimant symboliquement.

Ce n'est qu'à la fin du XVIII^e siècle que le patient deviendra acteur. F.S. De Coulmier qui est régisseur d'un asile en France, va faire aménager un théâtre au sein de son établissement, où se produiront les malades, considérant alors, cette pratique comme un moyen curatif de l'aliénation de l'esprit.

⁴⁴ WWW.universalis.fr

Actuellement, l'utilisation du jeu théâtral comme médiation thérapeutique et socialisante n'est pas rare. En psychomotricité, cette médiation peut être envisagée afin d'offrir un lieu d'expression corporelle. Je vais donc, tenter de présenter quelques intérêts du jeu théâtral en mettant en avant les processus mis en jeu.

B- Le langage corporel

Dans le jeu théâtral, le corps est le médium privilégié, tant des patients que des thérapeutes. Il va être mis à disposition du personnage qui est joué, « *le corps est l'instrument du comédien, qui ne peut pas en choisir un autre* »⁴⁵. La mise en jeu du corps va alors engager l'acteur dans l'espace, les rythmes, le mouvement, favorisant ainsi son activité spontanée.

L'activité spontanée correspond à une action volontairement réalisée, sans être contrainte ou incitée. Elle naît de l'enfant, elle lui est propre et correspond à un espace de liberté et d'expression.

Pour E. Pikler, une pédiatre autrichienne, l'activité spontanée est essentielle au bon développement psychomoteur. C'est un moment de plaisir, où l'enfant expérimente le monde qui l'entoure et en comprend son fonctionnement. Ses multiples expériences vont permettre de favoriser les acquisitions motrices et intellectuelles mais elles vont également permettre de développer l'imaginaire, la créativité et l'autonomie au sens large, permettant ainsi à l'enfant de devenir acteur de son propre développement.

Cette activité spontanée est porteuse d'une expression spécifique, de notre manière d'être au monde, révélatrice d'un état affectif qui transparait par un langage corporel singulier, reflétant ainsi l'histoire et le vécu du sujet. Le langage corporel apparaît au cœur de l'espace scénique et constitue une modalité de soin privilégiée pour aborder des patients en difficulté avec le langage verbal, car « *l'expérience théâtrale mobilise une mémoire du corps, qui renvoie à des vécus archaïques, souvent préverbaux* »⁴⁶

L'expressivité corporelle dans le jeu théâtral découle de la conscience du corps à travers la sensibilité proprioceptive (posture, déplacement, mouvement...) et extéroceptive (attitude, mimique, gestuelle...), contribuant ainsi à l'affinement du schéma corporel. Elle comporte également une valeur communicative, et nécessite un engagement corporel dans

⁴⁵ A. BRUN – Le théâtre, chapitre 15, Manuel des médiations thérapeutiques (2013), édition Dunod P. 356

⁴⁶ Ibid P. 356

la relation, mais également d'être attentif au langage corporel de l'autre, de le comprendre et de s'en saisir afin de s'ajuster au mieux au jeu de son interlocuteur.

Le jeu théâtral suscite donc une implication corporelle, tonique, mimo-gestuo-posturale, qui va pouvoir prendre sens, en donnant une valeur de message aux éprouvés de l'enfant, et de les doter d'un sens partageable avec les thérapeutes et le groupe.

C- Le faire-semblant

Le jeu théâtral invite au jeu symbolique, à faire semblant, à jouer un rôle et faire « comme ci ». Dans ce jeu, l'enfant attribue différentes significations aux objets et invente des événements imaginaires en incarnant des personnages fictifs ou réels.

Entre 3 et 6 ans, le jeu symbolique est à son apogée. Le jeu fonctionnel par lequel l'enfant se confrontait au monde des objets et à leur découverte, va être doublé du jeu de faire semblant, véritable activité projective. Afin de satisfaire ses désirs et triompher des réalités difficiles à assumer l'enfant va alors agir sur le monde imaginaire. Ses créations vont prendre un sens symbolique lui permettant de dépasser ses angoisses.

Pour D.W.Winnicott, le jeu symbolique est capital, il se structure dans une aire de jeu transitionnelle qu'il nomme « espace transitionnel », en référence à un processus liant l'imaginaire et le réel dans la construction de l'individu. Cet espace transitionnel, dans lequel le jeu théâtral se déploie est un espace paradoxal, situé entre soi-même et autrui, entre réalité extérieure et réalité intérieure, jouant à partir d'une création fictive et des éléments objectifs du monde réel.

Ainsi, jouer à faire semblant, jouer un personnage, c'est accepter de se prendre pour celui-ci tout en n'oubliant pas que l'on s'en distingue. La scène propose alors, cet espace intermédiaire, situé entre le monde virtuel et le monde réel.

D- Passer par l'acte créateur

Les affects non-mentalises, les recours à l'agir, tels que nous les avons abordés dans la deuxième partie, vont pouvoir être réélaborés avec le jeu théâtral. Cette médiation a pour avantage de conjuguer la parole à une mise en jeu du langage corporel, permettant ainsi à ce qui ne peut être dit par la parole, d'être, dans une dynamique créative, exprimé corporellement.

La médiation de jeu théâtral va permettre de mettre en route, de découvrir et d'explorer sa créativité dans un espace transitionnel. La créativité est définie dans le langage courant comme « *la capacité qu'a un individu de créer, c'est-à-dire d'imaginer et de réaliser quelque chose de nouveau. C'est la capacité de découvrir une solution nouvelle, originale, à un problème donné.*»⁴⁷

Selon D.W. Winnicott, la créativité débiterait chez le nourrisson dès lors qu'il se met à penser qu'il a créé le sein pour répondre à ses besoins. C'est dans ce rapport qu'entretient le nourrisson avec l'objet du besoin, dans ce sentiment de toute-puissance que naît la créativité psychique primaire. Pour que l'objet devienne réel, c'est-à-dire séparé et extérieur, l'enfant doit d'abord se l'approprier dans l'illusion créative. La créativité est alors selon D.W. Winnicott « *la capacité de conserver tout au long de la vie quelque chose qui est propre à l'expérience du bébé : la capacité de créer le monde.*»⁴⁸

L'auteur nous dit également que « *pour être créatrice, une personne doit exister et avoir le sentiment d'exister, non de manière consciente, mais comme une base qui lui permet d'agir. La créativité est alors un faire qui est issu d'un être.*»⁴⁹

Par sa fonction de symbolisation, le jeu théâtral va permettre de mettre en scène ce qui n'est pas représentable intérieurement. Lorsque l'imaginaire est symbolisé, il peut devenir créatif. La créativité n'est pas seulement l'objet créé, mais elle comprend tous les processus d'élaboration, de fonctionnement mental et de réalisation.

L'acte créateur est donc le résultat d'une mise en action du mouvement de la pensée, dont l'instrument est le corps. Il est unique, propre à chacun et exprime les images de la pensée en les structurant et en les organisant dans le temps et l'espace. L'acte créateur se révèle lorsque le corps instrumental, le corps technique se colore de l'expressivité corporelle qui vient dire quelque chose à l'autre et donner sens.

E- Un pas vers les émotions

Le jeu théâtral invite à venir visiter toute une palette d'émotions et de sensations par le biais des différents personnages incarnés. En mettant en scène, en acte, la vie fictive de

⁴⁷ www.cnrtl.fr

⁴⁸ D.RIBAS - La créativité pour Donald Woods Winnicott, Winnicott et la création humaine, Toulouse, ERES, «Le Carnet psy», (2012) P.11

⁴⁹ Ibid, P.11

personnages, cette médiation amène à nommer, repérer et vivre diverses émotions et ainsi offrir un espace d'expression et d'expérimentation.

Le jeu de fiction va permettre aux patients de vivre des émotions sans encourir les conséquences d'une action directe, et ainsi pouvoir en toute sécurité, les exprimer et chercher à les maîtriser dans un espace protégé et sous l'identification provisoire à un personnage. La scène alors offre un espace où le patient est libre d'exprimer ses émotions et sa personnalité tout entière.

Les émotions viennent irriguer l'ensemble du corps et lui donner forme. Les acteurs en passant par la communication non verbale permise par le corps en mouvement, mais également par les réactions neurovégétatives sont amenés à véhiculer des émotions qui leurs sont propres en prenant appui sur le rôle à jouer.

*« Le patient sera donc amené par la médiation théâtrale à réactiver des expériences primitives, inscrites corporellement, qui pourront grâce au jeu théâtral se figurer, se composer en émotions partagées avec les autres patients, et le(s) thérapeute(s), voire les spectateurs. »*⁵⁰ Cet échange va ainsi venir mobiliser le registre du partage émotionnel, de la reconnaissance des émotions et de l'empathie. En s'appuyant sur l'échange des émotions via différents canaux de communication, le jeu théâtral va alors également permettre, à l'aide des situations créées, d'améliorer les habilités interactives des participants.

Ainsi, le jeu théâtral va aborder deux facettes des capacités émotionnelles du sujet. Il va solliciter les capacités de la personne à s'approprier ses émotions en lui permettant de les éprouver, de les reconnaître et de les répéter dans un cadre sécurisant. Mais également offrir un espace où les émotions pourront être extériorisées, exprimées à travers le corps afin de revêtir une dimension communicative et interactionnelle.

III- Conclusion

Le jeu théâtral en tant que médiateur, s'inscrit par sa dimension, corporelle et relationnelle dans une approche psychomotrice. Il offre un espace transitionnel, favorisant l'activité spontanée, et la découverte, l'exploration des capacités langagières du corps. Le théâtre amène à se saisir de la créativité naissante, de l'imagination pour donner vie à des personnages et les colorer d'émotions, que l'enfant pourra progressivement s'approprier et « apprivoiser ».

⁵⁰ A. BRUN – Le théâtre, chapitre 15, Manuel des médiations thérapeutiques (2013), édition Dunod P. 356

Quatrième partie

Pratique psychomotrice : le groupe jeu théâtral

I- Présentation

A- La structure

L'hôpital de jour où j'effectue mon stage est un établissement public de santé, rattaché au pôle de psychiatrie infanto-juvénile. Il accueille des enfants, âgés de 3 à 11 ans, présentant des troubles évolutifs du développement, tels que des troubles psychologiques, psychomoteurs ou comportementaux, nécessitant une prise en charge institutionnelle globale.

