



HAL
open science

D'un bloc je suis, solide je reste : thérapie psychomotrice auprès d'enfants présentant des troubles du comportement et abordant une carapace tonique

Marine Pépin

► To cite this version:

Marine Pépin. D'un bloc je suis, solide je reste : thérapie psychomotrice auprès d'enfants présentant des troubles du comportement et abordant une carapace tonique. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01615643

HAL Id: dumas-01615643

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615643>

Submitted on 12 Oct 2017

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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Boulevard de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



D'un bloc je suis, solide je reste

Thérapie psychomotrice auprès d'enfants
présentant des troubles du comportement et
abordant une carapace tonique

Mémoire présenté par Marine PEPIN
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référent de mémoire :
Magali PIOUSCEAU

Session de Juin 2017

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier ma maître de mémoire et maître de stage Magali Piouceau, pour ses éclairages apportés tout au long de la rédaction de ce mémoire ainsi que sa grande réactivité.

Je remercie aussi l'ensemble de mes maîtres de stage rencontrés au cours de ses trois années d'étude, qui ont su me partager et m'enrichir de leur pratique.

Merci également à mes parents pour leur relecture et leur soutien.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
---------------------------	----------

PARTIE THEORIQUE	7
-------------------------------	----------

I - Les troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent accueillis en ITEP..	7
1) Une tentative de classification _____	7
2) L'origine des troubles _____	9
3) La psychopathologie _____	10
4) Les Manifestations cliniques _____	11
5) Le passage à l'acte : pourquoi ? _____	13
II - Le tonus musculaire	14
1) Quelques définitions _____	15
2) Les modes de régulations toniques _____	16
3) Le développement neurologique du tonus _____	17
4) Le dialogue tonico-émotionnel _____	18
5) La fonction tonique _____	19
III - Hypertonie et troubles du comportement : quels liens de causalités ?	21
1) De l'enveloppe psychique à l'enveloppe tonique musculaire _____	22
2) Le rôle de l'hypertonie d'après la théorie de S. Robert-Ouvray _____	26
a. La fonction d'autoconservation _____	27
b. La fonction de pare-excitation _____	27
c. La fonction d'appétence _____	28
d. La fonction normative _____	28
e. La fonction de communication _____	28
f. La fonction d'enveloppe tonique _____	29
3) Les différentes formes d'hypertonie que l'on retrouve en ITEP _____	29
a. L'hypertonie d'origine psychoaffective _____	29
b. Les dysharmonies toniques _____	30
c. Les paratonies _____	31
d. Les tics _____	31
e. Les bégaiements _____	32

PARTIE CLINIQUE	34
------------------------------	-----------

I - Le contexte institutionnel	34
1) Présentation de l'établissement _____	34
2) La population accueillie _____	35
3) Le projet d'établissement _____	35
4) L'équipe _____	36
5) La place de la psychomotricité _____	37
II - L'accompagnement psychomoteur de Demba	38
1) Présentation de Demba _____	38
2) Eléments d'anamnèses et projet à l'ITEP _____	38
3) Evaluation psychomotrice et projet thérapeutique _____	39
4) Evolution des séances _____	41
5) Bilan de l'accompagnement de Demba _____	47
III - L'accompagnement psychomoteur de Mehdi	48
1) Rencontre avec Mehdi _____	48
2) Eléments d'anamnèse et projet à l'ITEP _____	48
3) Bilan d'observation et projet thérapeutique _____	49
4) Evolution des séances _____	51
5) Bilan de l'accompagnement de Mehdi _____	54

DISCUSSION.....	56
I - La carapace tonique.....	56
1) En quoi la carapace tonique peut être bénéfique ? _____	56
a. <i>La fonction de protection</i> _____	56
b. <i>La fonction de contenance</i> _____	57
2) Les conséquences de la carapace tonique _____	58
a. <i>Les troubles psychomoteurs</i> _____	58
b. <i>Les difficultés relationnelles</i> _____	60
c. <i>L'hypotonie : dangereuse mais essentielle</i> _____	61
II - La fonction contenante en thérapie psychomotrice.....	62
1) Le cadre thérapeutique _____	63
a. <i>Le cadre spatio-temporel</i> _____	63
b. <i>Le cadre matériel</i> _____	64
c. <i>Les règles du cadre thérapeutique</i> _____	65
d. <i>Les fonctions du cadre thérapeutique</i> _____	65
2) Les spécificités du psychomotricien _____	67
a. <i>Un rôle d'accueil et de non jugement</i> _____	67
b. <i>La fonction contenante du thérapeute</i> _____	68
c. <i>L'engagement corporel du psychomotricien</i> _____	69
III - Le toucher thérapeutique : vers l'ambivalence tonique.....	70
1) En quoi le toucher peut-il être thérapeutique ? _____	70
a. <i>Les trois fonctions du toucher thérapeutique</i> _____	70
b. <i>Le toucher thérapeutique : étaie des fonctions psychomotrices</i> _____	71
2) La mise en pratique auprès de Demba et Mehdi _____	73
a. <i>Les installations</i> _____	73
b. <i>Les mobilisations</i> _____	76
 CONCLUSION.....	 79
 BIBLIOGRAPHIE.....	 80

INTRODUCTION

En réalisant un de mes stages de troisième année au sein d'un Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP), j'ai voulu à la fois découvrir une population que je ne connaissais pas, mais également me confronter et tester mes aptitudes face à cette dernière souvent qualifiée de difficile. En effet, un ITEP est un établissement qui accueille des enfants et des adolescents qui se situent « au carrefour de l'éducation spécialisée, de la protection de l'enfance judiciaire et administrative et de la psychiatrie infantile ».¹ Ce sont des enfants et des adolescents qui ont été rejetés du système scolaire ordinaire pour des raisons de problèmes de comportement.

Je ne peux pas dire que leur accueil fut accommodant : tantôt agressifs et tantôt ignorants ; leur rencontre percutante a éveillée en moi de nombreux questionnements. Les jeunes d'ITEP mettent mal à l'aise en instaurant une distance vis-à-vis de l'autre. Que ça soit avec une attitude démonstrative de caïd pour les uns ou une mise à l'écart et un repli sur soi pour les autres, beaucoup de jeunes présentaient la même particularité : leur hypertonicité. Mon sujet de mémoire était alors trouvé.

J'ai choisie d'utiliser la terminologie de carapace tonique pour désigner les troubles toniques de ces jeunes. Visuellement, la carapace renvoie à quelque chose de dur qui protège et qui renferme ; c'est exactement ce que me donne à voir les jeunes d'ITEP.

Suite à ces constatations, je me suis questionnée sur la fonction de la carapace tonique chez les enfants ayant des troubles du comportement et sur la manière dont la psychomotricité pouvait leur être utile.

Ainsi, quel est le lien entre les troubles du comportement et la carapace tonique ? La carapace tonique n'est-elle pas une manière de se défendre pour ne pas entrer en relation ? Peut-être protège-elle et contient-elle la pulsion débordante de ces jeunes ? Mais quand la mise en corps est permanente, que faire en psychomotricité avec eux ? Un travail sur la régulation tonique est-elle

¹ I. DIARD, (2008), p. 208

pertinente si c'est un mécanisme de défense ? Voilà autant de questions que je vais tenter d'approfondir tout au long de ce mémoire.

Après un éclairage théorique sur les troubles du comportement et sur le tonus, je tenterai de tisser un lien entre ses deux composantes en me questionnant sur la notion de contenance.

Puis j'apporterai des éléments cliniques issus de mon terrain de stage, notamment à partir de deux cas cliniques : Demba et Mehdi.

Enfin, j'engagerai, à travers la discussion un éclairage réciproque entre théorie et pratique pour en dégager le rôle et les conséquences de la carapace tonique ainsi que l'importance de la fonction contenante en thérapie psychomotrice auprès de ces enfants, pour finalement développer en quoi la médiation du toucher thérapeutique peut être intéressante auprès de ces enfants.

PARTIE THEORIQUE

I - Les troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent accueillis en ITEP

En se reportant à la définition de comportement dans le Petit Robert, nous trouvons « Manière de se comporter, attitude, conduite ». Pour la définition de trouble on trouve « Etat de ce qui cesse d'être en ordre ; agitation confuse qui en résulte ». Ainsi, un trouble du comportement résulte d'une expression physique chaotique et désordonnée. Dans cette partie, j'aborderai les classifications internationales qui tentent de décrire les composantes des troubles du comportement, de l'origine de ces derniers, de ses expressions psychiques et physiques, pour finir sur la signification du passage à l'acte. Bien qu'il existe des troubles du comportement inhérents aux maladies neurologiques telles que la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson, ou aux maladies psychiatriques comme la dépression, je centrerai mon propos sur les troubles du comportement que présentent les enfants et les adolescents que je vois en stage à l'ITEP.

1) Une tentative de classification

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle des troubles mentaux et comportementaux comme désignant des affections cliniquement significatives qui se caractérisent pas un changement du mode de pensée, de l'humeur (affect) ou du comportement associé à une détresse psychique et / ou à une altération des fonctions mentales. Un trouble mental ou du comportement, pour être considéré comme tel, les anomalies (comportement anormal ou dérèglement de l'humeur) doivent être permanentes ou répétées et causer une souffrance ou constituer un handicap dans un ou plusieurs domaines de la vie courante.

La Classification Internationale des Maladies 10 (CIM 10) détaille les critères qui dressent le tableau clinique de chaque pathologie. J'ai choisi de considérer cette classification en particulier car elle révèle au mieux la réalité clinique des troubles des enfants et adolescents accueillis en ITEP. Cependant, il s'agit bien

d'un modèle descriptif et non théorique. Ainsi, sont regroupés sous l'intitulé trouble du comportement :

- **Les troubles hyperkinétiques** qui sont des troubles du développement à début précoce. Ils regroupent une hyperactivité motrice, un comportement impulsif et un défaut d'attention. Ce sont des enfants qui ont un problème avec la discipline car ils ne respectent pas les règles, non pas par opposition, mais par manque de réflexion.
- **Les troubles des conduites** sont caractérisés par un ensemble de conduites dyssociales, agressives ou provocatrices dans lesquelles sont bafouées les règles sociales. Pour être considérés comme tels, les troubles doivent relever d'un mode de fonctionnement persistant (pendant au moins six mois). Les individus qui développent ces troubles, présentent des manifestations excessives de bagarres et de tyrannie, sont cruels (auprès des animaux comme des personnes), voleurs, fugueurs, refusent l'autorité et violent régulièrement les règlements, accusent les autres, font l'école buissonnière et font des crises de colère de manière fréquente.
- **Les troubles mixtes des conduites et des émotions** sont caractérisés par la persistance d'un comportement agressif, dyssocial ou provocateur, associé à des signes prononcés de dépression, d'anxiété ou d'autres troubles émotionnels.
- **Les troubles émotionnels apparaissant spécifiquement durant l'enfance** se manifestent soit par une angoisse de séparation de l'enfance, un trouble anxieux phobique de l'enfance, une anxiété sociale de l'enfance ou une rivalité dans la fratrie. Ces quatre troubles sont des manifestations dont l'intensité est anormale et qui perturbent de manière significative le fonctionnement social.
- **Les troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance et l'adolescence** qui surviennent principalement aux suites de perturbations ou de carences de l'environnement. On y trouve un mutisme électif (refus de parler dans certaines situations déterminées associé à une anxiété sociale, une hypersensibilité ou une opposition) et des

troubles de l'attachement (on relève des anomalies persistantes du mode de relation sociales et des labilités émotionnelles suite à un changement dans l'environnement principalement).

2) L'origine des troubles

Les troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent s'installent selon des facteurs plurifactoriels, c'est-à-dire qu'il s'agit de l'intrication entre les aspects environnementaux, relationnels et psychologiques de l'individu. Cependant, l'environnement joue un rôle majeur dans l'apparition des troubles du comportement. En effet, ils sont souvent liés à un contexte familial carencé, à des abus ou des mauvais traitements, voir des sévices sexuels ou physiques.

Souvent, les troubles du comportement s'inscrivent en effet dans un contexte relationnel difficile entre l'enfant et ses parents ou les adultes en général. Les deux ingrédients principaux de la relation aux parents sont l'autorité et l'affection. L'autorité se définit comme la possibilité pour l'enfant de rencontrer des balises, des points de référence pour diriger son comportement afin qu'il tienne compte de la réalité et des rapports sociaux. L'affection, elle, permet de se sentir significatif et d'avoir une valeur aux yeux de l'autre. Il est fréquent que les parents d'enfants et d'adolescents présentant des troubles du comportement manifestent des distorsions de l'autorité et de l'affection (sur le versant du manque ou de l'excès). Ainsi, pour favoriser le bon développement psychoaffectif d'un enfant, les parents doivent trouver le juste équilibre entre autorité et affection. A ce sujet, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) soulève que « l'insécurité ou la désorganisation de l'attachement augmente de façon notable le risque de survenue des troubles du comportements ».² Ainsi, si l'environnement familial de l'enfant ou de l'adolescent demeure instable, insécure, peu aimant et que la communication avec les parents est difficile, l'enfant peut développer un sentiment d'insécurité et avoir un attachement superficiel dans ses relations. Cela favorise alors l'émergence des troubles du comportement.

² INSERM, 2005, p. 347

3) La psychopathologie

La psychopathologie est l'étude médicale des troubles psychiques. Au travers des manifestations psychiques et comportementales, elle permet de distinguer le normal du pathologique. Dans cette partie, je rendrai compte des différentes composantes que l'on peut retrouver chez les enfants et les adolescents qui ont des troubles du comportement. Je précise cependant qu'ils ne possèdent pas tous l'ensemble des caractéristiques détaillées ci-dessous.

La majorité des enfants et des adolescents présentant des troubles du comportement sont en quête d'affection. Ils vont chercher auprès de l'adulte un cadre sécurisant et structurant. Dans leur interaction avec l'adulte, ils cherchent à tester la solidité des liens afin de voir la capacité que l'adulte a de les aimer. Cependant, la prise de conscience de cette dépendance relationnelle provoque des attitudes de fuite et de rupture. On assiste ainsi souvent à l'alternance de comportements régressifs (en recherche d'affection) et de comportements de défis.

Le désir d'affection va de pair avec la faible estime qu'ils ont d'eux même. En effet, ce sont des jeunes qui ont peur de ne pas être à la hauteur. Ils leur est difficile de relativiser suite à un échec. Ils présentent par ailleurs une grande intolérance à la frustration. Alors, pour éviter ces situations, ils développent un moyen défensif : la fuite de toute mentalisation. Ils vont en conséquence chercher à dominer, réduire, détruire l'autre pour ne pas mettre en danger leur désir d'omnipotence. L'autorité n'est pas respectée.

La gestion des états émotionnels reste un problème majeur chez ces jeunes. Au quotidien, ils ne contrôlent et ne retiennent pas leurs émotions et leurs affects par manque de compréhension et de représentation de ceux-ci. Les pulsions s'échappent également sans filtre : on constate des propos injurieux ainsi que des situations de violence envers l'autre ou soi même.

De plus, l'instabilité et les comportements agressifs sont une manière de lutter contre un état de dépression interne. Les troubles du comportement sont une défense contre l'effondrement du Moi. Par son comportement, l'enfant et l'adolescent fait exister une cohérence et une organisation qui lui est propre. Ainsi,

le vide, le silence peut être synonyme de mort et de désintégration du sentiment continu d'exister.

Ainsi, souvent leur rapport au temps et à l'espace se trouve lésé. Ce sont en effet des jeunes qui envahissent l'espace de l'autre dans la relation et ce, sans aucune retenue. Au niveau temporel, il leur est difficile de se structurer par rapport au passé comme au futur. L'effort de mémoire ou de projet les fragilisent en les renvoyant vers une angoisse existentielle, une négation du passé et du futur, basée sur un vécu morcelé. Ainsi, il est compliqué pour eux de se projeter, de se construire un projet pour leur avenir. Les enfants et adolescents qui ont des troubles du comportement vivent dans l'instantanéité du moment, dans l'ici et maintenant. Ils ne pensent ni au passé, ni au futur, mais simplement à leur plaisir dans l'immédiat. Cela peut les emmener à développer des conduites à risques.

Aussi, le rapport à l'autre n'est pas évident pour ces jeunes qui vivent sur un mode individuel. Souvent, ce sont des jeunes qui n'ont pas, ou peu d'empathie envers l'autre. Les attitudes et intentions des autres sont mal interprétées et produisent chez eux des comportements de défense basés sur de l'agressivité. De plus, ils n'auront aucuns scrupules à dénoncer leurs pairs et en leurs attribuant leurs méfaits personnels.

4) Les Manifestations cliniques

R. Pelsser³ énonce quatre principales manifestations chez les enfants et adolescents qui ont des troubles du comportement, à savoir le refus de l'autorité, la présence d'un comportement agressif, les fugues et l'abandon scolaire.

Le refus de l'autorité s'exprime par le non respect des directives, par le fait de ne pas porter attention aux demandes, ou de faire l'inverse, tout en étant provoquant et irrespectueux. Ce comportement peut se comprendre comme relevant d'un désir de s'affirmer ou d'une recherche d'autonomie chez le jeune. Aussi, il faut vérifier si cette opposition est justifiée et va dans le sens d'une autonomisation ou, au contraire, relève davantage d'une volonté fondée sur le sentiment d'être incompris ou injustement privé de quelque chose, d'être

³ PELSSER R, 1989, p. 156-170

contrôlé, dominé par autrui ou de ne pas pouvoir se réaliser, de ne pas avoir sa place.

L'agressivité est une composante normale et essentielle chez l'être humain qui relève de la pulsion. C'est au cours de son développement que l'enfant va apprendre à contrôler ses pulsions agressives pour qu'elles s'expriment de manière plus socialisées. D'actes incontrôlés, elles s'exprimeront grâce à la parole de façon plus nuancée. Cependant, l'agressivité, si elle est fréquente ou intense, devient un problème dans la mesure où elle perturbe de manière significative les relations sociales. L'agressivité peut se manifester soit par une agressivité verbale, soit par une agressivité contre les objets ou enfin soit par une agressivité contre les personnes ou contre soi-même.

Ainsi, les jeunes que je rencontre en ITEP ont du mal à interpréter l'attitude ou le comportement d'un camarade, et vont en conséquence à la moindre occasion qui s'offre à eux, décharger leur agressivité en passant par l'agir et la confrontation physique ou verbale. Il s'agit là d'un réel manque de représentation, où la mise en mot des émotions n'est pas possible et n'est pas mentalisable.

Les fugues désignent le départ non autorisé d'un endroit où l'enfant doit normalement se trouver (le domicile familial généralement). On ne parle de fugue qu'à partir de sept ans, âge à partir duquel l'enfant est capable de reconnaître sa maison. Deux dimensions sont à considérer dans la fugue : le passage à l'acte et la relation à l'adulte. Le passage à l'acte permet à l'enfant ou à l'adolescent de liquider sa tension interne sans passer par des mécanismes d'élaboration psychique. En effet, cela permet au jeune de se détourner de la verbalisation ou de la communication avec l'entourage. Pour ce qu'il est de la relation à l'adulte, la fugue signe une impasse momentanée entre le jeune et son entourage. Par la fugue, l'enfant ou l'adolescent exprime ainsi son désir d'affirmation de soi, et de détachement de ses figures parentales.

