HAL
open science

L'approche psychomotrice de l'identité chez les adolescents présentant des troubles du comportement : "C'est moi, mais je me suis mal dessiné"

Paloma Gonzalez

To cite this version:

Paloma Gonzalez. L'approche psychomotrice de l'identité chez les adolescents présentant des troubles du comportement : "C'est moi, mais je me suis mal dessiné". Psychologie. 2019. dumas-02178215

HAL Id: dumas-02178215

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178215v1

Submitted on 9 Jul 2019

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

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

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de Psychomotricien

L'approche psychomotrice de l'identité chez les adolescents présentant des troubles du comportement

« *C'est moi, mais je me suis mal dessiné* »

- paroles d'un adolescent en institution -

Paloma GONZALEZ

Née le 23 Avril 1995 à Pau

Juin 2019 **Directrice de mémoire : Marion DOURDOIGNE**

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord Marion, ma maître de mémoire qui m'a permis de concrétiser cette année ma vision de la psychomotricité, qui m'a épaulée dans l'élaboration de mon mémoire et qui m'a accompagné tout au long de mes nombreux questionnements. Par son approche clinique, j'ai pu renforcer l'envie de pratiquer le métier de psychomotricienne. A ses côtés, j'ai pu concilier plaisir et épanouissement professionnel.

Je remercie tous les professionnels des structures qui m'ont accueillies et plus spécifiquement mes maîtres de stages qui m'ont permis de me construire au cours de ces années d'études. Je remercie tout particulièrement Lucie, qui m'a ouvert cette année à de nouvelles perspectives de compréhension du métier de psychomotricien, au détour de longues discussions enrichissantes.

Je remercie les adolescents, les enfants et les parents, que j'ai rencontré durant mes stages. Ils ont apporté beaucoup à ma réflexion et m'ont permis de développer ma pratique. Chaque rencontre était différente, chaque rencontre était riche, chaque rencontre m'a faite grandir.

Je remercie mon école de psychomotricité qui m'a permis de m'épanouir dans des études passionnantes. Je remercie également tous les auteurs et professeurs qui m'ont enrichi à travers leurs écrits et leurs apports théoriques.

Je remercie tout mes relecteurs qui m'ont accompagné tout au long de mon travail d'écriture, m'apportant leurs points de vue pluriels et riches mais surtout soutenants et encourageants.

Je tiens enfin à remercier « mes bienveillants », famille et amis, qui m'ont porté avec énergie, ne cessant jamais de croire en moi.

AVANT-PROPOS

« Ce qui soigne c'est la capacité de contenir les émotions, les pensées qu'un moi trop fragile, trop peu sécure, ne peut tolérer, penser ou contenir seul. C'est alors au thérapeute à accueillir, à héberger lui-même et à penser les expériences psychocorporelles déployées inconsciemment par le patient. C'est ce qui va permettre cette transformation du Tohu-Bohu, de l'informe, des angoisses, des émotions, des conflits pour ce qui fait essentiellement douleur ou conflictualisation psychique chez le patient : le manque de sens. »

Daniel COURBERAND

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS **1**
AVANT-PROPOS **2**
SOMMAIRE **3**
INTRODUCTION **4**

A. CONSTRUCTION IDENTITAIRE DANS LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR **6**

I. Le concept d'identité 6
II. Reconnaissance et appartenance 8
III. Sur le chemin de la reconnaissance de soi: de l'informe à la forme 11

B. L'ADOLESCENCE ET LES FRAGILITES IDENTITAIRES DES ADOLESCENTS EN ITEP **23**

I. Les troubles du comportement en institution 23
II. Adolescence : une métamorphose 37
III. La quête identitaire de « l'adolescent dans l'agir » 43

C. ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOMOTRICITE **56**

I. Comment apprécier l'identité en psychomotricité 56
II. L'identité du Psychomotricien 62
III. Raphaël « *Quand tu pleures, c'est comme moi quand je suis triste* » 70

CONCLUSION **83**
ANNEXE I : CRITERES DIAGNOSTIQUES DU DSM-IV POUR LES TROUBLES DES CONDUITES **85**
ANNEXE II : CORRESPONDANCE DES TROUBLES DE LA CFTMEA & DE LA CIM-10 ..... **87**
ANNEXE III : TEST DES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE RAPHAËL **89**
GLOSSAIRE DES SIGLES **92**
BIBLIOGRAPHIE **93**
TABLE DES MATIERES **98**

INTRODUCTION

Nous sommes à l'époque du numérique, des écrans et des smartphones… Dans ses propos, BERNARD BENSIDOUN relève que les nouvelles technologies font partie intégrante du schéma corporel des adolescents, tant ces dernières sont intégrées à leur quotidien [6]. Les jeux vidéos sont chronophages, la télévision fournit des images brutes et internet apporte une quantité infinie d'informations. Il est fréquent de voir dans la rue ou dans les transports de nombreuses personnes le portable en main ou la musique dans les oreilles, parfois coupées de l'environnement.

La société actuelle est décrite comme une société de l'efficacité, de l'immédiateté et de la productivité. Le temps se modifie avec un sentiment d'accélération. Cette société est également perçue comme une société de l'image. Les réseaux sociaux permettent de tisser des relations virtuelles, immédiates et basées sur l'aspect extérieur, sur ce qui est donné à voir et sur le paraître. L'identité et le rapport au corps se modifient.

Réciproquement, des techniques corporelles invitant à un retour vers soi se développent. Elles sont le reflet d'une société dans laquelle il est difficile de trouver un équilibre interne. Catherine POTEL [72] relève que le « manque à soi » et le « manque à être » sont les pathologies de ce siècle, auxquelles nous pouvons rajouter un « manque à l'autre ».

C'est donc dans cette société, faite de bruit, d'images, de stimulations excessives et d'immédiateté, que la recherche d'identité peut avoir recours au spectaculaire, seul moyen d'exister et d'être entendu, comme l'évoque Yves MICHAUD [65].

Lors d'un de mes stages j'ai rencontré une adolescente présentant une déficience mentale, qui découvrait l'amour mais ne comprenait pas ce qui se passait dans son corps. Ses parents s'inquiétaient pour elle, la percevant comme fragile au vu de sa pathologie, alors qu'elle exprimait un désir d'émancipation, sans pouvoir mettre les mots justes sur ses ressentis. Je me suis alors intéressée à l'adolescence, cette période charnière ne me semblant pas si lointaine.

Cette année, j'effectue mon stage au sein d'un ITEP (Institut thérapeutique Educatif et Pédagogique) qui accueille 50 jeunes de 7 à 17 ans, ayant un dossier MDPH et présentant des troubles du comportement. Comme indiqué sur le livret d'accueil, il est récurrent qu'ils soient associés à des troubles du langage, des troubles psychomoteurs, des troubles de l'attention, de l'hyperactivité, des phobies scolaires ou des difficultés cognitives importantes, avec un impact dans les relations entretenues à l'environnement (familial, scolaire, groupes sociaux,…).

Lors de mon stage dans cette institution, j'ai pu m'apercevoir que l'adolescence était vécue de manière singulière pour chaque jeune rencontré.

Au cours de mon premier jour en séance de psychomotricité, j'ai eu l'impression que la salle était trop petite pour les mouvements des adolescents, qu'il y avait trop d'informations pour que je puisse les sélectionner, j'ai été impressionnée par les ballons qui volent, restant aux aguets. Je ne pouvais prendre exemple sur la psychomotricienne, qui s'asseyait au milieu de la salle, quand moi j'avais l'impression d'être dans une tornade.

Puis le stage s'est déroulé, j'ai pu m'asseoir au milieu de la tempête, travailler sur moi, mes émotions et ma compréhension des jeunes rencontrés. Je me suis beaucoup questionnée. Si j'ai pu ressentir une insécurité, qu'est-ce que les mouvements, gestes et comportements des adolescents expriment-ils? Quelle image puis-je leur renvoyer quand ils sont dans l'attaque symbolique ? Qu'est-ce que ma présence en séance modifie pour eux ? Qu'est-ce qu'ils me renvoient également de moi et de ma propre histoire ? Est-ce que cela interfère dans leur prise en charge ? Comment en faire une force et non pas une défense ?

Si leur temporalité rapide et de l'immédiat brouille mon observation, alors comment eux peuvent-ils s'écouter ? Pourquoi parle t'on souvent d'eux comme des enfants quand ils sont des adolescents ? Comment dans ce tumulte peuvent-ils se projeter en tant qu'adulte ? Ces questions m'ont amenées à m'interroger sur la notion d'identité, celle des adolescents et la mienne en tant que stagiaire.

En effet au cours de ce stage j'ai parfois eu l'impression que les adolescents pouvaient faire ressurgir mes faiblesses personnelles, mes hésitations, mes doutes. J'ai pu ressentir, la peur, l'alerte, l'apaisement, laissant dans un premier temps transparaître mes émotions corporellement. Cette année a été une année de grande écoute de moi pour travailler autour de ma posture professionnelle et commencer à répondre la question : Quelle psychomotricienne je suis et aimerais être ?

A mon sens chaque enfant, adolescent, adulte fait résonner en nous des choses nouvelles et demande un réajustement. Cependant si l'identité est dynamique et en constant changement ; quels sont les éléments stables et immuables qui m'assurent de rester psychomotricienne bien que ma pratique évolue chaque jour ? Au fil de ces questionnements et de mon évolution personnelle autour de la question de l'identité je me suis progressivement posée deux questions qui seront centrales dans ce mémoire :

L'identité est-elle psychocorporelle ? Et la psychomotricité peut-elle venir soutenir l'identité des adolescents présentant des troubles du comportement ?

Pour répondre à cette problématique, notre réflexion est découpée en trois axes.

Qu'est-ce que l'identité psychocorporelle et comment se met-elle en place au cours du développement ? Ce questionnement fait l'objet de notre première partie durant laquelle nous évoquerons l'alternance nécessaire entre appartenance et différenciation.

La seconde partie de notre analyse est en lien avec l'institution dans laquelle se déroule mon stage. Ainsi nous étudierons les problématiques des jeunes rencontrés en ITEP au travers d'une analyse de leurs troubles, s'enrichissant des classifications et de la clinique. Nous nous interrogerons également sur l'influence de l'adolescence. Et en conclusion nous vous proposerons une lecture de la quête identitaire que traversent les jeunes de l'institution.

Enfin notre dernier axe de travail repose sur les questionnements suivants : si l'identité est psychocorporelle alors comment s'incarne t-elle dans les corps? Comment le psychomotricien peut l'observer et réciproquement la laisser s'exprimer, au cours des séances avec les adolescents présentant des troubles du comportement ? Pour terminer notre analyse nous illustrerons notre propos avec la prise en soin de Raphaël, un adolescent de 15 ans bénéficiant d'un suivi à l'ITEP.

A. CONSTRUCTION IDENTITAIRE DANS LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

I. Le concept d'identité

1. L'identité, une notion complexe

L'identité est un concept complexe qui se situe au carrefour de diverses disciplines et dont il existe une grande quantité de définitions.

Selon Alex MUCCHIELLI, l'identité est toujours plurielle et « *est toujours en transformation, puisque les contextes de référence de cette identité : contextes biologique, psychologique, temporel, matériel, économique, relationnel, normatif, culturel, politique…, qui fournissent les significations, sont chacun en évolution du fait même des interactions* » [63].

Nous pouvons alors décrire l'identité comme un système complexe et dynamique composé d'un ensemble d'identités en interaction. Nous relèverons particulièrement les identités culturelle, sociale, groupale, professionnelle,… et également l'« identité psychocorporelle» puisque l'identité est un concept psychomoteur selon Eric PIREYRE [70]. Nous pouvons également ajouter qu'« *aucune science ne peut définir ''l'identité totale'' d'un acteur, chaque science en propose une approche, un point de vue* ». C'est le point de vue psychomoteur de l'identité que nous proposerons dans ce mémoire.

2. Définitions de l'identité

2.1. L'identité, entre appartenance et individuation

Le Petit Larousse [52] définit l'identité comme :

- *Le rapport que présentent entre eux, deux ou plusieurs, êtres ou choses, qui ont une similitude parfaite.*
- *Le caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité.*

En lien avec cette définition et en appui sur les propos de Daniel COURBERAND, deux enveloppes dessinent l'identité. Tout d'abord, une « *enveloppe d'appropriation* », grâce à laquelle l'enfant « *capte l'ensemble des codes humains, repère de soi et de l'autre* » [78]. Une partie de l'identité se construit donc sur des similitudes, des identifications ou des contre-identifications. Cette enveloppe permet de créer une appartenance liée à l'influence réciproque de l'enfant, des pairs, de l'environnement, de la culture,…

Par ailleurs le Larousse parle des singularités qui permettent de créer une individualité. « L'*enveloppe de différenciation* » [78] pose la question de la différence avec autrui, en lien avec les processus d'individuation en jeu lors du développement psychomoteur. Le sujet pourra ainsi construire son identité propre et unique.

2.2. L'identité groupale et l'identité dans un groupe

L'identité groupale peut être définie comme une identité collective, chaque individu portant des marques de l'appartenance au groupe. Michel CASTRA évoque que ces identités « *trouvent leur origine dans les formes identitaires communautaires où les sentiments d'appartenance sont particulièrement forts (culture, nation, ethnies...) et les formes identitaires sociétaires qui renvoient à des collectifs plus éphémères, à des liens sociaux provisoires (famille, groupe de pairs, travail, religion...). L'individu appartient ainsi de manière simultanée ou successive, à des groupes sociaux qui lui fournissent des ressources d'identification multiples* » [17].

Yves BODART explique qu'il existe au sein du groupe des sentiments collectifs et un imaginaire groupal qui repose sur une histoire commune et des expériences partagées. C'est au sein d'un groupe que se jouent les interactions entre individus, la reconnaissance des individus entre eux ainsi que le sentiment d'appartenance ; ce sont ces phénomènes qui forgent l'identité groupale.

Dans cette entité, des distinctions se dessinent. Nous pouvons notamment faire le lien avec les rôles de chacun au sein du groupe comme le détaille Y.BODART. Ainsi, dans un groupe, l'individu possède également une identité propre. Eugène ENRIQUEZ souligne cette individualité qui s'étaye dans le groupe, l'individu prenant conscience de lui, grâce à l'autre. « *Dans un monde où tous les actes se passent devant une série de miroirs (les regards des autres), où rien ne peut être caché, dans ce monde de la ''représentation'' perpétuelle, chacun va essayer de définir et de trouver son identité et son unité personnelle* » [9].

2.3. Identité individuelle

Selon la définition de M.CASTRA, l'identité individuelle est l'ensemble des attributs, permettant à l'individu de se percevoir comme une entité spécifique, et d'être perçu ainsi par les autres [17]. Ce qu'il appelle identité personnelle « *n'est pas une propriété figée, c'est le fruit d'un processus. Ainsi, le travail identitaire s'effectue de manière continue tout au long de la trajectoire individuelle et dépend à la fois du contexte et des ressources qui peuvent être mobilisées. Cette identité se modifie donc en fonction des différentes expériences rencontrées par les individus.* »

Nous pouvons faire le lien avec le développement psychomoteur, processus continu qui dessine le sujet de manière singulière et unique. Ce développement dépend lui aussi de l'intrication de plusieurs facteurs tels que la maturation neurophysiologique, les expériences réalisées dans l'environnement, les ressources apportées par l'interaction du milieu relationnel humain mais également la part active de l'enfant.

3. L'identité est psychocorporelle

L'identité est un terme complexe, pluriel et également psychomoteur, selon Eric PIREYRE [70]. Elle est composée de facteurs exogènes et endogènes ou, pour reprendre Henri WALLON, d'une alternance d'orientations centrifuges (tournées vers le monde) et centripètes (centrées sur lui-même) [76]. De nombreux facteurs contribuent à la construction du sujet et de son identité. Charlotte PAUMEL énonce que « *l'identité psychomotrice est assurée par le jeu d'équilibre entre les sphères motrices, affectives et cognitives en lien avec l'environnement, structurée par*

l'expérience et inscrite dans un espace-temps » [68]. Nous percevons à travers ces paroles l'intrication entre une construction psychique et corporelle en lien avec l'environnement.

Nous nommerons « identité psychocorporelle », l'identité qui intéresse la psychomotricité. Nous élaborerons notre analyse à l'image des chercheurs qui ont travaillé sur des listes de « référents identitaires » dans l'objectif de décrire de manière la plus complète l'identité. Alex MUCCHIELLI précise que si on fait appel à une nouvelle discipline, il faut rajouter une nouvelle dimension et donc multiplier la liste de référents [63]. Ainsi, nous chercherons les référents psychomoteurs sur lesquels s'appuyer pour appréhender ce que C.POTEL appelle, le « *corps identité, confondu avec le sujet et habité par lui »* [71].

Pour ce faire, nous nous appuierons sur de nombreux courants de pensées (sociologie, psychanalyse, psychologie constructiviste, neuro-anatomie, …) puisque la psychomotricité est une pratique et non une théorie en soi, qui a pour repère principal « *de considérer le corps dans toute sa complexité : existentielle, expressive, émotionnelle, identitaire* » [72]. Par ces paroles, C.POTEL démontre que la psychomotricité est une discipline qui s'appuie sur des théorisations de l'humain très larges et donc nécessite une lecture complexe de l'identité, dans laquelle corps et psyché sont indissociables et tout deux en lien avec des processus d'appartenance et de différenciation. Dans un premier temps nous développerons ce qui constitue le sentiment d'appartenance.

II. Reconnaissance et appartenance

1. Dans la phylogénèse

La phylogénèse est l'histoire relative à la formation et à l'évolution d'une espèce. Nous relevons que certains éléments nous distinguent des autres espèces et sont communs à tous les individus : la préhension, le langage et la représentation mentale [52].

De plus, « *le babillage […], les émotions de base (peur, joie, tristesse, peur, dégoût, honte, colère et surprise) et les 3 ''piliers de l'estime de soi'' (confiance en soi, amour de soi, vision de soi) semblent communs à toutes les cultures »* [26].

La maturation neurobiologique des systèmes sensoriels est, elle aussi, relativement universelle. Ces éléments peuvent donc être considérés comme des marques d'appartenance à l'espèce humaine et sont constitutifs de notre identité.

2. L'environnement culturel et social

Selon A.MUCCHIELLI, la culture permet de développer le sentiment d'appartenance qui prend ses racines dans la relation symbiotique à la mère. L'enfant va pouvoir exister en tant qu'être différencié et appartenant à un groupe (culture, société,…), ce qui lui assure une certaine sécurité et influence sa construction. Le sentiment d'appartenance est lié à l'intégration de valeurs sociales, de normes et de modèles. Selon A.MUCCHIELLI ce sont des « *imprégnations culturelles identiques pour les individus d'un même groupe* [qui] *fondent la possibilité de compréhension et de communication avec autrui* ». Jerome BRUNER défend l'idée que l'enfant est « *un être social, tourné d'emblée et prioritairement vers autrui* » [63], il vit donc dans un environnement socio-culturel et se construit en relation à l'autre.

L'autre est structurant, c'est par l'autre qu'un soi se construit et inversement. L'environnement culturel permet à la fois de se structurer mais aussi d'acquérir des repères. La culture permet de « *passer de la rencontre à la connaissance de l'autre, c'est lui donner une signification et l'identifier, non seulement en lui reconnaissant une identité mais en m'identifiant à lui. Dans ce lien devenu affectif mon attitude envers l'autre se structure, le personnalise et me personnalise (identification structurante)* » [16]. De plus de ces premières interactions avec le milieu, l'enfant garde une trace corporelle puisque selon H.WALLON, le corps est le support des premières interactions avec l'environnement.

Ainsi, que ce soit au niveau culturel ou sociétal, il existe des identifications à autrui et des projections par autrui, tout au long du développement. Elles sont un appui afin de réaliser les expériences qui alimentent l'émergence d'une identité propre. Selon LAPLANCHE et PONTALIS l'identification est « *un processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications* » [16].

Cette notion rejoint ce qu'Alex MUCCHIELLI appelle des « *traces psychiques* » qui sont un ensemble de principes psychologiques, de modèles et de représentations.

Cependant il existe aussi un sentiment d'appartenance corporel, avec des traces physiques de la culture et des variations anatomiques communes.

La condition sociale, l'environnement culturel et géographique modifient le corps et le rapport que nous entretenons à celui-ci, en fonction des représentations et des activités quotidiennes. J.DE AJURIAGUERRA note par exemple l'avance plus rapide de la motricité axiale et du tonus postural chez les enfants ougandais en comparaison aux normes occidentales [25]. Cette différence est liée aux variations de portage et des sollicitations de l'environnement, en fonction des cultures. Benoît LESAGE parle aussi de l'influence des conditions climatiques (température, humidité, pression atmosphérique, vent…) et des caractéristiques de ce qui nous entoure (matières, couleurs, bruits, odeurs…) [57].

Habitant au Pérou, Alberto a 7 ans, il est livré à lui même. Il a des coordinations et une motricité développées, lui permettant d'effectuer de nombreux actes de la vie courante sans maladresse. Il garde cependant un fond tonique élevé avec un comportement d'alerte, en lien à la vie menée à l'extérieur de la fondation, une vie dans la rue, une vie d'insécurité.

B.LESAGE s'appuie aussi sur les travaux de G.STRUYF-DENYS [56] afin d'analyser les chaînes musculaires. Dans les Andes, il y aura par exemple une prédominance des chaînes de fermeture avec des typologies plus figées. En comparaison, dans la forêt amazonienne on retrouve plutôt une dominance des chaînes d'ouvertures avec des corps mobiles. Il ajoute, en plus des conditions du milieu, que « *ce qui change de l'un à l'autre, c'est aussi la culture, la façon de manifester ses émotions, la situation de l'individu par rapport au groupe, et d'une manière générale, l'ambiance* ». Le rapport au temps et à l'espace se dessine aussi en fonction des cultures. Hall parle notamment de proxémie qui situe l'espace dans une dimension socio-culturelle [76]. Chaque culture utilise préférentiellement certains sens pour appréhender l'espace, ce qui modifie la façon de s'engager dans la relation et la distance relationnelle. Ainsi l'individu porte en lui une trace psychique et physique de sa culture qui va dessiner une partie de son identité.

3. L'environnement affectif et familial

« *Le sentiment d'appartenance prend ses sources dans la relation primitive du nourrisson avec sa mère, puisqu'on sait que dans son état premier le nourrisson ne se distingue pas de sa mère, forme avec elle un ''nous'' symbiotique, ressentant ses émois et vivant au rythme de ses humeurs* » [63]. A la naissance, l'attribution d'un prénom et d'un nom de famille constitue une première identité donnée par le milieu humain, selon E.PIREYRE. « *Cette ''affectation'' de l'identité est ancrée sur la potentialité laissée par l'adulte à l'enfant de se construire une subjectivité* » [70]. A partir de ces données nous pouvons constater que l'enfant possède une identité qui est d'une part issue d'un héritage trans-générationnel (nom de famille) et d'autre part pensée par l'adulte pour l'enfant (prénom). Dès la naissance, il existe donc un ancrage dans une filiation qui assure une identification aux pairs et par les pairs.

Comme l'évoque D.WINNICOTT « *Un bébé seul ça n'existe pas* » [76], il a ainsi besoin au cours de son développement d'un environnement porteur, pour répondre à ses besoins primaires. En l'absence de langage, le *caregiver* s'engage dans un processus d'identification avec une dimension affective « *reconnaître le Même* » et une dimension structurante « *rendre ou faire le Même* » [16] qui sont en interaction.