Suite à une demande de soins, provenant généralement de l'école ou du médecin pédiatre, les enfants sont orientés vers une assistante socio-éducative afin d'effectuer un premier entretien et formaliser une demande de soins. À la suite de cela, une consultation médicale avec un pédopsychiatre est programmée et pourra déboucher sur d'autres évaluations pluridisciplinaires afin d'élaborer en équipe un projet de soins. Le projet de soins va permettre de déterminer l'orientation institutionnelle, en ambulatoire au centre médico-psychologique (C.M.P) ou en hospitalisation à l'hôpital de jour (HJ).

À l'hôpital, les patients sont reçus séquentiellement sur demi-journée afin de conserver une scolarisation. Ils bénéficient de temps pédagogiques et de divers ateliers de groupe ainsi que des temps de prise en charge individuelle ou en groupe.

L'équipe pluridisciplinaire se compose d'infirmiers, de psychologues, de psychomotriciens, d'orthophonistes, d'éducateurs spécialisés, d'instituteurs, de médecins psychiatres et de cadre de santé. Les professionnels sont répartis sur trois unités de jours et une unité de nuit.

Chaque unité de jour est divisée en trois lieux d'accueil comprenant chacun un groupe de trois à quatre enfants. Pendant les temps d'hospitalisation les enfants sont accompagnés et encadrés sur leur lieu de vie par une équipe de deux professionnels référents (composés de deux infirmiers, ou un infirmier et un éducateur spécialisé).

B- Le dispositif groupal

Le groupe dont il est question, est un groupe fermé composé de trois garçons, âgés de 9, 10, et 11 ans, lorsque je les rencontre en octobre 2014. Les enfants ont alors eu le temps de se rencontrer car en plus des temps de prise en charge en psychomotricité, ils évoluent sur la même unité depuis environ un mois.

À l'hôpital de jour les groupes sont généralement constitués en fonction de leur âge et de la manifestation de leur trouble. Au-delà de la contrainte institutionnelle, en raison du nombre important de demandes de prise en charge, le choix de la prise en charge groupale en psychomotricité s'est fait dans le but de favoriser leur capacité émotionnelle et relationnelle.

Ces enfants ont en commun une histoire difficile et souvent douloureuse, et manifestent tous les trois des troubles du comportement, qui viennent s'inscrire soit en tant qu'entité diagnostic, soit en tant que symptôme d'un autre trouble.

Face à la problématique majeure de la relation et du lien, le groupe en psychomotricité offre la possibilité de proposer « *une aire transitionnelle, « un terrain », un espace, où l'activité du « jouer » va faire transition entre soi et les autres* »⁵¹.

Ainsi dans le groupe, le travail thérapeutique va se faire « *au travers des échanges qui naissent dans le jeu commun, partagé* »⁵². La médiation utilisée va donc permettre de créer du lien et mettre en relation les membres du groupe autour d'un objet d'attention conjointe.

La psychomotricienne n'effectue pas de bilan psychomoteur standard. Cependant, avant mon arrivée ses trois premières rencontres avec le groupe lui ont permis de se renseigner sur le niveau psychomoteur, cognitif et affectif de chacun, afin de déterminer les objectifs de prise en charge de chaque enfant et élaborer un projet de soin.

⁵¹ C. POTEL - Être psychomotricien, édition éres, (2010), P.381

⁵² Ibid, P.381

C- Le projet de soin

À partir de ces observations, nous avons choisi d'orienter la prise en charge autour d'une médiation de jeu théâtral. Cette médiation va permettre aux enfants du groupe d'améliorer leurs relations interpersonnelles, à travers une prise de conscience corporelle et une revalorisation de soi. Mais également de proposer dans une dynamique créative, un lieu d'expériences, favorisant le jeu du corps et des émotions porteur d'une expression spécifique.

Le jeu théâtral va leur permettre d'entrer dans un jeu de faire-semblant à plusieurs, à partir d'une intention de départ et d'une situation faisant intervenir différents personnages. Il s'agira alors de créer ensemble, un espace de jeu, différent de la réalité, où un évènement sera joué.

Cette médiation va donc solliciter et favoriser l'investissement et l'expressivité corporelle et émotionnelle, dans un étayage relationnel contenant. Elle va également permettre au travers du jeu d'extérioriser leurs difficultés liées à leur histoire personnelle et familiale.

D- Le cadre thérapeutique

Le cadre, son maintien et sa cohérence, constitue un élément majeur de l'espace thérapeutique. Selon X. Pommereau, le cadre structure l'espace-temps de la rencontre et des échanges. Mais il doit être question de contenance et non de détention, de souplesse et non de rigidité.

R. Kaës a défini les fonctions principales du cadre de manière suivante ⁵³ :

- une fonction de contenance des objets internes et des processus psychiques
- une fonction limitante, permettant une distinction entre le « moi » et le « non-moi », afin de construire une intériorité et une extériorité corporelle puis psychique
- une fonction symboligène, en tant que support de l'activité symbolique du sujet

⁵³ J. BOUTINAUD, F. JOLY, O. MOYANO, M. RODRIGUEZ – Où en est la psychomotricité ? État des lieux et perspectives, édition in press (2014), P. 268

- et une fonction transitionnelle, car il participe à la construction d'un espace transitionnel où règne la paradoxalité.

Le cadre thérapeutique détermine l'ensemble des processus qui vont émerger au sein de la pratique psychomotrice et définit ce qui contient l'action thérapeutique dans un espace, un temps, une pensée.

Pour cela des conditions concrètes préalables ont été mises en place afin de définir le cadre de l'atelier jeu théâtral :

- Des conditions de temps : les séances de psychomotricité ont lieu une semaine sur deux en alternance avec des séances de pédagogie.

Les séances se déroulent à jour et à heure fixes afin d'instaurer une régularité pouvant s'intégrer comme des repères. Le temps de séance est de 45 min, et va être divisé en trois grands temps :

Un premier temps d'échanges où nous sommes assis en cercle, afin de préparer et construire ensemble l'histoire qui va être jouée, suivis d'un temps de jeu où l'histoire inventée sera mise en action. Ce temps sera également rythmé par les entrées et les sorties des personnages, et enfin un temps d'échanges, de mise en mots, sur les expériences et ressentis de chacun.

- Des conditions d'espace : les séances vont se faire dans la salle de psychomotricité où deux espaces bien distincts sont mis en place afin de différencier l'espace de jeu et l'espace des spectateurs.

On ne joue pas n'importe où, entrer dans l'espace dédié à la scène signifie l'entrée en jeu, et ainsi la sortie de cet espace annonce l'arrêt du jeu, la fin du rôle joué. L'espace scénique est alors conçu comme une aire transitionnelle visant à déployer un espace potentiel de jeu contenant les expériences motrices, sensorielles et émotionnelles.

- Des conditions de règles communes : elles comportent la règle du faire-semblant, essentielle au travail de symbolisation, qui permet de maintenir une distance entre la réalité et la fiction. De même que s'il est permis de tout dire au travers un rôle, il n'est pas permis de tout faire. Il est par exemple, interdit de véritablement frapper ou embrasser en dehors d'une action simulée. Une règle de respect mutuel du jeu de

l'autre a également été instaurée, où il est interdit de se moquer ou de déranger le jeu des acteurs. Ces règles vont permettre l'aménagement d'un terrain sécurisant, d'un espace libre-protégé où la créativité et l'imaginaire pourront se déployer.

- Des conditions d'encadrement : les séances se font en co-animation avec une éducatrice spécialisée et une infirmière afin d'aider à assurer le respect du cadre, et proposer un regard clinique différent. Notre rôle sera donc de contenir et d'organiser le jeu dans un espace - temps, de permettre à la créativité et l'imaginaire d'advenir, et de favoriser l'accès à leurs éprouvées. Les thérapeutes ne restent pas observateurs, nous participons activement au jeu des enfants, afin de les accompagner dans un rôle étayant, au travers d'un engagement corporel.

II- Etudes de cas

Je vais maintenant vous présenter les trois enfants qui ont participé durant cette année à l'atelier jeu théâtral. Je présenterai pour chacun d'entre eux, leur histoire, leur environnement familial, leur parcours de soin, ainsi que leur évolution au fil des séances de psychomotricité.

A- Timothée

1- L'histoire de Timothée

Timothée est né à terme, en juin 2004, l'accouchement se serait, selon la mère, déroulé très difficilement. Elle qualifie son enfant comme un bébé pleureur, très demandeur, et qui dort très peu. Timothée a acquis la marche à 14 mois et a présenté une encoprésie jusqu'à l'âge de 4 ans. Il a deux demi-frères issus d'une première union du père.

Les parents de Timothée se sont rencontrés en 2002 à l'hôpital psychiatrique, alors qu'ils étaient tous les deux hospitalisés pour une dépendance à l'alcool. Deux ans après la

naissance de Timothée, le couple s'est séparé suite à la rechute dans l'alcool du père. Un an plus tard c'est la mère qui fit une rechute, entraînant une hospitalisation avec Timothée.

A la suite d'une procédure judiciaire de la mère qui a des craintes à laisser son enfant seul avec son père, Timothée alors âgé de 3ans, bénéficiera de rencontre avec son père uniquement un samedi après-midi sur deux, dans les locaux d'une association dédiée au soutien des familles en difficultés.

Le comportement de Timothée se serait selon la mère et le personnel éducatif, très vite dégradé. Timothée présente un comportement agressif envers les autres enfants et certains adultes, il n'obéit pas, et fait des crises de colère de plus en plus violentes entraînant une demande de soin.

2- Le parcours de soin

En 2008, Timothée est adressé au centre médico-psychologique (CMP), pour trouble du comportement avec hétéro-agressivité, à la demande de la mère et de l'école, il est alors âgé de 4 ans.

Durant deux ans Timothée bénéficiera d'une prise en charge individuelle en psychologie ainsi qu'une guidance parentale. À la suite de ces soins la famille, ainsi que les soignants observent un net amendement du comportement. Mais des évènements familiaux tels que la grossesse de sa mère avec son nouveau conjoint ainsi qu'un diagnostic de maladie grave du père vont entraîner une réapparition des difficultés, conduisant à une orientation vers l'hôpital de jour.