L'abandon scolaire désigne la situation où l'enfant ou l'adolescent se retire de son cursus scolaire obligatoire (avant seize ans) ou avant l'obtention d'un diplôme secondaire.

C'est à l'école que les enfants et adolescents qui présentent des troubles du comportement sont repérés car c'est souvent le seul endroit où ils peuvent exprimer leur souffrance, appeler au secours sans être immédiatement réprimés ou subir l'indifférence. L'école est un lieu où les enfants sont confrontés à des règles collectives pour assurer le bon vivre ensemble et l'accès aux apprentissages. Cette confrontation au cadre, aux limites peut se révéler difficile pour les enfants qui ont des troubles du comportement et peut être justement, révélateur de leurs troubles. Ce sont en effet des jeunes qui vivent souvent dans un milieu défavorisé et qui ont subi des carences éducatives dans le sens d'un manque de positionnement des parents face à l'enfant et de la difficulté à poser un cadre structurant. « Paralysés par une souffrance psychique qu'ils ne peuvent nommer, insécurisés par des adultes défaillants censés les protéger et leur faire découvrir le monde, ils développent progressivement des réactions comportementales inadaptées, renforcées au fil du temps par l'école qui leur apparaît comme le relais de la famille ».⁴ Seulement, l'école a bien du mal à comprendre la souffrance qu'expriment ces jeunes à travers leurs comportements déviants. En effet, l'élève perturbateur est rejeté par ses professeurs, mais aussi par ses pairs, et est délégué à un autre enseignant et / ou établissement. Ainsi c'est dans la discontinuité que l'enfant vit sa scolarité, en étant considéré comme « une patate chaude » que les uns et les autres se lancent à tour de rôle ; tout cela sans prendre en compte le vécu du principal intéressé. Ainsi dans cette situation d'échec scolaire et de perte d'estime de soi, les enfants et les adolescents qui ont des troubles du comportement finissent par désinvestir l'école et les apprentissages. Une peur d'apprendre peut se développer car l'apprentissage implique d'accepter des règles, de se confronter à ses insuffisances, de passer par des tâtonnements et de se soumettre à celui qui sait.

5) Le passage à l'acte : pourquoi ?

Le passage à l'acte représente d'un côté l'extériorisation des conflits psychiques, et d'un autre côté la culpabilité de l'enfant ou de l'adolescent qui indique que le conflit n'est pas entièrement évacué.

⁴ PORTEVIN SERRE G, 2013, p. 17

Par ailleurs, les troubles du comportement, sous-tendent des difficultés relationnelles entre le jeune et son entourage. Les manifestations peuvent être comprises comme un appel à l'aide de la part de l'enfant ou de l'adolescent. D.W. Winnicott développe la notion de la tendance antisociale⁵ qui peut être traduite aujourd'hui comme étant similaires aux comportements des jeunes qui sont accueillis en ITEP. L'auteur explique que, par des pulsions inconscientes, l'enfant ou l'adolescent oblige quelqu'un à venir le prendre en main. Aussi, le passage à l'acte est à comprendre comme quelque chose relevant de l'espoir. Suite à une déprivation⁶, le jeune, en passant par l'agir, cherche en réalité la stabilité d'un environnement perdu. Environnement qui pourra supporter la tension résultant de son comportement impulsif. Sans espoir, il n'y a pas de quête, et donc pas de troubles du comportement chez l'enfant ou l'adolescent. L'enfant, ne trouvant pas un cadre suffisamment stable, contenant et sécurisant dans son environnement manifestera des troubles du comportement, synonymes d'espoir.

Ainsi, le manque de mise en mot se traduit par une explosion incontrôlée de mise en corps. Ces manifestations comportementales perturbent de manière significative les relations sociales. Le comportement, par son expression corporelle, est directement en lien avec le tonus musculaire. Tonus musculaire qui est la toile de fond des activités motrices et émotionnelles comme nous allons le voir.

II - Le tonus musculaire

Avant d'aborder la spécificité tonique que présentent les enfants qui manifestent des troubles du comportement, je vais m'attacher à définir la notion de tonus musculaire, ses modes de régulations, son développement neurologique ainsi que ses fonctions.

⁵ WINNICOTT D.W, 1969, p 292-302

⁶ La déprivation désigne la perte de quelque chose de bon, qui a été positif dans l'expérience de l'enfant.

1) Quelques définitions

Initialement, le tonus est une notion issue de la neurophysiologie. Etymologiquement, il nous vient de tonos qui signifie tension. Pour en donner une définition, je citerai M. Jover qui le décrit comme étant « l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique (la tension augmente mais pas la longueur) est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales ».⁷

Le tonus, « c'est l'état de tension musculaire permanent mais variable en fonction de l'état de vigilance, des émotions et des actions volontaires ou involontaires, automatiques ou réflexes, qui l'augmentent ou le diminuent ».⁸

Plusieurs niveaux toniques s'étaient les uns sur les autres, à savoir :

- **Le tonus de fond** : aussi appelé tonus basal, passif ou permanent, il se caractérise par l'état de légère tension isométrique des muscles, permanente et involontaire, et qui ne disparaît pas même lors du sommeil. Il est le lieu d'inscription de l'affectivité et des émotions qui prennent corps en lui. Il détermine l'expressivité des mouvements qu'il soutient.
- **Le tonus postural** : il permet le maintien d'une attitude et de la station debout. C'est par l'équilibre entre la force des muscles du plan postérieurs et antérieur, associés à celle de la pesanteur que le maintien de la posture verticale est possible.
- **Le tonus d'action** : il correspond à l'ensemble des variations de tensions musculaires qui préparent et soutiennent le mouvement. Il est la toile de fond de l'activité motrice.

⁷ JOVER M, 2000, p. 17-18

⁸ Notes de cours de 2eme année d'examen du tonus

2) Les modes de régulations toniques

La résolution tonique à ces trois niveaux comme nous venons de le voir, n'est possible que grâce à l'intégrité du système nerveux. Aussi, sa régulation se fait à plusieurs niveau : médullaire, sous-cortical et cortical.

a. Régulation au niveau médullaire

Le réflexe myotatique constitue le premier mécanisme de régulation tonique. Il siège dans la moelle épinière. Lors d'un étirement passif d'un muscle, son fuseau neuromusculaire⁹ déclenche des influx nerveux amenés par les fibres sensibles jusqu'à la corne antérieure de la moelle épinière. En réponse, les motoneurones alpha envoient par le biais de leurs fibres motrices, un influx nerveux vers le muscle émetteur, qui, en réponse se contracte. Ce phénomène mis bout à bout constitue une boucle monosynaptique qui passe par la moelle épinière. On nomme cette boucle arc réflexe. Ainsi, le réflexe myotatique repose sur la contraction tonique d'un muscle en réponse à son propre étirement. Ce réflexe garanti un tonus suffisant pour maintenir une posture à l'état statique et dynamique contre les forces de la pesanteur.

b. Régulation au niveau sous-cortical

On trouve au niveau sous-cortical, la formation réticulée qui constitue le deuxième mode de régulation tonique. La formation réticulée est située au sein du tronc cérébral, et est à l'origine de voies motrices descendantes, les motoneurones gamma, qui eux même agissent au niveau de la moelle épinière en régulant l'arc réflexe. La formation réticulée reçoit et intègre des informations de nature à la fois sensorielles et corticales. De plus, elle va moduler l'état tonique en fonction de ces différentes données et de l'état de vigilance. Ainsi, la qualité de notre environnement va venir influencer notre état tonique. Tandis qu'une sensation de chaleur et/ou l'écoute d'une musique douce va venir abaisser notre seuil tonique et notre niveau de vigilance, une sensation de froid et /ou l'écoute d'une musique forte va au contraire venir élever notre seuil tonique et notre niveau de vigilance.

⁹ Un fuseau neuromusculaire représente une unité qui constitue un ensemble de fibres musculaires, sensibles à l'étirement du muscle.

c. Régulation au niveau cortical

Le cortex cérébral constitue le dernier niveau qui va influencer la régulation tonique. Les facteurs émotionnels peuvent être à l'origine de modifications toniques. Nous le verrons plus tard.

3) Le développement neurologique du tonus

Pour comprendre les étapes de développement du tonus chez un individu, il faut remonter jusqu'à la période intra-utérine. Durant les six premiers mois de grossesse, le fœtus demeure hypotonique. Il se développe dans une position d'enroulement, contenu par la paroi utérine. Vers sept mois de grossesse, l'hypotonie globale du fœtus va doucement laisser place à une hypertonie segmentaire. Selon une loi caudo-céphalique (du bas vers le haut), les membres inférieurs puis les membres supérieurs vont gagner en tonicité et vont pouvoir se fléchir. L'hypotonie du tronc reste quand à elle intact. C'est à ce moment là que la femme enceinte commencera à sentir son bébé.

A la naissance, le nouveau né est soumis à la loi céphalo-caudale, c'est-à-dire que le tonus se développe du haut vers le bas. Par ailleurs, une seconde loi, dite proximo-distale décrit une évolution tonique du tronc vers les extrémités. Ainsi, un nouveau né se caractérise par une polarité tonique : une hypotonie axiale et une hypertonie segmentaire. Il adopte une posture en enroulement.

Au fil de son développement neurologique et en fonction de facteurs génétiques et environnementaux, cette dichotomie tonique tendra à s'harmoniser. Le tronc gagnera en tonicité, ce qui permettra à l'enfant de tenir sa tête et de, plus tard se redresser. Parallèlement l'hypertonie des membres tendra à disparaître, laissant, petit à petit place à un meilleur contrôle moteur. La régulation tonique permettra alors à l'enfant de développer de nouvelles acquisitions posturales et motrices.

4) Le dialogue tonico-émotionnel

H. Wallon est le premier à souligner l'importance de « la fusion affective primitive » dans le développement de l'enfant. Cette dernière s'exprime au travers des manifestations tonico-émotionnelles et posturales du jeune enfant.

Plus tard, J. Ajuriaguerra développera en continuité le concept de « dialogue tonique ». C'est au cours des relations précoces entre la mère et son enfant que ce dialogue tonique s'amorce. J. Ajuriaguerra considère l'hypertonie, l'hypotonie et la détente corporelle d'un enfant comme étant des expressions d'appel, au même titre que les pleurs, les sourires ou le regard.

Cette qualité relationnelle entre une mère et son enfant s'installe très précocement. Déjà in utero, l'enfant peut ressentir les moments de tension et de détente de sa mère, tout en maintenant sa propre activité. Le fœtus répond aux sensations tactiles livrées par les variations toniques de la paroi utérine. Un premier dialogue s'installe alors.

A la naissance, les repères spatiaux se modifient. Le nouveau né passe d'un espace aquatique contenant délimité, à un vaste espace aérien illimité. Les vêtements et le portage de ses parents favorisent la construction d'une délimitation spatiale. Dans les jours qui suivent la naissance, la mère et son enfant doivent trouver une adaptation réciproque. J. Ajuriaguerra parle de « processus d'assimilation et surtout d'accommodation, entre le corps de la mère et le corps de l'enfant ».¹⁰ Il ajoute que « l'enfant tenu par sa mère est palpitant très précocement dans un échange permanent avec les postures maternelles ; par sa mobilité, il cherche son confort dans les bras qui le maintiennent. Maintenir ne veut pas dire état fixe de maintien, mais accommodation réciproque ». On observe le jeu d'adaptation tonique entre les deux protagonistes. En effet, l'état tonique de l'un, modulé par ses émotions, va venir modifier l'état tonique et émotionnel de l'autre. Il s'agit là d'un dialogue infra-verbal antérieur au dialogue verbal qui arrivera plus tard dans le développement de l'enfant.

Fonctionnant majoritairement sur un mode affectif, le dialogue tonique permet de mettre en place les premiers liens d'attachement. En effet, l'enfant

¹⁰ AJURIAGUERRA J, 1985, p. 272

comprend très vite que son état tonique est un moyen de communication privilégié. Autant faut-il que les réponses de l'environnement soient cohérentes. Grâce au tonus, les parents peuvent comprendre les ressentis de l'enfant et lui répondre de manière adaptée en retour. Les écueils de cette communication infra-verbale, s'ils sont trop importants ou prolongés, signent des discordances au sein des interactions entre le couple mère-enfant, et peuvent influencer le devenir tonique et psychique de l'enfant.

Ainsi, l'établissement d'un dialogue tonique entre l'enfant et sa mère est essentiel dans les relations précoces. Il conditionne le développement psychomoteur de l'enfant, de par ses influences sur la régulation du tonus, des sensations, des émotions, des représentations ou encore du langage. Et au-delà de la période de l'enfance, le dialogue tonique reste utilisé et fonctionnel tout au long de notre vie. Il constitue d'ailleurs un outil privilégié pour le psychomotricien.

5) La fonction tonique

En plus de garantir une communication dès les premiers temps de vie, le tonus garantit trois fonctions : la fonction de contenance, posturale et motrice. Ces trois fonctions s'étayent sur les trois strates vues précédemment : le tonus de fond, le tonus postural et le tonus d'action.

a. Fonction de contenance

Pour B. Lesage, le tonus est « une force de cohésion qui tient ensemble les parties ».¹¹ C'est grâce aux structures capsulo-ligamentaires des articulations et grâce aux fascias que les segments corporels se maintiennent entre eux. Les fascias sont des tissus conjonctifs qui relient et différencient les groupes musculaires. Ils sont visco-élastiques, ce qui signifie qu'ils transmettent les tensions et les inscrivent au sein d'une structure. Cela procure une solidarité musculaire.¹²

Ainsi, le tonus consolide le sentiment d'unité corporelle. Il figure une véritable enveloppe tonique en support de l'enveloppe que constitue la peau.

¹¹ COEMAN A, RAULIER H de FRAHAN M, 2004, p. 28

¹² LESAGE B, 2015, p. 186

Cette contenance tonique participe à la qualité de présence à soi et à l'autre d'un individu.

b. Fonction posturale

« Les postures sont des positions que l'individu conserve pendant un laps de temps suffisamment long pour que le corps garde une certaine immobilité. Elles constituent une pause, un temps d'arrêt dans une suite d'enchaînement moteur. Elles marquent la fin d'une unité d'action et introduisent ou préparent le début d'une nouvelle séquence ». ¹³

La posture désigne ainsi la position relative des différents segments corporels, et le maintien de cette organisation du corps dans l'espace. Elle garantit une position d'ensemble stable. La posture structure le mouvement car ce dernier débute et s'achève par une posture. Elle confère ainsi une temporalité au geste.

Chaque posture sous-tend une répartition tonique spécifique ; cette dernière relevant elle-même d'un état émotionnel singulier. La maîtrise posturale, c'est-à-dire la capacité à trouver et à conserver aisément une posture adaptée à une situation et à l'action envisagée, sous-tend le mouvement, et est elle-même sous-tendue par le tonus.

Deux fonctions posturales sont à distinguer :

- **La fonction anti-gravitaire** : la posture permet de maintenir le corps au court d'une action. De plus, elle organise l'agencement des segments corporels pour s'opposer à la force de la pesanteur. Le tonus postural en est le principal responsable avec le contrôle de l'équilibre, qui demande, qu'en position statique, la projection au sol du centre de gravité reste à l'intérieur de la surface d'appui au sol. Cette surface se nomme polygone de sustentation.

- **La fonction d'orientation et d'intégration** : la posture conditionne la qualité des afférences sensorielles, les perceptions et ainsi leurs influences sur la réalisation d'une action. Par ailleurs, en procurant un état d'équilibre, les postures

¹³ CORRAZE J, 1987

favorisent l'orientation dans l'espace. Elles constituent un référentiel pour les interactions avec les objets extérieurs.

Une fois debout et stable sur ses appuis, l'individu est disponible pour aller vers la mobilité et il est ouvert à l'espace relationnel.

c. Fonction motrice

L'organisation tonico-posturale d'un individu permet d'acquérir une certaine mobilité et liberté dans les mouvements. L'équilibre, les coordinations et les dissociations sont des composantes principales du mouvement.

Il existe l'équilibre statique (en position immobile) et l'équilibre dynamique (au cours du mouvement, en jeu dans les coordinations). La régulation posturale, dépend majoritairement de la régulation tonique. Elle s'opère grâce aux ajustements posturaux réactionnels, par une série d'activations musculaires innées et acquises. Ainsi, un trouble tonique impacte sur la régulation posturale et aura des répercussions sur l'équilibre.

Les coordinations-dissociations sont la résultante de multiples contractions et relâchements musculaires combinés dans un ordre déterminé pour atteindre un objectif. La coordination statique est associée aux acquisitions posturales. La coordination dynamique elle, correspond à toutes les activités motrices. On parle de dissociation quand des éléments moteurs habituellement associés sont séparés. A force de répétition, un apprentissage moteur complexe qui implique des dissociations va s'automatiser et passer sur le plan de la coordination.

III - Hypertonie et troubles du comportement : quels liens de causalités ?

Dans les troubles du comportement, les manifestations cliniques se caractérisent principalement par un passage à l'acte, autrement dit un débordement émotionnel qui n'est pas mentalisable et qui se traduit par un débordement physique et langagier. Or on parle de débordement quand quelque

chose qui vient de l'intérieur se propage vers l'extérieur. J'ai ainsi fait le lien entre ce défaut de contenance exprimée chez les enfants qui présentent des troubles du comportement et leur hypertonie. Car, comme nous l'avons vue précédemment, une des fonctions toniques est justement de garantir une contenance. Ainsi quels liens pouvons nous tisser entre les troubles du comportement et l'hypertonie ?

1) De l'enveloppe psychique à l'enveloppe tonique musculaire

a. Création de la fonction contenantante par les interactions précoces

Si l'on s'intéresse à la définition, d'après le Petit Robert du mot contenance, on trouve qu'il s'agit de la « quantité de ce qu'un récipient peut contenir ». Contenir peut se traduire par « faire tenir dans certaines limites ». Ainsi, la contenance sous-tend la présence de limites, qui viennent séparer un dedans, d'un dehors. A l'échelle de l'être humain, on emploie volontiers le terme d'enveloppe pour parler de limite. Pour Ciccone, « l'introjection de la fonction contenantante est une condition à la construction du sentiment d'identité et à la construction des enveloppes psychiques ». ¹⁴

Ainsi, comment un individu construit son enveloppe psychocorporelle et que se passe t-il quand cette construction défaille ? C'est ce que je vais tenter d'explorer dans mon exposé.