Notons que le terme de *Mère* est utilisé fréquemment dans les écrits cités. Dans le cadre de notre analyse nous préfèrerons utiliser le terme de *caregiver* pour définir « *celui qui prend soin* », terme employé par D.WINNICOTT [87]. Ce choix personnel est en lien avec le débat actuel sur la diversité familiale et semble plus adapté à la réalité des enfants rencontrés.

Alex MUCCHIELLI [63] affirme que l'enfant est influencé « *dans les premières étapes de la vie, par* [son] *environnement et les choses qui s'y déroulent et qu'* [il vit]. *Ces évènements ''laissent des traces indélébiles'' en eux* ». L'enfant porte donc un ancrage corporel de l'histoire familiale. C'est ce que Catherine POTEL relève en parlant de différents facteurs qui influencent la relation, à la fois dans ses aspects toniques et psychologiques.

De nombreux facteurs viennent inscrire une empreinte de l'histoire familiale à travers le portage. Nous pouvons citer les facteurs historiques (la manière dont la personne qui porte l'enfant, a elle-même été portée), les facteurs de circonstances (d'actualité ou passés, qui marquent psychologiquement le *caregiver*) et les facteurs charnels (comme la texture de la peau). L'histoire familiale s'inscrit également dans le corps par les secrets. C'est ce que C.POTEL appelle « le poids des secrets » ; poids qui peut être porté corporellement par l'enfant [72].

Il est important de préciser que la relation entre le bébé et son environnement familial, est inscrite dans un processus bidirectionnel par lequel chaque partie influence l'autre. ESCALONA [76] parle de spirale transactionnelle qui est un processus continu de développement et de changement. L'enfant se construit dans un bain relationnel qui lui permet de s'identifier à ses pairs cependant il « *ne pourra se construire comme sujet que s'il est représenté, dans l'esprit de ses parents comme différent et séparé de l'adulte* » [70]. Ainsi les valeurs, normes et règles communes du milieu familial assurent des ancrages solides pour permettre d'établir la sécurité de base de l'enfant. Réciproquement il est important de laisser à l'enfant la possibilité d'exister en tant qu'être différencié et de se construire comme tel tout au long du développement psychomoteur.

III. Sur le chemin de la reconnaissance de soi: de l'informe à la forme

Dans cette partie nous retracerons l'avènement de l'identité au cours du développement de l'enfant. Afin d'exposer la complexité de la construction de l'identité, nous avons fait le choix de séparer artificiellement certains domaines. Cette position peut-être critiquable, étant donné que tout individu ne peut se concevoir que dans la globalité, mais ce choix permet une plus grande clarté du propos. Tout d'abord, nous présenterons ce qui constitue le socle de l'identité : le développement psychoaffectif, le développement neuro-moteur et enfin l'expérience sensori-motrice. Dans une seconde partie, nous introduirons le lien au temps et à l'espace, deux organisateurs fondamentaux qui permettent d'établir le cadre nécessaire à la construction psychocorporelle du sujet. Pour terminer, nous étudierons l'avènement de la subjectivité et le stade du miroir.

1. Le socle de l'identité

Le développement psychomoteur fait référence au changement [76]. Il correspond aux modifications de fonctionnement au cours de la vie, de la conception jusqu'à la mort.

Au cours de ce développement, l'intrication de trois grands piliers permet l'émergence de l'identité. Tout d'abord il existe des facteurs endogènes, intrinsèques tels que la maturation neuro-motrice qui pose les bases anatomique du corps et le matériel cognitif nécessaire à la représentation de soi et de l'autre. Nous pouvons aussi relever la présence de facteurs exogènes, tels que l'environnement familial, assurant l'établissement d'une base de sécurité sur laquelle l'enfant peut s'appuyer pour s'individualiser. Et enfin, l'expérience motrice et sensorielle qui permet à l'enfant de percevoir son corps et, plus largement, de se percevoir soi. Nous pouvons considérer l'intrication de ces trois éléments (milieu affectif, milieu d'expérimentation, prédisposition neuro-motrices) comme un socle, sans lequel l'émergence de l'identité ne peut s'effectuer.

1.1. Le développement psychoaffectif

Il est nécessaire pour l'enfant de constituer au cours de son développement le sentiment de sécurité de base qui lui donnera les ressources nécessaires pour s'individuer et se différencier. Cette sécurité passe par plusieurs fonctions du milieu affectif et humain. L'identité, étape ultérieure à la continuité d'existence, « *s'acquiert au cours du développement psychoaffectif* » et « *elle trouve ses racines dans notre corps et dans la relation à nos parents* » [70]. Pour ce faire il est nécessaire que l'enfant ait bénéficié de soins *suffisamment bons,* comme le dit D.WINNICOTT ; soins qui lui permettent de faire ses propres expériences et s'individuer.

1.1.1. L'attachement

L'attachement et la réponse aux besoins de l'enfant sont essentiels pour construire le sentiment de sécurité de base sur lequel se construit l'identité. Pour John BOWLBY, l'attachement est un besoin biologique primaire, au même titre que l'alimentation [76,59,44]. Ce lien incarne la relation chaleureuse, intime et continue, qui lie l'enfant et le *caregiver,* leur permettant d'éprouver ensemble, du plaisir et de la satisfaction. Il permet donc le bon développement de l'enfant, mais aussi l'établissement du lien social.

Tout d'abord, la continuité des soins est construite par la réponse sensible et également rapide, apportée par l'entourage, face à la détresse de l'enfant. Nous comprenons alors que la dimension temporelle des soins est importante et structurante. Catherine POTEL dit que l'enfant partage dans les premiers temps de la vie un « *temps sensoriel* » [76] avec *le caregiver* qui lui permet d'acquérir un rythme interne. Notons qu'il est également nécessaire qu'un *Autre* joue le rôle de séparateur afin de trianguler la relation et d'éviter de se figer dans la fusion/confusion pouvant entrainer une toute-puissance infantile [71].

1.1.2. La fonction de pare-excitation

La fonction de pare-excitation développée par Wilfred BION est une fonction assurée par *le caregiver* qui permet de protéger l'enfant des agressions extérieures qu'il ne peut pas métaboliser seul. Comme André BULLINGER le décrit, « *l'adulte qui est en dialogue, d'une part « métabolise » les variations toniques qui pourraient désorganiser l'enfant* [et] *d'autre part, donne du sens à ces signaux* » [13]. C'est ce qui permet de créer une première enveloppe protectrice, véritable précurseur de la peau pychique.

Nous sommes en séance avec Simon, un enfant de 8 ans, quand tout à coup les adolescents traversent le couloir bruyamment. Simon se redresse subitement, oriente son oreille vers le bruit, sa mâchoire se serre, il fige son regard et dit « *j'ai entendu une moto dans le couloir* ». La psychomotricienne joue alors un rôle de pare-excitation de cette stimulation qui semble l'angoisser, sans qu'il puisse le verbaliser. Elle reprend chaque élément, les pas, les cris, les bruits de bouche et met des mots. Les muscles de Simon se décontractent, son tonus diminue et sa position alerte s'apaise. Il est de nouveau disponible à la relation.

1.1.3. Une compréhension en dehors de tout langage

W.BION appelle « *rêverie maternelle* » la capacité du *caregiver* a identifier de manière projective les besoins de l'enfant [76]. Il y a alors un accordage affectif qui permet au *caregiver* et à l'enfant d'échanger en dehors du langage. Selon Julian DE AJURIAGUERRA, l'émotion s'inscrit dans le corps et est en lien avec le tonus postural. En appui sur les travaux de WALLON, il développera la notion de dialogue tonico-émotionnel qui permet de communiquer en dehors de tout langage. Le *caregiver* est alors « *un appareil à penser les pensées* » [76] c'est à dire qu'il met des mots sur les éprouvés et sur les réactions tonico-émotionnelles de l'enfant. Ainsi par l'insatisfaction et la satisfaction des besoins physiques et psychique l'enfant vit les premières perceptions de sa vie intérieure.

Cette notion se rapproche de ce que Donald WINNICOTT appelle la préoccupation maternelle primaire [87]. Selon lui elle se développe durant la grossesse et perdure quelques semaines après la naissance de l'enfant. C'est une préoccupation précoce et temporaire qui permet à la *Mère* de s'adapter aux besoins (corporels puis psychiques) de son enfant ; notamment par le biais du *holding* (portage), du *handling* (soins) et de l'*object-presenting*.

Cette préoccupation maternelle primaire apporte un cadre, qu'il appelle « *setting* » dans lequel « *L'enfant pourra commencer à se manifester, ses tendances au développement à se déployer, et où lui, l'enfant, pourra ressentir le mouvement spontané et vivre en propre des*

sensations particulières ». L'enfant se construit donc dans un bain relationnel combinant sécurité et accord affectif de la part des parents. Cet accord affectif lui donne la liberté de réaliser les expériences qui participent à sa construction.

1.1.4. Sécurité et estime de soi

Ainsi la réponse aux besoins primaires et d'attachement de l'enfant lui permettent de construire deux images mentales : « *D'une part une image de l'autre comme digne de confiance, disponible, sur qui l'on peut compter pour être aidé, trouver des solutions et d'autres part, une image de Soi, complémentaire ; un Soi digne d'intérêt ayant de la valeur et digne d'amour puisque même en situation de détresse ou d'alarme, on a toujours répondu à l'enfant, et qu'il s'est senti reconnu en tant que tel.* » [44]. Cette image de soi digne de valeur est essentielle pour la construction de l'identité puisqu'elle permet d'acquérir une sécurité interne. Ce sentiment permet à l'enfant de trouver en lui les ressources nécessaires pour s'individualiser et se séparer du *caregiver*.

1.1.5. Vers une différenciation…

L'attachement permet donc de poser à la fois un sentiment de sécurité interne ainsi que les bases d'une différenciation à l'Autre. Nicole GUEDENEY [43], explique comment cette individuation se poursuit au cours du développement.

De 0 à 3 mois, le bébé ne va pas diriger volontairement son action vers certaines personnes. Il est à noter que de récentes études, ont montré cependant, qu'il existe quelques préférences, très discrètes, du bébé pour ce qui lui est familier.

De 3 à 6 mois, les comportements sont orientés vers la figure d'attachement et le bébé cherche activement à la maintenir à proximité.

C'est après 6 mois que le sentiment de sécurité de base s'établit. Le bébé peut alors exploiter son potentiel car il sait que la figure d'attachement pourra pallier à d'éventuelles difficultés. Ces données rejoignent celles d'Erik ERIKSON « *qui soulignait déjà la nécessité pour un bébé d'avoir confiance en sa mère pour pouvoir fonctionner indépendamment d'elle, sur le plan physiologique, et aussi sur le plan psychologique* » [59].

En conclusion, *« vers la fin de la première année, sous la poussée de la croissance et de la maturation neurobiologique, apparaît la possibilité d'une première distanciation qui fait se relâcher l'identité unitaire enfant-mère. La première conscience spontanée de l'enfant est entièrement sensitive et émotionnelle (Malrieu, Piaget…)* » [63].

En conclusion, le nouveau-né a besoin dès la naissance d'un lien étroit et proche au *caregiver*. L'accordage affectif, l'identification projective, la disponibilité du *caregiver* permettent, entre autres, de répondre aux besoins physiques et affectifs de l'enfant. La figure d'attachement devient une base de sécurité qui permet de développer le sentiment de bien-être, l'estime de soi et permet le début d'une différenciation. Le désir d'expérimenter prend le dessus sur le besoin de maintenir le *caregiver* à proximité. L'avènement de la marche est un moment important dans le processus d'individuation. Elle permet à l'enfant de gérer la distance qu'il peut supporter avec sa figure d'attachement, tout en agrandissant son champ d'expérimentation. L'accession à la marche dépend aussi du développement anatomique.

1.2. La maturation neuro-anatomique

1.2.1. Commençons par le commencement : l'embryogénèse

L'embryogénèse, correspond au développement de l'embryon, « *autrement dit il s'agit de la totalité des transformations qui s'opèrent au niveau de l'œuf fécondé (par le spermatozoïde) et ceci jusqu'au développement total de l'embryon* » [76].

Les cellules souches à l'origine de l'humain sont indifférenciées et totipotentes. Tout d'abord il y aura une phase d'organisation au cours de laquelle les cellules vont migrer et donner la « forme » de base de l'embryon. Ensuite commence la différenciation des cellules en différents feuillets. Le *Manuel d'enseignement de la psychomotricité* relève 3 grandes maturations. Tout d'abord la maturation osseuse et la croissance staturo-pondérale qui permettent de créer la charpente du corps. La maturation sexuelle que l'on aborde plus spécifiquement dans la partie sur l'adolescence. Et pour finir la maturation cérébrale qui concerne le développement du cerveau. Nous pouvons dès lors constater que les cellules sont à la base indifférenciées, ouvertes à tous les possibles, puis elles se différencient et se spécialisent.

1.2.2. Rappel sur les lois de développement

Il existe un ordre commun dans l'apparition de nouvelles fonctions motrices. Cet ordre est incarné à travers deux grandes lois qui sont la loi de développement céphalo-caudale et la loi de développement proximo-distale. Il est important de garder en tête ces deux lois tout au long de la construction de l'individu car elles permettent de comprendre que le développement moteur de l'enfant commence par la tête et gagne peu à peu les membres inférieurs. La maîtrise motrice s'étend en partant de l'axe du corps jusqu'aux extrémités.

Cependant comme le précise Fabien JOLY, même s'il existe des modalités génériques dans le développement psychomoteur elles vont être soumises à d'autres facteurs tels que l'expérience, l'apprentissage ou la maturation par exemple [48].

1.2.3. La maturation neuro-anatomique

La maturation neuro-anatomique « *est un facteur intrinsèque, endogène* » [76] de la construction de l'individu. Elle permet à la fois de poser la charpente du corps et de développer les fonctions cognitives. Tout d'abord une partie de l'identité est formée par les modifications corporelles, c'est à dire la croissance des systèmes biologiques, musculaires et nerveux. L'individu porte anatomiquement les bases communes de l'identité d'humain, mais également les similitudes par rapport à la descendance et les jalons de son identité propre.

La maturation neurologique quant à elle permet au sujet d'acquérir notamment la représentation et le langage. Ainsi il prend de la distance par rapport à la simple perception, il peut nommer les choses et se positionner en tant qu'individu. La maturation permet également une harmonisation tonique permettant le passage de mouvements archaïques à des mouvements plus contrôlés et affinés. « *A la naissance, le cerveau du nouveau né est en pleine maturation, ses mouvements sont surtout des automatismes occasionnés par l'application de certains stimuli. Les réflexes archaïques vont se moduler au fur et à mesure de la maturation du cortex* » [76].

1.3. Les expériences sensori-motrices

Catherine POTEL relève que « *la force des ancrages sensoriels primitifs ainsi que leur portée dans la construction psychique identitaire n'est plus à prouver et se vérifie continuellement dans la clinique* » [76]. In utéro il existe déjà une sensorialité fœtale dont le bébé garde des traces [78]. A la naissance, l'enfant est compétent, il dispose notamment de conduites d'attachement et de systèmes sensoriels développés qui lui permettent de se construire en rapport à l'environnement.

Au début de la vie, le bébé est soumis à de multiples afférences sensorielles qui n'ont pas de sens pour lui (afférences extéroceptives, proprioceptives et viscéroceptives). Ces sensations sont confuses mais permettent de recueillir des informations dans le milieu et de prendre contact avec l'environnement. Selon J.PIAGET, peu à peu les différentes modalités sensorielles se mettent en relation, elles prennent progressivement du sens et permettent l'élaboration d'une représentation cohérente du monde. Cette mise en sens s'appelle l'intersensorialité [76].

La conscience des sensations corporelles est nécessaire à l'enfant pour permettre l'émergence du sentiment d'identité. Cette conscience se met en place plus tardivement avec la maturation. En effet, *« le nourrisson, neuro-physiologiquement immature, vivant dans un état de sensations indifférenciées (bien-être – malaise) ne peut avoir de sentiment d'identité. C'est la maturation biopsychologique lui apportant les premières sensations spécifiques (ouïe, puis vue, puis toucher, sensations musculaires…), qui lui permettra la conscience progressive de son être différent de sa mère, de son identité corporelle »* [63]. Comme relève C.POTEL, le milieu affectif est également de toute importance, il permet à l'enfant d'être contenu dans une relation afin de s'approprier les expériences vécues [72].

L'identité se forge ainsi par l'expérience motrice, les afférences sensorielles et leur mise en sens avec la maturation neurosensorielle. Cette dernière permet la combinaison des signaux et leur mise en mémoire afin que l'enfant puisse progressivement trouver une signification, s'ajuster à l'environnement et engendrer une réaction. Ceci est lié au principe d'affordance de James GIBSON. En ayant une action sur les objets et sur l'environnement, l'enfant perçoit les propriétés de ce même objet [76]. Ce processus est bidirectionnel puisqu'il permet de renvoyer à l'enfant également une connaissance de lui-même, c'est ce qu'évoque M.MERLEAU-PONTY en faisant le lien entre le mouvement et l'attribution des parties du corps à soi-même [76].

Gabriel a 6 ans, il présente une inhibition avec une hypotonie globale. Souvent il dit qu'il ne sait pas faire quand une activité nouvelle lui est proposée. Dans la motricité ses gestes ont peu d'ampleur, sa posture est en fermeture et il est peu dans des mouvements d'ouverture. Sa motricité fine est Son anxiété l'empêche de réaliser des expériences structurantes et impacte également la relation. En séance de psychomotricité nous jouons avec le gros ballon. Une fois l'inquiétude première dépassée, Gabriel se met à taper de plus en plus fort dans le ballon, avec les mains, les pieds, nous pouvons alors percevoir le plaisir qu'il prend dans cette décharge motrice. En expérimentant l'indestructibilité du ballon, il obtient un retour sur sa propre solidité.

Didier ANZIEU, souligne l'importance des sens pour accéder aux processus de pensée et notamment à la représentation. « *Se toucher, se voir, se sentir, se goûter, s'écouter sont des préalables indispensables avant de pouvoir se penser pensant* ». Les comportements d'exploration permettent donc d'éprouver les limites, les propriétés et les capacités du corps. L'enfant crée ainsi une interface d'échange entre intériorité et milieu extérieur, qui permet de différencier ce qui est du Moi et ce qui est Autre. Ainsi l'expérience c'est à la fois du mouvement et des sensations qui permettent la reconnaissance de soi et de son identité par soi-même.

Nous avons donc étudié les grands piliers permettant l'émergence de l'identité que sont, le milieu affectif, l'environnement sensori-moteur et le matériel neuro-anatomique. A présent nous allons nous pencher sur l'importance de deux organisateurs fondamentaux et indissociables, dans la construction de l'individu : l'espace et le temps.

2. L'espace et le temps

Commençons notre propos par une citation de Benoît LESAGE [55] : « *La mise en forme d'une identité est un travail qui n'a rien d'évident. Il s'agit d'instaurer et de se percevoir comme entité stabilisée dans le temps et l'espace* […]. *Il s'agit d'être identique à soi-même, de sentir sa continuité ici et là, aujourd'hui ou demain, au delà des changements de contextes*».

2.1. Maintenant et demain : un temps pour exister

2.1.1. Pourquoi temps et identité sont-ils liés ?

Le temps est une notion complexe qui présente une multitude de définitions dans le Larousse selon le référentiel d'étude. Pour notre propos nous concevrons le temps comme une « *notion fondamentale conçue comme un milieu infini dans lequel se succèdent les évènements et souvent ressentie comme une force agissant sur le monde, les êtres* » [52]. Ce que nous pouvons relever de cette définition est que le temps modifie l'environnement et les hommes, il est ressenti subjectivement et constitue également objectivement une succession d'événements avec un ordre et une continuité. Selon Alex MUCCHIELLI « *le changement est la règle de tout développement* ». Ainsi au cours du développement psychomoteur l'identité va évoluer. Dans ces conditions, il est nécessaire d'avoir conscience des modifications tout en gardant une représentation du temps sans à-coup, sans rupture et sans coupure dans l'existence [63].

La psychologie défend l'idée de l'importance d'un ancrage du corps dans la temporalité pour permettre la construction identitaire. G.ALLPORT appelle « *sentiment d'identité du Moi dans le temps* », un des paramètres fondamentaux de l'identité. Cette notion est en lien avec les travaux d'Eric ERIKSON qui définit le « *sentiment de continuité temporelle* » comme « *le fait que le sujet se perçoit le même dans le temps et se représente les étapes de la vie comme un continuum* » [63].

2.1.2. Le temps dans le développement psychomoteur

Le temps est un organisateur du corps et un organisateur psychique [76], il a donc une double fonction d'étayage : sensori-moteur et psychique. Il permet « *d'organiser sa perception du monde, de son corps propre, de son environnement, d'agir et de penser* ».

Tout d'abord il est essentiel de considérer que le temps n'est pas inné, c'est une perception qui se construit au fil des expériences. Il est à la fois objectif et subjectif et ne peut ainsi se « *saisir que dans le rapport de soi à* soi ».

Daniel MARCELLI [78,76] explique comment le rythme des soins maternants, qu'il appelle macro-rythmes, contribuent par leur répétition, à l'établissement du sentiment de sécurité de base. C'est par appui sur cette permanence, que s'établissent les microrythmes permettant l'introduction de rythmes nouveaux dans les interactions. C'est de ces rythmes que naissent la surprise, le ludique, l'imprévu et l'aléatoire.

Ceci rejoint les propos de Thomas BERRY BRAZELTON [76] qui explique que lors de l'interaction rythmée avec la mère (présence-absence), le bébé va pouvoir supporter l'attente. Le rythme devient alors ternaire, entre besoin, attente et satisfaction. « *Cette première rythmicité n'est pas reçue passivement par le bébé* » [78]. L'enfant repère alors des moments temporels et s'imprègne de cette succession. C'est un processus actif d'intégration de la répétition qui lui permet de se situer dans le temps vécu.

Nous allons reprendre brièvement les stades de construction du temps selon Cécile PAVOT et Anne-Claire GALLIANO [76]. Tout d'abord nous pouvons parler du temps vécu, l'enfant est en fusion avec la mère et vit selon ses rythmes biologiques. A la naissance, la structuration de la temporalité se fait d'une part, avec la réponse aux besoins physiologiques et d'autre part avec les expériences affectives et sensorielles de rassemblement, de peau à peau,… Ces facteurs permettent à l'enfant d'acquérir une première temporalité qui sera appelée le temps vécu. Catherine POTEL appelle cette période « *le temps sensoriel* ». Il permet à l'enfant d'acquérir un sentiment de sécurité et une continuité corporelle.

C'est à la suite de cette première temporalité que pourront venir se succéder le temps perçu puis le temps représenté. L'enfant intègre la temporalité du geste de par la répétition. Il arrive à faire la corrélation entre un geste réalisé par hasard et sa conséquence. Ainsi vers 4-5 ans il acquiert une temporalité du mouvement, il appréhende les notions d'ordre et de durée en se situant dans le temps par rapport à une action (manger, dormir,…). Cette première forme de représentation du temps est appelée l'orientation temporelle. A ce stade là il est encore dans une perception du temps très égocentrée.

Progressivement, il prend des repères qui s'éloignent de l'action. Le langage notamment permet de favoriser une représentation objective du temps avec des codes et des repères communs. Ceci est appelé la structuration temporelle qui place l'enfant dans une dimension plus sociale et moins égocentrée. Il affinera ensuite en grandissant tous ces repères en acquérant notamment les liens entre le temps et l'espace. Mais également les notions de rythmes, de vitesse, de continuité, d'irréversibilité du temps et la notion de finitude.