Timothée est âgé de 6ans lors de son entrée à l'hôpital, où il bénéficie de trois demi-journées d'hospitalisation. Ses prises en charge s'orientent autour de soins individuels en psychologie, d'une prise en charge groupale en psychomotricité ainsi que d'une prise en charge psycho-éducative en groupe.

3- Le diagnostic

Un trouble des conduites a été diagnostiqué chez Timothée. Selon la classification internationale des maladies (CIM 10), le trouble des conduites se définit comme « *un ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lesquels sont bafoués, soit les droits fondamentaux, soit les normes ou les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant.* »⁵⁴

On peut retrouver chez ces enfants certaines manifestations caractéristiques de ce trouble, dont⁵⁵ :

- Un manque de tolérance à la frustration, une forte susceptibilité et un manque de patience.
- Une faible tolérance à la critique, face à laquelle ils s'emporent facilement.
- Ils sont imprévisibles et souvent « explosifs ».
- En situation de conflit, qu'ils en soient les instigateurs ou non, ils attisent la rivalité plutôt qu'ils ne l'apaisent.
- Ils rendent leur entourage responsable des confrontations provoquées par leur comportement.
- Leur agressivité est souvent réactionnelle face à des provocations, ou pour se défendre.
- Ils donnent souvent l'impression d'être des « durs », car ils manquent de considération, d'empathie et de sollicitude mais également car ils manifestent peu ou pas de remords ou de culpabilité lorsqu'ils reconnaissent leurs infractions.

4- L'environnement familial et scolaire

Actuellement, Timothée vit avec sa mère et son conjoint avec qui elle a eu un petit garçon. La mère semble dépassée par le comportement de son fils et a de grandes difficultés à maintenir un cadre, contrairement au beau-père qui lui se montre très rigide. Le comportement de Timothée crée des conflits dans le couple, le beau-père dira que Timothée « veut les séparer ». Dans le discours de l'enfant le beau-père apparaît comme une personne

⁵⁴ J.E. DUMAS – Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, 4^e édition revue et augmentée, édition De Boeck (2013), P 348

⁵⁵ Ibid, P.352

maltraitante et dit « prendre le contrôle de la maison quand je suis avec maman, je suis comme un chef de chantier. » La mère semble prise par un sentiment de culpabilité et dit vouloir réparer les erreurs qu'elle a commises durant la petite enfance de Timothée. L'enfant peut dire « quand maman me fait des cadeaux, elle m'aime et quand elle me gronde, elle ne m'aime pas ».

Jusqu'en juillet 2014, Timothée était scolarisé en école primaire. Mais durant la dernière année le comportement de l'enfant se serait très vite dégradé. Timothée refuse les apprentissages, et plus particulièrement les exercices qui nécessitent un passage à l'écrit. Il se lasse vite et délaisse les activités pour aller attirer l'attention et perturber les autres élèves. Il peut se montrer agressif et insultant envers ses camarades. Il rejette systématiquement la nouveauté et le moindre obstacle peut le faire basculer dans la colère et gâcher son travail. Timothée a de bonnes capacités mais trop souvent entravées par son refus des apprentissages et la peur de l'échec. À la suite d'un épisode de fugue, une orientation dans un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP), a été faite pour la rentrée 2014.

5- Ma première rencontre avec Timothée

Je rencontre Timothée lors de mon premier jour de stage à l'hôpital de jour en octobre 2014. Timothée est alors âgé de 10 ans et bénéficie de deux journées et demie par semaine d'hospitalisation, accompagné le temps restant d'une scolarisation en ITEP.

J'aperçois alors, un garçon de taille moyenne, un peu rond, avec des cheveux roux, mi-long qui couvrent son visage et ses yeux clairs. Il descend du taxi en t-shirt (alors que la température extérieure ne s'y prête pas vraiment) et avance d'un pas nonchalant, la tête baissée, pour serrer la main de l'éducatrice, sans dire un mot. Puis vient alors le moment de me présenter à lui, n'osant pas tenter une poignée de main, au vu de sa faible disponibilité à échanger, je me contente de lui dire « bonjour ». Ne me laissant pas la chance d'en dire plus, il tourne alors les talons en me lançant un « au revoir » qui vient mettre fin à cette présentation succincte. J'ai ainsi vite compris que ce n'était pas « gagné », et que mes sept mois de stage ne seraient pas de trop pour réussir à entrer en relation.

6- Mes observations sur l'unité

Timothée cherche en permanence les limites et un rapport de force avec l'adulte. Il peut avoir une communication inadaptée et se montrer familier avec l'adulte, ne respectant pas les distances relationnelles. Il est dans une surenchère permanente, mettant en avant l'importance du paraître, et supporte difficilement qu'on le contredise ou qu'on le frustre, répondant par des réactions violentes en devenant insultant ou en s'attaquant au matériel. Timothée présente d'importants mécanismes de défense, en cherchant à maîtriser son environnement ou en se montrant opposant. Il présente également des conduites à risque, qui s'expriment par une grande impulsivité motrice pouvant parfois le mettre en danger, et par ses goûts pour les sports extrêmes, les animaux dangereux ou encore les jeux vidéo violents.

Dans le groupe, Timothée se positionne en leader, et cherche à contrôler et manipuler les autres enfants du groupe. Il peut difficilement investir une relation saine avec ses pairs, se focalisant sur un rapport de compétition et de rivalité. Timothée supporte mal que l'attention des adultes soit portée sur les autres enfants, c'est un enfant qui occupe beaucoup de place et recherche une relation privilégiée avec l'adulte.

Cependant c'est un enfant qui peut se montrer vif, intelligent, et qui a beaucoup d'humour, de plus il peut être bienveillant, à l'égard des autres enfants lorsqu'ils sont en difficultés et lorsqu'il est disponible à entrer en relation.

7- Le projet de soin en psychomotricité

Une prise en charge en psychomotricité autour d'une médiation théâtrale a pour objectif de proposer à Timothée un lieu où son comportement impulsif pourrait trouver une forme d'élaboration et d'expression corporelle possible et également aborder ses ressentis émotionnels à travers des jeux de rôle.

Une activité ludique n'ayant pas pour enjeux la performance et la compétition, pourrait lui permettre de diminuer sa crainte de l'échec et favoriser ses capacités relationnelles avec ses pairs.

B- Mathéo

1- L'histoire de Mathéo

Mathéo est né en mars 2005 à saint Pétersbourg. Il a passé les deux premières années de sa vie dans un orphelinat russe avant d'être adopté par un couple français.

Il est né au terme de 33-34 semaines d'aménorrhée, et présente une hypoxie lors de l'accouchement et une hépatite C qui a été mise en lien avec une prise de drogues de la mère pendant la grossesse. Mathéo est hypotrophique à la naissance, il pèse 1K300 et mesure 42 cm. Il présente également une microcéphalie sans dysmorphie, hormis un philtrum trop bombé.

Il est le second enfant du couple, leur premier enfant âgé aujourd'hui de 14 ans, a également été adopté en Russie à 4 ans, et présente un syndrome de Little.

La première année suivant l'adoption a été, selon la mère « magnifique », Mathéo était très avide de câlins, car selon les parents « l'orphelinat de Russie se résumait à assurer le nourrissage et les besoins élémentaires de l'enfant, le laissant dans un grand vide affectif. »

Peu avant les 3 ans de Mathéo, lors de la reprise du travail de la mère et au moment de sa première scolarisation, tout se serait très vite dégradé. Son comportement se serait modifié, manifestant de l'opposition et une faible tolérance à la frustration qui entrainerait chez Mathéo de très fortes colères allant jusqu'aux spasmes de sanglots. Ses difficultés sont aussi présentes à l'école, et entraineront très rapidement une déscolarisation sur tous les après-midi. S'ensuit alors un long parcours de soin...

2- Le parcours de soin

Suite aux troubles du comportement, Mathéo est adressé au centre médico-psychologique (CMP) par son médecin pédiatre, il est alors âgé de 3 ans et demi. Les parents formulent une demande d'aide suite à la situation qui serait selon eux « devenue intenable et souhaiteraient passer ce cap difficile afin de reconstruire une famille prompte à aider Mathéo ». Il sera alors pris en charge en soin ambulatoire pendant un an.

Le travail de confiance entre la famille et l'institution est difficile à instaurer, entraînant une interruption des soins au bout d'un an. Selon les parents, le CMP ne proposait pas de soins adaptés à leur demande. Peu de temps après cet arrêt, une information préoccupante a été donnée par l'école, entraînant une reprise de contact avec les services de soins et une orientation vers l'hôpital de jour.

Mathéo est alors âgé de 5 ans, il bénéficie d'une hospitalisation de six demi-journées, et de deux nuits par semaine. Il est hospitalisé en raison des manifestations d'un trouble de l'attachement ainsi qu'un risque de déscolarisation.

Depuis son entrée à l'hôpital Mathéo, bénéficie de soins divers, tels qu'une prise en charge en psychologie, une prise en charge en psychomotricité, et des temps d'enseignement spécialisé.

3- Le diagnostic

Un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et un trouble de l'attachement de type désinhibé ont été diagnostiqués chez Mathéo.

Les troubles causés par l'alcoolisation fœtale regroupent, selon l'OMS, différentes manifestations pouvant survenir chez un individu dont la mère a consommé de l'alcool pendant sa grossesse. On peut retrouver :

- une dysmorphie faciale
- un retard de croissance prénatal et/ou postnatal
- des troubles du développement neurologique pouvant s'exprimer, par un retard mental, des difficultés d'apprentissage, des troubles du comportement, et un trouble des facultés d'adaptation sociale.