C'est au moment de la tétée que le nourrisson fait l'expérience d'un premier rassemblement et d'une première organisation de l'image du corps et ainsi d'un sentiment d'identité. Durant ce temps, une jonction entre différentes modalités sensorielles s'opère : le portage en contact dos qui donne à l'enfant le sentiment d'être soutenu et enveloppé comme durant sa vie intra-utérine ; l'interpénétration des regards qui procure le sentiment d'exister à travers les yeux de sa mère ; le contact du mamelon dans la bouche et celui du lait qui permet à l'enfant de ressentir un état de plénitude interne et de remplissage ; et enfin les paroles tendres et apaisantes de la mère qui forment une enveloppe sonore

¹⁴ ROUSSILLON, 2007, p. 64

rassurante. Si cette expérience de rassemblement est suffisamment bonne et répétée, l'enfant l'intériorisera et pourra la retrouver en cas de besoin.

Ainsi la qualité de holding et de handling au sens winnicottien demeure principale dans l'élaboration de la fonction contenante. Définissons ces deux concepts.

Le holding vient de l'anglais « to hold » qui signifie tenir, contenir, soutenir. Le holding c'est la manière dont la mère porte, protège et soutient physiquement et psychiquement son enfant. C'est en partie grâce à la préoccupation maternelle primaire¹⁵ que la mère sera capable de s'identifier et de s'accorder avec son enfant pour répondre à ses besoins. Par la continuité des soins et du portage, la mère va procurer chez son enfant la sensation d'être maintenue corporellement et d'être en sécurité affective. Aussi, le holding participe à l'élaboration du sentiment continu d'exister de l'enfant.

Le handling vient de l'anglais « to handle » qui signifie manier, traiter, manipuler. Il est une composante du holding précédemment défini. Le handling c'est la manière d'apporter les soins à l'enfant au quotidien (la toilette, le nourrissage, le change). Par le toucher et la qualité de ce dernier, l'enfant va ressentir ses limites corporelles.

C'est D. Anzieu qui a théorisé l'importance de la peau dans l'élaboration de la vie psychique. Il met en exergue la fonction de la peau comme étant une enveloppe corporelle, et par métaphore, une enveloppe psychique. Première limite corporelle, la peau définit le dedans du dehors, le soi du non soi. D. Anzieu décrit le Moi-peau comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps ». ¹⁶ La peau contient nos organes, rassemble les différentes parties de notre corps, constitue une barrière entre l'intérieur et l'extérieur du corps et nous garantit un sentiment d'intégrité corporelle. Le Moi-peau nous permet de contenir les contenus psychiques et par extension nous assure un sentiment d'intégrité

¹⁵ La préoccupation maternelle primaire est un concept développé par D. W. Winnicott et qui désigne l'état psychique singulier et transitionnel dans lequel se trouve la mère au début de la vie de son enfant. La mère se trouve durant cette période dans un état d'hypersensibilité et d'hyper adaptabilité aux besoins de son nourrisson.

¹⁶ ANZIEU D, 1995, p. 61

psychique. Ainsi, le sentiment d'intégrité de l'enveloppe corporelle nous permet de développer le sentiment d'intégrité de l'enveloppe psychique.

D. Anzieu définit huit fonctions du Moi-peau qui s'étayent sur les fonctions de la peau. Par soucis de pertinence par rapport à mon propos, je n'en aborderai que trois.

La fonction de maintenance résulte de l'intériorisation du holding maternel. Par le portage, le corps de l'enfant est maintenu « dans un état d'unité et de solidité », ce qui permet de maintenir le psychisme de l'enfant en état de fonctionner.

La fonction de contenance résulte de l'intériorisation du handling maternel. D. Anzieu fait une analogie entre la peau qui enveloppe entièrement le corps et le Moi-peau qui enveloppe tout le psychisme. Le ça pulsionnel est figuré comme un noyau, le Moi-peau comme une écorce. Tous les deux ont besoin l'un de l'autre. La pulsion n'est en effet ressentie que si elle rencontre des limites. Le Moi-peau n'est contenant que s'il y a des pulsions à contenir et plus tard à différencier. Ainsi, c'est la complémentarité de l'écorce et du noyau qui fonde le sentiment de la continuité du Moi, autrement dit, la continuité d'exister.

La fonction de pare-excitation s'étaye sur la couche sensible de la peau qui protège l'organisme des agressions ou des surstimulations. En effet, le Moi-peau figure une barrière psychique qui protège du risque de pénétration ou d'intrusion venant de l'extérieur. Dans les premiers temps de vie, c'est la mère qui assure ce rôle de pare-excitation auxiliaire pour son enfant, et ce jusqu'à ce que le Moi de l'enfant assume seul cette fonction.

Cependant, quand cette fonction du Moi-peau ne s'opère pas, « le pare-excitation peut être cherché en appui sur le derme à défaut de l'épiderme : c'est la seconde peau musculaire ».¹⁷

¹⁷ Ibid. p. 126

b. L'émergence d'une seconde peau musculaire : une défaillance de la fonction contenante ?

Quelles sont les conséquences d'une non intégration de la fonction contenante, fonction si importante dans la construction de la vie psychique et du sentiment continu d'exister ?

W. Reich, précurseur dans la lecture des phénomènes tonico-musculaires est le premier à aborder la notion de « cuirasse musculaire ». Selon lui, cette contention tonique serait liée à une forme de « cuirasse caractérielle ». La rigidité musculaire est la manifestation somatique d'une inhibition psychique. Ainsi, la formation d'une « cuirasse musculaire » permettrait de contrer les angoisses sous-jacentes présentes chez un individu.

E. Bick parle elle, de dysfonctionnement de la « première peau psychique »¹⁸ qui peut conduire le bébé à développer une « seconde peau musculaire ». Elle définit ainsi la seconde peau musculaire comme étant une carapace musculaire pare-excitante qui protège des agressions extérieures et qui maintient le sentiment d'unité psychique. La dureté musculaire, véritable contention tonique, permet de retrouver une sécurité de base et un éprouvé de continuité d'être.

A. Ciccone, en reprenant la théorie de seconde peau musculaire d'E. Bick nous indique que si la fonction contenante fait défaut, l'individu « s'accroche à des sensations, à des objets-sensations qui maintiendront provisoirement l'illusion d'un rassemblement ».¹⁹ C'est-à-dire que si la fonction contenante n'est pas remplie par la mère, le jeune enfant va chercher seul à assurer sa propre cohésion des différentes parties du soi en s'agrippant à une sensation. Dans le cas de cet exposé, il s'agit d'un agrippement à l'hypertonie de la musculature contractée qui se révèle par « une carapace musculaire à laquelle s'accroche l'enfant pour se sentir unifié, rassemblé dans sa vie mentale ».²⁰

Par ailleurs, S. Robert-Ouvray nous apporte une théorisation en ce qui concerne la formation de cette « seconde peau musculaire », qu'elle nomme

¹⁸ La première peau psychique « est vécue comme une frontière, maintenant rassemblé le sentiment de soi » *ibid.* p. 267

¹⁹ CICCONE A, 2001, p. 87

²⁰ CICCONE A, LHOPITAL M, 2001, p. 41

« paroi tonique ». Les stimulations excessives de la mère, comme les attitudes incohérentes, les brutalités et discordances sensorielles ou encore les comportements autoritaires favorise chez l'enfant la formation d'une paroi tonique. Lors de ces situations, l'enfant est constamment dans l'attente de la reconnaissance et de la gratification de sa mère. Cette attente engendre une angoisse et une hypertonicité chez l'enfant. La paroi tonique est une paroi de sidération, un seul pôle domine alors : celui de l'hypertonicité, du noir et du dur. Et c'est à ce moment là que l'hypertonicité devient pathogène : lorsqu'elle ne peut pas se coupler et s'intégrer rythmiquement avec l'hypotonicité de détente. La paroi tonique fait barrage aux bonnes sensations, qui ne peuvent pas pénétrer et nourrir le noyau interne de l'enfant.

Les repères identificatoires d'un bébé s'élaborent grâce à une communication émotionnelle stable. L'absence de cette stabilité procure à l'enfant une perte de confiance en lui; il peut se retirer derrière sa paroi tonique pour continuer à vivre. Ainsi, sa vie émotionnelle restera à l'intérieur de lui et il ne sera jamais sûr de ce qu'il ressent car il ne sera jamais confirmé dans ses états émotionnels.

Par ailleurs, la formation d'une paroi tonique ne permet pas le passage des informations du dehors vers le dedans et du dedans vers le dehors. Cette imperméabilité prive l'individu de ses capacités d'empathie. Un manque d'empathie qu'on retrouve fréquemment chez les enfants et adolescents en ITEP.

Ainsi, chez ces enfants, l'hypertonie est l'unique moyen pour se sentir exister et se rassurer à partir de leurs sensations primaires. Parallèlement, « la détente sera vécue et fantasmée comme une prétention, comme un signal de danger, voire un danger».²¹ Se détendre, c'est abandonner sa protection, sa paroi tonique, et donc mourir.

2) Le rôle de l'hypertonie d'après la théorie de S. Robert-Ouvray

Au-delà de garantir momentanément une illusion d'une cohésion corporelle et donc psychique, S. Robert-Ouvray a défini six rôles que possède la fonction

²¹ ROBERT-OUVRAY S, 2010, p. 185

hypertonique. Qualité présente chez tout à chacun, l'hypertonie ne devient pathogène que lorsqu'elle n'est pas couplée à sa partenaire complémentaire : l'hypotonie.

a. La fonction d'autoconservation

Au début de sa vie, la survenue de certains réflexes archaïques peut désorganiser le jeune enfant. Cependant, ce dernier est dans un second temps capable de venir se rassembler. Cette seconde étape est essentielle. En effet, la perte du contrôle moteur face à une surstimulation, et la possibilité de récupération secondaire démontrent la possibilité chez l'enfant de se restructurer, de se recentrer sur lui. Ainsi, les réflexes et l'hypertonie emmènent l'enfant à orienter ses mouvements dans le sens centripète ainsi qu'à donner un sens spatio-temporel aux sensations propres à sa construction du schéma corporel.

C'est vers le sixième mois que l'activité motrice réflexe de l'enfant tend à disparaître, au profit de l'activité motrice volontaire. L'équilibre tonique se met en place parallèlement.

L'hypertonie réflexe assure ainsi l'autoconservation des étapes fondamentales du développement du jeune enfant.

b. La fonction de pare-excitation

Le pare-excitation est une fonction qui permet de sauvegarder l'organisme face aux excitations provenant du monde extérieur. Dans les premiers temps de vie d'un enfant, c'est la mère qui assure cette fonction de pare-excitation, comme nous l'avons vu précédemment. Or, une seconde fonction inhérente au corps de l'enfant vient la renforcer, il s'agit de son hypertonicité.

Une stimulation engendre un certain degré de tension. Le bébé a la particularité d'être en permanence dans un état d'alerte, ce qui crée chez lui une gaine tonique réactive : « l'enveloppe tonique ». Ainsi, face aux stimulations internes et externes, le bébé répond par une augmentation de tension de son enveloppe tonique, ce qui lui permet de s'en protéger.

Adulte, cette fonction de pare-excitation reste inscrite dans notre motricité à plus ou moins forte intensité selon les individus, elle constitue un moyen de défense archaïque.

c. La fonction d'appétence

La tonicité d'un enfant lui permet de développer une grande réceptivité et donc favorise l'intégration sensorielle. La qualité de l'enveloppe tonique encourage l'enfant à découvrir le monde extérieur, l'autre et lui-même. Cette grande sensibilité motrice permet de rassembler les différents éléments que constitue le Moi. Elle prévient alors du démantèlement précoce et de l'écroulement psychique. Par sa fonction d'appétence, la tonicité du bébé participe à la durabilité du phénomène intégratif et aide à garantir le sentiment continu d'exister. Finalement, la fonction d'appétence assure la curiosité du bébé pour le monde extérieur et facilite ses stratégies et actions pour y accéder.

d. La fonction normative

A partir des réflexes et de l'hypertonie, le bébé réintroduit de manière tonique et fantasmatique des éléments de son corps dans celui de sa mère. La tonicité du bébé permet une certaine organisation de ses mouvements dans l'espace, qui permet d'entrer dans un code commun, dans une norme humaine que la mère sera en mesure de comprendre.

Cependant, quand cette fonction normative n'est pas assimilée par la mère, le bébé rejette les tensions et les affects douloureux sur son enveloppe tonique. Enveloppe tonique qui se rigidifie et qui perd peu à peu ses qualités de souplesse et d'échange.

e. La fonction de communication

Le bébé exprime son bien être par une diminution tonique tandis qu'il manifesterait un manque par une augmentation tonique. Il comprend ainsi que son état tonique est un moyen de communiquer avec l'autre. La fonction de communication tonique permet l'identification mutuelle de chacun des partenaires de la relation. C'est dans l'alternance des ressentis de l'enveloppe tendue-absence

ou détendue-présence que se crée une sorte de respiration et un rythme qui instaurent un espace psychique et des limites entre soi et non soi et entre le dedans et le dehors.

f. La fonction d'enveloppe tonique

L'enveloppe tonique est le résultat de la coordination des schèmes de base entre eux. La synthèse tonique et structurale rassemble toutes les parties du corps entre elles, ce qui permet, par étayage, la synthèse des différentes parties du Moi. Le Moi devient un objet total et unifié. Le sentiment d'enveloppe tonique constituerait alors la genèse d'une première enveloppe psychique.

3) Les différentes formes d'hypertonie que l'on retrouve en ITEP

La fonction de contenance défaillante, une grande majorité des enfants et des adolescents présentant des troubles du comportement développent une hypertonie que je qualifie de carapace tonique. L'hypertonie est caractérisée par un tonus musculaire anormalement élevé. C'est une augmentation de la résistance du muscle à son allongement passif. Aussi, le ballant ainsi que l'extensibilité sont amoindris. Quand l'hypertonie est une conséquence d'une lésion cérébrale elle peut être d'origine pyramidale ou extrapyramidale, mais chez les enfants et adolescents accueillis en ITEP, l'hypertonie est d'origine psychoaffective. C'est sur cette forme d'hypertonie que je vais m'attarder. Je commencerai par définir l'hypertonie d'origine psychoaffective pour ensuite développer les différents troubles hypertoniques que j'ai pu observer chez les enfants et adolescent d'ITEP tels que les dysharmonies toniques, les paratonies, les tics et les bégaiements.

a. L'hypertonie d'origine psychoaffective

On parle d'hypertonie d'origine psychoaffective quand la formation de l'hypertonie chez l'enfant prend sa source dans un défaut qualitatif de l'environnement. L'environnement est soit dans le versant surstimulant ou soustimulant.

Dans le premier cas de figure, c'est la grande quantité d'information que reçoit le bébé par sa mère qui peut le désorganiser. Pour lutter contre ce phénomène, l'enfant se construit une carapace pour se protéger des stimulations trop importantes qui viennent de l'extérieur.

Dans le deuxième cas de figure, la figure maternante est peu présente et néglige les besoins de son enfant. L'environnement est soustimulant. Or, c'est grâce à l'hypertonie d'appel et l'hypotonie d'apaisement que le bébé expérimente les différents pôles toniques. Aussi, si on ne répond pas à ses besoins, l'enfant s'enferme dans une hypertonie permanente.

Enfin, une dernière situation favorise l'émergence d'une hypertonicité chez l'enfant. Lorsque la figure maternante est inconstante dans les réponses et dans les soins qu'elle procure à son enfant, ce dernier reste dans l'incompréhension. Ainsi, le bébé ne peut pas se construire un Moi suffisamment solide et contenant. Pour pallier à cette évanescence, le bébé consolide son enveloppe contenant et protectrice par la formation d'une carapace tonique.

b. Les dysharmonies toniques

On distingue deux types de dysharmonies toniques :

- **Les réactions de prestance / contenance** : elles désignent des réactions d'ordre tonico-motrices, posturales, gestuelles ou des mimiques qui apparaissent de manière inadaptées dans un contexte relationnel et traduisent des difficultés d'adaptation à ce contexte. Elles peuvent s'exprimer sur le versant de l'hypertonie principalement mais aussi sur le versant de l'hypotonie avec une apparence d'être faussement à l'aise au sein d'une situation.

- **Les syncinésies** : ce sont des mouvements involontaires ou des contractions qui ont lieu dans une partie du corps, tandis que dans une autre partie du corps, sont effectués des mouvements volontaires, automatiques ou réflexes. Tant qu'elles n'invalident ni l'efficacité, ni la dimension expressive du mouvement, elles sont habituelles et normales chez l'enfant. En lien avec la maturation neurologique, elles disparaissent normalement vers neuf ans.

J. Ajuriaguerra distingue les syncinésies d'imitation, qui sont des mouvements identiques apparaissant du côté opposé au mouvement inducteur, et les syncinésies à diffusions toniques qui sont des élévations toniques (crispations) dans une partie du corps non impliquée dans l'action en cours.

c. Les paratonies

Les paratonies sont caractérisées par une impossibilité de résolution musculaire volontaire. L'individu ne peut pas relâcher son muscle après la contraction : la partie du corps concernée reste donc momentanément contractée, comme figée.

J. Ajuriaguerra distingue quatre formes de paratonie :

- **La paratonie normale** qui est observable chez les jeunes enfants ou chez les très grands sportifs.

- **La paratonie comme trouble de développement des systèmes de charpente motrice** observable chez les enfants qui présentent un retard de développement moteur et/ou de langage.

- **La paratonie subnormale de situation** que l'on peut observer momentanément lorsqu'un individu est confronté à une situation nouvelle.

- **La paratonie subnormale de prestance et de contenance** est la forme la plus observable en ITEP. La motricité est vécue comme une lutte permanente, où l'individu est constamment sur la défensive.

D'après G. Heuyer²², la survenue de paratonie est normale chez le jeune enfant de moins de trois ans. C'est grâce à la maturation neurologique qu'elle tend à disparaître.

d. Les tics

Les tics sont des mouvements ou des vocalises rapides, involontaires et répétitifs. Ils apparaissent de manière brusque et envahissante. Selon J.

²² R. DUPONT R, 2001, p. 30

Ajuriaguerra, les tics sont une caricature d'un geste habituel. Ainsi, ils sont incomplets et stériles. Ils sont habituels chez les enfants de sept, huit ans et ils peuvent par ailleurs survenir chez les garçons durant la puberté.

Les tics peuvent être transitoires ou chroniques, isolés ou multiples. Leur répression cause un malaise et ils demeurent souvent irrépessibles, bien qu'ils puissent disparaître durant un laps de temps variable. Leurs localisations et leurs formes sont multiples.

On distingue :

- **Les tics moteurs** qui surviennent principalement au niveau du visage (clignements des paupières, mordillement des lèvres), de la tête, du cou (hochement de tête, salutation), des épaules, ainsi qu'au niveau du tronc et des membres.

- **Les tics respiratoires** qui se manifestent par une toux nerveuse, un raclement de gorge ou encore par des ronflements.

- **Les tics digestifs** qui prennent l'apparence de troubles de la déglutition avec aérophagie.

- **Les tics de la parole** qui se manifestent par des cris, des bruits de bouche et des gloussements.