Gaspard a 5 ans, il présente une agitation motrice qui impacte ses apprentissages. Il demande très souvent « *et après on fait quoi ?* » quand la réponse a déjà été donnée plusieurs fois auparavant. Il n'a pas conscience d'être dans la continuité du temps précédent et est ancré dans le présent. Afin de l'aider à se repérer dans le temps de la séance, la psychomotricienne met en place des pictogrammes qui permettent à Gaspard d'appréhender la succession des événements et ainsi de se sentir contenu dans un cadre temporel avec un début et une fin.

C'est par le vécu que l'enfant éprouve le sentiment de continuité d'existence, fondement du narcissisme et préalable à la conscience de soi et à la construction temporelle. L'accès à la fonction symbolique lui permet d'avoir une compréhension du temps qui l'inclut dans une temporalité plus large. Il peut acquérir des codes sociaux et se replacer dans le temps générationnel. Ainsi, il affine son identité propre dans le rapport à l'autre, à sa famille, à sa culture,…

2.1.3. La continuité temporelle et le sentiment de continuité d'existence

« *Reliée au fonctionnement de la sensorialité, fait démontré par les neurosciences, et au développement psychoaffectif, tel que prouvé par Winnicott, le sentiment de continuité d'existence représente donc une étape cruciale dans le développement de l'enfant* » [70].

La construction du temps permet à l'enfant de se sentir exister dans une temporalité qui est à la fois commune et propre à lui-même. Les étapes que nous avons vues permettent d'établir une continuité temporelle structurante pour l'identité. Anne-Marie LATOUR [78] explique que « *l'enjeu de la perception du temps n'est donc pas seulement pragmatique (vécu) mais immédiatement existentiel* ». Pour Eric PIREYRE [70] la continuité d'existence c'est « *la conviction qu'à tout instant la continuité de la vie sera réelle et se prolongera dans l'instant suivant même en cas de menace* ». Elle constitue une sécurité intérieure qui permet à l'enfant de se développer avec la certitude qu'à « *la seconde suivante, nous seront toujours là et toujours ''le même''* ». Cette étape est un préalable à l'acquisition d'une identité stable.

2.1.4. Habiter son corps, habiter son présent

Selon Catherine POTEL [76], la psychomotricité s'intéresse au temps et à l'espace « *en terme de repères qui organisent le corps dans la réalité de son vécu sensoriel et cognitif* » ainsi qu'« *en terme de construction symbolique essentielle pour l'inscription psychique du sujet dans sa lignée générationnelle* ».

Nous avons donc d'une part, l'inscription du sujet dans l'histoire de l'humanité, dans un temps social et dans un temps générationnel qui créé une enveloppe d'appartenance sur laquelle le sujet construit un temps plus subjectif, investi de ses représentations propres. Par ailleurs nous avons l'inscription du temps dans la réalité de l'être. La temporalité va s'inscrire dans la musculature, la tonicité, l'action, la gestuelle [72] et va ainsi s'inscrire dans l'identité du sujet.

La temporalité de Gaspard est perceptible dans sa motricité que l'on pourrait qualifier « d'explosive ». Sa gestuelle est désordonnée et maladroite dans la motricité globale et fine. Il a des difficultés à inhiber les irradiations toniques liées à l'émotion, d'autant plus dans les situations de plaisir. Dans le jeu, il oublie les consignes. Dans les parcours il peut sauter sur le trampoline jusqu'à épuisement oubliant le lieu du départ et de l'arrivée. Il est dans un plaisir moteur de l'immédiat, sans objectif et ne peut inscrire sa gestuelle dans une temporalité.

La continuité temporelle seule ne suffit pas à créer la continuité d'existence. Le sujet doit également construire un espace. Catherine POTEL fait un parallèle entre « *habiter son corps* » et « *habiter son présent* » [76]. Ces deux constructions conjointes se construisent durant l'enfance, à l'adolescence de façon spécifique et plus largement elles évoluent tout au long de la vie. Comme nous l'avons vu précédemment le temps et l'espace sont indissociables, c'est ce que l'on retrouve

ici puisque pour habiter son présent, encore faut-il avoir un espace à habiter. Nous pouvons faire un parallèle avec ce que DAMASIO appelle « *la conscience-noyau* » c'est selon lui ce qui dote l'organisme « *d'un sentiment de soi relativement à un moment, maintenant, et à un lieu, ici* » [76].

2.2. Ici et là : un espace où vivre

Selon la définition du Larousse, l'espace est « *une étendue indéfinie qui contient et entoure tous les objets* » et c'est également la « *représentation de cette étendue ; ce que nos sens en connaissent* » [52]. Dans cette définition nous pouvons relever la notion de contenance, l'espace c'est quelque chose qui entoure, habille et donc sépare un dedans et un dehors. Il fait aussi l'objet d'une représentation permise par nos propres sens. Nous étudierons dans cette partie le deuxième organisateur fondamental de la construction de l'identité : l'espace et notamment celui du corps.

2.2.1. L'espace et le corps dans le développement psychomoteur

La structuration spatiale en psychomotricité permet de se repérer dans l'environnement et de se mouvoir. Elle constitue aussi un support de relation, de communication et introduit la notion de distance et donc de séparation, notamment entre soi et l'autre. Cette structuration ne peut exister que par l'intégration de l'espace du corps propre et par la projection des repères internes sur l'espace extérieur.

Catherine POTEL relève que « *le sentiment d'avoir un corps à soi –un corps qui appartient à celui qui l'habite, dont il en est un propriétaire, heureux ou malheureux, un corps porteur d'une identité propre, dont il a la jouissance et le contrôle – est loin d'être un sentiment inné* ». Ainsi la perception puis la représentation de l'espace du corps sont le fruit d'un processus de construction. Selon Cécile PAVOT et Anne-Claire GALLIANO, la perception du corps propre passe par l'intégration d'« *un dedans et un dehors déterminés par les premières enveloppes, puis par la conscience d'un soi limité et unifié* ». Cette construction se fait dans la relation a autrui.

Notons que le corps existe dans le double plan du réel et de l'imaginaire selon M.SAMI-ALI. Ainsi pour une compréhension plus fine il est nécessaire d'associer les perceptions, les sensations et les représentations corporelles à la construction du corps anatomique [76].

2.2.2. La construction de l'axe corporel

Catherine POTEL [72] explique que l'organisation axiale prend racine à la fois dans la relation, dans l'expérience et par l'appui sur des sensations internes (appuis, équilibres, résistance à la gravité,…). D'un point de vue anatomique, le rachis doit être souple et rigide à la fois. Il a une fonction de protection de la moelle épinière et un rôle postural.

Benoît LESAGE précise que si l'axe est soutenu par le rachis, les deux ne coïncident pas. L'axe est en réalité « *une ligne virtuelle qui est une résultante d'équilibre, autour de laquelle s'organise l'ensemble du corps* » [55]. Il joue un rôle postural très important car c'est un pilier interne, un axe d'ancrage et de stabilité sur lequel pourra s'appuyer la posture et le mouvement.

Il constitue également une référence de l'organisation corporelle (le haut/bas, droite/gauche, avant/arrière) [76]. Sa construction est donc essentielle au développement de la latéralité et à l'acquisition des repères topologiques.

Gaspard a une motricité « explosive » et ses gestes sont maladroits. Allongé sur le dos il garde ses jambes en flexion. Lors d'activités motrices il se jette souvent au sol dans un mouvement d'enroulement. Sa tonicité axiale est immature en ce sens le manque de régulation tonique posturale entrave le contrôle du geste. En séance, la psychomotricienne et moi-même le balançons dans une couverture à l'image d'un hamac. Ce portage induit un rassemblement autour de l'axe et apaise sa motricité. A la suite de ce temps de relaxation, Gaspard reste calme un long instant, faisant semblant de dormir déposé sur la couverture au sol. Ce rassemblement l'apaise, lui fait éprouver un ancrage interne, apporte une contenance et une sécurité.

La « *structuration d'un axe corporel unifiant, enveloppant et individualisant* » [38] est un long processus qui s'accentue lors d'une phase très précise du développement psychomoteur ; ce que Damien GALMICHE appelle « *le transfert d'appui du corps de la périphérie vers le centre* ».

C'est à ce moment, que l'enfant trouve en lui un agrippement interne axial qui vient se substituer, à l'appui sur un support extérieur. L'axe corporel permet ainsi un moment clé dans le processus d'individuation qui est la verticalisation : on assiste alors à l'ouverture des ceintures et la construction d'une tonicité axiale [55]. Ce phénomène modifie le rapport de l'humain à son milieu.

La base de sécurité établie lors de la prime enfance est le support qui permet à l'enfant de puiser psychiquement et physiquement en lui les ressources nécessaires pour se recentrer sur un appui interne. Nous pouvons dire que l'axe est une intégration du portage, du « holding » décrit par WINNICOTT. Ainsi, l'axe n'est pas que physique mais c'est également un axe psychique qui permet d'avoir une stabilité affective, narcissique et qui pose les bases de la confiance en soi [76].

2.2.3. Enveloppe de peau, enveloppe psychique

« *Déterminer un territoire c'est poser des limites… créer des séparations* » [78]. La peau fait séparation et recouvre presque la totalité de notre organisme. Elle est très fine à la naissance et reste immature longtemps après. Chez l'adulte elle est composée de 3 couches : l'épiderme (partie superficielle), le derme (constitué de collagène de type I permettant la tonicité et l'élasticité) et l'hypoderme (isolant thermique).

La peau permet de dessiner les contours du corps mais aussi de faire une barrière d'individuation qui apporte à chacun le sentiment d'être unique. De même que pour ce qui est de l'axe corporel, « *la peau psychique va se construire sur les particularités de la peau physique* » [70] et elle se forme dans la relation affective précoce.

En nous appuyant sur les travaux de Didier ANZIEU et des fonctions du Moi-Peau nous pouvons comprendre que la peau, grâce à ses différentes fonctions, dessine l'identité [7].

Tout d'abord physiquement elle limite le corps et dessine une apparence grâce à ses particularités individuelles, physiques et sensorielles. Elle a une fonction de maintenance d'un corps rassemblé et contenu dans une enveloppe. Réciproquement elle crée une individuation et une limite avec le milieu extérieur. Ainsi elle joue le rôle d'une véritable barrière contre les agressions exogènes (physiques, microbes, changements de températures) mais également endogènes (pulsions sexuelles, pulsions agressives,…).

« Dans un premier temps ce qui permet à l'enfant de se représenter un moi contenant sa vie psychique est l'expérience de son corps […]. Il peut vivre sa peau comme un sac qui contient à

l'intérieur le bon, le plein et qui le protège et comme une interface un lieu de communication. Les expériences avec la mère, avec ses mains, son corps, ses yeux vont donner peu à peu à l'enfant la sensation de ses limites corporelles » [7]. C'est donc par l'expérience et dans la relation que l'enfant apprend à se constituer une peau psychique, grâce à laquelle il peut gérer lui même les excitations venant de l'extérieur, devenant ainsi son propre pare-excitation.

Au bout de quelques séances, la psychomotricienne met en place des jeux qui contiennent la gestualité de Gaspard. Il traverse la salle en mimant l'escargot dans un contrôle moteur. Mais une fois fini, il retraverse la salle en sens inverse et fonce jusqu'à se heurter dans un mur. Il peut aller jusqu'à se faire mal. Dans sa temporalité de l'immédiat, il ne prête pas attention aux conséquences. Cette recherche de limites physiques peut être corrélée à la recherche d'une peau psychique qui contient les excitations internes.

Si la peau est une frontière physique entre le dedans et le dehors, elle est également poreuse et perméable. C'est un organe sensoriel qui fournit des informations constituant un médiateur avec l'environnement. En lien avec cette sensorialité, nous pouvons relever le lien à l'excitation sexuelle (présence des zones érogènes). La peau est également liée aux émotions (ouverture des pores et sudation, pâlir/rougir, frissons…) et aux somatisations (eczéma, psoriasis,…).

« Comme la plupart des organes la peau est portée par une structure musculaire, et donc un tonus » [78]. Ainsi les *« émotions et évènements s'inscrivent à même la peau »* et s'incarnent dans le tonus [72]. Il y a donc une inscription des traces sensorielles, tactiles et émotionnelles de l'histoire du sujet dans la peau.

2.2.4. Unité de soi, différence de l'autre

La construction d'une première « *enveloppe de création* » assure le fondement unitaire de soi dans un « *continuum psychocorporel* », selon Daniel COURBERAND. Elle est composée de la certitude de pouvoir évoluer sans pour changer le fondement de soi [78]. Cette première enveloppe est donc liée à la continuité d'existence et elle permet une connaissance « *interne et psychisée, donnant la certitude d'un ensemble corporel unifié, fermé et stable en toutes occasions corporelles, émotionnelles et relationnelles* ». C'est à partir de cette première enveloppe que se construisent les enveloppes « *d'appropriation* » et de « *différenciation* », autrement dit d'appartenance et d'individuation, permettant l'émergence de l'identité.

Grâce à ces enveloppes et à la construction de l'axe interne, le sujet peut se sentir, se percevoir, se représenter et surtout se vivre comme unifié. L'accès à une intériorité, une intimité, permet de le différencier de l'autre et de l'environnement. « *C'est donc toute la question de la construction identitaire, qui est contenue dans cet accession à l'intime de soi. Intimité avec soi-même et donc vis-à-vis des autres […] suppose une familiarité avec son corps* » [72].

C.POTEL parle du fait de mentir ou de garder un secret comme la preuve d'une intériorité psychique qui est intégrée et comme « *un grand pas vers la conquête de soi !* ».

Pour conclure citons Benoît LESAGE : « *se situer dans l'espace suppose qu'on ait acquis un point de vue, qu'on puisse se situer, c'est-à-dire situer l'autre par rapport à soi, le distinguer clairement au-dehors, sans le perdre, rester relié* » [55].

3. La différenciation et la subjectivité

Au cours de son développement, l'enfant va progressivement pouvoir se positionner comme sujet et notamment par le langage. Tout d'abord le « non » lui permet de marquer une autonomisation dans ses choix. Ensuite l'arrivée du « Moi » montre l'identification qu'il fait à lui même et en fin le « Je » est un moment décisif dans l'avènement de la subjectivité. *« C'est entre la deuxième et la troisième année que le Moi et le non-Moi se différencient nettement et commencent à s'organiser. C'est à cette phase de développement neuropsychologique qu'apparaît symptomatiquement au niveau du langage le pronom Je, inaugurant une période d'opposition au milieu, période liée au processus d'individualisation-affirmation de Soi de Wallon »* [63]

L'apparition du « je » est couramment associé au stade du miroir, décrit par LACAN, qui est un prérequis à l'instauration de l'identité [63]. Ce stade est un moment clé dans le développement psychomoteur puisqu'il permet d'allier des sensations internes à une image. Cette image est constituée du schéma corporel, connaissance objective du corps propre et de l'image du corps, la représentation subjective qui en est faite. C'est donc en se reconnaissant dans le miroir que l'enfant peut prendre du recul avec les sensations du corps pour accéder à la double représentation du corps, en lien avec les processus de pensée. A ce stade, comme le relève Philippe SCIALOM, « *l'enfant se met à ''penser'' son être corporel* » [76].

Au cours de cette première partie nous avons évoqué la complexité du concept d'identité. Elle correspond à l'intrication de différents facteurs, psychiques, corporels et environnementaux. Le sujet développe donc une identité qui est psychocorporelle faite d'appartenance (culturel, social et familial) et de différenciation. Le chemin de l'individuation prend racine dans l'enfance.

Grâce à la maturation neuro-anatomique, l'enfant prend appui sur son environnement affectif pour effectuer des expériences sensori-motrices. Cette tryptique lui permettra d'accéder à un contrôle moteur et à des processus de pensées permettant une première représentation de soi à l'origine du sentiment d'identité. Cette représentation nécessite la construction d'un cadre spatio-temporel dans lequel exister, assurant une sécurité interne et rendant possible un avenir. Tout au long de la vie, le sujet enrichira son appartenance avec de nouvelles identifications et développera une identité différenciée. L'adolescence sera une période privilégiée de changements identitaires.

Dans cette première partie nous vous avons présenté quelques extraits de la prise en soin de Gaspard, un enfant ancré dans l'agir. Nous pouvons alors nous questionner sur l'impact de son mouvement perpétuel sur la temporalité et donc sur la continuité d'existence. Ce plus, les processus de pensées étant substitués par de l'agir, qu'en est-il de la représentation qu'il a de lui même ? Egalement, son enveloppe et son axe ne permettent pas de créer un espace de sécurité dans lequel il est contenu. Il peut se heurter et chuter plusieurs fois en séance. Ainsi, son agitation vient modifier le rapport qu'il entretien à son corps et donc son identité qui est psychocorporelle.

C'est dans la continuité de ces questionnements que nous aborderons la double influence de l'adolescence et des troubles du comportement sur l'identité psychocorporelle. Pour ce faire nous nous appuierons sur les adolescents rencontrés au cours de mon stage en ITEP.

B. L'ADOLESCENCE ET LES FRAGILITES IDENTITAIRES DES ADOLESCENTS EN ITEP

Les adolescents en institution doivent façonner leur identité en faisant face aux difficultés liées à leur trouble ainsi qu'à la métamorphose que présente l'adolescence. De plus la vie en institution façonne leur identité, elle leur permet de prendre de la distance par rapport à leur milieu familial, définit une nouvelle appartenance et leur permet de se construire dans l'expérience du groupe et du collectif.

I. Les troubles du comportement en institution

1. Généralités sur les ITEP et leur population

Les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP) sont créés par décret le 6 janvier 2005. Ce sont des institutions ancrées dans le secteur médicosocial, contrôlées par les Agences Régionales de Santé (ARS) et financées par l'assurance maladie. Les enfants orientés en ITEP relèvent de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui elles ont été créées un mois après les ITEP. Le cadre juridique de ces structures est instauré par le Code de l'action sociale et des familles [83].

La loi pour « *l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » est créée le 11 février 2005.

Selon le cadre juridique posé par l'article L. 114, le handicap constitue « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » [54]. Les altérations psychiques et cognitives entrent dans le champ du handicap à partir de ce texte de loi.

Les MDPH [77], créées à cette même date, auront une mission d'information (sur les droits des personnes handicapés ou sur la maltraitance par exemple) et une mission d'accompagnement, dès l'annonce du handicap et tout au long de l'évolution de la pathologie. C'est après un formulaire de demande à la MDPH qu'une personne peut intégrer un ITEP.

Les conditions de fonctionnement des ITEP sont définies par le décret n°2005-11. L'article D.312-59-1 annonce qu'ils « *accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe 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.* ».

La population des ITEP est très hétéroclite puisqu'il existe une grande variabilité de causes ou d'expressions, à ces difficultés psychologiques. Roger MISES relève que d'un point de vue étio-pathogénique, une place importante est accordée, aux conditions d'environnement ainsi qu'aux distorsions nées dans les interactions précoces. Il évoque également la présence de facteurs périnataux qui incluent notamment des dysfonctionnements du système nerveux [60].

Nous développerons moins ces derniers facteurs au cours de notre analyse puisque, pour reprendre les termes de Bernard BENSIDOUN, « *les enfants accueillis en institution sont de plus en plus des ''enfants sans histoires'', ''non nés''* » [6]. J'ai donc pu recueillir des informations sur l'environnement actuel et l'histoire familiale de ces enfants et adolescents mais pour ce qui est du déroulement de la grossesse, il est rare de trouver des informations dans le dossier institutionnel.

D'un point de vue symptomatique, Roger MISES explique que dans l'enfance, le motif de consultation provient de manifestations organiques exprimant une vulnérabilité et ce n'est que plus tard que « *s'affirment des comportements donnant une originalité au sujet concerné ; chez certains dominent l'instabilité, les phénomènes de débordement ; chez d'autres, la tendance au repli, l'isolement, l'inhibition* ». Il évoque également la tonalité dépressive qui existe dans ces troubles et met en avant qu'ils alertent « *quand les agirs, sous des formes multiples, s'expriment au sein de l'école et conduisent à l'échec scolaire* » [60].

Dans cette partie nous exposerons une lecture possible des troubles du comportement. Dans un premier temps, nous prendrons appui sur diverses classifications. Par la suite, nous imagerons notre propos avec un tableau descriptif des troubles. Puis nous terminerons sur les conséquences des comportements pathologiques variés pour la construction identitaire du sujet.

2. Les apports des classifications

2.1. Pourquoi utiliser les classifications ?

Henri WALLON a pu proposer une des premières classifications psychopathologiques. Cette classification a été ensuite reprise par Julian DE AJURIAGUERRA dans son *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, laquelle est restée très longtemps une référence pédopsychiatrique.

Actuellement, en France, pour ce qui concerne les maladies mentales et les handicaps chez l'enfant et l'adolescent, les classifications officielles sont la CIM 10 et la CFTMEA, cependant, nous parlerons également des apports du DSM-V. Notons qu'aucunes des trois classifications ne se veut être un outil diagnostic [83].

Les classifications sont des outils pertinents en terme de référence du trouble dans sa globalité et permettent une vision commune d'un même trouble. Aussi, elles « *ne résultent pas seulement des données scientifiques ou théoriques : elles reflètent aussi des représentations et positions idéologiques en circulation dans la société* » [14]. En effet la société permet de définir les troubles et les classifications permettent de retracer l'histoire des maladies.

Dans le cas des troubles du comportement, Claude WACJMAN revendique la part sociétale de ce trouble. Selon lui les « enfants perturbateurs » sont la conséquence d'une société

normée, dans laquelle l'individu est de plus en plus isolé et il fait un parallèle entre la pathologie et la condition sociale de l'enfant et de sa famille [83].

C.WACJMAN relève également le risque de ces classifications qui ont tendance à attribuer un diagnostic pouvant devenir une identité pour l'enfant. L'enfant s'identifiera lui même à sa pathologie et cette attribution peut fixer des processus pathologiques encore peu structurés. Réciproquement, une identification négative de l'enfant par l'entourage est possible, ce que R.ROSENTHAL et L.JACOBSON décrivent dans les études sur l'effet « Pygmalion ».

2.2. La Classification Internationale des Maladies (CIM)

La CIM 10 est une classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui couvre tous les domaines de la médecine. Dans le chapitre V, qui concerne la psychiatrie (plus spécifiquement les troubles mentaux et du comportement), se trouve le chapitre qui s'appelle « *Trouble du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence* » [67]. Selon cette classification, nous pouvons relever :

- **Les troubles hyperkinétiques :** Ils sont caractérisés par un début précoce (habituellement au cours des cinq premières années de la vie). Les sujets présentent un manque de persévérance dans les activités qui exigent une participation cognitive et ont une tendance à passer d'une activité à l'autre sans pouvoir les finir. Ce trouble est associé à une activité globale désorganisée, incoordonnée et excessive et peuvent également être en lien avec une perturbation de l'activité, de l'attention ou des conduites.

- **Les troubles des conduites** : Ils sont caractérisés par un ensemble de conduites dyssociales, agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafouées les règles sociales (en accord avec l'âge du sujet). Ces troubles dépassent notamment le cadre des attitudes habituelles d'opposition de l'adolescent. Ils doivent persister durant au moins six mois. Ils présentent des variations puisqu'ils peuvent être limités au milieu familial et être socialisés (« délinquance en groupe »).

- **Les troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels** : Ce groupe de troubles est caractérisé par la présence d'un comportement agressif, dyssocial ou provocateur, associé à des signes visibles et marqués de dépression, d'anxiété ou d'autres troubles émotionnels.