Le trouble de l'attachement se définit selon le DSM-IV « *par un contact social manifestement troublé et inapproprié sur le plan du développement, et ce dans la plupart des contextes relationnels. Ceci est attribué à des soins gravement insuffisants et pathogènes.* »⁵⁶

⁵⁶ GUEDENEY. A – trouble de l'attachement chez le jeune enfant, Elsevier, 2010, Pages 88

Le trouble de l'attachement de type désinhibé est caractérisé par « *une hyperréactivité du système d'attachement, avec une très faible discrimination sociale, avec pour résultat des attachements diffus et non sélectifs.* »⁵⁷

4- L'environnement familial

Les difficultés de Mathéo rendent le quotidien et la vie de famille particulièrement problématique, amenant le couple vers une lassitude et un mal-être. Les relations avec son frère sont très difficiles, car Mathéo casse toutes ses affaires personnelles, et veut régenter sa vie. Mathéo présente une instabilité et une agressivité de plus en plus massive. Les relations avec sa mère ne cessent de se dégrader. Elle décrit des élans d'amour et de haine pour son fils, ainsi que son vécu d'être « phagocytée » par lui. Mathéo peut aller jusqu'à récupérer les sous-vêtements sales de sa mère, et dire vouloir être une fille. Ce n'est pas tellement la question de l'identification sexuelle qui dérange la mère, mais le fait que dans ces situations il devient « elle-même ». Mathéo peut également lécher la poitrine de sa mère, qui dit « vivre ces intrusions comme un viol ». Il devient de plus en plus violent avec elle, allant jusqu'à exprimer que son enfant lui fait peur.

Face au comportement dévastateur de Mathéo alors âgé de 6 ans, le couple sollicite un accueil provisoire de leur enfant dans une famille d'accueil. Ils ont exprimé un vide et une culpabilité lors des premières semaines, mais ont très rapidement pris conscience qu'ils étaient dans l'incapacité de projeter un éventuel retour de leur enfant au domicile. Actuellement, Mathéo est accueilli dans deux familles d'accueil différentes et rentre chez ses parents uniquement le dimanche.

5- Ma première rencontre avec Mathéo

Je rencontre Mathéo lors de mon premier jour de stage à l'hôpital de jour en octobre 2014, Mathéo est alors âgé de 9 ans et demi. Il bénéficie de trois journées et demie par semaine d'hospitalisation et est scolarisé le temps restant dans une classe pour inclusion scolaire (CLIS).

⁵⁷ Ibid

La psychomotricienne, me présente Mathéo, un garçon de petite taille, à la silhouette frêle, croulant sous le poids de son cartable qui lui glisse le long des bras. Mathéo s'approche alors de moi en remontant les bretelles de son cartable sur ses épaules et en jetant sa longue écharpe derrière lui tout en balançant la tête en arrière. Il me tend une poignée de main que je perçois sans consistance et m'adresse un large sourire béat. Son regard déroutant scrute minutieusement mon visage sans dire un mot. Gênée, je retire ma main, et tente de reprendre un peu d'aisance au travers d'une banale présentation.

6- Mes Observations sur l'unité

Mathéo est dans une grande insécurité, qui se manifeste par une instabilité motrice et un état de tension corporel important. Il est dans une recherche constante d'un contact physique avec l'adulte, il peut agripper le bras d'une personne qui passe à côté de lui de manière indifférenciée et sans y attribuer une signification.

On retrouve également des gestes ou des comportements inadaptés envers l'adulte, il arrive qu'il vienne nous toucher dans un geste précipité ou nous dire des choses déplacées, tels que : « tu as de belles lèvres ».

Il a un vocabulaire bien étoffé, mais son discours est souvent plaqué sur celui de l'adulte et mal adapté au contexte. Dans la plupart des situations Mathéo est dans une grande agitation, et peut difficilement mobiliser son attention. Il présente des rires immotivés ou des « bizarreries », tels que des petits gestes parasites autour de la bouche, des balancements ou une respiration forcée.

Ses gestes peuvent être très impulsifs et violents, que ce soit envers les autres ou envers les objets. Ses dessins par exemple, se terminent toujours dans un aller-retour frénétique du crayon sur la feuille allant jusqu'à la déchirer, pour ensuite la mettre en boule et la jetée dans la pièce.

Au sein du groupe, avec les deux autres garçons (Kévin et Léo), Mathéo semble perdu, et trouve difficilement sa place au milieu de ces enfants qui font une tête de plus que lui et s'intéressent plus aux jeux vidéo, qu'aux peluches avec qui Mathéo communique. C'est un enfant qui agace. Son attitude, son comportement incite souvent ses camarades à le

repousser physiquement, Mathéo répond à cela en se projetant de manière démesurée contre un mur, en dévoilant un regard affolé dans un état de sidération.

Si l'expression de son mal-être peut provoquer le rejet, elle peut également déclencher des réactions inverses où l'enfant sera alors materné et gâtifié. La fragilité, l'immaturation affective de Mathéo et sa violence, son comportement social inadapté renvoient alors à des réactions et des réponses souvent ambivalentes de son environnement.

7- Le projet de soin en psychomotricité

Une prise en charge en psychomotricité autour d'une médiation théâtrale a pour objectif de proposer à Mathéo un espace afin qu'il puisse réguler son comportement impulsif et mobiliser ses angoisses dans un projet créatif.

De plus nous avons souhaité lui proposer une activité dans laquelle il pourra, en toute sécurité, exprimer ses émotions, afin de les reconnaître et de se les approprier, à partir de sensations vécues via le rôle d'un personnage.

C- Kévin

1- L'histoire de Kévin

Kévin est né à terme, en juin 2003, aucuns antécédents somatiques ne sont mentionnés dans son dossier et je retrouve très peu d'éléments sur ses premières années de vie. Une mesure de l'action éducative en milieu ouvert (AEMO), a été mise en place de 2004 à 2009 en raison des problèmes de dépendance à l'alcool et aux stupéfiants des parents. En 2009, un placement en famille d'accueil a été décidé suite à l'incarcération du père et de la situation précaire de la mère vivant sans domicile fixe.

Kévin a un grand frère, de trois ans son aîné, et une demi-sœur issue d'une seconde union de la mère. Les difficultés de Kévin auraient, selon l'école, commençaient à apparaître à l'âge de 4ans, se manifestant par une opposition passive, des difficultés à respecter le cadre et une instabilité psychomotrice.

2- Le parcours de soin

À la demande de l'école, une première inscription, qui n'a pas donné suite (l'enfant ne s'est pas présenté), a été faite au centre médico psychopédagogique (CMPP), en 2007 pour troubles du comportement. À la demande de l'aide sociale à l'enfance (ASE), il y a eu une seconde inscription en 2011, suite à un mal-être grandissant et un comportement sexualisé envers ses camarades d'école. Cette déstabilisation du comportement est concomitante à l'extension du droit d'hébergement du père, qui à la suite de ces événements a été réduit et médiatisé temporairement pour cause de comportement violent du père sous l'emprise de l'alcool. Une psychothérapie a été mise en place au CMPP où il en ressort que « les capacités de contenance de l'adulte sont constamment mise à l'épreuve et le cadre psychothérapeutique fait émerger une violence interne qu'il peine à contenir. Les agressions verbales sont souvent employées pour servir de support à un vécu dépréciatif et un malaise envahissant. »

Fin 2013, alors que Kévin est âgé de 10 ans, il est amené par sa famille d'accueil aux urgences pédiatriques pour risque de passage à l'acte et comportement auto-agressif, à l'issue d'un événement traumatisant où Kévin a été agressé physiquement dans la rue par un autre enfant avec une barre de fer, alors qu'il était en week end chez son père. À la suite de cela, le CMPP a demandé un relais vers l'hôpital de jour, qui s'est effectué début 2014, à raison de deux demi-journées par semaine, avec une prise en charge individuelle en psychologie, une prise en charge de groupe en psychomotricité et des temps d'enseignement spécialisés.

3- Le diagnostic

Un trouble du comportement pris dans une dysharmonie évolutive a été diagnostiqué chez Kévin. Il se définit par « *des manifestations qui s'inscrivent dans une perturbation d'évolution dysharmonique, d'instauration précoce où domine l'influence des facteurs*

sociaux. Les troubles de la personnalité, pris dans ce processus, s'expriment principalement par l'insécurité de fond, l'immaturation, les angoisses dépressives et de séparation. »⁵⁸

4- L'environnement familial et scolaire

Actuellement Kévin est toujours accueilli dans une famille d'accueil et voit ses parents un week-end sur deux en alternance avec son frère aîné qui lui vit dans un lieu de vie et d'accueil (LVA). Dans la famille d'accueil, Kévin se montre souvent très agité et ne supporte pas de rester seul dans une pièce, ils disent que « c'est un enfant très attachant, mais que son comportement peu très vite se dégrader et devenir vulgaire et colérique à la moindre réflexion ». Avec les autres enfants accueillis, Kévin ne sait pas jouer sans être agressif « il peut mentir, être violent et casser les jouets. »

À la suite d'un désinvestissement scolaire, une orientation dans un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP), a été demandée pour la rentrée 2014. Mais en raison d'une déficience intellectuelle légère, l'orientation en ITEP n'a duré que deux mois, avant d'être réorienté vers une classe pour inclusion scolaire (CLIS) où il est scolarisé actuellement.

5- Ma première rencontre avec Kévin

Lorsque je rencontre Kévin pour la première fois en octobre 2014, il est alors âgé de 11 ans et bénéficie de deux journées et demie d'hospitalisation par semaine.

Kévin est un garçon de grande taille, à la carrure déjà bien développée pour son âge et avec de grands yeux bleus. C'est avec une démarche un peu lourde et des épaules qui « roulent des mécaniques » pour tenter d'en imposer, que Kévin s'approche de nous pour nous saluer. Je saisis alors la main qu'il me tend. Il sert alors la mienne avec virulence en exagérant brutalement le geste, et en me lançant un « salut », d'une grosse voix forcée, montrant peu de distance relationnelle appropriée à une première rencontre.

⁵⁸ C. WACJMAN – Adolescence et troubles du comportement en institution, 3e édition. Edition Dunod, (2011)
P. 48

6- Mes observations sur l'unité

Kévin montre une certaine méfiance et ambivalence dans sa relation aux autres. Il peut formuler une demande d'aide et une certaine envie à investir la relation et l'instant d'après rejeter celle-ci en se montrant brutal dans ses paroles et devenir opposant à toute proposition. Kévin peut dévoiler une très grande sensibilité dans certaines situations et se laisser envahir par ses émotions qui ne trouvent pas d'autres issues que dans la décharge verbale et motrice. Il agit très souvent sous l'influence de l'impulsivité, par des actes non réfléchis, qu'il finit souvent par regretter, s'enfermant alors dans une certaine tristesse et culpabilité.