Il est intéressant d'observer les manifestations des tics car on s'aperçoit qu'ils surviennent dans les régions musculaires qui ont un rôle relationnel important. Aussi, l'anxiété, la fatigue ou encore l'ennui sont des facteurs aggravants. A l'inverse, le sommeil, la concentration sur une activité agréable ou l'abaissement du seuil tonique tendent à les amoindrir.

e. Les bégaiements

D'après le DSM-IV, le bégaiement est « un trouble de la fluence verbale et de l'organisation temporelle du discours caractérisé par la fréquence d'un ou de plusieurs des facteurs suivants : des répétitions de sons ou de syllabes, des prolongations de sons, des interjections, des pauses à l'intérieur des mots, des

blocages audibles ou inaudibles, des évitements de mots, la production de mots avec une tension motrice excessive, la répétition de mots syllabiques. »

Schématiquement, trois types de bégaiements sont à distinguer :

- Le **bégaiement tonique** qui est un blocage lors de l'émission sonore associé à l'impossibilité d'émettre un son pendant un temps de latence relatif (souvent sur la première syllabe d'un mot).

- Le **bégaiement clonique** qui se traduit par une répétition ou une prolongation de mots ou de syllabes qui viennent d'être prononcés.

- Le **bégaiement tonico-clonique** qui en est la version mixte et la plus fréquente.

Quelques fois, des troubles toniques tels que des tics, des tremblements et des troubles respiratoires viennent s'ajouter au bégaiement, ce qui renforce l'incapacité à s'exprimer à l'oral. Aussi, le stress et l'anxiété viennent également exacerber le bégaiement.

PARTIE CLINIQUE

I - Le contexte institutionnel

1) Présentation de l'établissement

A raison d'une journée par semaine, c'est au sein d'un ITEP que je réalise un stage cette année. Initialement Institut Médico Educatif (IME), l'établissement a ouvert ses portes en 1969. C'est en 2010 que l'établissement s'est transformé en ITEP. L'établissement fait partie de l'Association Insertion Education et Soins (IES) qui regroupe plusieurs établissements.

D'après le décret n°2005-102, « Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbent gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé ».

Aussi, l'ITEP a pour mission de fournir un accueil éducatif, thérapeutique et pédagogique aux jeunes en difficulté, dans un objectif d'insertion pré-professionnelle et sociale.

L'orientation d'un enfant ou d'un adolescent vers l'ITEP est prononcée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et notifiée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). L'établissement est financé par l'assurance maladie et est contrôlé par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

2) La population accueillie

L'ITEP dans lequel je réalise mon stage, accueille trente-cinq enfants et adolescents âgés de quatre à quatorze ans, en externat (dès huit heures trente le matin jusqu'à seize heures l'après-midi), qui présentent des difficultés d'ordre psychologique qui s'expriment par des troubles du comportement. Ces derniers perturbent de manière significative la socialisation et l'accès aux apprentissages.

Selon leur potentialités, les jeunes sont accueillis sur l'ITEP soit à temps complet du lundi au vendredi, et ainsi bénéficient de temps scolaires en interne, soit en inclusion scolaire le matin, auquel cas ils reviennent sur l'ITEP l'après-midi pour participer aux activités éducatives et thérapeutiques. Aussi, chaque jeune possède un emploi du temps spécifique qui sera réévalué au fil de son accompagnement sur l'établissement.

3) Le projet d'établissement

Dès l'admission d'un enfant dans l'ITEP, un Projet d'Accompagnement Individualisé (PAI) est élaboré.

L'ITEP répond à trois grandes orientations qui sont :

- **Thérapeutique** : suite à une indication du médecin psychiatre de l'établissement, les enfants peuvent bénéficier d'un suivi en psychothérapie, en psychomotricité et en orthophonie. Ce dispositif thérapeutique permet de mieux cerner les difficultés initiales et de pouvoir développer les potentialités de chaque jeune accueilli.

- **Educative** : chaque enfant a un éducateur référent qui l'accompagne au quotidien. En fonction de l'âge, des potentiels et des connaissances, les enfants et les adolescents sont divisés en quatre groupes éducatifs sur l'ITEP. L'un d'eux reste excentré dans l'établissement, il s'agit du groupe petite enfance. Il compte huit jeunes enfants âgés de quatre à huit ans qui souffrent de pathologies d'ordre psychique importantes. Ces enfants sont destinés à être orientés dans un futur proche en hôpital de jour.

- **Pédagogique** : pour chaque jeune, un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) est construit. Ce projet détermine les temps de scolarisation en fonction des besoins de l'enfant et décide de la pertinence d'une scolarisation dans des classes intégratives ou dans des classes ordinaires.

Ainsi, l'équipe pluridisciplinaire prend en compte les potentialités de chaque enfant ou adolescent pour l'aider à acquérir un niveau d'autonomie facilitant son orientation vers un milieu ordinaire ou pré-professionnel adapté.

4) L'équipe

L'équipe de direction comprend un directeur du pôle enfance (pôle composé d'un Service d'Education Spéciale de Soins A Domicile [SESSAD], d'un ITEP et d'un Externat Médico Professionnel [EMPro]), une directrice adjointe ainsi qu'un chef de service éducatif.

L'équipe éducative compte neuf éducateurs spécialisés, deux moniteurs éducateurs ainsi qu'un éducateur d'éducation physique et sportive qui dirige des temps sportifs à l'ITEP ou à l'extérieur dans le cadre de l'Union Sportive de l'Enseignement du Premier degré (USEP). Deux Aides Médico-Psychologiques (AMP) sont également présentes pour accompagner les jeunes lors des trajets et pour soutenir l'équipe éducative.

L'équipe pédagogique est constituée de trois enseignants spécialisés mis à disposition par l'Education Nationale.

L'équipe soignante est composée d'un médecin psychiatre, d'une infirmière, d'une orthophoniste, de deux psychomotriciennes, et de trois psychothérapeutes.

L'ITEP compte par ailleurs la présence d'une assistante sociale qui est chargée du suivi social des familles et qui est tenue de rencontrer les partenaires extérieurs.

Le service administratif assure le suivi de l'établissement. Il est composé d'une secrétaire de direction, d'une comptable et d'une secrétaire médicale.

Enfin, les services généraux sont composés de huit personnes qui assurent le ramassage des enfants, l'entretien général de l'établissement et la restauration.

5) La place de la psychomotricité

Avant l'admission dans l'établissement, une semaine d'observation est organisée afin d'objectiver la légitimité de l'orientation en ITEP d'un jeune. C'est lors de cette semaine d'observation que le bilan psychomoteur est réalisé. Croisé avec le bilan psychologique, orthophonique, pédagogique et avec les observations des éducateurs, l'équipe décide de la pertinence de l'admission à l'ITEP pour le jeune en question.

Suite à l'admission d'un jeune, un accompagnement en psychomotricité est souvent souhaitable. La décision est prise en équipe avec le soutien et l'aval du médecin psychiatre.

Les deux psychomotriciennes à mi temps se partagent les prises en charges dans l'établissement. Les séances de psychomotricité sont souvent en individuelles. Pour des contraintes institutionnelles, les séances de psychomotricité ne durent que trente minutes. Selon les enfants, et la perception subjective du temps, cela peut s'avérer être déjà long. Aussi, certains bénéficient de deux séances par semaine.

En ITEP, les jeunes accueillis en séance de psychomotricité présentent des problématiques de limites, d'image du corps, sont agités voire instables. A travers l'utilisation ludique et exploratoire des médiations, les mises en corps sont symbolisées et les enveloppes corporelles sont renforcées pour retrouver une sécurité de base.

Le rôle de la psychomotricité ainsi est bien intégré par l'équipe et par les jeunes. Ces derniers sont généralement plutôt contents de pouvoir bénéficier d'un temps qui leur est consacré en séance individuelle. C'est un moment dont ils profitent pour être à l'extérieur de leur groupe éducatif.

Par ailleurs, la salle de psychomotricité peut être investie comme un lieu de gestion de crise. La psychomotricienne peut en effet intervenir suite à une crise d'un jeune et lui proposer de venir se calmer et s'apaiser dans la salle de psychomotricité avec son éducateur. Néanmoins, il ne faudrait pas que les crises soient la porte d'entrée pour profiter de la salle de psychomotricité, très attrayante pour les jeunes.

II - L'accompagnement psychomoteur de Demba

1) Présentation de Demba

C'est en octobre 2016 que je rencontre Demba, il est alors âgé de neuf ans et demi. Le jeune garçon est d'origine sénégalaise. D'allure frêle, il est assez petit pour son âge et relativement vif. Je note à travers son agitation une grande tendance à l'hypertonie.

2) Éléments d'anamnèses et projet à l'ITEP

Demba est né en décembre 2006. Son père qui était marié, a eu une aventure avec sa mère. De cette histoire naîtra le jeune garçon. Le père n'a ainsi jamais déclaré son fils. Demba ne rencontre son père que de temps en temps. Suite à un contexte de violence familiale, Demba est placé de quatre à cinq ans dans un foyer pour enfant. Le petit garçon a deux demi frères de onze et quatorze ans, ainsi qu'une demi sœur de quatre ans. Demba n'entretient pas de bonnes relations avec ses demi frères et sœur. Il vit actuellement auprès de sa mère avec ses demi frères et sœur.

Demba est un petit garçon asthmatique. Chez lui, il assure seul l'administration de ses traitements.

Déscolarisé brutalement, Demba est admis à l'ITEP en juin 2015 pour son agitation et ses troubles du comportement qui entravaient sa scolarisation en

milieu ordinaire. Désormais, il bénéficie d'une heure et demi de classe le lundi, mardi, jeudi et vendredi matin sur le groupe en inclusion au collège.

Du point de vue éducatif : Demba participe à plusieurs activités telles que la cuisine éducative, le rugby, l'informatique et le Hip Hop. Les objectifs inhérents à ces activités éducatives sont de travailler sur la socialisation et son rapport aux autres pour tenter d'établir des liens d'amitié avec ses pairs ainsi que de travailler sur sa frustration.

Du point de vue pédagogique : il est scolarisé dans le groupe d'inclusion au collège tous les matins pendant une heure et demi. L'objectif est d'accepter le groupe classe et d'y trouver sa place en tant qu'élève, ainsi que d'établir une relation de confiance avec l'enseignant. Sur le long terme, le but serait d'augmenter son temps scolaire.

Du point de vue thérapeutique : Demba est suivi une fois par semaine en psychothérapie individuelle et en séance de psychomotricité individuelle.

3) Evaluation psychomotrice et projet thérapeutique

Comme dit précédemment, c'est lors de la semaine d'observation que l'évaluation psychomotrice est réalisée. Cette dernière se déroule en une heure. Aussi, il s'agit davantage de réaliser une évaluation basée sur l'observation et sur la passation de quelques tests afin d'objectiver la manière d'être générale de chaque enfant et ses compétences dans chaque grands thèmes psychomoteurs. C'est une évaluation qui se réalise de manière spontanée et intensive.

Ainsi, l'évaluation psychomotrice de Demba a été réalisée en mai 2015, par ma maître de stage. Je fais état de ses observations.

De primes abords, la psychomotricienne note dans l'attitude corporelle générale de Demba une tendance à l'hypertonie. Une importante tension au niveau de la ceinture scapulaire et des membres supérieurs est observée. Demba semble se protéger du monde extérieur en abordant une carapace tonique. Durant la passation, elle observe que cette grande tension corporelle peut induire de

l'impulsivité. Il se met souvent en danger en voulant grimper sur des objets instables et hauts.

Les épreuves de motricité globales sont réussies. Demba parvient à coordonner et à dissocier ses membres inférieurs et supérieurs pour produire des mouvements harmonieux. Cependant durant les équilibres statiques et dynamiques un manque de contrôle postural est noté. Ce défaut de tenue peut provoquer des chutes.

L'organisation temporelle et rythmique est efficace. Demba peut reproduire une séquence rythmique et s'y adapter lors du mouvement.

La passation du test des somatognosies renseigne sur la bonne intégration et la connaissance du schéma corporel. En revanche, l'image que Demba se fait de son corps semble restreinte. En effet, pour le dessin du bonhomme, malgré le large choix de couleurs, le jeune garçon ne prendra que du noir. Son bonhomme est raide et sans visage. L'absence de visage peut renvoyer à un désinvestissement cognitif et émotionnel. De plus, la représentation en tige des segments corporels et du buste pourra figurer une rigidité interne, associée à un manque de dissociation de l'ensemble de corps. A travers cette représentation subjective, on imagine un vécu corporel relativement pauvre chez le petit garçon.

Tout au long du bilan, Demba reste relativement attentif et fait preuve d'une bonne écoute.

Ainsi, Demba est un jeune garçon agité, qui reste sur le versant de l'impulsivité motrice. Son défaut de régulation tonique est frappant. Il semble vouloir se protéger en arborant une enveloppe tonique et musculaire importante. Cette qualité tonique peut lui porter préjudice lors des maintiens de postures. En revanche, la motricité globale reste efficace. Bien adapté dans la relation à l'autre, il a cependant besoin d'une importante distance interpersonnelle. Attentif, il est capable de s'adapter et de réaliser les exercices demandés par la psychomotricienne. Enfin, malgré sa bonne connaissance de son corps sur le plan théorique, il manque de représentation corporelle d'un point de vue de l'image du corps. Demba semble vivre son corps dans le dur, la rigidité et dans l'agir sans élaboration mentale et planification préalable.

De ce bilan, je peux dégager un projet thérapeutique qui se décline en trois axes de prise en charge :

- Améliorer la conscience corporelle de Demba grâce à des explorations sensorielles et toniques diversifiées afin d'enrichir son vécu subjectif du corps.

- A travers le jeu et l'engagement du corps dans l'espace, favoriser l'émergence de la régulation tonique pour que Demba puisse assouplir sa carapace tonique, tout en consolidant ses limites corporelles sur un mode différent.

- Favoriser sa confiance et son estime de lui-même en valorisant ses idées et ses créations.

Ses points seront travaillés au travers d'une séance individuelle de trente minutes par semaine.

4) Evolution des séances

Les séances de psychomotricité s'organisent de la manière suivante : la psychomotricienne laisse l'enfant explorer la salle et le matériel, puis à travers son jeu libre, elle intervient pour l'emmener vers d'autres propositions en fonction de ses problématiques.

❖ Le 6 Octobre 2016

Nous allons chercher Demba sur son groupe, lorsque je me présente, il ne me porte pas un grand intérêt (il me resituera indirectement une fois dans la salle en évoquant l'ancienne stagiaire). Sur le chemin, Demba donne un coup de pied dans chaque porte que nous rencontrons. Ce n'est qu'avec la contenance physique de la psychomotricienne qu'il arrivera dans la salle de psychomotricité sans se disperser. Peut être est-ce la nouveauté de ma présence qui entrave le comportement de Demba ? Je reste en retrait durant cette première séance.

Demba montre une agitation psychomotrice et se dirige vers de nombreux objets sans les investir longtemps. Dans ses jeux, Demba se met en danger en tombant régulièrement sur le sol. La place du corps est omniprésente, sans

protection. En tombant sur le sol dur, sans doute cherche-t-il à éprouver ses limites corporelles ? Pour l'apaiser, la psychomotricienne lui propose un moment dans le hamac. Il accepte de venir s'y allonger mais il n'y restera que quelques instants. Suite à cela, il demandera à la psychomotricienne de lui lancer la physio-ball sur lui pour qu'il la contre. Sa contraction musculaire est impressionnante durant ce jeu : tout en se valorisant avec un vocabulaire de puissance et de force physique, il reste hypertonique en abordant des attitudes figées de ninja. Il me semble figurer sa volonté de maîtriser son environnement. Sûrement est-ce une manière pour lui de se rassurer en se prouvant à lui-même (et peut-être à moi, stagiaire qui fait intrusion au sein de la séance) qu'il peut tenir face à l'adversité.

Ainsi, il s'agira durant les séances à venir, de laisser venir Demba plutôt que d'imposer ma présence qui peut être perçue comme menaçante chez le jeune garçon. Le nouveau cadre des séances en psychomotricité doit s'imprégner de bienveillance pour qu'une relation de confiance s'établisse progressivement. En effet, Demba semble masquer son manque de sécurité interne par sa grande enveloppe tonique et musculaire et sa toute puissance. Ce comportement m'évoque une problématique de limite. Limites qu'il tente de faire exister temporairement par son recrutement tonique, sans quoi son corps devient évanescent. Aussi, je pense qu'il est vain de lui proposer des exercices de relâchement musculaire et de passivité car cela peut engendrer des angoisses chez Demba ; en tout cas dans un premier temps. Mais il s'agira davantage, de l'emmener au fur et à mesure, à travers ses propositions de jeux, vers l'exploration de nouvelles polarités sensorielles et toniques pour enrichir sa palette de sensations, d'émotions et de représentations.

❖ 14 Octobre 2016

Demba veut reprendre le jeu d'opposition avec la physio-ball mais en y ajoutant un tapis derrière lui pour amortir une éventuelle chute. Malgré cette tentative de prendre soin de lui, le jeune garçon tombera toujours (volontairement ?) à côté du tapis. Demba décide de jouer au basket. Grand amateur de basket (sport qu'il pratique en activité extra-scolaire), il se compare à de grands joueurs. Il laisse peu de place à l'autre dans son jeu et quand il le fait, il donne des règles à son avantage. Essoufflé, il vient s'affaler dans le coin pouf quelques secondes, et revient au centre de la salle pour soulever la physio-ball en s'exclamant « je fais un test de force ». Une fois encore, à un moment de

relâchement musculaire, s'en suit un recrutement tonique majeur comme pour se rassurer et restructurer son enveloppe corporelle. Cela figure un manque de sécurité interne et la présence d'angoisses d'anéantissement du sentiment continu d'exister.

Puis Demba décide d'improviser un spectacle de marionnette. Pour cela, il s'organise un espace de jeu dans lequel il est contenu : il est adossé au mur et derrière le banc qui maintient un tapis verticalement. La psychomotricienne et moi sommes face à lui, dans l'espace du public. A travers ce dispositif sécurisant, tant par l'organisation spatiale que par la bienveillance de nos regards, Demba est capable d'élaborer une histoire cohérente et bien construite. Dans un espace adapté, Demba fait preuve d'imagination en gardant une attitude stable, sans débordement ni agitation.

❖ 4 Novembre 2016

Quand nous allons le chercher sur son groupe, Demba visionne un film de voiture. Une fois dans la salle, il se dit énervé à cause du héros du film. Malgré les tentatives de compréhension de la psychomotricienne, il ne dit rien et décharge son agressivité sur les tapis et les ballons (surfaces molles, néfastes ?). Demba s'agite, semble débordé par ses affects sans qu'il puisse les maîtriser, les élaborer, ni les partager avec nous. La salle est en vrac ; comme son état intérieur ? Cela semble témoigner d'une angoisse d'incompréhension et d'indifférenciation entre la fiction et la réalité, entre l'imaginaire et le réel. Puis dans un élan de reconstruction, il dit vouloir construire une cabane. Malgré sa volonté il n'y parvient pas et ira s'écrouler sur le banc (surface dure, rassurante ?). Demba apparaît très fatigué, les traits du visage affaissés. La psychomotricienne lui propose de venir se reposer dans le hamac. Il y restera cinq minutes, ce qui est beaucoup pour Demba ; mais malgré la contenance du dispositif et du thérapeute, Demba ne parviendra pas à se poser. Il passera son temps à s'étirer et à se repositionner. La détente, le relâchement tonique n'est pas accessible malgré l'état de fatigue dont il témoigne.