- **Les troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance** : C'est une exagération de tendances normales du développement plus que des phénomènes qualitativement anormaux (angoisse de séparation, trouble anxieux phobique, anxiété sociale,…)

- **Les troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance et l'adolescence** : Ce groupe de trouble est hétérogène, il est caractérisé par la présence d'une perturbation du fonctionnement social, survenant durant l'enfance et envahissant tous les domaines du fonctionnement. Ce trouble peut par exemple être un mutisme électif, un attachement généralisé non spécialisé (non spécifique d'un objet d'amour) et être associé à une désinhibition.

- **Tics** : Un tic est un mouvement moteur ou une vocalisation involontaire, rapide, récurrent et non rythmique (impliquant des groupes musculaires déterminés). Il survient brusquement et ne présente pas de but apparent. Les tics sont habituellement ressentis comme étant irrépressibles, mais peuvent être supprimés durant une période de temps variable. Ils sont donc situationnels et varient selon les moments de la vie du sujet (stress, sommeil,…).

- **Autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence** : Ce dernier groupe est très hétérogène puisque le seul point commun est de débuter dans l'enfance. Nous pouvons trouver dans cette catégorie l'énurésie ou l'encoprésie (d'origine non organique), le trouble de l'alimentation, les mouvements stéréotypés, les bégaiements ou encore le bredouillement.

Cette classification permet de donner un large aperçu de ce que peut être un trouble du comportement. Nous percevons la pluralité des manifestations qui peuvent être émotionnelles, comportementales ou motrices, ces trois sphères étant imbriquées.

Nous pouvons relever également les répercussions de ces troubles dans la relation aux pairs et leurs variations selon le milieu (familial, social et scolaire).

2.3. Le manuel de diagnostique statistique IV (DSM-IV)

Le DSM est un manuel qui se veut a-théorique. Il présente des descriptions dégagées de toute théorie étio-pathogénique, des critères diagnostiques explicites et une structure multiaxiale (troubles cliniques, troubles de la personnalité, aspects médicaux,…).

Il situe les troubles des conduites dans la même catégorie que le déficit de l'attention (avec ou sans hyperactivité) et que le trouble oppositionnel avec provocation. Les troubles des conduites se trouvent donc dans la catégorie « *déficit de l'attention et comportement perturbateur* » du chapitre « *trouble habituellement diagnostiqués pendant la petite enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence* ». [5]

Dans le DSM-IV « *La caractéristique essentielles du Trouble des conduites est un ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet.* ». Il existe 4 catégories principales : conduites agressives (envers des personnes ou des animaux), conduite de destruction (de biens matériels), fraude ou vol et la violation graves de règles établies. Nous pouvons trouver 15 critères répartis dans les différentes catégories. Pour présenter un trouble des conduites au moins 3 critères doivent être présents.

Le DSM-IV précise que les critères diagnostiques sont les mêmes que ceux de la CIM-10 (*cf. critères détaillés du DSM-IV placés en annexe (I) p.85*)

Ainsi le DSM-IV donne une liste étendue de critères, simples, observables mais essentiellement centrés sur les comportements. L'objectif est donc de rendre un diagnostic semblable pour des manifestations qui sont elles, dissemblables. Ainsi dans un premier temps le DSM a été reçu comme un progrès mais il est actuellement reconsidéré, notamment avec la sortie de sa nouvelle version (DSM-V).

Claude BURZSETEJN remet en cause l'a-théorisme du DSM, selon lui, « *il est assez*

évident que ces catégories sont abordées selon un modèle biomédical quasi exclusif, sans que cette référence soit explicitement justifiée. De fait, aucun principe de classification psychiatrique ne saurait être a-théorique : la sélection de ce qui est considéré comme signe et le regroupement de manifestations en un syndrome implique des choix qui ne peuvent s'affranchir de préconceptions » [14]. Il explique également que le DSM ne privilégie pas une prise en compte du sujet dans sa globalité avec son fonctionnement psychique, son environnement et son histoire.

En conclusion la CIM et le DSM sont deux classifications syndromiques. Elles sont « *pragmatiques et reposent avant tout sur la stabilité d'associations de signes pathologiques auxquels elles vont donner un nom précis. Ces signes doivent être clairement définis pour être facilement repérés par les praticiens […] Les classifications syndromiques sont essentielles pour fournir des informations sur la nature, l'origine et le développement des troubles et permettent une prédiction des conséquences et de leur évolution* ». [40] Ainsi, elles permettent de faire des catégories selon la régularité de l'association de signes et fournissent une lecture universelle des troubles. Cet outil, établissant un langage commun, est donc une référence pour les professionnels.

2.4. La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA)

2.4.1. Présentation de la classification

La CFTMEA est une classification mise en place par des cliniciens dont Roger MISES. Cette classification est bi-axiale. Elle permet de resituer les symptômes dans une approche du fonctionnement psychique global de l'enfant.

Elle est composée de deux grands groupes. Tout d'abord, le premier groupe relève de la structure psychopathologique. « *La structure est à entendre comme un ensemble de positions libidinales, de types d'angoisse et de mécanismes défensifs interdépendants, relativement stables mais susceptibles de remaniements évolutifs en fonction de la maturation mais aussi des interventions thérapeutiques* » [14]. Par ailleurs, la seconde partie regroupe les troubles fonctionnels ou symptômes qui sont des éléments diagnostiques secondaires à resituer dans l'une des organisations structurantes.

Ainsi, la CFTMEA n'attribue pas à l'enfant, ou à l'adolescent, un trouble, mais elle fournit des éléments de compréhension globaux de la personne. Elle apporte une conception plus générale des troubles psychiques dans une perspective d'analyse et non pas uniquement de description des manifestations corporelles. En ce sens, ses apports peuvent compléter ceux des autres classifications. Elle prend également en compte les perspectives d'évolution des individus de cette tranche d'âge dont l'avenir est encore à construire.

2.4.2. La structure psychopathologique

2.4.2.1 Pathologie limite

La version révisée (en 2000) présente la catégorie des « *pathologies limites* » [62]. Nous vous proposerons une présentation des éléments cliniques et psychopathologiques relevés.

- Les **défauts d'étayage précoces** qui entrainent des répercussions dans la vie mentale du sujet. R.MISES note pour cette catégorie qu'il peut s'agir d'enfants soumis à une dissociation familiale, à des placements ou à toute autre situation expliquant des ruptures de liens [61]. Il s'agit donc essentiellement d'une rupture précoce de soins inscrivant des failles dans l'histoire du sujet, qui peuvent se traduire par une insécurité psychique et corporelle dont le sujet cherchera à se défendre.

- Les défaillances qui portent sur le champ transitionnel et sur les supports de la pensée d'où découle une **dominance des expressions par le corps et par les agirs**. Cette notion de « *champ transitionnel* » a largement été développée par D.W.WINNICOTT, il expose l'importance du développement pour l'enfant de la capacité à « jouer seul ». Dans un premier temps avec la présence sécurisante du caregiver pour progressivement « jouer seul » en l'absence du *caregiver*. La transitionnalité est donc l'investissement des objets permettant une ouverture sur l'environnement, l'assimilation de l'absence (décrite par FREUD avec le jeu du FOR-DA) mais également le développement de la créativité [60], synonyme de « *vie* », « *d'être vivant* » ou encore de « *se sentir réel* » [4]. Selon Frédérick AUBOURG, « *située au cœur des processus de maturation chez l'enfant, la créativité influe sur la qualité des relations que le sujet entretiendra avec la réalité tout autant que sur sa propre aspiration à vivre et à exister* » [4]. Nous pouvons ainsi comprendre l'impact d'une défaillance du champ transitionnel sur l'identité de l'enfant qui n'aura plus « un corps d'expériences et de pensées » mais bien « un corps d'action et d'agirs ».

- Les **atteintes portées au travail de séparation et l'avènement de la position dépressive** qui empêche l'intégration des angoisses et entrainent une extrême vulnérabilité à la perte de l'objet. Cependant, relevons que l'enfant a acquis la différenciation entre le « Soi » et le « Non-Soi », ce qui permet d'ailleurs de différencier les pathologies limites et les psychoses. La « position dépressive » une notion psychanalytique essentiellement développée par Mélanie KLEIN. Nous avons étudié précédemment qu'il est nécessaire pour l'enfant de se constituer une base de sécurité, à la fois affective et corporelle (*cf. paragraphe détaillé sur le développement de l'enfant p.11*), afin de trouver les ressources nécessaires pour se séparer de son *caregiver* et d'exister en tant qu'être différencié. C'est lorsque cette base de sécurité est atteinte que l'enfant ne peut pas affronter ses conflits internes et lutter contre l'angoisse de séparation. De plus, selon la théorie kleinienne, lorsqu'il conçoit que bon et mauvais sont réunis dans un seul objet, l'enfant éprouve une peur de le détruire avec sa propre agressivité. C'est par la continuité des soins que le *caregiver* assure sa permanence aux yeux de l'enfant. Dans le cas inverse il ne pourra sortir de la « position dépressive » engendrée par l'angoisse de perte d'objet [60].

- Des **failles narcissiques constantes** liées à un manque de sécurité interne, elles peuvent provoquer une représentation de soi inacceptable au point de porter atteinte au sentiment d'identité. Pour lutter contre ces failles l'enfant peut mettre en place des réactions de prestances et des affrontements avec le milieu. Selon R.MISES « *elles suscitent des tentatives de déni contre ces représentations et contre les sentiments dépressifs qui s'y relient ; se développent alors des affirmations de toute-puissance, d'autosuffisance qui peuvent mener jusqu'au refus de se soumettre aux exigences de la réalité, notamment dans le registre scolaire* » [61].

Ce sont donc des enfants et adolescents qui sont essentiellement dans l'agir et peu dans les processus de pensée. Le corps est utilisé pour lutter contre des angoisses internes qui sont liées à la peur de leur propre agressivité ou à des failles narcissiques installées dans la prime enfance. De plus, les expériences sensori-motrices peuvent-être impactées dans ce trouble, ce qui limite l'enfant dans le déploiement de sa motricité, l'enrichissement de ses sensations, de sa créativité et de ses représentations mentales. Tout ceci impacte l'émergence de l'identité psychocorporelle.

2.4.2.2 Pathologie limite à dominante comportementale

Par ailleurs, la CFTMEA comporte une catégorie spécifique dans les pathologies limites qui inclut la dominante comportementale. Selon cette classification se sont des « *troubles dominés par la tendance à l'agir, les troubles des conduites dans les échanges avec autrui, le défaut de contrôle, le déni des règles sociales, la répétition des échecs, le défaut d'influence des sanctions. Les traits de personnalités sous-jacents incluent les défauts de maturité affective, l'altération du sentiment de soi, la pauvreté de la vie intérieure, l'incapacité à nouer des investissements stables. La tonalité dépressive est souvent recouverte par des constructions mégalomaniaques et par les affrontements au milieu. Elle se relie parfois à des conduites addictives* » [62].

A travers cette définition nous percevons l'impact des troubles sur le sentiment de soi mais également dans les relations à l'environnement (social, relationnel, scolaire,…).

Au cours de cette analyse, nous vous avons présenté la structure psychopathologique des enfant et adolescents présentant des troubles du comportement selon le point de vue de la CFTMEA, qui classe ces troubles dans la catégorie 3.3 de l'axe 1. Selon cette classification, ils peuvent également être codés dans la catégorie complémentaire 7 que nous allons vous détailler.

2.4.3. Trouble et manifestations

La catégorie complémentaire s'appelle « trouble des conduites et du comportement ». [62] La classification reprend de nombreux éléments présents dans la CIM (*cf. tableau de comparaison des critères de la CIM-10 et de la CFTMEA placés en annexe (II) p.87)*. Nous pouvons relever les troubles hyperkinétiques, les troubles de l'angoisse de séparation (présents dans « *les troubles émotionnels* » de la CIM-10), les phobies scolaires (présentes dans « l*es troubles du fonctionnement social* » de la CIM-10), les autres troubles des conduites et du comportement (dont l'errance, les conduites à risque ou les fugues).

La nouveauté de cette classification est de situer dans les troubles du comportement et des conduites : les troubles des conduites alimentaires (anorexie mentale, boulimie), les conduites suicidaires, les troubles liées à l'usage de drogues ou d'alcool (intoxication, syndrome de sevrage, syndrome de dépendance,…) et les troubles de l'identité et des conduites sexuelles.

Nous pouvons percevoir que cette classification expose une structure de l'enfant tout en proposant une classification par troubles qui présente, dans sa nouvelle version, une correspondance avec la CIM-10. Sa vision est globale, elle prend en compte les troubles du comportement mais aussi le sujet. Elle apporte ainsi des outils de compréhension, majoritairement psychanalytiques, et réciproquement des outils permettant d'affiner le regard diagnostic.

3. Les enfants et adolescents du « faire»

La littérature française aurait tendance à décrire les enfants présentant des troubles du comportement, comme « *instables, agressifs, coléreux, voleurs, fugueurs, mythomanes, inhibés, impulsifs, hyperémotifs, avec des traits de caractère phobique, obsessionnels… »* [16]. Cette vision large rejoint ce que nous avons constaté au travers des diverses classifications : les troubles du comportement sont variés et perçus différemment selon le courant de pensée.

Dans notre analyse nous avons utilisé un point de vue psychoaffectif. Cependant il est également nécessaire de relever l'importance des facteurs génétiques et neurobiologiques dans le développement de l'enfant. En effet, selon les propos du Collectif de l'Association des Instituts en Rééducation (AIRe), « *chacun hérite d'un terrain biologique particulier qui va influencer la réactivité émotionnelle, l'humeur et d'autres choses qu'on connaît mal (hyperactivité, dyslexie, capacité d'attachement…), avec lequel il va devoir composer* » [22].

Dans notre propos, le terme de comportement est pris dans le sens général décrit par Daniel LAGACHE. « *L'ensemble des actions matérielles ou symboliques par lesquelles un organisme en situation tend à réaliser ses possibilités et à réduire les tensions qui menacent son unité et le mettent en mouvement »*. Le comportement traduit les « *tendances emotivo-affectives, héréditaires ou acquises, qui règlent les rapports de l'individu aux conditions du milieu* » [16].

Selon cette lecture, les enfants ou adolescents mettent en place des comportements révélant une souffrance sous-jacente, ou du moins, comme le dit C.POTEL, il existe *« beaucoup d'anxiété derrière tout ces symptômes et ces comportements étranges de l'adolescent* » [71]. En ce sens, il est nécessaire de prendre en compte l'histoire de l'enfant, son développement psychomoteur et affectif, la qualité et la stabilité des relations et de l'environnement.

Nous pouvons à présent affirmer que se sont des enfants et adolescents qui expriment par l'agir, afin d'éviter de penser à ce qui fait souffrance [83]. Ils se positionnent « dans le faire » et non « dans l'être », ils agissent pour se défendre et se protéger, quand d'autres enfants agissent pour jouer, expérimenter, être en relation, créer, partager…

Dans les parties qui font suite, nous mettrons en lien des éléments des classifications avec un tableau descriptif de ces troubles. Cette analyse, non exhaustive, apporte une vision imagée du propos. Pour ce faire, nous prendrons appui sur les paroles émises au cours d'un colloque en 1996, par M.KASSOU, membre de l'AIRe, et reprises par Claude WACJMAN en 2011 [83]. Nous pouvons répartir en 6 catégories les troubles du comportement. Elles ne s'excluent pas les unes les autres et sont même très souvent imbriquées.

3.1. Troubles de la personnalité et difficultés affectives

« Difficultés de développement psychologique, difficultés identitaires, fonctionnement psychique perturbé, image de soi troublée et négative, imaginaire envahissant, carences affectives » [83].

Les états de carences ne concernent pas seulement la privation ou les mauvais traitements. Ils peuvent aussi être provoqués par un excès d'amour dans une indifférenciation entre le *caregiver* et l'enfant. « *Les états de carence privilégient les troubles régressifs qui suivant les âges se*

manifestent autour des questions d'acquisition de la propreté, des symptomatologies dépressives, des tendances antisociales, de certaines conduites (vol, mensonge, fugue) » [83]

Nous avons relevé à plusieurs reprises l'importance du milieu affectif pour constituer une base narcissique, une image de soi digne d'amour et une identité psychocorporelle. Ces sentiments là seront mis à mal avec un impact sur le développement psychique et donc sur les représentations corporelles (schéma corporel et image du corps), modifiant la motricité globale et la relation.

« *Les difficultés psychologiques émergent parmi les enfants n'ayant pu introjecter une sécurité interne suffisante. Il faut comprendre alors le maintien de la toute-puissance, chez ces enfants, comme une tentative de se procurer par eux-mêmes le sentiment de sécurité interne qui leur fait défaut. Par là, ils tentent d'avoir la maîtrise sur le monde qui les entoure et de se protéger des vécus menaçants de perte, d'intrusion, d'agression. Ils essayent d'éviter la dépression, phase qui permet pourtant l'évolution vers le renoncement* » [22].

L'altération de l'image d'un soi ayant de la valeur impacte aussi la construction corporelle. Ainsi, dans les cas de carences affectives et donc de ruptures de lien, la mise en place d'une continuité corporelle sur le plan spatial et temporel est altérée. Des failles dans la construction de l'axe peuvent engager des difficultés dans le contrôle de la motricité distale. La gestuelle désordonnée est alors engagée dans une lutte contre la position dépressive. De plus, le manque d'unité corporelle et de continuité d'existence ne permet pas de contenir l'émotion dans une intériorité. Le mouvement reste alors très lié à l'émotion et aux pulsions internes du sujet. C'est par un travail corporel de mise en forme de ce *tohu-bohu* que le psychomotricien soutien l'identité.

Catherine POTEL [72] relève que « *les expériences fondamentales qui s'enracinent dans les expériences du corps en relation à l'autre et à son environnement vont constituer un socle identitaire primaire* ». Dans le cas de carences affectives, ce socle identitaire est impacté. Pour ce qui est de l'imaginaire, nous en avons peu parlé alors qu'il peut servir à l'enfant de défense, mettant en scène ses angoisses internes dans une confusion entre réel et imaginaire. Le jeu permet l'expression psychocorporelle de cet imaginaire, c'est une expression de soi et c'est grâce à l'écoute du thérapeute qu'il devient langage et moteur de la thérapie [71].

Nabil a 11 ans, il est au Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille (CDEF) et à l'ITEP. Ses parents ne peuvent récupérer sa garde et Nabil est dans une incertitude au niveau familial. Chaque fois qu'il vient en psychomotricité il souhaite qu'on « joue ». Pour lui jouer, c'est diriger un jeu dans lequel il nous dicte ce que l'on doit faire, où le danger permanent se superpose aux impasses. Dans son jeu imaginaire il y a de nombreuses armes mais également beaucoup de méchants zombies. Il se bat contre eux mais également contre nous. Jouant tour à tour méchant ou gentil, il se bat également contre lui-même. Il nous place dans une position d'observateur, puis de persécuteur et de cible à abattre. La confusion dans le jeu est motrice et psychique, processus de pensée et gestualité étant désordonnés.

Des balles colorées, symbolisant des bombes qui vont exploser, entourent la psychomotricienne. Nabil ne s'arrête pas, il joue l'explosion. Au dernier moment, comme surpris lui-même par sa propre violence, il s'arrête et dit « *c'est une bombe de confettis* ». Et le jeu continue dans toute sa violence symbolique. Chaque fois il s'arrêtera juste avant de nous « tuer symboliquement », la confrontation à sa propre agressivité étant insupportable. Son imaginaire au sein du jeu est envahissant au point qu'il domine le jeu (ou pourrait-on dire le « je » ?). Il bloque toute entrée en relation. L'expression de sa toute puissance, qu'il met en exergue dans le jeu, est la traduction de son insécurité interne.

3.2. Troubles du comportement et difficultés d'être

« Instabilité, schéma corporel troublé, difficulté de la coordination et de synthèse dans la représentation du temps et de l'espace, impulsivité » [83].

L'agir, élément clé des troubles du comportement, influence le rapport au temps et à l'espace. La dimension temporelle renvoie à la réflexion, à la projection dans un futur et à la stratégie. Or les actes impulsifs quant à eux ne s'inscrivent pas dans une temporalité, ils sont immédiats et peuvent être liés à une intolérance à la frustration.

Comme nous l'avons vu précédemment le temps et l'espace sont liés. L'enfant qui vit dans l'immédiateté ne peut acquérir le sentiment de la continuité d'existence qui lui assurent un espace et un temps pour vivre avec la certitude que « *la seconde suivante nous serons toujours là et toujours ''le même''* » [70]. Si l'enfant n'a pu introjecter des repères spatio-temporel de son propre corps, avec un axe de référence et une enveloppe qui contient, il pourra développer des troubles du schéma corporel, des coordinations et également de la structuration spatio-temporelle.

Ainsi la construction psychocorporelle est atteinte, de plus l'impulsivité et la difficulté de se projeter impactent les apprentissages et la capacité d'autonomisation.

La psychomotricienne invite Nabil à représenter le jeu avant de la mettre en scène. Quels sont nos rôles ? Qui sont les méchants ? Que va-t-il se passer ? Nabil s'y oppose, il refuse d'anticiper ce qu'il va se passer, il veut commencer immédiatement, il dit que l'on perd du temps. Se projeter dans le temps et inclure une temporalité semble difficile pour lui. Il veut « jouer » dans l'immédiateté, sans se projeter, à l'image de ses actes et de sa temporalité interne. Pourtant il a une bonne représentation spatio-temporelle, dessiner les différents espaces du jeu sur une feuille ou comprendre sur la pendule où sera l'aiguille dans une demi-heure ne lui pose pas de problème. Pourtant, dans le jeu, la pensée n'a pas sa place, seul les agirs comptent. En ce sens un cadre spatio-temporel ne peut être établi pour Nabil.

La conséquence de ce manque de cadre est que tout espace est insécure et, sans temporalité, il n'y a pas de finitude. Les méchants sont donc partout, tout le temps. Et nous, simples figurantes de son jeu, nous ne pouvons mourir, rejouant sans cesser et sans possibilité de sortie, sa propre insécurité et ses angoisses d'intrusion.

En psychomotricité, la structuration de l'espace et du temps est importante et sécurisante pour les enfants, mais également pour le professionnel. Elle permet de ne pas adhérer à la temporalité de l'enfant, faite d'immédiateté et d'agirs. La psychomotricienne met en place un temps de verbalisation en fin de séance, au cours duquel la pensée a sa place. Il permet de dissocier le jeu de la réalité mais aussi de faire un retour sur les émotions et les actions en retraçant la temporalité du jeu tout en permettant une mise en mots des actes.

3.3. Dysfonctionnement familial

« Séparation, abandon, violence, maltraitance, abus sexuel et différents traumatismes » [83].

Claude WACJMAN [83] explique que les coups marquent à la fois la peau et le psychisme. Les violences portées dans l'enfance s'ancrent dans le corps et dans l'esprit, laissant la marque du traumatisme. Le terme « traumatisme » correspond aux conséquences physiques, psychoaffectives,

émotionnelles ou à d'autres manifestations modifiant l'état d'un sujet dans son corps et/ou dans sa personnalité. Le « trauma » est le choc lésionnel, physique ou émotionnel, violent, à l'origine du traumatisme et provoqué par un agent extérieur. [37]

Un enfant victime de sévices (violences physiques intentionnelles ou abstention volontaire de soin par exemple) est presque toujours en grand danger [51]. Les violences restent inscrites chez l'enfant dans le double aspect, somatique et psychique.