Le matin un projet a été mis en place afin qu'il puisse participer à la réalisation des repas de l'unité avec les agents de services hospitaliers (ASH). C'est un moment qu'il investit avec beaucoup de rigueur et de générosité. Kévin voudrait être boulanger plus tard pour « faire du bon pain pour les autres. »

Dans le groupe, il résiste difficilement à la tentation de suivre Timothée et faire ce qui lui demande. Il se laisse vite influencer par ce dernier qui a tendance à le manipuler, l'entraînant dans ses bêtises, ce qui se termine bien souvent par des conflits entre les deux enfants. Avec Mathéo, il est là encore dans une relation ambivalente, où il va avoir tendance à se moquer de lui ou à le bousculer et l'instant d'après, se montrer bienveillant et le soutenant lorsqu'il est en difficulté.

Kévin est difficilement prévisible, on ne sait jamais à quoi s'attendre lorsqu'on va à sa rencontre, en raison de sa grande labilité émotionnelle et sa méfiance dans la relation.

7- Le projet de soin en psychomotricité

Une prise en charge en psychomotricité autour d'une médiation théâtrale a pour objectif de proposer à Kévin un jeu socialisant afin de l'aider à s'ajuster dans ses relations avec autrui.

Mais également de favoriser ses capacités d'expression corporelle et verbale afin de tempérer les agirs compulsifs dans un cadre pouvant accueillir l'extériorisation des difficultés affectives et familiales.

D- Au fil des saynètes

Je vais maintenant vous présenter quelques saynètes qui ont retenu mon attention au cours de cet atelier théâtre et qui viennent mettre en pratique l'évolution des enfants durant cette année ainsi que leur implication et les processus mis en jeu.

Lors du temps de parole de la première séance, Mathéo nous dit qu'il est particulièrement fatigué aujourd'hui car il a fait des cauchemars de « loups qui voulaient le dévorer ». Nous demandons alors aux enfants s'ils connaissent une histoire sur ce sujet. Kévin, nous raconte alors l'histoire du « petit chaperon rouge ». Nous demandons que deux enfants choisissent un rôle entre le chaperon rouge et le loup afin de pouvoir jouer l'histoire. Kévin décide d'être le loup et dit à Mathéo qu'il sera le chaperon rouge, car Timothée refuse de jouer cette histoire qu'il trouve « débile, car les loups ça ne fait pas peur ». Mathéo ne veut pas y aller seul et demande à l'infirmière de l'accompagner.

Lors du jeu, Mathéo ne peut pas lâcher la main de l'infirmière, il la suit passivement dans ses déplacements, sans dire un mot. Il présente beaucoup de rires de prestance en entendant le cri du loup qui n'a pas encore fait son apparition sur scène. Il trotte derrière l'adulte et regarde tout ce qui se passe autour de lui d'un air inquiet. Le loup (Kévin) fait alors son apparition en disant « je vais vous manger » et en exploitant son expressivité corporelle au service de son personnage. Mathéo se met à paniquer et à vouloir s'échapper mais il piétine sur place, empreint d'une agitation motrice qui ne trouve pas d'issue. Une fois le loup à sa hauteur, Mathéo se fige littéralement, portant ses doigts à sa bouche, les yeux grands écarquillés. Après un certain laps de temps, qui m'a paru une éternité, Mathéo se laisse tomber raide en arrière devant le loup, annonçant ainsi la fin de la saynète.

Dans cette scène mettant en jeu l'émotion de la peur, Mathéo n'a pas pu prendre de la distance avec celle-ci. Tout son corps était alors envahi par l'émotion, le plongeant dans un état de sidération. La réalité et la fiction n'ont pu être dissociées, Mathéo dira à la fin de la séance qu'il a eu peur d'être dévoré par le loup. À travers cette scène, on peut également voir comment, lorsque Mathéo est envahi par cette émotion, son organisation psychomotrice est entravée. Sa motricité ne trouve plus d'élaboration possible, son corps est alors figé dans un espace-temps qui se désorganise. Kévin lui, s'est retrouvé

décontenancé face à la réaction de Mathéo, il a fallu le rassurer et lui expliquer que ce n'était pas de sa faute, mais que pour Mathéo la peur de se faire dévorer était réelle. Pendant le temps de jeu Timothée s'est isolé de l'espace des spectateurs, pour aller donner des coups de poing dans un mur.

Pour la seconde saynète, Timothée revient vers nous pour proposer sa participation, sous condition que l'on modifie la situation. « Vu, que les loups moi ça ne me fait pas peur, je veux bien jouer, mais je vais jouer celui qui apprivoise le loup. », face à lui Kévin accepte de jouer le loup. Pour tenter d'apprivoiser le loup, Timothée impose sa domination, mais ne peut mimer l'inquiétude ou la méfiance, il rigole, se moque du loup, mais ne joue pas. Pour apprivoiser le loup il fait semblant de lui lancer différents objets (balles, jouets, os..). Kévin, ne parvient pas à se saisir des propositions de Timothée, et à s'y adapter pour passer d'un loup agressif à un loup gentil. Il est dans la répétition et ne trouve pas comment improviser et s'adapter au contexte de la situation.

Timothée a pu accepter notre proposition de jeu, mais on voit bien qu'il est dans un conflit interne, entre son envie de venir jouer avec nous, et sa crainte de la nouveauté ainsi que son besoin de tester les limites du cadre en se montrant opposant. Cette situation engendre alors de l'auto agressivité où Timothée s'isole pour donner des coups de poing dans le mur. Il trouve cependant une solution à son problème en ajoutant ses propres règles du jeu, lui permettant de garder ainsi une certaine maîtrise de la situation. Pendant le temps de jeu, il reste très détaché, n'exprime pas d'émotions sur son visage et reste figé, n'exploitant pas l'espace de la scène. Il fait le choix d'amadouer le loup en négociant des biens matériels et en essayer de le dresser, plutôt qu'en essayant de l'amadouer avec des mots gentils ou des caresses. Ainsi il garde le contrôle et impose sa toute-puissance.

La séance suivante, Mathéo demande d'un air déterminé à jouer le rôle du loup en étant accompagné d'un adulte. Contrairement à la première séance, il va prendre des initiatives de jeu, et occuper l'espace de la salle. Il s'amuse beaucoup à s'entendre pousser des cris de loup et voir la réaction de peur que cela engendre chez le chaperon rouge (un soignant). Mathéo ne cesse de répéter « je vais te dévorer !!! », face au chaperon qui l'implore de le laisser tranquille. Mais lorsqu'il s'approche trop près, le chaperon part en criant, ce qui

déstabilise Mathéo qui en fait autant en poussant un cri strident et part courir dans les bras d'un adulte.

Avec ce temps de jeu, Mathéo nous montre une envie de s'affirmer, et de devenir acteur de la situation. Il peut alors mobiliser son imaginaire, et son expressivité corporelle, tout en investissant l'espace de la scène. De plus, il s'amuse beaucoup de la situation qui lui permet d'inquiéter un plus grand que lui. Mais Mathéo va vite perdre la maîtrise de la situation face à la réaction du chaperon, répondant de manière adhésive à celle-ci, le faisant sortir du rôle de son personnage. Il nous dira avoir préféré jouer le rôle du chaperon rouge car il a trouvé que « le loup était bien trop méchant ».

Timothée demande à ajouter à l'histoire le rôle du chasseur qui vient tuer le loup, les autres enfants du groupe approuvent cette idée, qui permet d'apporter un aspect moral et réparateur à ce conte. Ils choisissent chacun leur rôle, Mathéo et un soignant en chaperon, Kévin en chasseur et Timothée choisit de faire le loup, pour pouvoir « faire la scène finale où je meurs en tombant au sol comme dans GTA (jeu vidéo) ».

Le loup que joue Timothée ne montre pas d'agressivité ou de colère, c'est un loup plutôt vicieux, qui manipule. Timothée présente des réactions de prestance durant cette scène, se gratte beaucoup le visage, piétine sur place et le ton de sa voix est peu assuré. Son langage corporel n'est pas en adéquation avec son discours et avec l'assurance détachée qu'il souhaiterait laisser paraître. Lorsque le chasseur arrive pour lui tirer dessus, il joue la scène qu'il c'était déjà sûrement imaginé en se jetant au sol. Mais il est surtout dans la démonstration et le sensationnel de ces héros de jeux vidéo et ne joue toujours pas le personnage imposé. Mathéo s'est montré très triste de voir le loup mort pour la première fois, et il nous dira « je n'ai pas compris pourquoi il l'a tué, je ne voulais pas qu'il meure ».

Dans une autre saynète, Kévin demande que l'on fasse une cabane, pour se protéger du loup. Face à lui Mathéo joue le personnage du loup. Lorsque le loup arrive Kévin court se cacher dans sa cabane, et s'enferme derrière sa porte imaginaire à double tour. Mais Mathéo entre quand même, comme s'il n'y avait pas de porte et se jette sur le chaperon pour mimer qui le dévorait. A la fin de la scène le visage de Kévin est très fermé et triste, il dit avoir mal au talon et sort de la salle de psychomotricité pour retourner sur l'unité. Une

infirmière part le retrouver, Kévin a les larmes aux yeux, mais malgré l'aide de l'infirmière il ne parvient pas à mettre en mots ce qu'il a ressenti durant cette scène. Dans les scènes suivantes il demande à accompagner Mathéo à la place d'un soignant, il se montre très contenant à l'égard de l'enfant, l'entourant d'un bras protecteur tout le long du jeu. Mais il semble, que cela l'a également aidé à se rassurer lui-même, en prenant appui sur un autre enfant pour surpasser ses angoisses. A la fin de la séance il nous dira avoir préféré jouer le rôle du chaperon, car « en vrai je serai triste de mourir, mais là je sais que c'est du faux ! ».