❖ 2 Décembre 2016

Demba est de moins en moins dispersé, il peut investir un jeu pendant plusieurs minutes. Désormais lorsqu'il se met en danger, il veille à se mettre un tapis et des coussins. Il ne tombe plus à côté des tapis. Petit à petit, il semble

intégrer le pôle mou. Cependant les jeux ne tournent qu'autour de lui, il lui est difficile d'inclure l'autre.

❖ 13 Janvier 2017

Demba entre dans la salle avec une idée en tête : il est James Bond. Il commence par faire des roulades avec la physio-ball. Désormais, il s'organise « une piste d'atterrissage » avec tapis et coussins pour ne pas se blesser lors de la réception. Pendant toute la séance, Demba explorera un parcours co-construit sur fond symbolique. C'est la première fois qu'il investira un unique jeu durant les trente minutes de la séance. De ce jeu, j'observe la grande qualité d'attention et de concentration du jeune garçon. Demba maîtrise son corps et son schéma corporel est parfaitement intégré. J'observe aussi que Demba accepte d'avantage la proximité et le contact corporel.

❖ 20 Janvier 2017

Aujourd'hui Demba veut jouer de la musique. Nous lui proposons le tambourin et le xylophone. Il explore les deux instruments en même temps. La main gauche tapant sur le tambourin et la main droite tapant sur le xylophone. Il parvient aisément à produire une structure rythmique mais ses frappes restent extrêmement fortes. Il se lève alors, s'assoie au bureau dos à nous et commence à jouer du xylophone délicatement avec les doigts. En se coupant de la relation, mais tout en ayant confiance en nous pour se mettre dos à nous, Demba parvient à abandonner son hypertonicité et à baisser son niveau de vigilance, en faveur d'une délicatesse que nous n'avions jamais aperçue auparavant chez lui. La séance se termine dans la douceur.

❖ 3 Février 2017

Séance différente des autres aujourd'hui. Demba arrive dans la salle avec un dessin qu'il souhaite continuer avec nous. Inspiré par la culture manga, le jeune garçon a pour idée de réaliser une histoire avec plusieurs planches de dessin. Je suis impressionnée du coup de crayon de Demba. Il maîtrise les proportions, les expressions faciales des personnages et le scénario. Ses personnages sont hyper musclés, notamment au niveau du torse. Cela tranche avec le bas du corps qui est fin et non articulé. Aussi, le héros n'est pas sans me rappeler quelqu'un ...

Le dessin semble être un exutoire pour Demba ; il s'agit d'une ressource intéressante qui lui permet de se canaliser et de recycler son agressivité dans son activité artistique.

❖ 24 Février 2017

Ma maître de stage m'informe qu'un jour avant les vacances de février, Demba était agressif sur son groupe. Les éducateurs ont demandé à la psychomotricienne si elle pouvait l'accueillir un temps dans la salle de psychomotricité pour apaiser et canaliser ses tensions à l'abri de ses pairs. Dans la salle, Demba a d'abord été s'allonger à plat ventre dans les coussins puis sur la physio-ball. La psychomotricienne lui a alors proposé un temps de toucher thérapeutique pour se détendre, ce que le jeune garçon a accepté pour la première fois.

C'est ainsi qu'aujourd'hui, Demba nous exprime sa volonté de réitérer l'expérience en allant s'allonger à plat ventre sur la physio-ball. Il s'agit d'un dispositif particulier qui demande à Demba d'accorder une grande confiance à l'autre car c'est un équilibre instable que nous devons garantir pour ne pas faire tomber Demba (qui ne touche le sol ni avec ses pieds, ni avec ses mains). Il accepte que je le mobilise. Je lui propose un toucher thérapeutique plutôt appuyé et focalisé sur le dos en variant les objets médiateurs. J'observe ainsi qu'il n'apprécie pas les objets durs car cela provoque chez lui des chatouilles. Suite à une chatouille il quitte le dispositif en s'étendant. L'absence de feed-back visuel et cette première expérience avec moi n'est pas une situation propice à la détente. Néanmoins, il accepte de continuer les expérimentations sensorielles mais en allant s'allonger dans le hamac. Avec l'épaisseur du tissu et la contenance qu'offre le hamac, Demba n'est plus dérangé par le passage des objets durs sur son dos. Il n'est aussi plus dos mais face à moi, ce qui favorise la confiance. Durant ce temps de toucher thérapeutique, le jeune garçon pourra fermer les yeux et abordera un visage relâché et détendu avec la bouche entrouverte ; la vigilance du jeune garçon s'abaisse. Cependant, il changera souvent de position en s'étirant comme si la détente à longue durée était inaccessible et qu'il fallait garder une once de mouvement. D'ailleurs Demba exprimera sa volonté de mouvement en me demandant de terminer la séance en le balançant énergiquement.

Cette séance marque un tournant dans l'accompagnement de Demba. Pour la première fois, il est capable, dans un mouvement régressif, de laisser faire l'autre et d'être « passif », de ne plus contrôler ; sans pour autant que cela ne devienne insupportable. Son agitation et son hypertonie tombent aux profits de l'expérience du relâchement musculaire, de la baisse de vigilance et du calme. De ce nouveau vécu, il s'agira de le symboliser à travers des médiations artistiques ou simplement de les verbaliser dans les prochaines séances.

❖ 3 Mars 2017

Aujourd'hui Demba semble avoir besoin de s'exprimer et d'extérioriser son agressivité : il amorce un combat de catch contre la physio-ball. Pour se protéger, il demande de mettre des tapis et des poufs pour amortir les éventuelles chutes et pour figurer le ring. L'agencement de l'espace est important pour organiser le jeu. Pour introduire de l'échange dans le jeu, la psychomotricienne devient l'adversaire avec des poufs comme armes et boucliers. Après quelques échanges, Demba sort du jeu en allant se construire un trône en briques dures, peu confortable. Menacé par l'autre dans la confrontation de l'interaction, peut-être veut-il figurer que seul, il est capable de se remobiliser et de résister. Il indique ici son désir d'omnipotence. Il détruira finalement son trône avec la physio-ball et pourra ranger la salle avant de partir.

❖ 17 Mars 2017

Après s'être adonné à un jeu de catch comme la fois précédente, Demba se met dans le hamac avec un pouf sur le ventre qu'il tient entre ses bras. Comme pour figurer le calme après la tempête, il veut que l'on emmaillote dans le hamac en l'attachant avec des cordes et que l'on le balance énergiquement. Dans cette demande, il exprime sa volonté d'éprouver ses limites corporelles à travers la contention que permet le hamac et le sens proprioceptif, vestibulaire du balancement. Il sortira finalement assez vite du hamac pour aller expérimenter des équilibres sur la physio-ball. En canalisant son énergie et en s'adaptant à la surface instable avec dextérité, il pourra garder des équilibres aisément. Malgré nos félicitations, Demba se dévalorise en expliquant que ce qu'il fait est facile.

❖ 24 Mars 2017

Demba arrive avec sa tasse de thé qu'il finira de boire au bureau au début de la séance. Une fois sa tasse terminée, il sort de son sac à dos une bouteille à

moitié remplie de grenadine. En la buvant, il place ses deux mains sur la bouteille et tête au goulot. On dirait un bébé qui boit son biberon. Il semble se remplir avec sa boisson. Demba me paraît fatigué, il reste silencieux, pensif. D'un coup, sans transition, il se lève de la chaise, enlève son manteau et son pull pour aller taper contre la physio-ball. Mais en voyant un djembé, nouvel objet présent dans la salle il préférera venir en jouer et l'explorer. Demba a un attrait pour la musique et la danse. Nous jouons finalement ensemble, à plusieurs, aux instruments de musique.

5) Bilan de l'accompagnement de Demba

L'accompagnement de Demba en psychomotricité fut fluctuant en fonction de l'humeur du jeune garçon. Ma présence a modifié le cadre de sa prise en charge en psychomotricité, ce qui l'a sans doute déstabilisé dans un premier temps. Il l'a exprimé corporellement à travers son agitation motrice, sa rigidité tonique et sa grande distance interpersonnelle. Défensif et distant vis-à-vis de l'autre, Demba peut rester dans la démonstration de sa force physique et la solidité dont il fait preuve à travers sa carapace tonique. Cela cache sa fragilité et l'évanescence de son enveloppe corporelle.

A travers les jeux et le toucher thérapeutique, Demba expérimente l'ambivalence tonique. La carapace tonique persiste néanmoins au niveau du haut du corps, sous-tendue par des représentations de héros et de grands sportifs que le jeune garçon admire.

Néanmoins, Demba est un jeune garçon qui possède de nombreuses ressources, et qui, si il se sent en confiance et bien contenu, peut développer une grande créativité. Il nous l'a montré à travers la pluralité de ses jeux symboliques, du dessin et de la musique. C'est à travers le passage d'un niveau de représentation à un autre niveau de représentation que la fluidité psychique s'amorce.

Aussi, quelque chose de l'ordre de la confiance et du partage a pu s'engager durant la dernière séance notamment. En effet, un jeu musical à plusieurs a été possible pour la première fois. Sur le long terme, j'imagine que Demba pourra se poser et baisser son niveau de vigilance, en accordant plus de confiance à l'autre.

III -L'accompagnement psychomoteur de Mehdi

1) Rencontre avec Mehdi

Mehdi est un jeune garçon de onze ans et demi que je rencontre en Septembre 2016 lors de mon premier jour de stage. Il est sur son groupe éducatif quand nous allons le chercher avec ma maître de stage. Quand nous rentrons, Mehdi se tient debout, seul au milieu de la salle. Son attitude corporelle est rigide ; son visage et son regard restent fermés. Il me paraît peu avenant, voir défensif. Il me semble non disponible à la communication. Il nous accompagne sans dire un mot et sans se soucier de ma présence. Physiquement, il est de taille moyenne et relativement svelte. Il porte principalement des vêtements de sport avec des baskets.

2) Eléments d'anamnèse et projet à l'ITEP

Mehdi est né en Décembre 2004. Il a un frère d'un an de plus que lui qui est placé en foyer. Les relations sont conflictuelles entre les deux frères. Dans un contexte de violence familiale, les deux parents de Mehdi se séparent quand il avait neuf mois. Le père quitte le domicile familial. Désormais, Mehdi vit seul avec sa mère qui est AMP dans un Foyer pour Adulte Médicalisé. Mehdi ne voit son père que rarement, ce dernier a un droit de visite sans hébergement.

Pour une raison non renseignée dans son dossier, Mehdi sera suivi par une psychologue dans le cadre du SESSAD à l'âge de sept ans et demi. La psychothérapie se terminera deux ans plus tard. Suite à un signalement pour contexte familial douteux fait par sa psychologue, Mehdi se sentira trahi et aura désormais du mal à se confier à un thérapeute. La mère mettra en échec la prise en charge de son fils au SESSAD.

En Juin 2014, à neuf ans et demi, Mehdi est admis à l'ITEP pour troubles de l'humeur et du comportement social. Il vient à l'ITEP à temps complet, du lundi au vendredi.

Du point de vue éducatif : il participe à différentes activités sportives (sports collectifs, danse hip-hop et acrobranche) ainsi qu'à la sortie à la Société de Protection des Animaux (SPA). Ces activités ont pour objectif de l'aider à mettre des mots sur ses émotions, de trouver un autre moyen d'expression que la violence pour exprimer sa colère, de travailler la confiance en soi et d'accepter les règles et de les comprendre.

Du point de vue pédagogique : il suit un programme de CM2 les matinées au sein de l'ITEP et participe au groupe au collège quelques fois par semaine. Les objectifs majeurs sont de s'investir dans le travail scolaire et d'en comprendre le sens, d'accepter d'écouter la parole de l'adulte en cas de désaccord et de pouvoir exprimer ses difficultés.

Du point de vue thérapeutique : il bénéficie d'une séance de psychothérapie par semaine, mais suite à son histoire avec son ancienne psychologue, Mehdi se livre moins. Il bénéficie également d'une séance de psychomotricité par semaine.

Il faut noter que Mehdi est souvent absent de l'établissement. Absences qui sont souvent dues à l'emprise qu'à sa mère sur lui. Une fois de plus, la mère du jeune garçon tente de mettre en échec l'accompagnement de son fils sur l'ITEP. L'accueil d'un enfant en ITEP suppose que ce dernier soit reconnu comme personne en situation de handicap. Aussi, l'acceptation du handicap de son fils se révèle délicat chez cette maman. Elle semble souffrir de la différence de son fils et du fait qu'il ne puisse pas aller au collège comme tout le monde.

3) Bilan d'observation et projet thérapeutique

Durant sa semaine d'observation avant l'intégration de Mehdi dans l'ITEP, la passation du bilan psychomoteur n'a pas été possible. Mehdi sembla mal supporter le fait d'être objet d'évaluation. Il a pu aussi se sentir persécuter face à cette observation, réaction qui révèle la grande faille narcissique du jeune garçon.

Plusieurs mois après l'admission de Mehdi, lors d'une Réunion d'Elaboration de Projet (REP), les éducateurs ont partagé leur inquiétude face au comportement agressif et défensif de Mehdi. Ils ont relevé son incapacité à se poser, à exprimer

ses émotions et sa grande agitation sur le groupe éducatif. Suite à une discussion pluridisciplinaire et avec l'aval du médecin psychiatre, il a été proposé de débiter une prise en charge en psychomotricité pour aider Mehdi à canaliser ses pulsions agressives notamment. Mehdi a investi dès la première séance son temps de psychomotricité mais la passation d'un bilan n'a jamais été réalisable.

Qualitativement, au regard d'observations, je fais état des spécificités psychomotrices de Mehdi.

Je constate dans l'attitude et les déplacements de Mehdi la présence d'une hypertonicité globale qui lui donne un air renfermé sur lui-même et défensif. Le visage reste lui aussi crispé avec peu de variation dans l'expression faciale.

Mehdi est un jeune garçon qui pratique du sport régulièrement ; il est à l'aise dans l'engagement de son corps dans l'espace. Il peut s'organiser corporellement et spatialement sur un terrain de football par exemple.

La connaissance du schéma corporel est acquise, en revanche l'image du corps elle, semble altérée. Mehdi présente en effet une problématique autour des limites. Limites corporelles qu'il fait sans doute exister artificiellement par sa contention tonique.

En lien avec ses troubles toniques, Mehdi a des troubles relationnels qui s'expriment par de l'impulsivité et de l'agressivité.

Le projet thérapeutique proposé pour Mehdi va s'articuler autour de trois points principaux qui sont les suivants :

- Offrir un lieu sécurisant au sein duquel Mehdi peut recevoir et introjecter quelque chose de l'autre sans se sentir menacer dans son intégrité physique et psychique. Cela supposera d'instaurer une relation thérapeutique où règne un climat de confiance et de sécurité.

- Fournir des expériences et informations sensorielles qui viennent enrichir son vécu corporel, son schéma corporel et son image du corps pour consolider la formation de ses limites corporelles. Lui faire éprouver son corps sur un autre

mode que celui de la dureté, de la confrontation. Passer du corps douleur vers le corps plaisir.

- Développer à travers le toucher thérapeutique, un dialogue tonico-émotionnel qui favorise les relations. Cela l'aidera à faire confiance à l'autre, et à baisser son niveau de vigilance.

Pour remplir ces axes thérapeutiques, une séance en individuel de trente minutes par semaine sera proposée à Mehdi.

4) Evolution des séances

❖ 23 Septembre 2016

Ma présence ne semble pas déranger Mehdi. Il va s'allonger directement dans le hamac en rentrant dans la salle de psychomotricité. Mehdi demande à la psychomotricienne de l'emballoter en lui nouant des liens au niveau des pieds, des jambes, du buste et des épaules. Son visage est recouvert par le hamac. Cette installation me renseigne sur son vécu corporel singulier, emprunt d'un besoin de contenance majeur ainsi que de portage. La psychomotricienne alternera entre bercement et percussions osseuses pour lui fournir une diversité de perceptions sensorielles.

❖ 30 Septembre 2016

Mehdi se dirige vers le hamac, au sein duquel il s'allonge. Il ferme les yeux et ne bouge plus. Mehdi est en train de « faire le mort ». C'est un jeu qu'il fait souvent avec l'infirmière. Il entre dans l'infirmierie sans raison apparente et s'écroule sur le lit. Le jeu est alors d'essayer de le ranimer. Que veut-il nous dire à travers ce jeu ? Ce qui est impressionnant c'est la possibilité qu'il a de se rendre hypotonique alors qu'il demeure raide et hypertonique en temps normal. La psychomotricienne tente alors de le ranimer en mimant des électrochocs, en faisant le tour du corps pour observer des réactions... en vain. Seules les chatouilles permettent à Mehdi de se réanimer. Par l'excitabilité que produisent les chatouilles, le corps se contracte, et donc la carapace tonique revient, Mehdi « revient à la vie ». Ainsi, par son jeu de mort Mehdi nous signale que si il se relâche, il meurt, sa grande tonicité est une défense contre l'anéantissement.

❖ 2 Décembre 2016

Suite aux vacances et aux nombreuses absences de Mehdi, nous le retrouvons un mois plus tard. La séance sera similaire à la précédente. Il gardera son manteau et ses chaussures et ira dans le hamac. L'accumulation de couches vestimentaires témoigne d'une grande fragilité des limites corporelles. Il reprendra son jeu de la fois dernière mais il se cachera le visage. Est-ce une manière de se couper de la relation ? Comme la fois dernière, les chatouilles le feront sortir de son sommeil.

❖ 20 Janvier 2017

Pour la première fois, nous prendrons un temps en début de séance pour parler du temps passé depuis notre dernière rencontre. Mehdi gardera le regard fermé et ne sourira pas. Il ira comme à son habitude dans le hamac où il demandera d'être emmailloté en gardant la tête en surface. Il se cachera néanmoins le visage avec ses mains. Durant les mouvements de bercement fort, un sourire apparaît. Ainsi, c'est dans les hyper-sensations, ici vestibulaires et proprioceptives, que Mehdi s'éprouve corporellement. L'agrippement à une sensation lui permet de constituer son unité et la cohésion de son enveloppe corporelle ; ce qui confirme le rôle de sa carapace tonique.