Immédiatement après les sévices (lors de l'hospitalisation par exemple), les enfants présentent, dans 64% des cas, des anomalies du comportement. Léon KREISLER soulève la présence d'apathie, d'agitation pathologique, de pleurs de détresse, de retard psychomoteur, d'inhibition avec très souvent une absence de langage. Une fois confiés à l'Aide Sociale pour l'Enfance (ASE), les enfants révèlent « *une symptomatologie bruyante : colères, attitudes de provocation, méconnaissance du danger, refus alimentaires spécifiques, troubles du sommeil, énurésie* ». Certains enfants, par une prise en charge rapide et un rétablissement de la continuité des soins dans un cadre affectif pourront retrouver une certaine stabilité. D'autres présenteront une symptomatologie avec « *provocation, impulsivité, comportement prédélinquant* », ces difficultés peuvent également apparaître à l'adolescence, période compromettant l'apparente stabilité retrouvée suite aux sévices [51].

Boris CYRULNIK a travaillé sur la notion de traumatisme, ce qui l'a conduit à élaborer le concept de « résilience » qui est la capacité à résister au choc que peut engendrer le trauma. Par opposition à cette notion de résilience nous pouvons parler de « rémanence » qui décrit ce qu'il « *peut advenir lorsque le rebond, la résistance, la rétraction au choc n'ont pas atténué les effets traumatiques d'une brisure, d'une rupture, d'une faille dans l'être* » [37].

C'est notamment la répétition de traumas qui peut empêcher la fonction de résilience. Les éprouvés engendrés « *peuvent à la longue venir effracter, empêcher la construction d'une enveloppe solide et fiable et sa représentation ultérieure […], ils peuvent empêcher la structuration identitaire, ou s'ils ne l'empêchent pas, se répéter dans des vécus ultérieurs d'insécurité. Des traces mémorielles restent inscrites toutes au long de la vie*» [72].

Artémis avait 13 mois lorsqu'elle est retirée de la garde de ses parents. Elle a subit dans sa prime enfance des abus sexuels de sa mère et de son père. Sa symptomatologie porte les marques de ses traumatismes, colère, provocation, impulsivité. Elle est placée dans deux famille d'accueil mais ses troubles du comportement sont incompatibles avec ces dernières. Elle est finalement déclarée inadoptable et, abandonnée par ses parents, elle devient pupille de la Nation. Actuellement elle vit dans une Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) et est suivie en institution. Elle est arrivée à l'ITEP en quadrupédie, reniflant partout, son moyen de communication étant plus du registre du bruitage que du langage. Aujourd'hui elle a bientôt 13 ans, elle présente des retards des acquisitions et des troubles du comportement « bruyants ». Au cours d'une séance, la psychomotricienne évoquait la période de l'enfance et de l'insouciance. Artémis a répondu « *Moi j'ai jamais été insouciante* ». La souffrance des enfants maltraités ou abusés a un point commun : leurs besoins, leur dépendance, leur fragilité ont été niés par des adultes qui avaient le devoir de les protéger [74].

Le tonus d'Artémis n'est pas harmonieux et très lié aux émotions qu'elle ne contient pas dans une peau psychique. Des crispations et un fond tonique élevés viennent parasiter la réalisation du geste. L'organisation gestuelle est floue avec des coordinations désordonnées.

L'insécurité est présente corporellement et visible dans son comportement « en alerte ». N'ayant pu introjecter une sécurité dans l'enfance, elle se protège seule. Ses actes, sa psyché, son corps, tout son être étant engagé dans cette bataille que l'on pourrait, dans ce cas, là appeler « une lutte pour la vie » puisqu'un traumatisme peut engendrer de graves infirmités ou encore la mort [51].

En conclusion, le milieu relationnel précoce étant un élément clé du développement, les dysfonctionnements familiaux auront d'importants impacts sur l'enfant mais également la prise en charge faisant suite à un traumatisme. Les défauts d'étayages précoces impactent le narcissisme, les sentiments de cohérence, de sécurité de base et de continuité (temporelle, d'existence et dans les soins). Ces sentiments sont nécessaires à l'émergence de l'identité [63].

3.4. Trouble du caractère et difficultés relationnelles

« Troubles de l'humeur, difficultés d'instaurer des relations équilibrées, colère et agressivité, passage d'un attachement envahissant à un rejet excessif » [83].

Artémis arrive en séance. Elle souhaite faire des bisous à la psychomotricienne. Pour me dire bonjour, elle se blottit dans mes bras et niche sa tête contre ma poitrine. La psychomotricienne repose le cadre et la séance peut commencer.

Au cours de celle-ci, Artémis se précipite avec une gestualité maladroite, elle ne prend pas le temps de réfléchir et de contrôler ses gestes. Elle lance le ballon et rate le panier. Les conseils de la psychomotricienne l'agressent. Face à son propre échec, Artémis lance des injures et part se réfugier dans un coin de la salle. Elle se dévalorise, elle se dit nulle, comme toujours, elle est moins forte que nous. Elle aura besoin d'un temps créatif de restauration mais quittera cette séance avec agressivité, nous traitant de « méchantes » et claquant la porte de la salle. Nous percevons ici le fragile équilibre émotionnel et relationnel sur lequel s'est construit Artémis. Les ruptures présentent en séances sont à l'image des nombreuses ruptures dans son histoire de vie. La continuité, la permanence et la sécurité ayant fait défaut.

En psychomotricité la continuité et la contenance sont deux éléments clé qui peuvent permettre de rétablir un sentiment de sécurité de base. L'alliance thérapeutique doit être suffisamment solide afin de résister aux déséquilibres de l'enfant et assurer une permanence. Si la relation apporte une sécurité suffisante, elle pourra contenir la colère et l'agressivité. Le sujet peut alors exprimer autrement ses émotions en séance, par l'intermédiaire d'expériences sensori-motrices notamment, qui seront structurantes pour son identité psychocorporelle.

3.5. Troubles de la conduite sociale

« Difficultés d'intégration des règles et de la loi, tendance à la transgression et à la violence sur les objets et les personnes, carences éducatives » [83].

Claude WACJMAN [83] explique que *« défendre son intégrité se résume à défendre son corps en détruisant »* puisque l'enfant qui présente des troubles du comportement *« manque de possibilités d'enchaînement des idées pour construire ses stratégies défensives »*.

Raphaël a 15 ans, il est repéré très tôt dans le cadre scolaire pour des retards des acquisitions et une agitation. Je vous parlerais plus longuement de sa prise en charge dans la partie clinique de ce mémoire. Lors de son entrée en ITEP, il s'oppose aux règles. Il présente des moments d'excitation et d'agressivité qui s'incarnent dans une motricité inadaptée. En classe il est dans la provocation et l'opposition.

La transgression et l'agressivité lui permettent de lutter contre ses angoisses.

L'impact de l'intégration des règles est notamment visible dans les apprentissages. Les émotions et comportements qui submergent le sujet, n'ont pas d'espace psychique où exister et sont effacés par des actes. Le psychomotricien met en place un cadre physique et psychique dans lequel la violence est proscrite mais qui permet au sujet d'exprimer ses angoisses sans être dans la transgression. L'objectif est que le sujet accède à la représentation par des expériences concrètes et puisse prendre conscience du geste, l'inscrivant dans une temporalité dans lequel il existe des conséquences. En effet, l'impossibilité de se représenter l'action altère la possibilité de s'adapter au monde environnant et s'incarne dans une activité motrice inadaptée voire transgressive.

3.6. Troubles cognitifs

« Processus de pensée discordant et disharmonieux, impossibilité d'attention et de centration, fixation, enregistrement et mémorisation discontinus » [83].

L'ouverture aux apprentissages se fait au moment où l'enfant se libère des pulsions gouvernées par l'attachement à son *caregiver*, il se tourne vers l'extérieur et notamment peut s'ouvrir aux apprentissages (*cf. paragraphe sur la différenciation dans le développement psychoaffectif de l'enfant p.13*). L'enfant peut penser, se remémorer et lier les éléments les uns aux autres grâce aux expériences réalisées dans l'enfance et avec un appui sur l'environnement affectif et social. L'enfant arrive à trouver un juste milieu entre sa réalité psychique et la réalité extérieure. Cependant chez certains adolescents d'ITEP cet équilibre n'est pas établi, leurs vécus internes empêchent l'ouverture sur l'extérieur. [83]

Comme l'exprime Michel DEFRANCE « *Ces enfants ont construit un équilibre psychique précaire en évitant l'exercice de la pensée. Ainsi, toute situation d'apprentissage les met en danger. Elle prend un sens persécutoire et déclenche des sentiments parasites qui pervertissent autant l'objet du savoir que la relation pédagogique* ».

Penser permet de ranger les contenants de pensées. Mentaliser et se souvenir peut, chez les enfants présentant des troubles du comportement, éveiller les failles ou traumatismes qui se sont présentées dans la construction de leur personnalité. Ainsi ils s'interdisent de penser afin de garder un équilibre. Claude WACJMAN, parle de l'implication dans les processus de pensée, des secrets de famille (notamment sur l'origine de l'enfant ou des parents) et de la déculturation (qui entraine des carences culturelles) [83].

Ces troubles cognitifs provoquent un comportement basé essentiellement sur l'agir qui serait un mécanisme de défense contre l'angoisse. Ils peuvent entrainer des difficultés d'apprentissages, un échec scolaire voire un impact dans la socialisation. Ainsi selon l'AIRe « *L'école agit comme un révélateur des difficultés psychologiques de l'enfant* » [22] .

A la maternelle, Raphaël faisait l'objet de moqueries de la part de ses camarades, sa scolarité s'est donc arrêtée en CE1. Afin de remettre en place les apprentissages scolaires il entre dans un premier ITEP. Il présente des difficultés au niveau praxique, son geste est disharmonieux et désorganisé. Pour lutter contre ses difficultés et son angoisse il met en place un comportement d'opposition qui fait obstacle aux apprentissages. Raphaël porte en lui une blessure scolaire également présente chez sa mère qui verbalise qu'à l'école « *on l'a enterré* ».

Récemment il a pu réinvestir les apprentissages tout en restant sur des acquis renarcissisants. Ses réactions de prestance face à la nouveauté, sa lenteur dans la réalisation, son manque de persévération dans une tâche et son trait graphique hésitant et en surimpression sont quelques éléments qui démontrent que la blessure narcissique est encore présente dans le cadre scolaire. De plus, l'équilibre est précaire, ses gestes de peu d'ampleur, l'engagement moteur est faible et dans ses déplacements il marche essentiellement sur l'avant du pied avec peu d'ancrage au sol. Il évite les activités qui peuvent le mettre en échec et notamment les jeux d'équilibre. Ainsi ses angoisses s'étendent à sa motricité globale montrant un fond insécure.

Par opposition, sa posture est rigide, en extension et dénote du geste qui traduit un manque d'assurance. Cette cuirasse tonique a une valeur de protection et lui permet de retrouver de la sécurité comme nous le détaillerons plus longuement dans la partie clinique.

La souffrance en milieu scolaire, liée au comportement de l'enfant, va généralement être portée comme une souffrance par les parents qui n'avaient pas mesuré l'importance des difficultés de socialisation de leur enfant [22]. Catherine POTEL met des mots sur cette blessure narcissique en expliquant que « *les enfants sont très tôt envahis par l'inquiétude d'un possible échec, véritable menace d'effondrement pour eux* » [72]. La psychomotricité par des activités renarcissisantes mais également en passant par des expériences concrètes favorise les processus de pensée et peut contribuer indirectement à relancer les apprentissages.

4. Le lien à l'identité

Si nous reprenons les propos d'A.MUCCHIELLI sur « le sentiment d'identité », qui donne sens et cohérence à l'individu, nous pouvons comprendre que l'acquisition d'une identité stable pour ces enfants peut être difficile. Le sentiment d'identité se construit au cours du développement psychomoteur et il est composé « *des sentiments de son être matériel, d'appartenance, de cohérence, de continuité temporelle, de différence, de valeur, d'autonomie, de confiance et d'existence* ». Précédemment, à travers diverses vignettes cliniques, nous avons pu constater que ces différents éléments peuvent être entravés.

Selon A.MUCCHIELLI l'atteinte d'un de ces sentiments peut provoquer une crise d'identité et au contraire, leur développement permet d'acquérir « *le sens du réel et du présent, l'utilisation de l'expérience, le contrôle de soi, la souplesse de l'accommodation, la tolérance à la frustration, l'initiative, le sens de la responsabilité, le sens de la solidarité, la capacité de donner et de recevoir, la capacité de décentration et d'empathie, la capacité de changer* » [63].

Ce sont des composantes qui ne sont pas toujours acquises chez les enfants présentant des troubles du comportement, comme nous avons pu le relever précédemment. De plus, l'arrivée de la puberté vient raviver des menaces de ruptures de lien, des sentiments douloureux de l'enfance ou encore des pulsions agressives selon R.MISES et ainsi, les pathologies limites décrites dans la CFTMEA, « *vont subir d'importants remaniements au cours de l'adolescence* » [83].

II. Adolescence : une métamorphose

1. Généralités sur l'adolescence :

Le Larousse définit l'adolescence comme la « *période de la vie, entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite* » [52]. Sur le CNRTL nous pouvons nous rendre compte que ce mot est associé à l'ardeur, la vigueur, la vivacité, la puberté, la jeunesse, le début, le commencement,… [18]. Cependant, comme le soulève C.POTEL, si cette période porte en elle « *les germes de la passion et de la création »,* elle porte également ceux de la « *destruction et de la violence* » [71].

Selon l'OMS, l'enfant devient un adolescent à partir de 10 ans et le reste jusqu'à ses 19 ans. O.SACKS explique que cette période commence avec la puberté et se finit lorsque l'identité et le comportement adulte sont acceptés [76].

C'est une période particulière du développement psychomoteur puisqu'elle induit de nombreux changements. « *C'est le corps du sujet qui est au cœur de l'adolescence, un corps en transformation, un corps en identification, un corps en cours de sexualisation »* [45]. Par ces paroles Philippe JEAMMET parle d'une période très propice au changement, ce qui rejoint le propos de Valérie DISCOUR lorsqu'elle utilise le terme de « *métamorphose* » qui « *bouleverse les repères constitués durant l'enfance et qui met à jour une nouvelle identité que l'adolescent va devoir s'approprier* » [31].

En conclusion, l'adolescence est une métamorphose qui associe des transformations physiques, un processus psychologique et un changement de statut psychosocial. Ce n'est pas donc pas uniquement la puberté mais également une période de transition où les équilibres émotionnels et affectifs sont bouleversés.

Dans la partie suivante nous détaillerons les changements psychocorporels rencontrés par l'adolescent. Nous commencerons par aborder la question de la puberté qui est centrale à cette période puis dans un second temps nous étudierons les modifications physiques et psychiques.

2. Des modifications psychocorporelles

2.1. De la sexualité infantile à la puberté

Le début de l'adolescence est marqué par la puberté, « *processus physiologique posant d'emblée un ancrage corporel qui va imposer à l'adolescent un travail psychique d'appropriation d'un nouveau corps puis d'un nouveau statut social* » [31].

Avant de parler de la puberté, il semble important de se pencher sur le développement de la sexualité. Tout d'abord notons que « *le sexuel n'apparaît pas à l'occasion de la puberté mais existe dès l'enfance sous des formes différentes* » [31].

2.1.1. Un début dans l'enfance

Sigmund FREUD définit l'investissement de l'énergie pulsionnelle comme se situant sur une zone donnée. Dans les premiers temps de la vie, l'approche du plaisir passe par la satisfaction

d'un besoin et ainsi, les zones vont successivement faire l'objet d'un investissement particulier (oral, anal, urétral/phallique), qu'on appelle auto-érotisme. Le développement affectif et sexuel va alors s'organiser autour de ces différents « stades ». L'enfant peut ensuite réactualiser l'expérience du plaisir en dehors du besoin (par exemple, en suçant son pouce, l'enfant réactualise le plaisir lié à la satisfaction alimentaire).

Valérie DISCOUR fait un résumé concis et clair de cette période. Selon elle, le stade oral permet un investissement de la cavité buccale. Le stade anal, correspond à l'investissement du contrôle et de la maîtrise. Quant au stade phallique œdipien, c'est l'élaboration des théories sexuelles infantiles. V.DISCOUR explique que « *l'enfant élabore des ''théories'' qui l'aident dans sa compréhension de la sexualité adulte et de sa place dans la famille ; ces théories concernent la différence des sexes, la sexualité génitale, la naissance* » [31].

2.1.2. La phase de latence

La phase de latence (6-12 ans) est marquée par une mise en veille des pulsions sexuelles et une stabilisation des modifications corporelles. Elle permet à l'enfant d'acquérir un contrôle sur son corps, sur son environnement, elle ouvre à l'intégration parmi les pairs, à un désir d'apprendre et à une curiosité intellectuelle [45,46]. L'arrivée de la puberté interrompt cette période.

Rémy PUYUELO dit au sujet des enfants accueillis en institution, qu'ils sont « *empêchés de latence* ». Selon lui, les carences et blessures narcissiques ont empiété le devenir de leur psychisme et leur cohésion identitaire [73]. Ce qui ne pourrait pas se réaliser chez les enfants d'ITEP, serait le désinvestissement de la sensori-motricité, et donc de l'agir, au profit d'une activité psychique interne de représentation [19]. Cette théorie pourrait expliquer les retards présents dans les apprentissages, le recours par l'acte et l'existence de comportements sexualisés chez certains enfants entre 6 et 12 ans. Cependant, d'autres auteurs replacent la phase de latence dans une société en changement se demandant si elle existe encore aujourd'hui [6,72,19].

2.1.3. L'arrivée de la puberté

Le Larousse [52] définit la puberté comme « *l'ensemble des transformations à l'adolescence, aboutissant à l'acquisition des caractères sexuels et de la fonction de reproduction* ». Sur le plan biologique, l'hypothalamus va sécréter une hormone spécifique (LH-RH) qui va entrainer la production de deux autres hormones par l'hypophyse (FSH et LH). Elles iront cibler les glandes sexuelles (ovaires et testicules) qui vont induire la sécrétion des hormones sexuelles : de la testostérone pour les hommes et des œstrogènes pour les femmes [45]. Surviennent alors des transformations corporelles mais aussi psychologiques et comportementales qui permettent, en quelques années, l'accès à la sexualité.

2.2. Des modifications physiques

L'adolescence « c'*est une métamorphose physique : l'image de soi et les contours du corps changent* » [31]. Du point de vue psychomoteur cette période est à la fois la poursuite d'un processus développemental débuté avant la naissance et à la fois une période de profonde réorganisation [76].

De la naissance à 3 ans il existe des modifications de taille et de poids importantes. Pendant la phase de latence (6-7 ans) les changements morphologiques sont réguliers et lents, c'est une période charnière du développement psychomoteur. A ce moment, la croissance est régulière, le corps change peu et l'enfant est disponible aux apprentissages.

A l'adolescence des changements brusques surviennent et posent des questions profondes sur la transformation du schéma corporel mais aussi de l'image du corps. Ces changements induisent notamment un accroissement de la taille, des membres, puis du tronc, ainsi que l'augmentation de la force musculaire. Les performances et les capacités augmentent également avec des variations selon le sexe, la culture, les expériences,… [76].

Justin est un enfant de 9 ans, il a une toute petite voix, sa taille et son poids sont inférieurs à la moyenne de son âge. Il est couramment décrit comme « chétif ». Selon la psychiatre, son traitement médicamenteux (ritaline) influence la croissance. Ainsi, les facteurs pharmacologiques pourront avoir une incidence sur les transformations de l'adolescence.

Ainsi, nous pouvons parler d' « *adolescences* » puisque, même si l'adolescent est soumis à des processus physiques et psychiques communs, il possède un parcours singulier [46].

Une différenciation des sexes s'opère à la puberté. Le corps de la femme se dessine de part l'élargissement des hanches et le développement de la masse graisseuse. Chez l'homme, l'augmentation de la largeur des épaules, la mue de la voix, la pilosité et la masse musculaire lui confèrent une nouvelle morphologie. [45]

L'adolescent doit également intégrer de nouveaux repères spatiaux pour composer avec ce corps qui grandit. Il peut y avoir une perturbation transitoire des coordinations psychomotrices, en lien avec une croissance irrégulière, ce qui peut aussi entraîner un sentiment de perte de contrôle du corps. Kostas NASSIKAS décrit le corps adolescent comme un cheval en mouvement, lancé au triple galop, plein d'énergie et de puissance. Une monture qui peut échapper au cavalier inexpérimenté, plein de doutes et d'angoisses [65].

2.3. Des modifications psychiques

Durant cette période des modifications se présentent au niveau des fonctions intellectuelles. Jusqu'à présent, « *l'enfant possédait un raisonnement concret ou opératoire –à partir de sa propre expérience-, entre 11 et 15 ans, l'adolescent commence à prendre davantage en considération la pensée de l'autre et acquiert la capacité à raisonner en hypothèse* » [46] .

Cette période correspond également à une « *période sensible* » pour les apprentissages, la neuro-plasticité importante permet le développement de la pensée abstraite, de la représentation, de l'inhibition, de l'ouverture sur le monde et la curiosité [24]. « *Les modalités de raisonnement se modifient et se complexifient. L'adolescent accède à une manière de penser moins concrète, avec la possibilité de réfléchir et raisonner autour de sa manière de penser, de se représenter lui-même et le monde qui l'entoure* » [31]. Réciproquement, le sujet développe des capacités de communication et d'affirmation de ses points de vue, en lien avec un enrichissement du langage.

Ses compétences psychiques lui permettent alors d'accueillir la pensée de l'autre mais également son regard, et aussi d'avoir un retour personnel sur ses propres pensées. Ce double miroir permet d'étayer la représentation qu'il a de lui même.

3. Le renoncement à l'enfance, un lien d'attachement revisité

Les fonctions cognitives de l'adolescent lui permettent de se questionner, réactivant le passé, s'ancrant dans le présent et se projetant dans l'avenir. « *Le temps de l'adolescence n'est pas linéaire* » [45]. L'adolescent cherche un espace où exister, alternant entre l'ancrage stable du passé et l'exploration d'un futur indéfini.

Relevons la double influence qui existe entre l'adolescence et l'attachement. Tout d'abord la qualité de l'attachement présent durant la petite enfance influence le passage à l'adolescence. Réciproquement, l'adolescence vient modifier le lien d'attachement par l'arrivée de la puberté et le désir d'individuation [3].

3.1. L'impact de l'attachement dans l'enfance

« *Dans l'enfance c'est au travers de la relation d'attachement que l'enfant apprend à exprimer et réguler ses émotions. […] Les premiers modèles relationnels vont rester inscrits plus ou moins consciemment* » [3].

3.1.1. Attachement sécure et attachement insécure

Valérie DISCOUR et Nicole GUEDENEY [43] relèvent l'importance du style d'attachement mis en place durant l'enfance, « *le style d'attachement représentera une manière de percevoir les évènements de la vie et les relations aux autres de l'enfant, tout comme ses propres émotions, à travers le filtre de ce qu'il a déjà connu* » [3]. Ce filtre peut être appelé modèle interne opérant, il se construit à partir du souvenir des expériences d'attachement. Les modèles internes opérants de soi et de l'autre vont être à l'origine de différentes stratégies adaptatives. Par exemple, si l'environnement ne répond pas de manière adéquate, l'enfant mettra en place des stratégies protectrices qui pourront perdurer à l'adolescence.

Nous avons abordé à plusieurs reprises l'importance d'un milieu affectif et relationnel. Dans l'enfance, si les sensations précoces de morcellement, de démantèlement ou de liquéfaction se répètent, sans être contenues, elles se transforment en angoisses. De plus, elles peuvent empêcher l'édification d'une enveloppe qui contient, limite et sécurise impactant ensuite la construction identitaire [72]. Nous pouvons retrouver ces angoisses chez les enfants ayant subit des carences affectives ou des sévices durant l'enfance.