Dans une autre séance, Kévin nous propose de jouer une nouvelle histoire, qu'il a lue dans un livre. C'est l'histoire de l'ogre et Zeralda, elle raconte l'histoire « d'un ogre qui mange des enfants, et qui croise Zeralda une fillette, qui pour éviter de se faire manger lui prépare des bons petits plats et après ils se marient. » Timothée refuse de jouer ça, « c'est hors de question, moi je veux faire une baston générale ». Il s'agite, commence à s'énerver et à taper dans le mur, puis deux minutes après, accepte à condition de ne pas jouer la fille.

Au cours de cette séance Kévin se montre très imaginatif, pour séduire l'ogre et trouver des stratégies pour ne pas se faire manger. Son discours est de plus en plus riche, et le jeu de mime et de faire semblant est de plus en plus précis et élaborer. Il arrive à se saisir de différentes émotions pour rendre son personnage vivant, rendant ainsi son interprétation de plus en plus authentique. Il respecte mieux les temps de parole entre les acteurs et est à l'écoute du jeu de l'autre. Il peut exploiter l'espace de la scène et l'organiser en créant différents lieux imaginés. En fin de séance, il nous dira ne pas avoir aimé jouer l'ogre car « je n'aime pas être méchant ».

Timothée a eu des difficultés à se saisir de cette histoire, il refuse de jouer les rôles et ne respecte pas le jeu lorsqu'il est sur scène. Il s'oppose à toutes les propositions que la fillette lui fait et ne cherche pas du tout à entrer en relation, préférant se jeter sur les tapis pour faire des cascades.

Mathéo, en début de séance nous dit qu'il est inquiet de devoir changer d'histoire, mais qu'il veut bien essayer de jouer Zeralda tout seul. Il réussit au fur et à mesure de la saynète à imaginer son personnage en imitant la gestuelle d'une petite fille. Il prend de la distance avec ses émotions et ne se laisse plus envahir par celles-ci, il nous dira « je sais que je ne risque rien ». Mais lorsque l'ogre le demande en mariage il s'offusque, et sort de son rôle en

nous disant qu'il est un garçon et qu'il ne veut pas se marier avec lui. À travers cette réaction, il me semble qu'il vit cette situation comme une atteinte à son identité, qu'il ne peut supporter. A la fin de la séance il pourra dire qu'il a aimé jouer la fillette « car j'aime bien faire la cuisine, mais que je me suis ensuite senti triste car je ne veux pas me marier avec un garçon. »

E- Evolution et discussion

1- Timothée

Timothée n'a pas pu se saisir de cet espace de soin, dont le cadre et le dispositif groupal ne semblaient pas répondre à ces besoins. Il a été nécessaire de repositionner régulièrement un cadre, accueillant et limitant, face aux provocations et à l'instabilité émotionnelle de Timothée. Durant les séances, il n'a pas réussi à déployer son imaginaire, il n'y avait que du corporel brut, non symbolisé. Sa vie fantasmatique semble entravée et plaquée sur la fiction des personnages de jeux vidéo, ayant pour conséquence de développer sa tendance à l'agir, lui permettant d'éviter des situations pouvant être source de stress ou d'angoisse. La médiation théâtre ne lui a pas permis d'explorer un corps autre que celui de son symptôme, de son quotidien, pour entrer dans le jeu et symboliser son vécu.

Cette carapace solide semble cacher des failles qu'il ne peut assumer autrement qu'en se protégeant en se construisant des mécanismes de défense. Il ne peut se servir des propositions des autres afin de garder la maîtrise de la situation et montrer que rien ne l'atteint, pour ne pas risquer un effondrement psychique. Sa défiance permanente contre l'adulte et le cadre, l'empêche de trouver un apaisement, ce qui semble accentuer son impulsivité et son agitation motrice.

Durant l'année, le comportement de Timothée s'est dégradé, entraînant des conduites violentes envers le personnel soignant et les autres enfants du groupe. Les équipes semblent dans une impasse face à son comportement et l'absence d'investissement des soins de la part de la mère. De plus l'absence de coordination des soins avec l'ITEP, a contribué en février 2015, à un arrêt des soins à l'hôpital de jour et à une réorientation vers le CMP où

Timothée pourra bénéficier de prises en charge individuelles en ambulatoire, qui sembleraient être mieux indiquées pour Timothée.

2- Mathéo

La médiation de jeu théâtral aura permis de solliciter l'activité spontanée de Mathéo, favorisant ainsi son expressivité corporelle et verbale. Sa capacité à jouer et à faire semblant, était difficilement mobilisable au début de la prise en charge, Mathéo se retrouvait submergé et envahi par ses émotions et des angoisses de dévoration et de séparation. Pour S.Tisseron, « *L'apprentissage des fictions est émotionnel autant que cognitif. Face à elles, la question est de savoir comment prendre de la distance par rapport aux émotions éprouvées.* »⁵⁹. Mathéo a eu besoin de temps et de répéter de nombreuses fois les situations afin de les maîtriser et de les assimiler. Est-ce qu'un défaut d'accès au symbolisme, qui entraverait les capacités de représentation et de compréhension des émotions d'autrui, causerait chez Mathéo des difficultés à élaborer un jeu de « faire semblant » ?

S. Tisseron nous dit également que « *l'apprentissage de la fiction se réalise dans les jeux. C'est là que l'enfant apprend à gérer des émotions qu'il sait ne pas concerner la « vraie vie », mais qu'il éprouve pourtant comme si elles concernaient celle-ci. Tout enfant qui joue fait le choix de se laisser envahir d'émotions très intenses qu'il relie à des situations qu'il sait parfaitement être fictives. Il apprend ainsi à se familiariser avec ses émotions, à les apprivoiser et à s'en rendre maître.* »⁶⁰ Ainsi, Mathéo aura pu déplacer des émotions qu'il éprouve dans la vie réelle et qu'il ne maîtrise pas encore, dans des situations de jeux, où il peut apprendre à les reconnaître, les répéter, et les maîtriser dans un cadre sécurisant et structurant.

La salle de psychomotricité devient alors ce que F. Boscaini et A. Saint Cast appellent « *un espace-temps de shopping émotionnel, de rencontres et d'expériences nouvelles, diversifiées, que l'enfant peut faire sans danger, car pouvant se rétracter et revenir en arrière, recommencer autant que bon lui semble, oser s'opposer, s'autoriser à céder, etc...* »⁶¹ Nous

⁵⁹ S. TISSERON - La réalité de l'expérience de fiction, L'Homme, 2005/3 n° 175-176, p. 141

⁶⁰ Ibid

⁶¹ F. BOSCAINI, A. SAINT-CAST - L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice, Enfances & Psy 4/2010 (n° 49), p 26

comprenons alors que la prise en charge en psychomotricité va permettre à l'enfant de faire vivre ses émotions, en découvrir les différentes facettes et se les approprier. Permettant ainsi à Mathéo d'entrer dans un processus de subjectivation de ses éprouvés émotionnels et corporels.

3- Kévin

La médiation de jeu théâtral aura permis à Kévin de solliciter ses capacités relationnelles, en acceptant d'intégrer des règles de jeu, d'être à l'écoute de l'autre, et de construire avec les autres enfants une histoire au fil des séances.

Kévin s'est montré très coopérant durant les séances, il a participé avec plaisir au jeu théâtral et c'est montré très créatif, en amenant régulièrement de nouveaux éléments et de nouvelles histoires. Il a pu également tempérer son impulsivité et son agitation. Au début de la prise en charge il était empreint d'une certaine excitation motrice dans son jeu, il parlait très fort, faisait de grands gestes et courait un peu partout. Mais ensuite, il est devenu plus sincère et moins exubérant dans son jeu de rôle, son expression corporelle au service d'un personnage est alors devenue plus sobre et plus précise au fil des séances.

Kévin a fait part d'une grande empathie envers les autres et surtout avec Mathéo. Au début, son agitation l'empêcher de s'accorder aux expressions des autres acteurs, mais progressivement il est devenu plus attentif aux manifestations corporelles et verbales des autres, et ainsi il a pu développer sa capacité à reconnaître les émotions. Cependant, durant les temps d'échange en fin de séance, Kévin est souvent en difficulté pour verbaliser ses ressentis, et préfère le plus souvent les exprimer en nous expliquant ce qu'il a aimé faire ou non. Certaines séances ont pu être difficiles pour Kévin, car des situations ont peut-être fait ressurgir des angoisses, encore très présentes chez lui lorsqu'il se sent agressé. Mais il nous a montré qu'il pouvait y répondre autrement que par de l'agressivité, en s'appuyant sur le groupe et la médiation afin d'apaiser ses angoisses.

III- Le rôle du psychomotricien

A- La fonction contenante

Durant les séances, le psychomotricien s'engage corporellement et psychiquement, il se prête au jeu de l'enfant en l'accompagnant sur scène afin de lui offrir un miroir corporel et affectif sur lequel il pourra s'appuyer. Il n'est pas question de faire, à la place de l'enfant, mais de lui apporter un étayage relationnel structurant lui permettant de déployer ses potentialités pour qu'il puisse se les approprier.

Mathéo au début de la prise en charge, manifestait le besoin qu'on l'accompagne dans le jeu, il suivait passivement l'adulte, qui lui prêtait son corps et sa voix. Mais progressivement, il a pu se saisir de cet étayage relationnel, par imitation instantanée dans un premier temps, pour ensuite différer celle-ci en l'absence de l'adulte et finir par se l'approprier au travers d'une expressivité corporelle créative et personnelle. Ainsi, le thérapeute fait office de Moi auxiliaire en guidant le jeu expressif et créatif de l'enfant afin de potentialiser ses modes d'expression.

À l'image de la fonction alpha de W.BION, le psychomotricien va également par son attitude empathique, accueillir les éprouvés bruts du patient pour les mettre en mots ou en actes, à partir de ce qu'il perçoit de celles-ci, afin de renvoyer des éléments psychiques et corporels tolérables par le patient. *« Le cadre particulier de la séance en psychomotricité permet un mouvement d'extériorisation allant de l'enfant vers le thérapeute, qui doit être apte à recevoir et à transformer l'émotion exprimée pour la renvoyer à l'enfant sous une forme acceptable. »*⁶²

Lorsque Mathéo et Kévin sont empreints à de grandes angoisses liées à leur histoire personnelle, le psychomotricien, a alors pour rôle d'être en mesure de les accueillir et de les contenir, en donnant une valeur aux éprouvés de l'enfant, à partir de ce qu'il voit, ce qu'il entend et ce qu'il ressent de lui.