Brusquement, Mehdi se redresse ; surprises, nous lui verbalisons que nous avons eu peur. Il ne semble pas comprendre pourquoi. Mehdi semble fonctionner en tout ou rien, il n'a pas de gradient tonique. Il demande alors de jouer au mort mais en imposant ses règles : pas de chatouilles mais nous avons la possibilité d'utiliser des objets médiateurs pour le réveiller. Malgré nos essais, nous ne parvenons pas à faire sortir Mehdi de son sommeil. A la fin de séance, il se lèvera rapidement du hamac en abordant un grand sourire. De cet « échec » Mehdi pourra prendre conscience que lui seul a la capacité de se remobiliser et de « revenir à la vie » sans une aide externe ; et qu'il n'est pas obligé de vivre avec une carapace tonique pour exister. Ce changement de scénario dans le jeu vient sans doute, donner une représentation là où il n'y avait qu'angoisses irreprésentables.

❖ 3 Février 2017

Absente la semaine précédente, la psychomotricienne m'informe que Mehdi a changé d'installation. Du hamac, Mehdi est passé à la physio-ball, autrement dit, d'un support dos à un support ventre mais la dimension d'être porté persiste. Il

semble ainsi avoir abandonné son jeu de faire le mort ; ce qui confirme la satisfaction de la réponse donnée lors du dernier jeu.

Il gardera sa doudoune durant toute la séance ; il a encore besoin de cette enveloppe textile pour le protéger. La psychomotricienne lui demandera si il accepte que je mène la séance, question à laquelle il répondra « comme tu veux ». Il lui reste difficile de faire un choix. Ce détachement marque un manque d'affirmation de soi, une fragilité. Sur le ventre sur le gros ballon, la tête relâchée et cachée dans sa capuche, je lui propose une expérience de toucher thérapeutique à travers plusieurs objets médiateurs en terminant par le crâne. Malgré le manteau il dit sentir les sensations mais sans rentrer dans les détails. La séance reste calme, le silence ne le désorganise pas. Au début, par sa crispation tonique, je sens qu'il appréhende que je lui chatouille les jambes. De cette observation je lui propose de ne mobiliser que le haut du corps. Mais il demande que je lui fasse les jambes, comme pour maîtriser ses sensations. Ainsi, il se contracte musculairement pour contrôler ses sensations. Ces jambes sont extrêmement hypertoniques.

❖ 24 Février 2017

Mehdi accepte d'enlever son manteau aujourd'hui. A la question « que veux-tu faire aujourd'hui, jouer ou te reposer ? » il ne sera pas répondre. Nous lui proposons de continuer le toucher thérapeutique sur la physio-ball. A tour de rôle avec la psychomotricienne, nous lui faisons un toucher thérapeutique sur le derrière du corps en utilisant différents objets médiateurs. Quand je lui demande ce que ça lui fait comme sensation, il me répond que cela fait du bien. Il lui est encore difficile de mettre en mot ce qu'il ressent. Peut être faudrait-il passer par un support à la verbalisation après le toucher thérapeutique ? A la fin de séance, je trouve qu'il prend le temps de s'étirer, la transition est plus marquée que d'habitude.

❖ 3 Mars 2017

Aujourd'hui Mehdi retourne dans le hamac ; il garde son manteau, ses chaussures et un drap sur lui. Il demande à être emmailloté des pieds à la tête. Mehdi semble se protéger en gardant toute ses couches de tissus sur lui. Cela signale t-il l'évanescence de son enveloppe corporelle ? La contenance qu'offre ce dispositif permet à Mehdi de petit à petit se relâcher et se détendre. A la fin de la

séance, il prendra son temps pour s'étirer et se relever. Nous nous quittons de manière adaptée en nous disant à la semaine prochaine.

❖ 17 Mars 2017

Dans le hamac, nous continuons l'expérience de toucher thérapeutique avec différents objets médiateurs. Mehdi reçoit mais reste incapable de verbaliser ses ressentis. Il peut me dire quel objet il sent le plus et quel objet lui fait le plus de chatouille. Il reste dans une verbalisation presque mécanique, sans coloration émotionnelle.

Pendant que je le mobilise, Mehdi manipule deux objets : un ustensile de massage à trois têtes et un balle à picot. Objets qu'il tient dans chaque main et qu'il emboîte devant lui. Cela évoque une construction qui se met en place : quand le corps est soutenu, porté, sécurisé, l'espace de préhension se dégage et l'espace gauche s'unifie à l'espace droit. L'axe corporel se consolide. En parallèle, le visage de Mehdi est relâché, plus détendu.

A la fin de séance, nous lui proposons de dessiner un bonhomme, un dessin ou même d'écrire juste son prénom sur une feuille. En vain, il refuse en disant qu'il ne sait pas dessiner. Rien ne sert d'insister, à ce stade de son accompagnement, il est impossible pour Mehdi de laisser une trace, de symboliser son vécu corporel.

5) Bilan de l'accompagnement de Mehdi

Marqué par de nombreuses absences, notamment en début d'année scolaire, l'accompagnement en psychomotricité de Mehdi fut discontinu. Malgré cela, le jeune garçon, en investissant l'espace du hamac presque à chaque séance, s'est inscrit dans une certaine continuité. De plus, depuis quelques séances, il commence à exprimer ses désirs en demandant de terminer par un toucher thérapeutique au niveau du crâne. Moment qu'il apprécie particulièrement.

Mehdi investit pleinement son temps de psychomotricité. Soutenu par la solidité de portage du hamac, il peut se détendre sans craindre l'effondrement et

quitter temporairement sa carapace tonique. Cependant, l'effet reste temporaire car, dès le pas de la porte franchi, il remet sa carapace.

Actuellement Mehdi peut introjecter des bons éléments donnés par les expériences sensorielles et toniques véhiculées via le toucher thérapeutique. Accepter de recevoir quelque chose de l'autre participe à la perméabilité de l'enveloppe corporelle. Cependant, en retour, la verbalisation reste pauvre et souvent de l'ordre « mécanique ». La mobilisation d'affect reste complexe, peut-être car il craint de ne pas pouvoir les maîtriser ? Il en est de même pour la symbolisation du vécu par le dessin. Il lui reste impossible de laisser une trace, ce qui révèle encore sa fragilité et son manque de confiance en lui. Mehdi reste en effet tout de même défensif dans la relation thérapeutique, il ne veut ou ne peut pas trop en dévoiler. Marqué par la trahison vécu auprès de son ancienne psychologue du SESSAD, sans doute craint-il de réitérer cette expérience.

Sur le long terme, j'imagine qu'il faudra introduire durant le toucher thérapeutique, une période d'approfondissement, sans mobilisations, durant lequel Mehdi pourra éprouver le fait d'être seul en présence de l'autre. Etape essentielle pour pouvoir approcher la capacité d'être seul. Cela le soutiendra dans son entrée dans l'adolescence. Période durant laquelle le processus de séparation et d'individuation s'amorce.

DISCUSSION

I - La carapace tonique

La carapace tonique désigne la présence excessive d'hypertonie et l'absence d'hypotonie. Cette particularité tonique, qu'a développé Demba et Mehdi n'est pas sans signification et sans but. Aussi, j'aimerais développer dans cette partie le rôle que peut avoir la carapace tonique chez des enfants qui présentent des troubles du comportement, ainsi que les méfaits qu'elle peut provoquer.

1) En quoi la carapace tonique peut être bénéfique ?

a. *La fonction de protection*

L'hypertonie peut être considérée comme un système de double protection qui permet de se prémunir à la fois des dangers venant de l'extérieur comme des dangers venant de l'intérieur.

D'un côté, elle protège contre les attaques de l'environnement. Comme en témoigne Demba et Mehdi, les histoires de vie des enfants accueillis en ITEP sont souvent empruntées de violence familiale, à la fois morale et physique et de ruptures. Ce sont des enfants qui évoluent dans un environnement qui ne remplit pas son rôle protecteur. En réponse à l'hostilité et à l'instabilité de l'environnement, ces enfants durcissent leur enveloppe tonique pour essayer de se blinder. L'enveloppe hypertonique ainsi créée, garantit le maintien de l'enveloppe corporelle et psychique.

Du point de vue postural et relationnel, l'attitude rigide et renfermée que dégagent les enfants et les adolescents munies d'une carapace tonique, est un moyen de dissuader l'autre de les approcher. Cela maintient l'autre à distance et garanti une distance interpersonnelle suffisamment grande pour ne pas se sentir intrusé et en danger.

Il est intéressant d'observer la modification dans l'attitude et dans la répartition tonique de Mehdi lorsqu'il entre et sort de la salle de psychomotricité. Dans un endroit clos et dans lequel il se sent en sécurité, Mehdi est capable de lâcher sa carapace tonique et d'accepter le contact proche que nécessite le toucher thérapeutique. Mais dès qu'il passe le pas de la porte, il redosse son armure en maintenant une certaine distance de sécurité entre lui et les autres. Cela signe aussi la fragilité de ce jeune garçon, qui manque de sécurité interne et qui est obligé de garder sa carapace pour aller rencontrer l'autre. Dans ces conditions, les interactions sociales sont vécues sur le mode de l'hostilité et de l'agressivité.

D'un autre côté, la carapace tonique protège des dangers issus de l'intérieur. L'agitation motrice provoque un bouillonnement intérieur. Bouillonnement qui n'est que peu contrôlable et qui peut vite déborder. L'unité corporelle peut ainsi s'en trouver attaquée dans son intégrité. L'hypertonie peut être la ressource mobilisable chez l'enfant pour tenter de maîtriser la situation. En effet, par les sensations qu'elle procure, l'hypertonie remplit le rôle d'unificateur, de cohésion de l'enveloppe corporelle. De plus, l'hypertonie peut permettre à l'enfant de se canaliser, en transformant l'agitation motrice en tension corporelle.

Demba illustre avec brios ce phénomène lorsque, durant les premières séances, suite à une agitation massive, il soulevait des poids ou la physio-ball à bout de bras en s'autoproclamant « le plus fort ». L'agitation incontrôlable pour lui, ne pouvait cesser que par une tension musculaire qui venait unifier le vécu corporel morcelé du jeune garçon.

b. *La fonction de contenance*

Chez des enfants qui n'ont pas bénéficié de la qualité pare-excitatrice de la mère ou d'un défaut de contenance étant petits, ils ont dû trouver seuls, par leurs ressources sensorimotrices, une manière de pallier à ce manque. Cette ressource est souvent l'hypertonie. La contention hypertonique renforce la sensation d'intégrité et d'unité corporelle. La carapace tonique permet ainsi de ressentir son corps dans ses limites et ses frontières. Cependant cette stratégie reste instable

car elle fonctionne sur un mode de contraction décontraction, en tout ou rien. La régulation tonique demeure difficile à atteindre.

En effet, après s'être laissé porter et détendu dans le hamac pendant près de trente minutes, Mehdi se redresse et en sort sans étirement, ni bâillement. Il donne l'impression d'être un automate sur lequel on aurait appuyer sur « on/off ». Le manque de gradient tonique est frappant. Se pose alors la question du réel effet de la séance de psychomotricité sur lui. Ce n'est qu'au fur et à mesure des séances que Mehdi prendra davantage son temps pour s'étirer et pour émerger après un temps de relaxation.

Par ailleurs, l'enveloppe corporelle constitue la première limite intégrée par l'enfant. Or, si cette dernière n'est pas intériorisée et stable, alors il sera impossible pour l'enfant d'intégrer les autres limites, comme les règles sociales par exemple. C'est pourquoi, le cadre est souvent mis en péril par les enfants accueillis en ITEP. La possibilité de tester la solidité des limites extérieures est la seule manière de les intégrer. Aussi, il demeure primordial que les professionnels qui travaillent avec cette population soient sur la même longueur d'onde, avec des règles communes et fixes. Les locaux et les biens matériels doivent aussi résister aux infractions des jeunes.

2) Les conséquences de la carapace tonique

Le tonus est à la fois un organisateur du corps, qui tient toutes les parties entres elles et qui garanti une cohésion de l'enveloppe corporelle, mais est aussi la toile de fond des activités motrices et posturales. Alors qu'en est-il du point de vue psychomoteur et relationnel lorsque cette fonction n'existe que sur le mode hypertonique ? Quelles sont les conséquences d'un manque du pôle opposé : l'hypotonie ?

a. Les troubles psychomoteurs

A travers les problématiques psychomotrices de Demba et Mehdi, observons les principaux troubles psychomoteurs inhérents à l'hypertonie.

➤ La motricité globale

La répartition tonique dans les segments corporels a son importance par rapport à l'efficacité motrice.

Chez Mehdi, l'hypertonie est présente de manière homogène dans l'ensemble du corps, ce qui peut figer sa motricité globale et son aisance corporelle. En extension axiale, ses appuis plantaires semblent être superficiels lors de la marche et les équilibres demeurent instables. Néanmoins, dans les sports collectifs, le jeune homme reste capable d'utiliser de manière efficace son corps dans l'espace et dans le mouvement.

Chez Demba, l'hypertonie est principalement présente au niveau du haut du corps, et particulièrement au niveau de la ceinture scapulaire. En revanche, le bas du corps est plus souple. Il fait preuve d'une motricité globale harmonieuse et vive mais cependant teintée d'instabilité.

Aussi, l'un comme l'autre, malgré une contention tonique importante qui pourrait entraver l'efficacité de la motricité générale, en situations dynamiques, ils parviennent à s'adapter corporellement aux différentes activités motrices. En revanche, le recrutement tonique postural en excès est visible lors du maintien d'équilibre en statique.

➤ Le schéma corporel

D'après J. Ajuriaguerra, « Edifié sur des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remanié des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ». Le schéma corporel se construit tout au long de la vie à partir de nos expériences. Aussi, c'est à partir des sensations intéroceptives et extéroceptives que la structuration et la représentation de la conscience du corps s'étaye.

La carapace tonique développée chez Demba et Mehdi, bien qu'elle contre certaines afférences sensorielles, reste une stratégie qui leur permet de ressentir

leur corps à travers la sensation tonique. Aussi, malgré leur rigidité corporelle, le schéma corporel des deux garçons est intègre. Les somatognosies (connaissance des différentes parties du corps) sont connues sur le plan théorique. En revanche, il en est autrement pour l'image du corps.

➤ L'image du corps

En effet, l'image corporelle semble peu investie et reste pauvre chez les deux garçons. L'image du corps correspond à une construction inconsciente, imaginaire qui résulte de nos expériences émotionnelles, affectives, relationnelles que nous projetons sur notre propre corps. Or, Demba et Mehdi appréhendent leurs relations sociales sur un mode défensif. La carapace tonique aidant à faire barrage entre soi et l'autre. Aussi, les bons éléments nécessaires à la valorisation narcissique et à l'élaboration de la sécurité interne ne peuvent pas être intégrés.

➤ Le graphisme

Le graphisme s'avère complexe car il demande un ajustement tonique fin et précis pour pouvoir laisser une trace sur une feuille. Le dessin est une activité prisée chez Demba, aussi il présente peu de difficulté sur ce point. En revanche Mehdi exprime une résistance à laisser une trace, même pour écrire son prénom. Il ne s'agit pas que d'un blocage moteur mais plus d'un frein par rapport à la dimension symbolique. Laisser une trace, dessiner, c'est exprimer quelque chose de soi et l'exposer sur une feuille, aux regards des autres. Et c'est en ce point que Mehdi est retissant.

b. Les difficultés relationnelles

L'agrippement à la sensation de rigidité tonique renvoie à une problématique du lien, de la relation à l'autre. En effet, le tonus est le support des émotions. Or, la carapace tonique, dans son manque de modulation, a pour conséquence de figer les émotions. Cela constitue une défense émotionnelle dans le lien à l'autre. E. Pireyre dit à ce sujet qu' « Il y a un lien entre le système postural et le système émotionnel. Or c'est bien dans des moments d'émotion que l'effondrement peut se produire. C'est donc dans ces moments là que nos patients

vont craindre de s'effondrer. Il ne s'agit pas d'un vécu émotionnel anodin. Il concerne les vécus de séparation. Ce qui pose la question de la "dépendance" ». ²³ La crainte de l'effondrement, qui est une angoisse archaïque, renvoie à la peur de l'anéantissement et du vide laissé en l'absence de l'autre.

Ainsi, par le recours à la sensation tonique, à la contraction musculaire, Demba et Mehdi contrôlent leur angoisse d'effondrement. Ils se placent, d'un point de vue relationnel, en situation de fausse indépendance vis-à-vis de l'autre. Avec cet élément, je comprends mieux le refus de Mehdi de se soumettre à un dispositif d'évaluation. En effet, le bilan suppose d'être en situation de dépendance vis-à-vis de l'examineur. Or Mehdi ne peut se risquer à endosser cette posture par manque d'appuis et de ressources internes. En revanche, il pourra supporter cette situation de dépendance à l'autre en séance, dans le hamac. La solidité du portage procuré par le hamac permettant à Mehdi de se détendre, sans craindre l'effondrement.

c. L'hypotonie : dangereuse mais essentielle

Comme je l'ai exposé précédemment, la carapace tonique constitue à la fois un mécanisme de défense, de protection et un moyen de contenance. Ainsi, le relâchement musculaire est synonyme de mise en danger et de fragmentation de l'enveloppe corporelle. Cependant, il demeure important de pouvoir moduler son tonus et d'éprouver un seuil tonique abaissé dans certaines circonstances.

Enfant, c'est dans les situations de portage que nous découvrons la verticalité. L'appui et le relâchement du rachis contre des bras ou une surface solide et sécurisante permet d'éprouver son axe corporel. S. Robert-Ouvray dit que l'enfant « intègre dans son rachis des sensations de douceur, de sécurité et de confiance » ²⁴ durant ces moments d'enroulement. Puis au fil du temps nous expérimentons notre verticalité et consolidons notre axe corporel à travers nos déplacements et nos mouvements dans l'alternance d'enroulement et d'extension, d'hypotonie et d'hypertonie.

²³ E. PIREYRE, 2015, p. 178

²⁴ S. ROBERT-OUVRAY, 2007, p. 170

Demba, comme Mehdi présentent un schème en extension, comme le décrit la chaîne Postéro-Médiane pensée par G. Struyf²⁵. L'axe corporel n'est perçu que dans l'extension du rachis. Or c'est dans des mouvements d'enroulement que l'individu s'apaise, se recentre sur lui et se rassure. Le fait de revenir dans une posture passive, dans son aspect rassurant et contenant permettra d'éprouver l'axe corporel comme quelque chose de solide, qui tient et de pouvoir y revenir seul en cas de besoins.

De plus, maintenir une ambivalence tonique est indispensable. L'enveloppe corporelle doit rester souple et perméable pour pouvoir, à la fois projeter des éléments vers l'extérieur, mais aussi introjecter des bons éléments pour nourrir son noyau interne qui va constituer la solidité du Moi. Les enfants ayant une carapace tonique, en restant dans le pôle hypertonique, restent dans la protection de surface et dans l'insécurité interne. Le passage entre le dedans et le dehors ne s'opère pas, ce qui peut en partie expliquer les difficultés d'interaction sociales.

Ainsi, pour qu'un travail soit entrepris en psychomotricité avec des enfants abordant une carapace tonique, il demeure nécessaire de développer une capacité de contenance suffisante pour pallier leur manque. C'est à cette condition d'un travail thérapeutique pourra être fructueux.