Si l'attachement mis en place est sécure, l'adolescent développe une image de l'autre sur lequel il peut compter. Il a également une image de lui-même, ayant de la valeur, digne d'intérêt et d'amour ce qui est fondateur de l'estime de soi.

L'attachement influence les relations que l'adolescent a avec ses pairs et il constitue une base nécessaire pour voir les autres comme dignes de confiance. « *Ainsi l'enfant élabore la représentation interne d'un modèle de soi et d'un modèle des autres, de ce qu'est un lien affectif particulier, mais également d'une relation sociale en général. Les modèles internes opérants construits initialement peuvent être revisités sous forme de nouvelles constructions mais ils ne sont pas effacés. Ils peuvent être réactivés dès que le niveau de stress auquel est exposé le sujet devient trop intense* » [3].

3.1.2. L'influence actuelle

P.JEAMMET insiste sur le fait que ces filtres restent malléables en relevant que l'adolescent fait de nouvelles expériences et que « *ce qu'il a pu vivre jusqu'à présent ne fige pas son destin, que tout n'est pas joué et qu'il garde une partie de son avenir en mains* » [45]. Par exemple, la régulation émotionnelle, à l'adolescence, s'enracine dans les expériences précoces et va aussi être affecté par les expériences vécues [3].

L'adolescence va ainsi pouvoir être un levier thérapeutique comme le décrit C.POTEL puisqu'elle permet de développer d'autres systèmes de motivations et ainsi d'ouvrir à une quête de soi et au monde extérieur [71].

3.2. Un lien revisité

Le processus de l'adolescence impose une rupture avec l'enfance. L'adolescent doit faire le deuil de son statut, de ses privilèges et d'une certaine forme de toute-puissance [45]. Il se familiarise avec ce nouveau corps en essayant de donner un sens à ce qui le traverse.

Valérie DISCOUR explique que les assises affectives et relationnelles sont modifiées à l'adolescence [31]. Le besoin de protection et de réconfort existe encore mais de manière différente par rapport à l'enfance. Cette métamorphose engage notamment moins de proximité physique et corporelle avec les parents.

Ainsi, l'adolescent a besoin de confiance et de limites. Simultanément, il se détache de ses premiers objets d'amour (ses parents), prend des initiatives et assume ses décisions. Ce processus n'est pas *linéaire*, l'adolescent effectue des allers-retours entre l'autonomisation, l'opposition, la régression et la recherche de soutien [46]. C'est cet alliage qui lui permet de grandir et d'éprouver une sécurité.

Kylian est un adolescent qui présente des difficultés à entrer dans la l'adolescence avec des retards dans les acquisitions scolaires. Sa mère veut qu'il reprenne l'entreprise familiale qui consiste en la gestion de maisons. Cela lui permettra d'être riche. Elle est dans la négation des difficultés de son enfant. Elle fait en sorte que l'environnement soit « parfaitement bon » et qu'il y ait tout à l'intérieur du milieu familial. Kylian a pleins de cadeaux, des jeux vidéos, de la nourriture et elle fait venir un copain une fois par mois. Ainsi le milieu familial suffit à tous ses besoins et la volonté que Kylian pourrait avoir de se tourner vers l'extérieur, ne peut émerger. En conclusion « *une surprotection parentale est un handicap pour l'enfant qui ne peut pas construire ses capacités d'autofreinage ou d'autoprotection* » [72]

P.JEAMMET parle d'une nécessité de quitter les parents. Selon lui « *l'adolescent a besoin de ses parents, et il doit s'en éloigner. D'une part, il est encore dépendant d'eux matériellement et affectivement, et, d'autre part, il ressent, du fait même des transformations de la puberté, la nécessité de les quitter pour pouvoir devenir adulte et s'accomplir* ». [45]

La distanciation avec les figures d'attachement primaires est liée à la sexualisation des corps, de la pensée et des comportements. C'est ce qui permet également de développer une motivation pour rentrer en relation avec les pairs. Ce processus est lié au désir d'autonomie mais il est également lié à des facteurs sociobiologiques tels que la lutte contre l'inceste et le métissage génétique, permettant de préserver l'espèce.

Kylian est dans une ambivalence. Un soir, il veut aller voir le hockey avec ses camarades de l'ITEP mais cela engagerait une nuit supplémentaire au sein de l'institution et donc, une nuit de moins au domicile. Un autre jour, il veut aller faire du vélo avec un de ses amis mais sa mère s'y oppose. Le jour des classes de neige, elle annule le taxi qui devait venir chercher son fils. De plus, selon elle, Kylian n'a pas besoin de faire de stage préprofessionnel puisqu'il gèrera les maisons familiales. La prise en soin de Kylian est aussi empêchée que l'est son émancipation. Ceci explique les difficultés qu'il rencontre à entrer dans le processus d'adolescence et à se différencier afin de se construire son identité.

« *La recherche d'identité de l'adolescent est un phénomène complexe qui ne peut être séparé ni du passé du jeune, ni de celui de ses parents* ». Des mécanismes projectifs de la part des parents, déjà présents au début de la vie, se rejouent à l'adolescence. Mais l'adolescent pourra se positionner créant un décalage entre l'identité imaginée et l'identité en devenir. Ce phénomène demandera aux parents des réajustements entre l'imaginaire et le réel [45]. A.MUCCHIELLI affirme que « *dans la crise d'identité bien connue de l'adolescence, les adolescents essaient de rejeter leurs modèles habituels (phase d'opposition) et de chercher de nouvelles identifications (phase de trouble et d'essais).* » [63]

En conclusion, la puberté est un phénomène qui libère brusquement de l'énergie sexuelle. Le corps est vécu comme étranger et le lien d'attachement est revisité. Les assises narcissiques et les identifications se détachent des parents pour aller trouver refuge également sur l'Autre, ce qui permet de revisiter le sentiment d'identité [7]. En se tournant vers l'extérieur l'adolescent peut également faire de nouvelles expériences.

4. Des expériences nouvelles

Nous avons analysé précédemment l'importance pour l'enfant de faire des expériences afin de développer ses compétences psychomotrices. De même, pour intégrer les modifications psychocorporelles, l'adolescent sera en recherche de nouvelles sensations.

Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), rédigée en juin 2004, les conduites à risque sont très présentent chez les adolescents, avec des disparités entre filles et garçons [64]. Nous donnerons quelques ordres de grandeur pour différents domaines afin d'avoir une vision globale de ces conduites.

Les conduites à risque sont à entendre au terme de conduites « *comportant des risques objectifs pour le bien-être physique ou mental de l'individu* ». Environ un adolescent sur cinq fume du tabac de manière quotidienne et plus d'un quart des adolescents ont déjà consommé du cannabis. Pour ce qui est de la violence, chez les adolescents de 12 à 17 ans, 9,6% ont porté des coups dans l'année précédent l'étude et 8,5% on en reçu.

« *Les morts violentes sont les causes de décès les plus fréquentes à l'adolescence* » (64% des décès). Pour les 10-19 ans, les premières causes de décès sont les accidents de la route, viennent ensuite les tumeurs et en troisième position les suicides.

Ainsi comme le souligne Claude WACJMAN la période de l'adolescence est réellement une période à risque puisque les accidents, les états dépressifs, les idées suicidaires et les tentatives

de suicide sont plus fréquents dans cette tranche d'âge là. Aussi les conduites addictives (tabac, alcool, drogue) ou violentes, se renforcent à l'adolescence [83].

En conclusion, notons que la curiosité et la soif d'expériences nouvelles sont les représentants de l'adolescence. L'adolescent a également besoin de se prouver à lui-même qu'il est autonome. Pour cela, il pourra être « *dans une démarche que l'on qualifie d'ordalique* [*se dit d'une conduite comportant une prise de risque mortel, par laquelle le sujet, généralement adolescent, tente de se poser maître de son destin*] » [46]. Pour l'adolescent présentant des troubles du comportement, « *les agirs qui manifestent la symptomatologie sont parfois importants, spectaculaires et bruyants* » [83] et ils peuvent s'exprimer à travers des conduites à risque.

III. La quête identitaire de « l'adolescent dans l'agir »

1. Introduction

Rappelons que l'identité psychocorporelle n'est pas figée, elle évolue selon les processus d'identification et se réorganise constamment. « *Tout adolescent passe plus ou moins par une mise en doute du sentiment même de son existence et de son identité* ». Ainsi, l'adolescent doit intégrer tous les changements de la puberté. Pour cela, il doit faire face à un paradoxe : changer en demeurant le même. « *Il doit pouvoir maintenir une certaine continuité d'existence malgré la discontinuité introduite par les changements pubertaires* » [83].

L'adolescence a des effets sur tous, quelle que soit la pathologie et elle va impliquer des changements corporels et psychiques afin de redéfinir une nouvelle identité. Pour illustrer cela, C.POTEL, explique que « *le ''quand je serai grand'' de l'enfant devient : ''Qui je suis, qui vais-je devenir ?''* » dévoilant tous les questionnements identitaires et introspectifs de cette période [71].

Ainsi, l'adolescence est « *une crise organisatrice, une crise féconde pour la maturation et la construction identitaire* » [71]. Au cours du phénomène naturel qu'est la puberté, les évènements qui s'y déroulent suivent globalement la même trajectoire mais le début, la durée et surtout le vécu propre à cette période varient selon les individus. Ainsi, les transformations sont source d'élan, de découvertes et de potentialités [45], mais parallèlement elles peuvent entrainer une angoisse de perte de contrôle du corps. Les modifications sont alors perçues comme traumatiques ou menaçantes pour l'intégrité psychocorporelle. L'adolescent peut alors présenter un état d'anxiété et un vécu d'étrangeté à soi-même [71,46] qui est en lien avec le décalage entre l'image de soi (enfant) et l'image réelle, objective (de futur adulte) [45].

L'important est donc de repérer ce qui va être structurant pour l'adolescent ou au contraire ce qui va impacter son bien-être et son individuation. C'est parfois dans des positions régressives ou des manifestations symptomatiques que le sujet va retrouver un équilibre [71].

Les adolescents pourront présenter des comportements tels que décrits par C.POTEL dans les propos suivants : « *Excitation, violence, passage à l'acte, empêchement d'un fonctionnement groupal, manipulation de l'autre, etc. Toutes ces manifestations de débordement sont autant de manifestations symptomatiques qui parlent de la difficulté à se défaire des imagos parentaux, et à se retrouver soi en relation à l'autre d'une toute autre façon que dans l'enfance* » [71].

« *La mise en actes, de ''l'agir'', relève dans certains cas de processus défensifs […]. L'acte court-circuite l'affect. On passe à l'attaque, y compris contre son corps* », selon P.JEAMMET [45]. Pour l'adolescent présentant des troubles du comportement, de nombreuses manifestations peuvent être le symbole de failles identitaires. Des difficultés d'inscription dans son histoire, des embarras dans la construction d'une identité personnelle, la complexité d'être dans un groupe,… C'est dans l'articulation entre les difficultés liées aux troubles du comportement et celles liées au processus de l'adolescence que pourront se dessiner ces failles identitaires. En effet selon Catherine POTEL, « *les adolescents vivent un moment très particulier de leur vie, ou transformation, bouleversement, tumulte ont pour corollaire rupture et désorganisation. Leur corps est tout à la fois, un persécuteur, un bouclier, un drapeau, un flambeau* » [71]. Dans la partie suivante nous aborderons de manière détaillée la construction identitaire des adolescents présentant des troubles du comportement.

2. La construction de l'identité dans la double influence de l'adolescence et des troubles du comportement

Tout d'abord, il semble nécessaire de rappeler les fondamentaux de la construction identitaire, définis par A.MUCCHIELLI. Selon lui, la présence « *des sentiments de son être matériel, d'appartenance, de cohérence, de continuité temporelle, de différence, de valeur, d'autonomie, de confiance et d'existence* » sont les précurseurs du sentiment d'identité [63].

Ainsi, nous analyserons les modifications de ces différents sentiments à travers la triple articulation dont parle P.JEAMMET [45] : statique, dynamique et interactive. Ce triptyque correspond aux 3 grands types de transformations induites durant l'adolescence.

A travers ces éléments et en s'appuyant sur des vignettes cliniques issues de mes stages, nous étudierons quelques impactent de la construction identitaire psychocorporelle des adolescents présentant des troubles du comportement. Notons qu'au vue de la variabilité de ces troubles, il est nécessaire de comprendre que tous les adolescents rencontrés ne présentent pas les mêmes difficultés et qu'ils ne manifestent pas tous, l'ensemble des difficultés que nous allons relever au cours de notre analyse.

2.1. Des modifications statiques

> « *D'un point de vue statique, les modifications morphologiques provoquées par la puberté impliquent la confrontation de l'adolescent à de nouvelles réalités anatomiques* » [45].

Il y a un changement dans l'apparence, dans ce qui est visible et le corps va sembler échapper à l'adolescent. De ce changement, « *il n'en choisit ni le lieu, ni le temps, ni les composantes* ». L'adolescent s'interroge alors sur l'aspect visuel, sur ses éprouvés cognitifs, affectifs et émotionnels et pourra se comparer aux autres [45].

En plus des failles narcissiques dues aux troubles du comportement, l'adolescence peut également impacter l'estime de soi. Or, nous avons vu précédemment que le narcissisme permet de renforcer l'identité ce qui est en lien le « sentiment de valeur » décrit par A.MUCCHIELLI [63].

Le schéma corporel et l'image du corps sont alors modifiés. Le « sentiment de cohérence » va également être impacté. Cette période de métamorphose vient raviver les vécus internes et l'adolescent, en lutte contre sa propre intériorité, a besoin de protéger à la fois son entourage et lui-même de ses pulsions.

2.1.1. Une lutte contre le changement

Dans certaines situations, les troubles des conduites alimentaires par exemple, l'adolescent essaye de reprendre la maîtrise de son corps et de ses changements. L'alimentation permet de contrôler le corps quand le changement est vécu comme impossible.

Jean-Baptiste a 14 ans, il possède une posture rigide, sa colonne vertébrale est en extension et sa motricité contrôlée. Lors d'expériences sensorielles il a peu accès aux ressentis, car il est dans des processus de pensées objectivants. Lorsqu'on lui propose de fermer les yeux et que l'on crée une induction avec médiateur, Jean-Baptiste ne peut décrire la sensation mais cherche quel est l'objet qui l'induit. Un jour, en séance, il choisit une carte et dit « *J'ai choisi le roi parce que j'aime garder le contrôle à la maison* ».

Jean-Baptiste a un grand besoin de maîtrise et de contrôle, il ne supporte pas les changements de l'adolescence. Lorsque son corps s'est modifié sous l'effet de la puberté, il a mis en place un régime strict afin d'éviter toute modification. Son poids a chuté de façon drastique alors que la taille quant à elle, continuait de croître. Les modifications morphologiques sont donc vécues comme insupportable puisqu'il n'en a pas la maîtrise. Il veut dessiner lui même son corps refusant, d'accepter les nouvelles réalités anatomiques.

Dans d'autres cas, les adolescents peuvent présenter une *dysmorphophobie*, c'est à dire qu'ils ont une préoccupation excessive pour une partie de leur corps, qu'ils rejettent davantage [46].

Artémis va bientôt avoir 13 ans, son corps de femme se dessine mais elle n'investit pas ces changements essayant plutôt de les annihiler. Sa poitrine se dessinant, elle a pris du temps avant de pouvoir porter des brassières. Sa posture de repli en fermeture avec une légère cyphose thoracique suffit à cacher les signes de sa féminité qu'elle semble rejeter.

2.1.2. Une peau de protection face aux changements

« *A l'adolescence, période où le moi subit une nouvelle fragilisation, le processus dynamique de formation du Moi-Peau et de ses fonctions se rejoue, cette fois en raison de l'émergence des pulsions sexuelles. L'adolescent doit en quelque sorte se constituer une nouvelle '' enveloppe psychique '' »* [7]. Cette nouvelle peau prend racine dans le corps.

Chez certains adolescents, l'enveloppe est trop mince. Elle ne permet pas de lutter contre les changements et les adolescents compensent par le mouvement, tel que nous l'avons décrit précédemment. L'agir, souvent désorganisé et imprécis, évite la centration sur le corps.

L'agressivité, la contestation et la provocation sont des comportements importants à l'adolescence. Ils permettent de se positionner comme individu autonome. Les adolescents présentant des troubles du comportement peuvent cependant avoir des difficultés dans le contrôle de cette violence. Les protestations symbolisent le besoin de décharge pulsionnelle mais également le besoin de retrouver un cadre, une limite, une enveloppe [71].

Le vêtement permet de s'approprier son corps [46], pour les adolescents ce « *ne sont pas de simple mode à suivre. Ils sont des attributs essentiels pour exister et proclamer leur singularité et leur différence. Les vêtements sont vécus comme une enveloppe qui sécurise, qui protège, distingue. Ils clament l'identité adolescente* » [71]. Les vêtements peuvent représenter une émotion ou un état transitoire mais il permettent également de percevoir l'investissement du corps et l'identité (sociale, groupale et individuelle) [72].

Lors du jeu de fléchettes, Simon éprouve des difficultés à contrôler son geste moteur tirant avec puissance dans la cible. Il peut présenter une agitation importante en séance. Dans ces moments, la psychomotricienne se place près de lui et pose ses mains sur ses épaules. Ce toucher contenant peut le rassembler et il peut se reconcentrer sur la tâche. En fin de séance nous faisons une course avec Simon jusqu'à la sortie. Il ne s'arrête que lorsqu'il rencontre la porte. Malgré la consigne, il ne peut inhiber son action motrice avant de rencontrer cette barrière physique. Simon a besoin de cadre et de se sentir contenu. L'extérieur lui semble menaçant, quand il quitte la salle de psychomotricité il demande à ce qu'on le regarde par la fenêtre. Le besoin de contenance est aussi perceptible à travers son vêtement. Il vient en séance avec un gros manteau, un bonnet enfoncé jusqu'aux sourcils et une écharpe, quelque soit la température. Selon C.POTEL, le besoin de se « sur-habiller » permet de « *se protéger et surtout de ne pas montrer* [sa] *fragilité* » [71]. Ainsi nous pouvons supposer que par le vêtement, faisant une seconde peau, Simon peut éprouver une sécurité.

Certains adolescents utilisent le vêtement pour se construire une nouvelle peau [72]. D'autres constitueront leur barrière de protection par une cuirasse tonique comme l'a soulevé William REICH. Cette cuirasse sera composée de réactions musculaires ou d'une hypertonie dont l'objectif est de bloquer la pensée ou l'émotion (notamment l'angoisse, la colère ou l'excitation) [82]. Cela rejoint les propos de Daniel MARCELLI qui parle d'« *une tentative de maîtrise de la bête, tuant ou emprisonnant ce corps dans un carcan sécuritaire* » [71]. Cette carapace permet de protéger à la fois le milieu des débordements de l'adolescent, et réciproquement, l'adolescent des impacts du milieu.

Jacques LACAN utilise le terme « d'armoirie » pour décrire l'histoire familiale et, selon lui, la cuirasse est le mécanisme défensif qui protège le sujet et son intégrité. L'histoire s'ancre dans le tonus et donc dans l'identité psychocorporelle du sujet. Si elle est traumatique, elle altère l'enveloppe psychique et physique de l'adolescent qui se réfugie dans l'action ou se créé une nouvelle peau de défense perméable.

Raphaël a 15 ans et il ne présente pas l'envie d'aller vers l'extérieur. Dans le groupe il est passif et s'investit peu dans les relations aux autres. Il est grand, se tient toujours très droit, résente un défaut de régulation tonique avec une posture rigide. Un jour, en séance, il nous suggère de mimer la tortue et nous demande « *la tortue, si elle sort de sa carapace, qu'est-ce qu'il se passe ?* ». Raphaël cache derrière sa prestance et sous sa carapace, une grande labilité émotionnelle. Cette barrière de protection l'empêche d'accéder à une écoute de lui-même et à une ouverture sur l'extérieur. A travers cette question, peut-être nous interroge-t-il sur les appréhensions qu'il présent, face à l'idée de diminuer ses mécanismes de défense et de s'ouvrir au monde ?

Relevons que cette peau protectrice est nécessaire à l'adolescence, elle permet à l'adolescent de se construire un « jardin secret » selon C.POTEL [72]. Elle permet d'acquérir l'intimité, la pudeur et l'intégration des limites corporelles. L'intimité est une étape clé dans la construction de l'identité puisqu'elle permet de se sentir individualisé avec ses pensées, ses ressentis et ses émotions. La pudeur est, quant à elle « *la conséquence de cette reconnaissance et de cette représentation de soi et de son corps, avec de surcroît une intériorisation de la différence des sexes et des générations qui marquent, en tant que repères, la relation aux autres. La pudeur c'est avoir le souci de soi et des autres* » [72]. L'enveloppe peut entraver le processus d'identité lorsqu'elle bloque l'écoute des ressentis internes ou l'entrée en relation avec les autres.

Ainsi, toutes ces défenses liées à des fragilités internes et ravivées à l'adolescence, pourront être visibles dans la posture et la réalité anatomique du corps. Nous pourrons également appréhender l'investissement narcissique du corps de l'adolescent à travers l'image du corps. Ces éléments font partie de l'identité psychocorporelle de l'adolescent.

Pour franchir cette étape de « métamorphose », les adolescents puisent dans leurs propres ressources. Pour ceux qui ont éprouvé des carences affectives ou qui ont vécu des traumatismes, « *le travail de réparation ou de remplacement est illusoire, on ne peut rien combler. Il faut remplacer par un travail de construction autour de ce qui a manqué, non pas pour combler, mais pour consolider ce qui délimite la carence et faire en sorte de pouvoir y prendre appui* » [83]. La construction se fait donc en intégrant l'histoire passée, pour cela il faut que l'adolescent se déprenne de l'agir et s'intègre dans une temporalité.

2.1.3. L'appartenance à un genre et l'identité sexuée

L'acquisition majeure du stade œdipien est celle d'une identité sexuée. « *La puberté étant inscrite dans le corps, l'individu se voit assigner un sexe* » [45]. C'est une acquisition qui permet à l'adolescent de s'individuer. « *L'adolescent va devoir intégrer au niveau psychique ce nouveau corps sexué pubère (donc apte à mettre en acte la sexualité génitale et à procréer) et s'autonomiser par rapport aux parents* » [31].

Il existe à l'origine une bisexualité. L'embryologie nous permet de savoir que la différenciation des gonades n'est réalisée qu'à la fin du 4ème mois de grossesse. Selon S.FREUD, il existe une « *disposition bisexuelle originelle chez tout être, qu'il soit homme ou femme. De cette bisexualité biologique, découle une bisexualité psychique : il existerait du masculin et du féminin chez tout être humain* » [70]. Philippe JEAMMET explique que l'enfant se nourrit de ses deux parents, que se soit sur le plan hormonal ou psychologique, il existe en chacun de nous, à la fois du féminin et du masculin [45].

Selon E.PIREYRE, l'identité sexuée se construit par la prédisposition biologique, les sensations corporelles et l'environnement (culturel, social et familial). Même si le sexe biologique est déterminé rapidement au cours de la grossesse et qu'à la naissance le sexe d'assignation sera donné par le milieu humain, l'identité sexuée est longue à se mettre en place [70]. Il est fréquent que l'adolescent qui présente des troubles du comportement ait du mal à intégrer ses changements biologiques comme nous l'avons montré précédemment. Il en est de même pour le corps sexué.