Selon D.Houzel, *« ce qui soigne n'est pas tant de décharger par la parole, ni de voir les fantasmes dévoilés et rendus conscients, ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie*

⁶² F. BOSCAINI, A.SAINT CAST - L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice, Enfance et Psy, 2010/4 (n° 49), p 25

*émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue. »*⁶³ Le psychomotricien se doit donc d'offrir un espace qui contient et qui transforme les émotions, les angoisses, les conflits, afin de les comprendre et de les rendre assimilables. Lorsque l'impulsivité de ces enfants reflète des états émotionnels non digérés par un travail psychique, le psychomotricien a pour rôle « *de transformer en jeu ce qui n'était jusque-là qu'explosion et expulsion, et de permettre à la créativité d'advenir.* »⁶⁴

B- A l'écoute du corps

Quand l'émotion surgit elle emprunte toujours la voie du corps, pour s'exprimer en sensations. Mais ces sensations ne sont pas simples à comprendre, à identifier et à interpréter.

Ce travail nécessite une capacité d'écoute sensible du corps de l'autre. « *Il faut être capable d'observer l'autre, de comprendre son expression corporelle, de donner une valeur à ses difficultés d'adaptation rythmique ou spatiale, à sa maladresse, à sa raideur, etc., »*⁶⁵ Pour ce faire, le psychomotricien se doit également d'être à l'écoute de ses propres sensations. C'est pourquoi dès le début de sa formation, le psychomotricien s'engage dans un long processus, à travers différentes pratiques et techniques, afin de favoriser et d'affiner sa conscience corporelle. Ainsi le psychomotricien est à l'écoute et met en jeu « *son propre appareil psychosensoriel comme résonateur d'émotions et terre d'accueil de toute une sensorialité projetée, expulsée, de toute une corporité en souffrance ou en mal de construction ou de repère.* »⁶⁶

Le thérapeute s'engage donc, de façon consciente, dans un cadre défini, et en tenant compte des vécus et difficultés actuelles du patient, dans un dialogue tonico-émotionnel favorisant l'échange des sensations et des émotions. En partageant un jeu de rôles avec l'enfant le psychomotricien crée « *un lien tonico-émotionnel qui ouvre à la communication, à partir de la dépendance de l'imitation et de l'accordage jusqu'à l'autonomie de*

⁶³ A.CICCONE - Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques, Cahiers de psychologie clinique 2/2001 (n° 17), p. 81-102

⁶⁴ C. POTEL - Être psychomotricien, édition éres, (2010), P.344

⁶⁵ F. BOSCAINI, A.SAINT CAST - L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice, Enfance et Psy, 2010/4 (n° 49), p 27

⁶⁶ C. POTEL - Être psychomotricien, édition éres, (2010), P.348

l'anticipation et de la représentation, à partir d'un sujet immature guidé par les adultes jusqu'à un sujet assez libre pour prendre l'initiative d'agir.»⁶⁷

Le dialogue tonico-émotionnel, prend sens dans la compréhension de notre propre ressenti émotionnel. En psychomotricité, le contre transfert est émotionnel, il tient compte des sensations et des tensions corporelles que l'enfant en mouvement génère en nous. Selon S. Robert-Ouvray, « *Le contre-transfert peut être utilisé comme outil thérapeutique. On accueille la tension du patient dans notre corps et on l'utilise au mieux pour percevoir ce qu'émet le patient corporellement. La compréhension de l'autre nous est permise grâce à nos éprouvés corporels.* »⁶⁸ Il est donc important que le psychomotricien puisse avoir accès à ses éprouvés afin de reconnaître et s'ajuster à ce que l'enfant convoque en lui, permettant ainsi une meilleure compréhension de l'autre et de ses troubles.

Le thérapeute se doit de développer un corps suffisamment sensible et réceptif afin de développer une attitude empathique lui permettant de s'accorder et s'ajuster en permanence à l'autre, mais il doit également avoir construit un corps suffisamment solide et structuré pour résister aux désordres parfois envahissants des patients.

C- Ma place de stagiaire

Il m'a fallu du temps pour trouver ma place au sein de cette co-animation. Au vu du grand nombre d'intervenant, j'ai fait le choix de me situer en tant qu'observatrice écrivante sur le groupe. Au-delà de développer ma capacité à observer, cette place m'a également permis d'être attentive aux enjeux relationnels entre les enfants et les thérapeutes. De plus cette position en retrait m'a offert un regard extérieur sur les situations, me permettant d'apporter une réflexion complémentaire lors des retours de séances entre les thérapeutes.

Etre observateur ne signifie pas être passif et extérieur à toutes situations, puisque à travers les émotions que les enfants ont partagées sur scène, j'ai pu également être à l'écoute de mes éprouvés. J'ai ressenti de l'inquiétude et les muscles de mon corps se raidir quand Mathéo s'est laissé tomber de peur, quelquefois j'ai ressenti de la lassitude, et une baisse d'attention quand les enfants répétaient inlassablement les mêmes pièces, et parfois

⁶⁷ F. BOSCAINI, A.SAINT CAST - L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice, *Enfance et Psy*, 2010/4 (n° 49), p 26

⁶⁸ S.ROBERT-OUVRAY - Le contre transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice, *Thérapie psychomotrice et Recherches* n° 132, 2002, p 63

l'agacement prenait le dessus face à des comportements que je ne parvenais plus à supporter. Dans les premiers temps de la prise en charge, je dois reconnaître que cette place d'observatrice me rassurait, face à ces enfants qui repoussaient en permanence mes tentatives d'entrer en relation avec eux. Je pense que le retrait était pour moi une solution ayant pour but de me protéger d'un sentiment de rejet qui m'était difficilement supportable.

Le temps passé sur l'unité, m'a permis, de créer progressivement une relation plus confiante avec ces enfants dont les interactions précoces ont été si fragiles et peu fiables, en partageant un peu de leur quotidien (repas thérapeutique, temps de parole, jeux...). Durant cette première période, mes capacités à contenir et à être présente dans la relation ont été mises à l'épreuve. Mais au bout d'un certain temps, les enfants m'ont progressivement sollicité durant les séances. Mathéo a pu venir se rassurer dans mes bras lorsqu'il était spectateur et échanger le plus souvent sur ce qu'il pensait du loup ou de l'ogre. Puis, avec le départ de Timothée, Kévin s'est apaisé dans ses relations avec l'adulte, allant alors jusqu'à me proposer des rôles pour venir jouer avec lui sur scène.

Conclusion

Avec ce mémoire, j'ai souhaité aborder la place fondamentale qu'occupent les émotions dans le développement de l'enfant et dans notre approche en psychomotricité. Le jeu théâtral peut être considéré comme une médiation psychomotrice possible afin de mobiliser la vie émotionnelle des patients dans un cadre sécurisant et contenant. Si les émotions colorent nos vies, elles renvoient également à la notion d'agitation, de trouble et de désordre. Il me paraît donc essentiel de pouvoir aider les patients à prévoir et gérer leurs émotions lorsque celles-ci font souffrance. Mais afin de pouvoir réguler ses émotions, il faut tout d'abord apprendre à les identifier et les différencier.

Le langage corporel répond à une logique émotionnelle et préverbale, l'approche psychomotrice se situe donc ici, dans ce lien entre émotions et indicateurs psychocorporels. *« L'étymologie même du mot émotion (emotio, issu d'ex-movere, qui signifie se mouvoir de/vers, bouger) nous emmène au centre du projet psychomoteur qui tente de comprendre et de favoriser l'activité gestuelle en tant que lien entre ce qui est éprouvé et exprimé, en tant que résultat des processus affectifs, cognitifs et moteurs. »*⁶⁹ L'expérience psychomotrice a alors pour but de faire vivre, émerger et partager les émotions, afin que le patient puisse apprendre à en reconnaître les sensations et se les approprier.

Chez l'enfant présentant un trouble du comportement, la capacité à réguler ses émotions est parfois entravée, elle submerge l'enfant qui ne trouve alors comme issue que l'agir et les conduites impulsives. Le jeu théâtral, en tant que médiateur, va permettre d'accueillir ces débordements et de les mettre en jeu en favorisant l'expressivité corporelle et la créativité, afin que l'enfant puisse les symboliser. Le psychomotricien, par son attention portée au corps en relation et ses capacités de contenance, va offrir à l'enfant un étayage lui permettant de mettre en lien ses ressentis bruts et ses émotions afin qu'il chemine jusqu'au déploiement du partage émotionnel.

⁶⁹ F. BOSCAINI, A.SAINT CAST - L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice, *Enfance et Psy*, 2010/4 (n° 49), p 4

Les émotions font donc parties intégrantes de notre métier de psychomotricien. Elles sont la face visible de la vie affective du sujet et s'expriment à travers le corps, nous renseignant ainsi sur l'état des patients, sur leurs mieux êtres, comme sur leurs malaises. Les émotions codent socialement nos échanges, l'approche psychomotrice offre alors un espace possible de transformation des émotions et de changement des modes de relation à soi et aux autres.

Cependant, comme nous l'avons vu avec Timothée, cette approche théâtrale a également ses limites, et ne peut être efficace que si une indication de prise en charge groupale s'adapte réellement aux besoins de l'enfant, et si les bases d'une alliance thérapeutique offrent à l'enfant le plaisir de jouer en toute sécurité et d'accepter le soin qui lui est proposé. Si la prise en charge ne permet pas une participation coopérante de l'enfant celui-ci ne pourra accéder à une intégration de ses émotions, qui lui permettrait de donner sens à ce qui est vécu, afin d'éviter les impasses de l'agir et trouver un début d'apaisement. Le départ précipité de Timothée, me laisse alors avec encore plus de doutes et de questions en suspens quant à l'accompagnement de ces enfants.