II - La fonction contenant en thérapie psychomotrice

D. Liotard dit du psychomotricien qu'il « offrira un contenant corporel pour suppléer aux défaillances du Moi-peau, il verbalisera des échanges pour donner sens, établir des liens, en même temps qu'il sera garant du cadre thérapeutique ». ²⁶ Aussi, c'est grâce au cadre thérapeutique et à la spécificité de l'approche du psychomotricien, que la fonction contenant est établie.

²⁵ B. LESAGE, 2015, p. 101

²⁶ LIOTARD D, 2008, p. 56-57

1) Le cadre thérapeutique

C'est à travers l'instauration d'un cadre thérapeutique stable que le psychomotricien propose des limites souples mais solides, et contenant à ses patients. « Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée ».²⁷ Le cadre constitue donc un contenant, quand l'action thérapeutique est le contenu de la séance.

a. Le cadre spatio-temporel

Le lieu et l'heure des séances sont les premiers éléments qui constituent le cadre thérapeutique. La constance du cadre spatio-temporel est primordiale car il est le support de la relation thérapeutique.

A l'ITEP, les séances se déroulent toujours dans la salle de psychomotricité. Elle se situe dans un coin de l'institution, à côté du groupe éducatif des plus jeunes mais à l'opposé du groupe éducatif de Demba et Mehdi. Les enfants ont bien repérés son emplacement dans l'institution. Dans la salle, deux des quatre pans de mur sont constitués de vitres ; ils sont constamment recouverts par de grands rideaux. De plus, la porte est toujours fermée à clef, cela permet d'éviter les intrusions durant les séances. Véritables frontières matérielles entre l'intérieur et l'extérieur, les rideaux et la porte fermée favorisent la fonction contenant du cadre spatial. Certains jeunes vérifient que la porte et les rideaux sont bien fermés avant de s'engager dans le temps de séance. Ainsi, grâce à son isolement géographique dans l'établissement et à l'isolement visuel procuré par la porte et les rideaux, la salle de psychomotricité est un lieu sécurisé où l'enfant est préservé de l'agitation extérieure de ses pairs. Elle offre une contenance qui permet d'accueillir les débordements, les excitations et les pulsions des jeunes. Cependant, le manque d'isolation sonore peut venir altérer cette volonté de contenance.

E. Gilbert et R. Mises comprennent le cadre spatial comme « une projection du corps au sens littéral du terme, corps-contenant, [...] corps par rapport auquel se jouent de nombreuses séquences de la thérapie ». C'est-à-dire qu'un cadre spatial sécurisant permet aux enfants de rejouer leurs problématiques. Cependant,

²⁷ POTEL C, 2013, p. 321

l'attitude et l'accueil du thérapeute participe activement, en plus du cadre spatial à l'implication de l'enfant en psychomotricité ; je l'aborderai un peu plus loin.

L'heure de chaque séance est établie et présente dans l'emploi du temps des jeunes. Ils savent aussi qu'une séance de psychomotricité dure trente minutes. De plus, la régularité des séances assure une continuité du lien dans le temps et semble essentiel pour qu'une sécurité relationnelle puisse s'installer. Ces données fixes sont des repères temporels stables et sécurisants.

En terme de temporalité, je remarque que Demba, comme Mehdi, mettent souvent un temps considérable pour venir en séance de psychomotricité. Sur le chemin, ils ouvrent les portes, s'échappent physiquement ou verbalement lorsqu'ils voient un camarade etc. Tandis, qu'à l'annonce de la fin de séance, sans transition aucune, c'est souvent en se dépêchant qu'ils quittent la salle. Il arrive même qu'ils s'enfuient en courant dans l'institution, comme si l'enfermement dans une salle pendant trente minutes était de trop. Rester enfermé dans un lieu avec quelqu'un de bienveillant et d'aidant pendant trop longtemps peut être vécu difficilement. En effet, ils préféreraient couper la relation d'eux même en s'enfuyant, plutôt que de risquer d'être trop dépendant de l'autre. Cela révèle leur problématique de lien et d'attachement.

b. Le cadre matériel

La salle de psychomotricité contient un matériel varié pour que le patient puisse choisir ses objets médiateurs. C'est à travers la qualité de ces objets que l'imaginaire du patient va se développer et donc qu'il va attribuer à ces différents objets des représentations.

A peine quelques minutes que Demba est rentré dans la salle que déjà l'espace est envahi par une multitude d'objets. Peut-on faire une analogie entre ce désordre matériel et un désordre intérieur chez le jeune garçon ? C'est en lui verbalisant cette supposition que Demba entreprend de ranger quelques éléments dans la salle. Il demandera ensuite de faire une cabane (suite au chaos, il exprime son besoin de contenance, de reconstruction) ; mais il sera trop difficile pour lui d'entreprendre cette démarche. Il ira s'effondrer finalement sur le banc avant de quitter la pièce.

c. Les règles du cadre thérapeutique

Le cadre est constitué de règles permettant de structurer et de sécuriser la rencontre. Il s'agit de règles qui concernent le respect de soi, de l'autre et du matériel mais également des consignes qui régissent un suivi en psychomotricité.

d. Les fonctions du cadre thérapeutique

➤ **La fonction de contenance**

Par analogie, le cadre thérapeutique peut être compris comme relevant d'une seconde peau qui vient pallier celle du patient qui demeure défaillante.

D. Anzieu définit les trois rôles de la peau : « La peau, première fonction, c'est le sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain de paroles y ont accumulés ».²⁸ La présence du cadre thérapeutique permet à l'enfant de venir y déposer ses angoisses et sa problématique, tout en introjectant en lui les bons éléments. Bons éléments provenant de la qualité de dialogue tonico-émotionnel, de holding, d'écoute et d'attention du psychomotricien.

« La peau seconde fonction, c'est l'interface qui marque la limite entre le dehors et maintient celui-ci à l'extérieur, c'est la barrière qui protège de la pénétration par les avidités et les agressions en provenance des autres, êtres ou objets ».²⁹

L'immutabilité du cadre offre au patient un espace externe rassurant et sécurisé. Les enfants d'ITEP, en mettant à mal et en testant ce cadre viennent vérifier la solidité de ce dernier. Ainsi, en constatant la permanence et la solidité du cadre, va émerger un sentiment de sécurité externe, sécurité sur laquelle les enfants vont s'appuyer pour construire lentement leur sécurité interne.

²⁸ D. ANZIEU D, 1995, p. 61

²⁹ Ibid.

Enfin, « La peau enfin, troisième fonction, en même temps que la bouche et au moins autant qu'elle, est un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations signifiantes ; elle est de plus, une surface d'inscription des traces laissées par ceux-ci ». ³⁰ Le cadre thérapeutique encourage la communication entre le patient et le psychomotricien. Il garanti un espace d'échange au sein duquel le patient peut se livrer dans un climat de confiance.

Mehdi accepte de « quitter » sa carapace tonique en séance de psychomotricité car on imagine que le cadre est suffisamment contenant et sécurisant pour qu'il se déleste de sa protection tonique. Seulement il est intéressant de constater que quand cette protection tombe, c'est synonyme chez le jeune garçon de mort. C'est à ce moment là qu'il peut introjecter des bons éléments organisateurs grâce aux jeux et toucher thérapeutique qui lui sont proposés en psychomotricité.

➤ **La fonction limitante**

Le cadre permet également l'instauration de limites pour le patient grâce aux règles et aux contraintes de temps et d'espace. C'est-à-dire qu'il existe un avant et un après séance, un soi et un non-soi, un dedans et un dehors. Cette fonction limitante donne au cadre thérapeutique une fonction paternelle. Fonction qui représente la loi, l'ordre, l'interdiction et les limites. Cette fonction vient faire tiers, permettant à l'enfant de se séparer, de s'individualiser.

➤ **La fonction symbolisante**

Enfin, le cadre permet d'engager un processus de symbolisation, et donc d'accéder aux représentations chez l'enfant. Souvent dans l'agir, les enfants et les adolescents d'ITEP échappent à la mentalisation par les passages à l'acte. En séance de psychomotricité, il s'agira de mettre en mot, de donner du sens à ces agitations pour qu'ils accèdent à la symbolisation.

³⁰ Ibid. p. 61-62

2) Les spécificités du psychomotricien

En plus du cadre, la fonction contenant en thérapie psychomotrice est garantie par le psychomotricien lui-même. Par ses qualités d'accueil, de contenance et par son engagement corporel, il développe une capacité à contenir les vécus des jeunes et à les transformer pour amorcer un processus thérapeutique.

a. Un rôle d'accueil et de non jugement

Le psychomotricien a avant tout un rôle d'accueil auprès des enfants. Rejetés par les enseignants, par l'école, par leurs pairs et quelque fois par leur famille, les jeunes d'ITEP peuvent avoir du mal à se sentir à leur place dans un endroit donné. Aussi, dès que l'on veut bien d'eux, ils peuvent vite investir un lieu. C'est souvent le cas en psychomotricité.

De plus, en psychomotricité, on part de ce que veut bien nous montrer l'enfant, sans avoir d'à priori sur lui. Un regard bienveillant est porté sur l'enfant ou l'adolescent. C'est à travers ces regards gratificateurs que les jeunes auront une image positive d'eux même et une meilleure estime d'eux. Mehdi n'a jamais pu se soumettre à la passation d'un bilan psychomoteur. Ses résistances et ses défenses face à cette démarche d'évaluation démontrent bien sa fragilité narcissique et son manque de confiance en lui. La psychomotricienne, en acceptant de l'accueillir malgré l'absence de cette étape de l'accompagnement, lui indique implicitement le respect qu'elle a pour ses défenses et que le « travail en psychomotricité » s'élaborera à partir de lui et de ce qu'il voudra bien lui montrer. C'est à ce prix que Mehdi a pu tirer profit de ses séances.

Bordé et sécurisé par un cadre énoncé à chaque début de prise en charge, les séances de psychomotricité offrent aux enfants et aux adolescents un lieu au sein duquel ils peuvent expérimenter, jouer, éprouver de nouvelles sensations sans se faire réprimander. Cela peut être un exutoire durant la journée de l'enfant. En psychomotricité, on part des propositions du patient pour aller vers ; on s'adapte, en permanence. Tandis qu'habituellement ce sont les enfants qui doivent s'ajuster en permanence. Ainsi, le rythme de chacun est respecté. Le temps de rencontre est en ce point important car, c'est dès le début que la relation de confiance est à édifier, et constitue le socle de l'alliance thérapeutique.

b. La fonction contenante du thérapeute

D'après D. Calin³¹ la fonction contenante du thérapeute se décline en deux sous-parties : la fonction d'apaisement et la fonction d'adossement.

La fonction d'apaisement correspond à la capacité qu'a le thérapeute d'accueillir les angoisses, les tensions, les excitations et de les absorber, de les amoindrir.

La fonction d'adossement représente la possibilité qu'a le thérapeute de structurer et d'unifier les mouvements émotionnels, pulsionnels et les représentations psychiques des patients. Cette fonction s'apparente au portage et au dialogue tonique entre un parent et son enfant.

Recevoir le vécu brut -qui peut être désorganisateur- de l'enfant et le transformer en un élément structurant pour ce dernier fait penser à la fonction alpha décrite par W. Bion. En effet, il nomme fonction alpha, la capacité qu'a la mère d'accueillir les projections sensorielles et toniques véhiculées par son enfant. Ces projections à l'état brut sont appelées élément bêta. Cette excitation envoyée par l'enfant sera transformée par la mère et renvoyée vers l'enfant sous forme tonique, postural, sonore... Les éléments alpha ainsi renvoyés permettront à l'enfant d'en faire une première forme de représentation.

En psychomotricité, la mise en corps de l'enfant est traduite verbalement par le psychomotricien. Souvent, le fait de mettre en mot l'agitation d'un enfant peut lui permettre de se représenter ce qu'il est en train de vivre et donc cela peut l'apaiser temporairement.

Lorsque Demba entre dans la salle de psychomotricité et, sans un mot, commence à exprimer de l'agressivité envers du matériel, le jeune garçon ne parvient pas à s'exprimer autrement que par des coups donnés à la physio-ball. Ce n'est que par une tentative de compréhension et une mise en mots de la psychomotricienne que Demba cessera son activité dévastatrice et pourra s'apaiser.

³¹ http://dcalin.fr/publications/fonction_contenante.html

Au-delà du sens du langage oral, la voix a un rôle important en thérapie psychomotrice ; elle constitue une enveloppe sonore qui contient. Par ses nuances, par son timbre et son intensité, la voix est porteuse d'informations sur notre état émotionnel, elle participe ainsi au dialogue tonico-émotionnel. Aussi, à un état d'agitation et d'excitation, le psychomotricien pourra y répondre par une voix calme. L'enfant pourra sans doute s'apaiser et se rassembler plus aisément.

c. L'engagement corporel du psychomotricien

Ce qui fait la spécificité de l'approche psychomotrice, c'est qu'elle s'attache à considérer le corps comme point de départ à la thérapie. Pour se faire, le psychomotricien s'implique corporellement, « son implication corporelle lui donne une qualité de présence particulière. Induire, contenir, soutenir l'expression créatrice et singulière de chaque patient lui demande une authenticité corporelle et une disponibilité tonique ». ³² Aussi, le psychomotricien doit avoir conscience de son corps, de son positionnement dans l'espace, de sa qualité tonique et expressive car cela influencera l'expression corporelle de son patient.

Au plus près des expériences concrètes du corps, « on peut ainsi rapprocher la présence active, soutenante et contenant du psychomotricien, de la présence et du rôle de la mère qui regarde jouer son enfant, joue avec lui, nourrit de sa propre créativité et de son plaisir la relation avec son bébé ». ³³

Cette posture peut induire des moments de régression. Régression qui peut s'avérer nécessaire et propice au bon développement des patients. Ayant grandi trop vite au point de vue de l'autonomie, pour certain ; qu'il semble doux et agréable de pouvoir profiter de moment régressif de portage, de bercement ou de chatouilles durant les séances de psychomotricité. Je pense à Demba notamment, qui gère seul l'achat et l'administration de ses traitements pour son asthme. L'entendre et le voir rire et s'amuser sous une horde de chatouille reste remarquable. C'est dans ces moments de jeux, de toucher qu'un travail de régulation tonique, et donc d'apaisement de la carapace tonique est possible ; un laisser aller pour un mieux être.

³² POTE C, 2015, p. 50

³³ Ibid.

III -Le toucher thérapeutique : vers l’ambivalence tonique

Une des médiations privilégiée pour travailler sur la régulation tonique et sur l’ambivalence tonique auprès d’enfants abordant une carapace tonique reste le toucher thérapeutique. Du point de vue embryologique, le toucher (le tact), dont l’organe est la peau, est le premier sens à se développer chez l’homme, et demeure le dernier à mourir. Il est le premier vecteur de communication à travers le dialogue tonique. Emprunt de réciprocité, le toucher n’est jamais neutre car on ne peut toucher sans être touché. Le toucher apaise, contient et organise tout au long de la vie. En psychomotricité, on parle de toucher thérapeutique comme relevant d’un contact cutané direct en peau à peau ou indirect par le biais d’un objet médiateur entre le psychomotricien et son patient. Les objectifs inhérents à cette médiation sont principalement la détente neuromusculaire et l’étayage de la conscience corporelle.

Alors, en quoi le toucher peut être thérapeutique et de quelle manière utiliser la médiation du toucher thérapeutique auprès d’enfants abordant une carapace tonique ?

1) En quoi le toucher peut-il être thérapeutique ?

a. Les trois fonctions du toucher thérapeutique

D’après P. Prayez, le toucher, pour être thérapeutique, remplit trois fonctions³⁴ :

La fonction de réparation : cette fonction s’appuie sur l’idée de carence de l’environnement au début de la vie, où le sujet éprouve un sentiment d’abandon et de frustration. Le toucher aurait alors une fonction de « maternage », qui vise à réparer les carences précoces.

La fonction de communication émotionnelle : sous-tendue par la notion de communication non verbale dans un contact pré-langagier, cette communication émotionnelle permettrait au patient de retrouver des traces de conflits archaïques

³⁴ GAUCHER-HAMOUDI O, GUIOSE M, 2007, p. 104-107

inscrites dans le système émotionnel et non accessible directement. Aussi, le toucher faciliterait le déblocage émotionnel, en agissant sur les tensions musculaires, sur les défenses toniques. Il s'agit d'une perspective reichienne, dans laquelle le toucher permettrait d'atteindre la cuirasse musculaire et caractérielle. De plus, le toucher, par la mise en jeu du dialogue tonico-émotionnel, constitue un médiateur privilégié de la communication émotionnelle.

Fonction d'érogénèse contenante : elle prend en compte l'investissement libidinal du patient lors du toucher. Lorsqu'on touche, nous ne savons pas quel en sera l'écho émotionnel, quelle strate de la vie psychique va s'animer chez l'autre. Nécessaire à la pratique thérapeutique, P. Prayez parle de « l'intention juste » qui permet l'évacuation de la dimension surexcitante pour conserver uniquement l'aspect sécurisant et tendre. C'est par son engagement tonique, postural et gestuel que le psychomotricien sera dans cette « intention juste ».

En thérapie psychomotrice, c'est principalement la fonction de réparation et de communication émotionnelle qui est retenue. Par ses dimensions enveloppant et contenant, le toucher thérapeutique favorise l'unification de l'enveloppe corporelle et psychique du patient. Cependant, la dimension érogène du toucher n'est pas à nier. Le cadre thérapeutique rassure car il précise les règles à respecter quant au toucher et au maintien de l'intimité. Associé à l'intention juste du psychomotricien et de l'écoute du patient, les débordements éventuels sont prévenus.

b. Le toucher thérapeutique : étai des fonctions psychomotrices

La pratique du toucher thérapeutique permet de travailler sur plusieurs notions psychomotrices qui font défaut chez Demba et Mehdi. Voyons quelles sont elles.

➤ **Le tonus**

Par la mise en jeu du dialogue tonique, le toucher thérapeutique favorise la détente physique et psychique, ce qui se caractérise par une baisse de l'état tonique et une baisse de l'état de vigilance. Cela favorise la chute de la carapace tonique. Cependant, le toucher peut pointer la présence de tensions corporelles

par exemple. Cette prise de conscience va permettre soit un relâchement musculaire ou au contraire une résistance et un évitement chez l'enfant. C'est souvent le cas avec Mehdi au niveau des jambes. La décontraction et le relâchement tonique étant inaccessible au niveau des jambes, le jeune garçon ne voudra souvent pas que je mobilise cette partie du corps.

De plus, il est favorable de varier les objets médiateurs ou les types de mobilisations pour apporter une diversité de sensations au patient. A travers l'exploration sensorielle des pôles mous et durs, l'émergence de l'ambivalence tonique va s'opérer. Ambivalence que Mehdi et Demba ont en défaut. L'intégration et le passage fluide entre ces deux pôles permettent d'accéder à un juste équilibre entre la projection de l'hypertonie et l'introjection de l'hypotonie.