De plus le trouble de l'identité sexuelle est présent dans les troubles du comportement décrit par la CFTMEA. C'est un trouble se manifestant dans l'enfance (bien avant la puberté), caractérisé par une souffrance intense et persistante, relative au sexe assigné, accompagné d'un désir d'appartenir à l'autre sexe ou d'une affirmation d'en faire partie. Il peut également y avoir des troubles liés à l'incertitude de l'orientation sexuelle (notamment chez les adolescents). Cette incertitude peut être vécue difficilement pour le sujet dont la souffrance est responsable d'anxiété ou de dépression [62].

Raphaël éprouve des difficultés à s'identifier à un genre. En séance il représente un « *personnage moitié-moitié* », mélangeant trait masculins (barbe, pénis) et traits féminins (taille fine, cils longs, poitrine). Son bonhomme, qui peut être représentatif du corps narcissique, est mi-femme, mi-homme.

Il sera important de jouer un rôle de détoxification tel que le décrit W. BION et à l'image du *caregiver*. Le langage sera un élément clé afin de protéger et accompagner l'adolescent dans ses changements et dans la compréhension de ce qui le traverse. La fonction de pare-excitation continue ainsi à l'adolescence. Le parent ou un autre adulte peut aider à mettre des mots sur des thèmes délicats pour permettre à l'adolescent de découvrir l'importance de la sexualité et des sentiments amoureux [46].

2.2. Des modifications dynamiques

« Sur le plan dynamique, la perte de stabilité s'explique par une altération des repères spatiaux causée par la poussée de croissance ». La gestuelle peut alors devenir maladroite avec un sentiment de perte de maîtrise [45].

Nicolas a 11 ans, il est très souvent replié sur lui-même. Il présente des angoisses importantes visibles à travers ses phobies, par exemple. Le sport, ou tout autre activité corporelle, le met à mal.

En séance de psychomotricité, il présente une opposition, refusant toute proposition. Actuellement, il ne veut plus venir en séance. L'équipe éducative l'encourage à aller nous saluer. Nous le voyons alors de la fenêtre, il arrive d'une marche nonchalante et avec une posture en fermeture. Il se positionne sur le pas de la porte et, pour nous serrer la main, il tend son bras vers nous, restant à l'extérieur de la salle. Quand il repart sa posture est plus ouverte, comme s'il était dégagé d'un poids. Cet espace de pratique corporelle l'agresse, la centration sur le corps est difficile pour lui alors que son bilan psychomoteur révèle des difficultés. Sa stature est « imposante » avec un équilibre précaire. Ses gestes sont incertains et maladroits laissant apparaître des repères corporels chamboulés. Sa posture de repli le prive d'expériences qui pourraient l'aider à se construire. Comme le dit P.JEAMMET « *Plus sa fragilité est grande, moins il la reconnaît comme sienne* » et moins il sera en recherche d'aide [46].

Ainsi les modifications du corps en mouvement contribuent au sentiment de perte de contrôle du corps. Si l'impact de ces modifications est trop important l'adolescent pourra alors lutter avec des agirs et une opposition. Dans d'autres cas il peut adopter une position de repli et d'inhibition de sa motricité, sa posture sera alors en fermeture avec un impact dans la relation.

2.3. Des agirs entravant les processus de pensées.

Nous avons déjà pu relever précédemment qu'il existe des troubles cognitifs en lien avec les troubles du comportement. Ces troubles ont un impact sur les apprentissages, sur le processus de socialisation et sur le narcissisme. L'accès au symbolisme peut être suspendu, les sujets étant dans un « *renoncement à penser, laissant le corps envahir le champ de la psyché* » selon les paroles de Daniel MARCELLI [71]. Lors des changements induits par la puberté, l'adolescent peut passer par l'acte pour apprécier ses nouveaux repères corporels et ainsi affiner la perception qu'il a de son corps et donc ses représentations.

2.3.1. Du passage par l'acte au passage à l'acte

Catherine POTEL parle de l'importance du passage par l'acte chez les adolescents. C'est un « *passage par l'expérience pour intégrer le réel, besoin vital qui domine chez l'enfant et qui reste encore très présent chez le jeune adolescent* ». Il faut entendre par expérience « *les éprouvés du corps, la sensation des gestes et du mouvement, la manipulation concrète, tout ce qui va permettre de donner matière aux bases d'une réflexion puis d'une pensée* » [71].

Le passage par l'acte permet de faire des expériences et de se réapproprier le mouvement modifié par les transformations de l'adolescence. L'expérience permet une sensation de maîtrise de l'environnement.

Nous avons pu voir que certains enfants présentent des carences affectives. Le manque, la discontinuité ou l'insécurité des soins dans l'enfance déterminent une accentuation des troubles à l'adolescence. Pour lutter contre leur insécurité interne, les adolescents peuvent passer de passage par l'acte au passage à l'acte. Catherine POTEL souligne que « *les conduites pathologiques (mise en danger, prise de risque, attaques du corps,…) sont toujours des tentatives de résolution et une recherche de soulagement des tensions internes* » [71]. En ce sens, Roger MISES souligne qu'à l'adolescence, il y a un transfert des conflits sur l'environnement alors qu'ils devraient être vécus en intrapsychique [83].

Nous pouvons relever l'intrication entre le passage à l'acte et l'agressivité. « *Pour l'enfant, exprimer son agressivité est important. Outre que l'agressivité est une énergie vitale de lutte et de défense, elle est également le moyen par lequel l'enfant peut faire l'expérience symbolique de la fragilité mais aussi de la solidité et de la permanence puisqu'on peut reconstruire* » [72].

D.W.WINNICOTT énonce l'importance de l'agressivité pour l'édification de la personnalité et la construction du sujet humain. Après avoir pris connaissance de sa propre cruauté par l'expérience, l'enfant peut accéder à la capacité de sollicitude. Elle permet d'éprouver et de se sentir concerné par ses actes ainsi que d'en accepter une responsabilité. Autrement dit la destruction permet la reconstruction et l'affirmation de soi. [85].

Si l'enfant n'a pas pu faire l'expérience de limites solides et sécurisantes, il n'a pas non plus appris à gérer son agressivité. A l'adolescence, il peut l'exercer à nouveau afin de rencontrer des limites contenant son insécurité. « *C'est dans le conflit que l'adolescent va pouvoir s'explorer, et se rencontrer, se différencier et se séparer* » [71].

Ainsi, « *par son agressivité, l'adolescent proclame son existence unique et particulière* » [71]. Cependant elle peut prendre des formes extrêmes et se transformer en violence. Elle peut alors s'incarner dans des passages à l'acte contre soi ou contre les autres. Il est possible qu'elle déborde les ressources de l'individu, ne pouvant être contenue ni par lui-même, ni par le cadre relationnel parental, ni par le cadre institutionnel. Les passages à l'acte « *font du corps, l'instrument d'une décharge pulsionnelle, incontrôlée, et témoignent d'un blanc de pensée ou d'une impossibilité de pensée* ».

L'impulsivité motrice est en lien avec les émotions, nous pouvons associer ceci à une immaturité tonique puisque l'expression émotionnelle s'incarne dans la motricité à travers le dialogue-tonique comme c'est le cas dans l'enfance. Chez les adolescents présentant des troubles du comportement nous pouvons supposer que l'inhibition du mouvement permise par la maturation neuro-motrice ne s'est pas mise en place.

Mattéo est un adolescent de 14 ans. Au cours d'une synthèse les premiers mots évoqués par l'équipe éducative sont « *Mattéo grandit et s'oppose* ». Suite à une frustration qui semble l'avoir mis à mal, il s'en prend à un camarade et à ses éducateurs. A l'extérieur de l'ITEP il présente un comportement inadapté, il se promène avec le son de la musique très fort et il fait fît des règles. Un jour en prise en charge, il montre l'endroit de sa main, sur lequel il s'est arraché de la peau, et il demande à la psychomotricienne, pourquoi il fait ça. Il lui demande de mettre des mots sur ses actes. Derrière la question « Pourquoi il s'arrache la peau ? » se cache d'autres questions. Pourquoi son insécurité déborde en agressivité, contre lui et contre les autres ? Pourquoi n'arrive-t-il pas à se contenir ? Pourquoi ses conflits ne sont pas vécus en intrapsychique ? Et plus généralement, pourquoi est-il en souffrance?

Guy BLANCHARD évoque l'omniprésence de la violence en ITEP et l'impact qu'elle a sur le personnel de l'institution. Il évoque la nécessité de mettre des mots sur les actes afin de rejouer une fonction de détoxification [8]. Comme l'a évoqué D.W.WINNICOTT, l'agressivité permet d'aller à la rencontre de limites [85]. Les enfants avec des troubles du comportement peuvent porter en eux une insécurité qui s'incarne dans la vulnérabilité de leur enveloppe. La violence permet pour ces enfants de tester la solidité du cadre et d'éprouver des limites sécurisantes afin de retrouver un « sentiment de cohérence ». *« La réponse par des agirs est souvent d'une rare violence. Il faut comprendre cette violence comme un appel au secours, un signe lancé pour être arrêté par une force supérieure ou par une force que l'on consent à accepter »* [83]. Les soins permettent à ces adolescents un réinvestissement des apprentissages alors que seule la modalité pulsionnelle était investie.

2.3.2. Les modifications psychiques de l'adolescence

Lors d'une séance de psychomotricité Mattéo formule la demande d'une aide pour l'acte graphique. Après quelques séances il se sent plus en sécurité dans cet espace, il choisit de finir la séance par de la relaxation. Passant d'un travail rééducatif de « l'acte » à un travail corporel sur « l'être ». Mattéo montre ainsi la conscience qu'il a de ses retards dans les apprentissages mais également des tensions internes qu'il a du mal à gérer.

Le développement des fonctions cognitives à l'adolescence permet d'accéder à la représentation et à des processus de pensée complexes. Quand ils ne sont pas entravés pas l'agir, le

psychomotricien peut prendre appui sur cette redynamisation des processus psychiques afin de proposer des expériences qui pourront permettre au sujet d'avoir un retour projectif de sa propre motricité mais aussi de son expressivité. Ce processus permet que le langage corporel soit un langage pour le sujet lui même et sera structurant pour la construction psychocorporelle.

En effet, dans le cas de trouble du comportement le langage est très souvent influé par les troubles. Le langage verbal, le langage écrit mais également le langage corporel. Dans les cas où le corps est utilisé comme barrière protectrice, ne dévoilant rien de l'intériorité, l'expressivité du corps est elle aussi altérée. « *Le corps n'est pas un simple traducteur, il offre un socle au langage des mots. C'est parce qu'il y a des expériences du corps et vécu dans et par le corps que le langage des mots peut advenir, peut se nouer dans les sensations du corps en relation avec un autre* » [71]. En psychomotricité il faudra ainsi être sensible à l'infiniment petit, les petits signes du corps qui permettent de mieux comprendre ce que l'adolescent ne dit pas mais communique avec son corps. Ainsi le psychomotricien peut mettre en place des situations favorisant l'expression de ces conflits afin que le sujet puisse avoir un retour projectif sur lui-même. Par exemple, la verbalisation de fin de séance permet à l'adolescent de passer de la perception au langage. En ce sens, Catherine POTEL relève « *que l'accès au langage est ce qui signe l'intégration dans la psyché des traces mémorielles vissées au corps. Le langage permet de lier soma et psyché* » [71].

De plus, les fonctions cognitives à l'adolescence favorisent l'individuation. En effet, elles permettent à la fois de réfléchir à son appartenance familiale mais également d'exercer un regard critique sur la relation entretenue avec la famille et ainsi d'induire une distanciation. Le langage favorise donc les sentiments « d'appartenance » et de « différence » mais aussi « d'autonomie » puisque l'utilisation du langage permet de mettre en mot la pensée et de pouvoir tenir des discours afin de se positionner autrement que par des actes. C'est pour cela qu'il est essentiel de soutenir la fonction du langage chez les enfants qui abandonnent les apprentissages.

2.3.3. Un temps pour penser

Comme nous l'avons vu précédemment, les adolescents présentant des troubles du comportement sont gouvernés par l'agir. Ils peuvent présenter des troubles dans les repères spatio-temporels avec des difficultés à intégrer le temps objectif. L'action les ancre dans le présent, dans l'ici et le maintenant et la pensée n'a pas sa place. Nous pouvons ainsi comprendre que pensée et temporalité sont très liés.

Rappelons qu'« *il y a une quête identitaire propre à cet âge : l'adolescent dans un même mouvement cherche à se détacher des parents tout en s'enracinant dans une histoire familiale* » [46]. L'inscription familiale permet de se projeter dans l'avenir, de recréer une temporalité, un temps pour être et pour penser. Les difficultés temporelles peuvent être liées à une altération du « sentiment de continuité d'existence » essentiel pour l'identité. Ainsi il est important que l'enfant garde des repères générationnels qui l'ancrent dans sa famille [45]. La confusion des places, des statuts et des générations, rendant flous les repères de sa propre temporalité, ils peuvent impacter les processus de pensée.

Kylian présente d'importants retards dans les apprentissages. Il vit avec sa mère, sa grand-mère et son arrière grand-mère dans le même foyer familial. Le père de Kylian n'est pas souvent présent au cours de la semaine. Dans l'entreprise familiale, de gestion des maisons, il s'occupe des travaux. Dans le discours de la mère, le père est un exécutant et il n'a pas sa place dans la prise en charge de son fils. Dans leur fonctionnement familial et notamment au cours de conflits, le père et le fils sont au même niveau. C'est d'ailleurs Kylian qui a accompagné sa mère acheter un test de grossesse. La promiscuité fait qu'il n'y a pas de distance et Kylian ne peut accéder à un espace privé, à une intimité. De plus, il existe une confusion dans les générations, Kylian alterne entre une position de fils et de mari. Il n'est pas ancré dans une temporalité à lui. Il n'a pas d'espace pour sa propre intimité. Il n'a pas non plus d'espace et de temps pour s'individuer, pour être et pour penser en tant qu'être différencié.

2.4. Des modifications interactives

Sur le plan interactif, le corps *« comme support d'interaction avec l'environnement n'offre plus la stabilité que l'enfance lui conférait »* [45].

2.4.1. Le corps en interaction

Daniel MARCELLI fait un parallèle entre les interactions de l'enfance et celles de l'adolescence. Selon lui, « *si le bébé organise le lien entre le soma et la psyché au travers d'une intersubjectivité portée par celui ou celle qui le tient dans les bras, le regarde, lui sourit et lui parle, l'adolescent dans son travail de subjectivation cherche d'abord à se dégager de cette intersubjectivité ressentie comme une menace pour son affirmation identitaire* » [71].

Dans le cas de troubles du comportement, l'Autre peut être vécu comme menaçant et, pour le tenir à distance, il pourra y avoir une opposition et un rejet ou alors un renfermement et une inhibition.

Mattéo est très grand et se présente à nous dans une position de repli sur sa chaise. Son corps est en fermeture, sa colonne vertébral en flexion ce qui libère peu les membre supérieur, les jambes sont croisées sous le bureau. Il n'entre que peu en relation. La psychomotricienne lui propose un jeu qui permet de faire médiateur dans la relation. C'est un objet d'attention conjointe. Lors du jeu il se trouve en difficulté. Il ne dit rien. Il ne demande pas d'aide. Il rougit, l'intimité devient visible, sa peau le trahit et dévoile ses émotions. Elle ne le protège plus mais l'expose [72]. La relation est difficile pour lui, le double regard, créé par la psychomotricienne et moi-même, le met à mal. Il arrivera à verbaliser que ma présence en séance de psychomotricité l'insécurise et pour respecter sa demande je n'assisterais plus à ses séances. C'est à ce moment là que, libéré d'une partie de son angoisse, il arrive à se déposer dans la pratique corporelle.

Comme nous avons pu le voir précédemment et comme les classifications l'ont relevé, les adolescents avec des troubles du comportement peuvent présenter : une « angoisse de la séparation » ou des « difficultés d'instaurer des relations équilibrées, passant d'un attachement envahissant à un rejet excessif » [62]. Si l'adolescent n'arrive pas à construire sa sécurité interne, l'Autre peut alors être perçu comme une menace et non comme une source d'identification structurante. Ces angoisses relationnelles s'incarnent dans le corps.

Nous avons déjà vu précédemment que l'adolescent peut se protéger avec une cuirasse tonique, William REICH parle également de cuirasse caractérielle [82]. Ce sont des attitudes qui se traduisent par une rigidité du corps. Ainsi pour se protéger de la relation certains adolescents « se cachent derrière un personnage ». Nous étudierons cela plus largement dans la partie clinique, à travers la prise en soin de Raphaël.

2.4.2. L'identité groupale et institutionnelle

« Durant l'enfance, les relations avec les pairs ne constituent pas des relations d'attachement. Elles jouent un rôle essentiel dans la socialisation et le développement du système affiliatif mais ne peuvent restaurer le sentiment de sécurité en cas de détresse. En revanche, au cours de l'adolescence, certaines relations d'amitié se renforcent et jouent un rôle dans le maintien de ce sentiment de sécurité, dans la régulation des émotions, et notamment des émotions négatives ». [31]

Si le groupe est important à cet âge là, c'est qu'il permet de se distinguer des parents, tout en trouvant une réassurance auprès d'autres adolescents, qui peuvent également servir de modèles. Les pairs jouent un rôle dans la régulation de sentiments de détresse qui engendrent de forts éprouvés. « *Cet appui permet de décentrer la régulation des émotions des figures parentales, renforçant l'autonomie et offrant des alternatives aux stratégies de réponse aux bouleversements émotionnels rencontrés ».* [31]

L'institution permet de faire enveloppe. Dans l'analyse que nous vous présentons, il est récurrent de rencontrer les termes « intérieur », pour parler de l'ITEP, et « extérieur », pour parler de la sphère sociale. L'institution c'est également un groupe. Elle sera source d'identification et de réassurance. Le Collectif AIRe dit en ce sens qu'elle exerce un rôle de tiers entre adultes et enfants. « *Le mode de fonctionnement de l'institution fait consensus et règle commune pour les adultes et permet une sécurisation des enfants et des adolescents. Cela impose une adhésion et une représentation commune des objectifs et du soin, une répartition des rôles et des fonctions ainsi qu'une articulation et des valeurs communes »* [22].

Il peut y avoir plusieurs effets liés à l'institution. Elle permet de rassembler, rassurer, protéger et elle donne le sentiment d'être plusieurs à supporter le poids de ces troubles. En ce sens Catherine POTEL dit que « *Appartenir à un groupe rassure, donne une peau. Être soi mais pareil aux autres »* [71]. Au sein de l'ITEP, les adolescents sont rassemblés en différents groupes. Ce qui leur permet à la fois de s'individuer mais également de renforcer leur appartenance ou de reproduire l'expression des conflits de la famille [83]. Le groupe est alors structurant pour l'identité pouvant renforcer les sentiments d' « appartenance », de « valeur », de « confiance » et d' « autonomie ».

Certains adolescents restent dans une inhibition ou une opposition, ils ont des difficultés à participer à la vie du groupe et à lier des relations.

Le groupe peut agresser ou projeter en miroir, les difficultés que l'adolescent lui-même rencontre. C'est ce que C.POTEL appelle « *la relation en double jumelage* », l'autre étant un reflet

de soi. Il peut y avoir également un effet d'enfermement, ayant comme seules identifications des adolescents avec des troubles du comportement.

Ainsi, l'ouverture sur l'extérieur est essentielle puisque, ne jamais sortir du groupe peut être un renoncement à soi [83]. Alex MUCCHIELLI a fait un parallèle sociologique en relevant que *« l'exclusion de différents groupes sociaux rendait impossible le sentiment de sécurité identitaire (on est satisfait, on connaît, on se raccroche à son identité) et favorisait les revendications agressives d'identité même s'il s'agit d'une identité négative attribuée par l'environnement social »*. [63]

L'adolescence est marquée par la puberté, elle induit de nombreux changements corporels, psychiques et relationnels impactant le « sentiment de son être matériel », c'est à dire, le rapport du sujet au monde extérieur ainsi qu'à son monde interne. « *L'adolescence est un passage, une période féconde et riche en potentialités, mais parfois difficile à traverser et à vivre* » [71] impactant notamment « le sentiment de valeur ». Cette période est une réelle quête identitaire qui permet à l'enfant de passer de l'enfance à l'âge adulte et « *cela demande beaucoup d'énergie aux adolescents d'intégrer cette métamorphose qui va transformer leur corps, bousculer leur identité, déséquilibrer leur place, que cela soit dans la famille ou dans leur environnement* » [71].

Comme nous avons pu l'analyser précédemment l'enfant porte en lui les secrets de sa famille qui n'ont parfois pas été verbalisés. Nous pouvons dire que l'adolescent doit se construire un double corps [31], à la fois à partir des expériences de plaisirs et déplaisirs durant l'enfance mais aussi par de nouveaux éprouvés inconnus. Pour que l'adolescent puisse acquérir une cohérence de ce double corps et se projeter dans le futur il est nécessaire qu'il dispose d'abord d'un enracinement solide au passé et à son histoire familiale. Ceci permet de développer le « sentiment de continuité d'existence », important pour le passage à l'adolescence, période qui demande de grandir en restant le même.

« *L'âge de début pubertaire est marqué par de grandes variations interindividuelles […] qui s'expliquent par des facteurs génétiques, climatiques et alimentaires, et éventuellement des facteurs psychologiques et affectifs* » [46]. Ainsi de nombreux facteurs influencent ce passage. Dans le cas de troubles du comportement, l'adolescence peut revisiter des souffrances et traumatismes renforçant des mécanismes de défense et entravant le sentiment d'identité décrit par A.MUCCHIELLI.

« *La maturité est donc le dépassement des traces et des problèmes laissés par l'histoire personnelle individuelle ou groupale, le dépassement des conditionnements et des déformations acquises* ». Selon A.MUCCHIELLI elle est fondée sur les sentiments de confiance et de cohérence et elle se repère par la capacité d'intégrer de nouvelles expériences dans son identité propre [63].

3. Un accompagnement possible en psychomotricité ?

Eric PIREYRE relève que les troubles identitaires « *peuvent être pris en charge par la thérapie psychomotrice. On pourrait même dire que les troubles identitaires sont des troubles*

psychomoteurs qui sont les conséquences, en partie, d'un mauvais établissement – ou de l'absence d'établissement- d'une certaine forme de lien corps/esprit » [70].

Selon le décret d'actes, le psychomotricien contribue par des techniques d'approche corporelle au traitement « *des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles de régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique* ». Il se situe donc au cœur de la prise en charge des adolescents présentant des troubles du comportement. Pour rééduquer les troubles, le psychomotricien dispose « *de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination* » [54].

Selon C.POTEL, « *le psychomotricien intervenant sur le corps, ses fonctions et ses représentations, vise ainsi l'intégration psychocorporelle et le renforcement de l'identité du sujet* » [68]. La psychomotricité restaure un vécu positif du corps et renforce les assises narcissiques ce qui peut avoir un effet de relance pour les apprentissages. Le travail corporel favorise également une écoute de soi, de ses vécus et de ses éprouvés ce qui ancre le sujet dans son histoire, dans un temps et un espace, enrichissant ainsi l'organisation spatio-temporelle. La psychomotricité travaille également sur les désordres tonico-émotionnels, ce qui permet au sujet d'acquérir une meilleure gestion de ses émotions mais aussi un contrôle et une expression de sa motricité, ce qui a un effet favorable dans la relation aux autres et à l'environnement.

L'adolescence est une période sensible, elle présente des risques et l'estime de soi peut être mise à mal. « *Le sentiment d'existence, initialement lié à la sensation d'avoir un corps habité et pensé par soi – ce que ne connaît plus l'adolescent à l'intérieur de lui, souvent débordé par l'intensité de la poussée pubertaire –, est remis en doute* ». Ils devront alors faire un travail de « *réappropriation d'un corps qui pour l'instant les déroute et dont les impératifs biologiques déséquilibrent les assises narcissiques gagnées durant l'enfance* » [71]. Pour les adolescents qui ne trouvent pas en eux les ressources nécessaires pour se construire une identité et surmonter les changements imposés par l'adolescence, un accompagnement en psychomotricité peut-être porteur afin d'éviter qu'ils mettent en place des stratégies pathogènes de lutte.