Je termine ce mémoire, ici, avec l'envie de poursuivre et de m'enrichir de nouvelles rencontres pleines d'émotion. Et repense, en écrivant ses derniers mots, à Mathéo, Timothée et Kévin, qui ont nourri ma réflexion.

Bibliographie

ALBARET.J-M - *Les troubles psychomoteurs chez l'enfant*, encyclopédie médico-chirurgicale, 2001

AUDIBERT.C - « *Contes moi tes émotions* » *Groupe conte thérapeutique en thérapie psychomotrice*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, ISRP Marseille, 2014

BILLIEUX.J et al. - *L'impulsivité : ses facettes, son évaluation et son expression clinique*, édition Mardaga, 2014, Chapitre 5, impulsivité, développement et genre.

BOSCAINI.F, SAINT CAST.A - *L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice*, *Enfance et Psy*, 2010/4 (n° 49)

BOUTINAUD.J, JOLY.F, MOYANO.O, RODRIGUEZ.M – *Où en est la psychomotricité ? État des lieux et perspectives*, édition in press, 2014

BRUN.A - *Le théâtre*, chapitre 15, *Manuel des médiations thérapeutiques*, édition Dunod, 2013

CHAGNON.J-Y et COHEN DE LARA.A - *Les pathologies de l'agir chez l'enfant : approche clinique et projective*, édition Dunod, 2012, P.7 - P.25

CHRISTOPHE.V - *Les émotions, tour d'horizon des principales théories*, édition Septentrion, 1998

CICCONE.A - *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques*, *Cahiers de psychologie clinique* 2/2001 (n° 17), p. 81-102

COSNIER.J - *Expression et régulation des émotions dans les interactions de la vie quotidienne*, Colloque international sur les émotions, Paris, 1987

DEZES.J - *Tempérer les passages à l'acte en passant par l'acte : utilisation de la boxe thaïlandaise comme médiation en psychomotricité auprès d'adolescents agressifs*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, Université de Bordeaux, 2014

DUGRAVIER.R et al. - *Attachement et troubles du comportement*, Perspectives Psy 1/2006 (Vol. 45)

DUMAS.J-E - *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, 4e édition revue et augmentée, édition De Boeck, 2013, Chapitre 7, les troubles du comportement

LEDOUX.J - *Le cerveau des émotions*, édition Odile Jacob, 2005, Chapitre 3, du sang de la sueur et des larmes

LEPLAT.F - *Psychomotricité de groupe : espace de maturation tonico-émotionnelle*, Thérapies Psychomotrices et Recherches, 2010, n°162/09

LINISE.M - « *Du jeu de rôle au je dans le groupe* », *Le groupe d'expression théâtrale comme médiation psychomotrice auprès d'enfants instables et inhibés*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, UPMC Paris, 2014

LIVOIR-PETERSON.M-F - *Le dialogue tonico-émotionnel : Un gué permettant au bébé de passer d'états toniques à des états d'âme*, *Contraste*. 1/2008 (n°28-29)

LUMINET.O - *Psychologie des émotions : confrontation et évitement*, édition De Boeck University, 2002

MELLIER.D - *La fonction contenante*, une revue de la littérature, Perspectives Psy 4/ 2005 (Vol. 44), p. 303-310

MIKOLAJCZAK.M et DESSEILLES.M - *Traité de régulation des émotions*, édition De Boeck, 2012, Chapitre 29, La régulation des émotions chez l'enfant.

NUGIER. A - *Histoire et grands courants de recherche sur les émotions*. Revue électronique de psychologie sociale, 2009

POTEL.C et al. - *Passer par l'acte psychomoteur*, *Enfances & Psy* 4/ 2013 (N° 61)

POTEL.C - *Être psychomotricien*, édition éres, 2010

RIBAS.D - *La créativité pour Donald Woods Winnicott*, Winnicott et la création humaine, Toulouse, ERES, «Le Carnet psy», 2012

ROBERT-OUVRAY.S - *Le contre transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice*, *Thérapie psychomotrice et Recherches* n° 132, 2002

SAVARIEAU.E - "*Je suis, Tu es, Nous sommes...*" *Accueillir, contenir et transformer en groupe de psychomotricité*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, Université de Bordeaux, 2014

SCHNEIDER.B-H et al. - *Conduites agressives chez l'enfant, perspectives développementale et psychosociale*, Presse de l'université du Québec, 2009

TERRIOT.O - La naissance de l'acte chez Wallon : un acte de naissance pour une approche dynamique du développement, *Enfances & Psy* 4/ 2013 (N° 61)

TISSERON.S - *La réalité de l'expérience de fiction*, *L'Homme*, 2005/3 n° 175-176

WACJMAN.C - *Adolescence et troubles du comportement en institution*, 3e édition. Edition Dunod, 2011

WALLON.H - *Les origines du caractère chez l'enfant*, 6e édition, Quadrige, 2009, Chapitre 8, psychisme et tonus

www.cnrtl.fr (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales)

www.unesco.org (site internet de l'UNESCO)

www.universalis.fr

www.who.int (site internet de l'OMS)

Table des matières

| | |
|---------------------------|----------|
| Introduction | 4 |
|---------------------------|----------|

| | |
|---|----------|
| Première partie : Les émotions | 6 |
|---|----------|

| | |
|---|----|
| I- Qu'est-ce qu'une émotion | 7 |
| A- Vers une définition consensuelle des émotions | 7 |
| B- Emotion, sentiment et affect | 8 |
| II- Théories sur l'origine des émotions | 9 |
| A- De l'antiquité grecque à Descartes | 9 |
| B- L'approche évolutionniste de Darwin | 9 |
| C- L'approche physiologique | 10 |
| D- Les théories des processus cognitifs | 12 |
| E- Le cerveau des émotions..... | 14 |
| III- Les manifestations de l'émotion | 15 |
| A- Les réponses physiologiques | 15 |
| B- Les expressions faciales..... | 16 |
| C- La voix..... | 16 |
| D- Le tonus | 17 |
| IV- Le développement émotionnel de l'enfant..... | 18 |
| A- D'un état tonique à un vécu émotionnel | 18 |
| B- L'engagement psychique..... | 20 |
| V- La régulation des émotions | 22 |
| A- Pourquoi réguler nos émotions ?..... | 22 |
| B- Les facteurs de différences entre les individus | 23 |
| C- Le développement de la régulation émotionnelle chez l'enfant | 24 |
| VI- Conclusion | 27 |

| | |
|---|-----------|
| Deuxième partie : Les troubles du comportement | 28 |
|---|-----------|

| | |
|--|----|
| I- Qu'est-ce qu'un comportement ? | 29 |
| II- Les classifications des troubles du comportement | 30 |
| III- Les manifestations cliniques : un recours à l'agir..... | 32 |
| A- L'acte | 32 |
| B- L'impulsivité..... | 33 |
| C- Agressivité et violence..... | 35 |
| 1- Définitions | 35 |
| 2- Les différentes conduites agressives chez l'enfant | 37 |
| 3- Le développement de l'agressivité chez l'enfant | 39 |
| IV- Le contexte familial et social | 40 |
| A- Les relations parent-enfant | 40 |
| B- Les retentissements scolaires..... | 42 |
| V- Emotion et trouble du comportement..... | 43 |
| VI- Trouble du comportement et troubles psychomoteurs, quels liens?..... | 44 |
| VII- Conclusion | 46 |

Troisième partie : La médiation jeu théâtral.....47

| | | |
|------|--|----|
| I- | Les médiations..... | 48 |
| A- | Les médiations thérapeutiques..... | 48 |
| B- | Les médiations corporelles en psychomotricité..... | 49 |
| C- | Le jeu comme médiation en psychomotricité..... | 51 |
| II- | Le jeu théâtral..... | 52 |
| A- | Présentation..... | 52 |
| B- | Le langage corporel..... | 53 |
| C- | Le faire-semblant..... | 54 |
| D- | Passer par l'acte créateur..... | 54 |
| E- | Un pas vers les émotions..... | 55 |
| III- | Conclusion..... | 56 |

Quatrième partie : Pratique psychomotrice : le groupe jeu théâtral57

| | | |
|-----|---|----|
| I- | Présentation..... | 58 |
| A- | La structure..... | 58 |
| B- | Le dispositif groupal..... | 59 |
| C- | Le projet de soin..... | 60 |
| D- | Le cadre thérapeutique..... | 60 |
| II- | Etudes de cas..... | 62 |
| A- | Timothée..... | 62 |
| 1- | L'histoire de Timothée..... | 62 |
| 2- | Le parcours de soin..... | 63 |
| 3- | Le diagnostic..... | 64 |
| 4- | L'environnement familial et scolaire..... | 64 |
| 5- | Ma première rencontre avec Timothée..... | 65 |
| 6- | Mes observations sur l'unité..... | 66 |
| 7- | Le projet de soin en psychomotricité..... | 66 |
| B- | Mathéo..... | 67 |
| 1- | L'histoire de Mathéo..... | 67 |
| 2- | Le parcours de soin..... | 67 |
| 3- | Le diagnostic..... | 68 |
| 4- | L'environnement familial..... | 69 |
| 5- | Ma première rencontre avec Mathéo..... | 69 |
| 6- | Mes Observations sur l'unité..... | 70 |
| 7- | Le projet de soin en psychomotricité..... | 71 |
| C- | Kévin..... | 71 |
| 1- | L'histoire de Kévin..... | 71 |
| 2- | Le parcours de soin..... | 72 |
| 3- | Le diagnostic..... | 72 |
| 4- | L'environnement familial et scolaire..... | 73 |
| 5- | Ma première rencontre avec Kévin..... | 73 |
| 6- | Mes observations sur l'unité..... | 74 |
| 7- | Le projet de soin en psychomotricité..... | 74 |
| D- | Au fil des saynètes..... | 75 |
| E- | Evolution et discussion..... | 79 |
| 1- | Timothée..... | 79 |
| 2- | Mathéo..... | 80 |
| 3- | Kévin..... | 81 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| III- Le rôle du psychomotricien | 82 |
| A- La fonction contenante | 82 |
| B- A l'écoute du corps | 83 |
| C- Ma place de stagiaire | 84 |
| Conclusion..... | 86 |
| Bibliographie..... | 88 |
| Table des matières | 91 |