➤ **Le schéma corporel**

Le toucher thérapeutique dans sa dimension globalisante, tente de réunifier le schéma corporel, notamment après un moment d'agitation psychomotrice. Pour canaliser et réafférencer le schéma corporel et pour réunifier l'enveloppe corporelle de Demba suite à une agitation ou de l'agressivité envers du matériel de la salle, il est fréquent que la psychomotricienne lui propose un court moment de toucher thérapeutique. Le toucher globalisant associé à des percussions corporelles lui permet de se sentir davantage contenu et de s'organiser corporellement de manière plus stable. Grâce à la prise de conscience du corps dans sa globalité et aux afférences sensorielles agréables, le corps de l'enfant est ressenti comme un repère stable et solide.

➤ **L'Image du corps**

Le toucher thérapeutique participe à l'investissement du corps sur un autre pôle. Tandis que Mehdi et Demba vivent leurs corps dans le dur et dans la confrontation, les propositions de toucher thérapeutiques leur permettent de le découvrir comme pouvant être un lieu de plaisir. Ces expériences de bien être corporel favorise la prise de confiance en soi, confiance dont manque cruellement les deux garçons. En effet, pouvoir retirer la carapace pour avoir la possibilité d'intégrer, introjecter des bons éléments organisateurs pour nourrir le noyau interne est valorisant.

De plus, en passant par la sensation, le toucher thérapeutique donne une prise de conscience du corps. Les sensations agréables vont favoriser l'investissement corporel. Le toucher thérapeutique permet à l'enfant de prendre conscience de son corps réel et de sa solidité.

2) La mise en pratique auprès de Demba et Mehdi

La rencontre tactile permet l'instauration d'une communication non verbale qui s'établit à travers le dialogue tonico-émotionnel. Chez des enfants où le muscle prévaut sur la peau, le toucher thérapeutique semble être une bonne indication pour restructurer l'enveloppe corporelle et pour travailler sur le dialogue tonico-émotionnel.

Toucher le corps de l'autre n'est cependant pas anodin. Selon les personnes cela peut être vécu comme quelque chose d'agréable, de contenant ou au contraire comme quelque chose d'intrusif et de déplaisant. Aussi, cette médiation n'est jamais imposée aux jeunes. Souvent, comme cela a été le cas chez Mehdi, dès le début de ses séances de psychomotricité, c'est le jeune lui-même qui le demande. Cependant, chacun a ses spécificités dans l'installation et dans les mobilisations choisies. C'est ce que nous allons voir en s'appuyant sur les séances de Demba et Mehdi.

a. Les installations

➤ **Le hamac**

Comme peut l'illustrer Mehdi, le hamac est le matériel le plus investi durant les séances de psychomotricité avec les enfants et adolescents d'ITEP. Le hamac est un grand sac en tissu suspendu à deux points fixes situé dans un coin de la salle. On peut s'y allonger ou s'y asseoir, en fonction de sa possibilité à quitter ses pieds du sol. Une fois dedans, « Les éprouvés sollicités seront ceux d'être porté, contenu, bercé ... apaisé ou rassuré, rasséréiné ».³⁵

³⁵ I. DIARD, 2008, p. 210

Par sa qualité de portage et de maternage, le hamac favorise la fonction de réparation vue précédemment. En effet, le tissu favorise la sensation d'être enveloppé et matérialise l'éprouvé d'être porté et contenu de manière sécurisée. Allongé dans un hamac, l'enfant est regroupé corporellement, son axe corporel est aligné et soutenu. Par la tension du tissu, le hamac induit une solidité, une rigidité apportant un portage qui fait éprouver l'aspect solide du corps, le dur. Au niveau tonique, l'enroulement engage le corps dans une hypotonie, on est plutôt sur un versant mou.

Aussi, sécurisé par l'enveloppe rigide procurée par le hamac, Mehdi peut quitter sa carapace tonique et expérimenter son corps sur un autre pôle tonique. La paroi tonique ne faisant plus barrage, les informations sensorielles procurées par le toucher thérapeutique pourront être intégrées pour nourrir son noyau interne. De plus, en allant se loger dans le hamac, Mehdi déclare son besoin d'être contenu, soutenu, porté. Il est néanmoins intéressant d'observer qu'au fil des séances, ce besoin s'amenuise pour tendre vers une construction psychocorporelle. En effet, durant les premières séances, Mehdi voulait être emmaillotté, attaché de la tête au pied, comme si il était dans un cocon. Ici, l'espace du hamac est un espace personnel, dans lequel Mehdi est protégé de l'autre. Le corps n'est pas touché directement, l'intermédiaire du tissu fait office d'enveloppe protectrice. Puis progressivement, le corps seul était emmaillotté, jusqu'à ne plus du tout l'être. Cette évolution signe à la fois la confiance dans le lien thérapeutique qui s'instaure et l'incorporation progressive de la contenance et l'édification des limites corporelles avec un dedans et un dehors, un soi et un non soi. Et durant cette dernière séance de toucher thérapeutique, par la sécurité du portage et l'enroulement de son axe, comme quand un jeune enfant découvre son espace de préhension, Mehdi manipule et emboîte deux objets (une balle à picot et un accessoire de massage à trois têtes) au niveau de son axe. L'hémicorps droit rejoint l'hémicorps gauche dans une construction symbolique.

Par ailleurs, quand le vide et l'immobilité peuvent être synonyme d'angoisse, que cela peut être plaisant de trouver un matériel où l'on peut se détendre en étant en mouvement ! Cette mobilité, le hamac le permet grâce à ces bercements permanents durant les mobilisations. Les balancements viennent renseigner sur le plan kinesthésique et proprioceptif de l'intégrité et l'unité corporelle. De plus « Un contact avec le dos ou des appuis sur l'ossature viennent

authentifier la solidité du corps dans la rythmicité du perdu-retrouvé ». ³⁶ Demba atteste de sa difficulté à rester statique et à se relâcher dans le hamac. La détente tonique reste inaccessible. En revanche, emmailloté et bercé énergiquement, il est capable de se laisser porter.

Puis, l'installation dans le hamac instaure une qualité relationnelle particulière entre le jeune et le psychomotricien. Il s'agit d'une position où le regard du thérapeute est directement porté sur celui du jeune. Cela peut être vécu comme intrusif, voir persécutant pour certain. Souvent quand il n'est pas emmailloté complètement dans le hamac, Mehdi se cache le visage avec ses mains ou la couverture ; manière pour lui de se couper de la relation.

➤ La physio-ball

La physio-ball, reste aussi un matériel qui ne laisse pas indifférent les jeunes d'ITEP. Tantôt pour l'asséner de coup pour se défouler et tantôt pour s'y asseoir ou s'y allonger pour s'apaiser, elle est souvent investit.

En ce qui concerne les temps de toucher thérapeutique, c'est à plat ventre sur la physio-ball que les enfants s'y installent. Le psychomotricien est garant de l'équilibre du dispositif. Aussi, l'enfant doit accorder une confiance en l'autre pour lui confier son dos et son équilibre. Contrairement au hamac, cette position ne permet pas l'interpénétration des regards entre l'enfant et le psychomotricien. C'est d'ailleurs quelque chose de complexe pour Demba, qui, au bout de quelques minutes ne peut s'empêcher de quitter le dispositif. L'absence de contrôle et de feed-back visuel était sans doute trop difficile pour le jeune garçon.

L'avantage de cette installation singulière c'est la surface molle sur laquelle l'enfant doit s'ajuster, et donc moduler son tonus. Par cette expérience, l'enfant va intégrer le pôle mou, et tendre vers l'ambivalence tonique. De plus, la position favorise l'enroulement axial et l'ouverture de la colonne vertébrale. Mehdi et Demba sont davantage dans un schème d'extension axiale. C'est à travers des expérimentations telles celle-ci qu'ils vont pouvoir intégrer leur axe corporel entre enroulement et redressement, dans une régulation tonique juste.

³⁶ Ibid. p. 211

➤ **Le jeu**

Enfin, le toucher thérapeutique peut s'opérer durant des moments de jeu. Demba dans ses mises en scènes de jeux symboliques, a souvent des pauses où il s'allonge (au début sur le sol dur, puis au fur et à mesure de l'année dans les coussins et tapis) pour récupérer de son agitation motrice. Durant ces moments, la psychomotricienne, lui a souvent proposé des mobilisations pour réafférencer son schéma corporel et réunifier son enveloppe corporelle, qui suite à son agitation semblait évanescence.

b. Les mobilisations

Personnellement, j'envisage la pratique du toucher thérapeutique auprès de Demba et Mehdi comme une médiation permettant d'accéder aux systèmes du corps. Le système qui prévaut chez ces enfants reste le muscle. Mais grâce au toucher thérapeutique, il est possible de leur faire éprouver leur peau qui contient et unifie et leurs os qui structure. Pour cela, plusieurs types de mobilisations sont proposés. « Les techniques, les petits objets et les paroles sont médiateurs, ils mettent du tiers et font fonction de contenant ».³⁷

➤ **Aller contacter la peau**

Il s'agit plus d'éprouver les limites de son corps pour avoir conscience de son enveloppe corporelle que de contacter directement la peau. Mehdi garde souvent son manteau ou une couverture sur lui durant la séance de toucher thérapeutique. Aussi, à part au niveau des mains, je n'ai pas accès à surface de la peau. Ainsi, grâce à l'installation choisie (le hamac par exemple) cette fonction de délimitation entre un dehors et un dedans est rempli. Mais il est possible de l'appuyer en proposant de passer une balle molle sur l'ensemble du corps.

➤ **Aller contacter le muscle**

Par l'intermédiaire de massages avec des balles à picots ou des accessoires de massages contrastés, il est possible d'insister sur le système musculaire. Ce matériel permet en effet de masser les parties molles et en particulier les muscles.

³⁷ I. DIARD, 2008, p. 212

Cela permet à la fois d'abaisser le tonus grâce au relâchement musculaire, et également de faire prendre conscience des parties molles que comporte le corps. Parties molles qui ne sont pas « dangereuses » pour l'intégrité physique comme peuvent le penser les enfants hypertoniques. Aussi, venir mobiliser le système musculaire peut s'avérer délicat, notamment chez des enfants abordant une carapace tonique. Demba par exemple, ne supporte pas ce genre de mobilisation car il n'est pas encore en mesure d'abaisser son tonus au profit d'une détente musculaire. Il associe le dur à la force, à la puissance. Le fait de sentir, d'éprouver des zones moles dans son corps est source d'angoisses, de perte de densité. Néanmoins, le jeune garçon intègre le pôle mou progressivement en expérimentant son corps sur des coussins, des tapis ou encore sur la physio-ball.

➤ **Aller contacter l'os**

Par des percussions corporelles, la mobilisation du système osseux est possible. Il s'agit pour le psychomotricien de venir contacter et percuter les zones osseuses de son patient à travers des tapotements de plus ou moins grandes intensités selon la surface osseuse rencontrée. Cette proposition permet à l'enfant de ressentir sa solidité interne. La prise de conscience de la charpente osseuse favorise alors l'abandon de la carapace tonique. De plus, les percussions corporelles créent une vibration, une résonance véhiculée dans l'ensemble du squelette. Cette résonance osseuse va fournir une information sur l'intégrité et la globalité du corps de l'enfant. La densification interne éprouvée rassemble et régule la tonicité. Chez Mehdi, passer par le système osseux est intéressant car c'est une manière détournée d'aller contacter les jambes. C'est une partie du corps inaccessible par la mobilisation à partir des balles à picot par exemple. Ainsi, grâce aux percussions corporelles, Mehdi peut expérimenter le relâchement musculaire et l'abaissement tonique au niveau des jambes.

➤ **Et la tête dans tous ça ?**

Régulièrement, je tombe dans une brèche durant les séances de toucher thérapeutique : je ne mobilise pas la tête. Malgré la bonne volonté, il est ainsi difficile de prétendre contenir, restructurer l'enveloppe corporelle dans son intégrité en négligent cette partie du corps. Mais ce qui est génial, c'est quand ce sont les enfants eux-mêmes qui en font la demande ! Ainsi, le masseur de tête est

un objet particulièrement utilisé en fin de séance. Il s'agit d'un accessoire constitué de tiges en ferraille qui est censé dénouer les tensions du haut du corps grâce à la stimulation du cuir chevelu. Chez Mehdi et Demba (comme chez la plupart des gens), c'est un accessoire qui leur procure frissons et qui les font grimacer. Malgré cela, ils s'amuse à « résister » à cette sensation particulière. J'émet l'hypothèse qu'en fin de séance, après un temps de passivité et de détente, le fait de « résister » face à la sensation leur permet de se remobiliser sur le plan tonique.

En plus de cet accessoire, depuis quelques séances, Mehdi demande de terminer la séance par la mobilisation du crâne. On retrouve la fonction de réparation évoquée précédemment et la notion d'accepter que l'autre puisse prendre soin de soi. Progressivement, Mehdi investit son corps sur un versant positif. Il n'est pas obligé d'être dans le dur, dans la confrontation pour exister. Finalement, en exprimant cette demande, Mehdi considère la tête comme faisant partie intégrante de son corps. Or, retisser le lien corps esprit, n'est ce pas ce qui est envisagé dans la pratique psychomotrice ?

CONCLUSION

A travers cet écrit j'ai voulu comprendre quel était le rôle de la carapace tonique chez des enfants qui présentent des troubles du comportement. L'articulation théorico-clinique m'a permis d'envisager cette caractéristique tonique comme relevant d'un mécanisme de défense. La carapace dure protège à la fois de l'environnement et maintient une enveloppe psychocorporelle stable. Cependant, la rigidité tonique permanente reste une impasse dans l'interaction sociale car elle bloque l'échange tonico-émotionnel.

En ITEP, les passages à l'acte et les mises en corps prévalent sur la mentalisation et la compréhension des émotions. C'est par ces constatations que j'ai pu mesurer l'importance et la légitimité de l'approche psychomotrice avec de tels enfants. A travers l'accompagnement de Demba et de Mehdi, on a pu observer que l'approche globale et adaptative du psychomotricien, dans un espace contenant et sécurisant, permettait aux jeunes de s'éprouver sur différents modes sensoriels et toniques afin d'assouplir leur carapace tonique. Quitter sa carapace tonique oui, mais tout en conservant des limites corporelles stables grâce à une relation de confiance établie dans le lien thérapeutique.

Néanmoins, on se heurte à l'effet temporaire de la séance de psychomotricité. Une fois en présence de leurs pairs et dans un environnement non sécurisé, la méfiance et la carapace tonique refait surface. Le processus engagé en séance s'inscrit sur le long terme et doit perdurer au-delà des murs de la salle de psychomotricité. Pour cela, il reste primordial qu'une alliance se tisse entre l'environnement familial de l'enfant et l'établissement. L'enfant doit se sentir soutenu et contenu par les différents environnements qu'il côtoie pour ne plus vivre sur un mode défensif et ainsi abaisser son seuil tonique sans danger.

BIBLIOGRAPHIE

- AJURIAGUERRA J. (1985), Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements, *Enfance*, tome 38, n° 2-3, p. 265-277.
- ANZIEU D. (1995), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- CARRIC J-C, SOUFIR B. (2014), *Lexique pour le psychomotricien*, Paris, Edition Robert Atlani.
- CICCONE A, LHOPITAL M. (2001), *Naissance à la vie psychique*, Paris, Dunod.
- CICCONE A. (2001), Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques, *Cahiers de psychologie clinique*, n° 17, p. 81-102.
- COEMAN A, RAULIER H de FRAHAN. (2004), *De la naissance à la marche*, Bruxelles, ASBL Etoile d'herbe.
- CORRAZE J. (1987), *La neuropsychologie du mouvement*, Paris, Puf.
- DIARD I. (2008), Contenance et liens multiples, médiations auprès d'enfants présentant des troubles de la conduite et du comportement, *Thérapie Psychomotrice*, n° 155, p. 206-221.
- DUPONT R. (2001), *Troubles de la régulation et de la maturation tonique*, Paris, Vernazobres-Gregio.
- GAUCHER-HAMOUDI O. GUIOSE M. (2007), *Soins palliatifs et psychomotricité*, Paris, Heures de France.
- INSERM. (2005), *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, les éditions Inserm.

- JOVER M. (2000), Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture, dans RIVIERE J. *Le développement psychomoteur du jeune enfant*, Marseille, Solal.
- LE PETIT ROBERT (1967), Le Petit Robert de la langue française, Paris, Nouvelle édition millésime 2014.
- LESAGE B. (2012), Jalons pour une pratique psychocorporelle, Toulouse, Erès, 2015.
- LIOTARD D. (2008), Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur, dans POTEL C. *Psychomotricité entre théorie et pratique*, Paris, In Press.
- PELSSER R. (1989), Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Québec, Gaetan Morin éditeur.
- PIREYRE E. (2011), Clinique de l'image du corps, Paris, Dunod, 2015.
- PORTEVIN SERRE G. (2013), Enseigner dans un ITEP, Joué les Tours, Voronwe.
- POTEL C. (2010), Etre psychomotricien, Toulouse, Erès, 2013.
- POTEL C. (2013), Corps brûlant, corps adolescent, Toulouse, Erès, 2015.
- ROBERT-OUVRAY S. (1997), Intégration motrice et développement psychique, Paris, Desclée De Brouwer, 2010.
- ROBERT-OUVRAY S. (2007), L'enfant tonique et sa mère, Paris, Desclée De Brouwer.
- ROUSSILLON R. (2007), Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson.
- WINNICOTT D.W. (1969), De la pédiatrie à la psychanalyse, Millau, édition Payot et Rivage.

RESUME

Le tonus musculaire est une notion centrale en psychomotricité. Garant du maintien postural et de l'efficacité motrice, il est aussi le vecteur de la communication infra-verbale et des émotions. Mais qu'en est-il quand il se trouve perturbé ? Les enfants et les adolescents présentant des troubles du comportement développent souvent une hypertonie que je qualifie de carapace tonique. Aussi, sans séquelles neurophysiologiques, quelle est la fonction d'une telle rigidité musculaire et comment travaille-t-on en thérapie psychomotrice face à ce carcan tonique ? C'est à travers une approche théorico-clinique, que je tente de répondre à cette interrogation tout au long de ce mémoire.

Mots clés : Carapace tonique - Troubles du comportement - Contenance - Toucher thérapeutique - Thérapie psychomotrice

SUMMARY

Good muscle tone is a major tenant of psychomotricity. Besides providing for basic movement and locomotion, it is also the principal vector of emotion and no-verbal communication. But what happens when the system doesn't work as planned ? Children and adolescents with behavioral and developmental difficulties often display a muscular hypertonicity that I refer to as muscle-tone shield. So, in the absence of neurological or physiological damage, what is the purpose of such muscular rigidity, and how can it be treated with psychomotricity therapy ? Throughout this memoir I will use a theoretic clinical approach to this question.

Keywords : Muscle-tone shield - Behavioral difficulties - Caring attention - Touch therapy - Psychomotricity therapy