L'adolescence est donc une période de mouvement perpétuel qui peut déstabiliser mais également être porteuse de changement. « *C'est dans le mouvement continu entre expériences du corps et vie psychique que se construisent non seulement l'enfant, mais aussi l'adolescent et l'adulte […]. L'unité ''corps-psyché'' est en constant remaniement dans un mouvement d'intégration des expériences de vie et ce, quel que soit l'âge* ». Ainsi l'adolescence, peut être un levier thérapeutique puisqu'elle va avoir des effets de relance qui sont bénéfiques pour la personnalité toute entière comme le relève C.POTEL [71].

En soutenant l'identité par l'expérience corporelle, la psychomotricité permet la restauration d'un équilibre entre les fonctions sensorielles, motrices, cognitives, émotionnelles et psychiques de la personne, ce qui a pour conséquences d'améliorer le rapport à soi, aux autres et à l'environnement. Dans le cas de l'adolescence, la psychomotricité apporte des outils tout d'abord d'écoute, puis de compréhension des vécus du corps, en dehors des compétences, des performances et des défaillances afin d'amener l'adolescent a intégrer « sa métamorphose » [71].

C. ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOMOTRICITE

Dans les précédentes parties nous avons étudié en quoi l'identité est psychocorporelle, comment elle se met en place dans le développement de l'enfant et les modifications qu'elle rencontre à l'adolescence. Après avoir expliqué la problématique des adolescents avec des troubles du comportements nous avons pu percevoir que ces derniers pouvaient rencontrer des difficultés à mettre en place leur identité psychocorporelle, basée sur différents sentiments (de valeur, de confiance, d'appartenance,…). Nous avons également montré que la psychomotricité avait toute sa place dans la prise en soins des adolescents avec de telles problématiques.

Dans cette dernière partie, nous présenterons à travers quoi l'identité psychocorporelle est perceptible. Nous aborderons ensuite l'identité et la spécificité du psychomotricien puis nous terminerons cette analyse avec une illustration de notre propos, à travers une prise en soin.

I. Comment apprécier l'identité en psychomotricité

Nous avons donc répondu à la question des fondements de l'identité psychocorporelle, c'est à dire comment émerge-t-elle et comment se modifie-t-elle. A présent, il semble important de répondre à la question : Comment peut-on l'apprécier en psychomotricité et quels sont les référents de cette identité selon notre référentiel de psychomotricien ?

L'identité psychocorporelle du sujet ou autrement dit, « *cet ''existant'', cet ''être'' s'incarne dans ses gestes, ses déplacements et son occupation de l'espace, ses sensations, ses perceptions, ses émotions enfin, tout ce qui émane d'un individu qui fait que lui et lui seul, unique à jamais, seul à jamais, lié inexorablement aux autres* » [72]. La singularité et l'appartenance de cet individu, unique et en relation aux autres, à besoin d'une toile d'inscription corporelle. Le tonus occupe cette fonction, il permet l'incarnation de l'identité psychocorporelle.

1. Généralités sur le tonus

1.1. Définition

Le tonus vient du grec *« tonos »* qui signifie « *tension* ». Selon la définition de R.LAFON (1963), le tonus est un « *état de contraction légère et permanente des muscles striés, assurant l'équilibre du corps au repos et le maintien des attitudes, contrôlé par des centres cérébraux et cérébelleux* » [18]. A travers cette définition nous percevons l'articulation entre le corps et la psyché, fondement essentiel de la psychomotricité. Le tonus est également lié à la sensibilité ainsi, il ne se situe pas uniquement sur les muscles striés mais également sur des structures hors du contrôle de la volonté (les muscles lisses des organes ou les fascias par exemple).

Le tonus est dépendant de nombreux facteurs ; biologiques (les hormones), environnementaux (les activités influençant les muscles, l'anatomie, la sensorialité…) et affectif (anomalies toniques sans base organique, nanisme psychosocial, hypertonie, hypotonie, paratonie, syncinésies, liées aux premières expériences relationnelles [76,70]).

1.2. Les stades de développement de Julian DE AJURIAGUERRA

1.2.1. Le corps vécu (de 0 à 3 ans)

Eric PIREYRE relève que le tonus est immature à la naissance [70]. En effet la répartition tonique est déséquilibrée avec une hypotonie axiale et des extenseurs au niveau des membres, et une hypertonie des fléchisseurs des membres. Le bébé est dans un premier temps en posture de flexion, replié autour de son axe. Sa tonicité est également bipolaire avec deux grandes modalités de communication, l'hypertonie et l'hypotonie, en lien avec la satisfaction des besoins primaires. A la naissance, la motricité est globale, elle met en jeu toutes les parties du corps et oscille entre des réflexes et des mouvements spontanés [76].

Une impulsivité dans les réactions émotionnelles prédomine et c'est le milieu humain qui donne sens aux états tonico-émotionnels qui traversent le bébé [70]. L'attachement est essentiel pour permettre de trouver une harmonie tonique.

Au cours de la première année, le bébé a besoin d'expérimenter des changements de positions mais aussi d'éprouver un lien d'attachement renforçant à la fois l'estime de lui et la confiance dans son caregiver. La maturation du système nerveux central a également un rôle important dans l'équilibration globale du tonus des muscles. L'enfant accède alors à une harmonisation psychocorporelle, il « *sort de la bipolarité émotionnelle primaire et globalise ses tensions, ses sentiments et ses représentations dans une même enveloppe psychique* » [76].

1.2.2. Le corps perçu (de 3 à 6 ans)

A ce stade, l'enfant acquiert une plus grande maîtrise globale de sa tonicité corporelle et peut inhiber les irradiations toniques liées à une motricité impulsive primaire [76]. Cette impulsivité, que l'on retrouve chez les enfants présentant des troubles du comportement, est un reliquat de l'association tonique et émotionnelle.

1.2.3. Le corps représenté (de 6 ans à 12 ans)

La structuration perceptive et la représentation du corps propre s'actualisent vraiment à 6 ans. L'enfant peut à ce moment acquérir un contrôle du corps dans la globalité, ainsi qu'un bon repérage topographique du corps dans ses différentes parties, ce qui nourrit les représentations corporelles [76]. A partir de son corps propre il peut affiner sa perception de l'espace et du temps.

1.3. Le tonus et l'identité

Grâce aux mots de Catherine POTEL nous pouvons aisément comprendre que le tonus est la toile d'inscription de l'histoire du sujet. « *Le corps apprend et garde en mémoire, dans sa texture et tessiture tégumentaire, musculaire et osseuse. Le tonus est la toile de fond historique du corps, le tissu où est imprimé la préhistoire du sujet* » [72].

Le tonus soutien en permanence le système émotionnel, il est la chair de l'émotion mais aussi de la pensée [76]. En ce sens, J.DE AJURIAGUERRA explique que « *les modifications toniques accompagnent normalement non seulement chaque affect, mais aussi chaque fait de*

conscience. Chaque affect produit une certaine variation tonique dans l'ensemble de la musculature ; la variation gagnant d'un muscle à l'autre, il en résulte, pour chaque état affectif, une certaine qualité du tonus qui le caractérise » [70].

Ainsi le tonus permet une unité de la structure motrice et, présent dans les ligaments, les tendons et les muscles, il assure également la fonction de proprioception. Il permet ainsi d'avoir un premier sentiment de soi, il perdure comme soubassement de l'organisation corporelle et il soutient le psychisme [76]. Il permet donc l'incarnation de l'identité psychocorporelle. Nous construirons la suite de notre analyse en reprenant les différents sentiments de l'identité décrits par A.MUCCHIELLI [63]. Nous verrons ainsi l'incarnation corporelle de ces différents éléments dans le tonus de base, le tonus postural, le tonus d'action et la rencontre tonique.

2. Le tonus de fond, une fonction de contenance

Le tonus de fond est le tonus de base qui assure la cohésion de l'ensemble du corps. Selon S.ROBERT-OUVRAY et Agnès SERVANT-LAVAL il est « *assuré en premier lieu par les structures capsulo-ligamentaires* [où se trouvent les capteurs sensoriels proprioceptifs] *des articulations ainsi que par les fascias* [membrane qui enveloppe les structures anatomiques] ».

Dans les capteurs sensoriels proprioceptifs se trouvent, les corpuscules de Ruffini qui donnent des informations sur la direction et la vitesse des mouvements articulaires ; les organes de Golgi, qui permettent d'établir les positions articulaires ; et les corpuscules paciniformes, qui sont les récepteurs de l'accélération [76].

Les fascias sont quand à eux, des tissus visco-élastiques qui solidarisent les muscles en reliant et différenciant les groupes musculaires. Ils vont « *transmettre, absorber, enregistrer des déformations selon leur intensité et leurs directions* » [56]. Il existe une réelle mémoire de chaque événement qui s'inscrit « *au niveau des fascias et sans aucun doute beaucoup plus profondément dans chaque tissu et même cellule* » selon B.LESAGE [55]. De plus, cette structure établit une solidarité musculaire et permet de constituer une contenance, B.LESAGE parle d'une « *solidarité fasciale* » [56].

Le tonus de base occupe une fonction de maintien des segments entre eux et permet de créer le sentiment d'unité corporelle, autour d'un centre et à l'intérieur d'une enveloppe. Il assure le « sentiment d'unité corporelle » et de « cohérence » [76] tout en gardant en mémoire les évènements de l'histoire du sujet et les marques de son appartenance. Le tonus de base porte donc en lui de nombreux éléments constitutifs du sentiment d'identité décrit par A.MUCCHIELLI [63].

3. Le tonus postural

3.1. La conscience d'un espace-temps

Le tonus postural permet d'établir la conscience d'être là dans un espace-temps**.** Il s'incarne dans une musculature « posturale » située en profondeur, proche de l'ossature et se réparti préférentiellement autour de l'axe vertébral. Il met en jeu la fonction antigravitaire avec une légère contraction musculaire, qui assure une résistance à la pesanteur. C'est une contraction qui est isométrique (contraction permanente de muscles qui s'opposent) et involontaire. Le tonus postural

permet l'activité posturale, à l'origine de la gestion de l'équilibre du corps et correspondant à une adaptation tonique sans cesse renouvelée par le mouvement lui-même, entre contractions phasiques de maintien et contractions toniques de mouvement [76]. Grâce à ce tonus, l'enfant peut se maintenir en position érigée, prenant conscience de son axe, lui permettant d'explorer l'espace environnant et d'entrer en relation.

Anne-Marie LATOUR explique que le tonus est quelque chose de « *souple et malléable, mais aussi ferme et consistant, pour se modifier et en même temps résister aux afflux de stimulations* ». Ainsi le bébé éprouve dans son tonus les rythmes, les mouvements, les émotions, les sensations qui sont mise en lien avec ses états affectifs Selon les théories de H.WALLON, il y aurait une temporalité inscrite dans le tonus par la variation des éprouvés et grâce à l'expérience des changements. C'est en conservant le « *sentiment-sensation de soi* », quels que soient les transformations qui traversent le corps, que le bébé peut éprouver une mise en cohérence de ses ressentis [78]. Ainsi, le tonus postural permet d'inscrire le sujet dans l'espace et le temps. Il contribue au *« sentiment de continuité temporelle »* et au « *sentiment de continuité d'existence* », éléments constitutifs du sentiment d'identité selon A.MUCCHIELLI [63].

3.2. Le lien au mouvement

C.POTEL fait également ce lien entre le tonus et la temporalité expliquant qu'il existe « *un temps éprouvé par l'enfant dans sa musculature, dans les efforts, dans la tension de son désir, dans la tonicité adaptée à l'action réalisée* » et selon elle ce temps aura une influence sur sa gestuelle, sur son caractère et dans ses réactions affectives [72]. Dès que nous parlons de gestuelle et de temporalité vient déjà s'inscrire la dimension du mouvement.

Le tonus postural est en effet très en lien avec le tonus d'action, il constitue un appui interne et il permet la préparation à la contraction dite « phasique » du mouvement [76]. Il est donc le support de l'ancrage interne permettant de s'individualiser, en trouvant en soi les ressources pour accéder à la verticalisation puis à la marche, étape décisive de la différenciation et permettant de poser les bases de la confiance en soi [38] (*cf partie sur la construction de l'axe corporel p.19*).

Ainsi l'activité posturale a un fondement émotionnel et relationnel. Elle nécessite des références sensorielles (proprioceptives, oculaires, tactiles,…), une intégration neurologique et une traduction dans une action musculaire tonique posturale [76]. C'est grâce à cette articulation « psycho-corpo-sensitivo-relationnelle », que la posture porte les marques de l'ensemble de notre « être en relation » [78].

4. Le tonus d'action

Le tonus d'action est à la base de la motricité globale, que se soit pour la locomotion, la gestuelle ou la communication non-verbale. Il est constitué de contraction phasique dynamique, c'est à dire de plus grande énergie mais pour un temps plus court, à l'inverse de la tonicité posturale. Le muscle ne travaille jamais seul mais en synergie avec ses agonistes ou en coordination avec les muscles de la même chaîne que lui, dans une action globale [76].

L'acquisition des fonctions motrices dépend elle aussi des structures anatomiques, des expériences réalisées dans l'environnement et du contexte psychoaffectif. En ce sens GUILLARME énonce qu'« *au cours du développement conduisant l'enfant de la dépendance immature à l'autonomie, dans un mouvement constant d'enrichissement réciproque liant le biologique, le psychologique et l'expérience, on verra peu à peu le comportement moteur du sujet prendre sens, devenir une conduite et s'inscrire dans un ensemble psychomoteur mobilisant la personnalité tout entière* ». Par ces mots, GUILLARME montre que la personnalité toute entière s'inscrit dans l'acte moteur du sujet [48].

Par ses gestes le sujet met en avant son appartenance et les identifications qu'il a fait au cours de son développement. Benoît LESAGE dit que l'Homme est un *mimeur* et qu'« *il rejoue le monde à travers ses gestes, restituant ainsi ce qui l'a traversé à sa façon, selon sa structure. Il rejoue donc ce qui l'a joué, touché, affecté, impressionné* » [55].

De plus, les actes du sujet peuvent également exprimer sa singularité, révélant les possibilités de son corps et de son système sensori-moteur ou affirmant des éléments de sa personnalité, tels que ses motivations ou ses émotions [49].

L'action est une source de développement des connaissances sur le monde physique, sur les personnes, mais également sur soi. Ainsi, le tonus d'action porte l'identité psychocorporelle et simultanément contribue à l'enrichir.

Nous pouvons également nous appuyer sur la pensée phénoménologique qui perçoit le corps et son agir comme le premier intermédiaire de la rencontre avec le monde. M.MERLEAU-PONTY pense que l'expression permet de rendre compte de ce qu'il y a à l'intérieur de soi [76]. Le tonus d'action permet une conscience du mouvement et donc de l'expressivité du corps. Pour la psychomotricité il est une composante majeure de la thérapie, l'expressivité est utilisée dans différentes médiations comme la voix, la danse ou tout simplement la marche comme nous le verrons dans la prise en soin de Raphaël.

Le tonus d'action permet l'accès à la marche et donc le développement du « sentiment d'autonomie ». Notre gestuelle, tout comme la posture, portent également en eux le « sentiment d'appartenance » (milieu social, culturel, familial,…) et le « sentiment de différenciation » constitutifs du « sentiment d'identité » décrit par A.MUCCHIELLI [63].

5. La rencontre tonique – Conscience d'être en relation aux autres

La rencontre tonique n'est pas à proprement parler un tonus. Nous pourrions plus la qualifier comme un état tonique, mettant en jeu le tonus dans sa globalité, avec une inscription spatio-temporelle et relationnelle. En ce sens Anne-Marie LATOUR a énoncé que *« nous réagissons corporellement toujours de façon globale »* [78]. Dans la rencontre tonique, l'adolescent communique avec son tonus. Le mouvement, la posture, le geste sont des modes de communication, à la fois conscients et inconscients, ils sont chargés d'affects et de représentations et ils se modifient selon les rencontres.

Le tonus est essentiel en relation. Il permet de rencontrer le bébé qui n'a pas encore le langage. Il permet d'aller à la rencontre de soi-même, par le biais d'une écoute des sensations

internes du corps propre. Il communique des informations de notre état à l'autre. Et il sert également à « rencontrer l'autre en soi », c'est à dire, ce que les perceptions de notre propre corps en relation nous disent de lui ou autrement dit, la manière dont la de l'autre tonicité résonne en nous [76]. Anne-Marie LATOUR dit en ce sens que *« le tonus transforme si l'on peut dire, de la stimulation en affect et en ''message'' pour soi et pour autrui »*. Selon elle, la rencontre génère une stimulation qui engendre une émotion chez le sujet, informative pour l'autre et pour soi même.

Le psychomotricien développe cette écoute tonique (de soi et de l'autre en soi) dans ses études et ses pratiques corporelles.

La sensorialité permet au sujet d'ancrer dans son tonus les expériences vécues (bonnes ou mauvaises). En ce sens, la base de sécurité mise en place dans l'enfance et permettant l'émergence du narcissisme, est inscrite corporellement et se rejoue dans la relation aux pairs. En relation l'adolescent peut ré-éprouver des sensations d'inconfort ou de confort, de sécurité ou d'insécurité, qui sont portées par le tonus et sa capacité fonctionnelle à réagir [78]. La peau, la posture, le mouvement, l'expressivité et même l'image du corps sont influencés par le regard de l'autre.

La rencontre tonique met en jeu le tonus dans sa globalité et elle sera l'expression « du sentiment de confiance » et du « sentiment de valeur » [63]. Ceci explique que la relation aux autres peut être difficile pour les enfants qui n'ont pas mis en place leur propre « sentiment d'identité » comme nous avons pu le soulever dans le cas de troubles du comportement.

Nous pouvons à présent énoncer quels pourraient-être les référents de l'identité pour la psychomotricité. Rappelons tout d'abord que « l'identité totale » n'existe pas et que pour définir une identité d'appartenance et d'individuation, on choisit quelques éléments dans un ensemble de catégories [63]. La liste suivante, issue de la réflexion menée tout au long de notre analyse, est non exhaustive.

Le premier référent est ce qu'on appelle le « socle de l'identité » constitué dans l'enfance par les expériences et les identifications primaires. Ce socle est constitué des références psycho-affectives, socio-culturelles et neuro-anatomiques du sujet.

Deuxièmement nous ajouterons comme référent ce qui est relatif à l'investissement corporel et l'intégration psychique de l'identité.

Et nous poserons comme dernier référent, les aptitudes relationnelles, engageant les motivations et les émotions du sujet.

Cette liste peut bien évidemment être complétée d'autres éléments mais dans le cadre de cette analyse, nous posons ce triptyque comme constitutif de l'identité psychocorporelle. A présent, nous étudierons les spécificités relatives au psychomotricien et les outils dont il dispose

II. L'identité du Psychomotricien

1. L'appartenance et la spécificité du psychomotricien

La psychomotricité a une identité particulière, une histoire et elle est inscrite dans une période où tout change. En 1960 sont posées les définitions des troubles psychomoteurs, au moment où les corps, le langage et la société se transforment. La psychomotricité, traversée par de multiples courants au cours des années, se transforme également.

Comme le souligne C.POTEL, « *la psychomotricité n'est pas une théorie en soi* » [72], c'est une pratique qui s'intègre dans une théorisation large de l'humain afin d'en appréhender sa globalité. Elle s'appuie sur le principe essentiel d'une unité psychocorporelle du sujet qui est la base de sa construction et de son avenir [71]. La psychomotricité est portée par différents courants de pensée tout en gardant comme repère principal la nécessité de « *considérer le corps dans toute sa complexité : existentielle, expressive, émotionnelle, identitaire* » [72].

Le psychomotricien détient lui aussi une identité. Il appartient au domaine du paramédical et selon son lieu d'exercice, il peut également avoir une appartenance à une équipe pluridisciplinaire, à une institution,… ce qui va influencer ses choix et son cadre d'exercice. Le psychomotricien se distingue grâce à sa spécificité notamment avec le décret d'acte, le bilan psychomoteur et les médiations corporelles. Une formation de 3 ans en école contribue à faire émerger l'identité du futur professionnel.

Chaque psychomotricien développe une pratique unique, grâce au choix d'une médiation corporelle s'accordant à sa spécificité, avec l'appartenance a un courant de pensée ou encore par ses enrichissements personnels, en lien avec son histoire ou ses motivations.

L'identité a un caractère dynamique et nous sommes donc tous des « *sujets agissants* ». Ainsi, nous participons *« à la création des composantes de [nos] identités personnelles et culturelles. Pour ce faire [nous en créons nous-même] les constantes qui les structurent »* [63]. Le psychomotricien développe donc son identité et il met également en place des conditions favorables, pour que les patients qu'il rencontre, puissent eux-mêmes être en position de « *sujets agissants* » dans leur prise en charge et dans la structuration de leur identité. Pour ce faire, le psychomotricien prend en compte en priorité le sujet, avec ses richesses et sa singularité.

2. Des outils d'exploration de l'identité

2.1. L'histoire du sujet

L'anamnèse donne de nombreux éléments sur l'histoire du sujet. Mais qu'en est-il de la perception que le sujet à de son histoire personnelle ? Cette dernière est plus exploitée en psychologie et elle se parle avec des mots. En psychomotricité, elle entre en jeu par le théâtre du corps et s'installe dans la temporalité du sujet. L'organisation spatio-temporelle fait partie du décret d'acte du psychomotricien [54]. Elle est étudiée dans le bilan psychomoteur et est appréhendée tout au long des séances. Les adolescents de l'agir répondent à une temporalité de l'immédiat qui ne laisse pas de place à l'élaboration psychique ce qui impacte leur identité

psychocorporelle. En psychomotricité nous possédons des outils d'exploration de la temporalité (questionnaire des notions temporelles, NP-MOT) et du rythme (Stamback) [2]. Le respect du cadre, des horaires ainsi que la temporalité interne du sujet, psychocorporelle et incarnée dans le mouvement, sont des éléments de compréhension du sujet.

« *Les changements subits dans et par le corps (de la vie à la mort) ne deviendront catégories temporelles qu'à condition d'une subjectivation de ses modifications* » [21]. C'est la perception de cette subjectivation du temps, marqué par l'histoire et par les « *conflictualisations psychiques* » du sujet qui nous donnera des éléments de compréhension de son identité. Le temps ne prend sens que dans l'inscription trans-générationnelle et dans une perspective d'avenir. Ce qui nous intéresse donc c'est la temporalité entre passé et futur que le sujet se représente.

Le questionnaire de Kaïros, créé par D.COURBERAN permet d'unir construction du temps et construction psychocorporelle. Ce test a été élaboré pour les enfants jusqu'à 10 ans mais au vu des problématiques des enfants rencontrés il reste un outil intéressant. Ce questionnaire s'intéresse au temps circulaire en lien avec la première enveloppe créée par le milieu affectif et les premiers rythmes (les macrorythmes et microrythmes de D.MARCELLI). Il s'intéresse également aux temps social (acceptation d'une loi du temps universelle), historique (enveloppe d'appropriation) et générationnel (enveloppe de différenciation et symbole du positionnement au sein de la famille) [21]. Nous pouvons ainsi voir que ce questionnaire temporel renseigne en réalité sur l'identité du sujet et le positionnement qu'il occupe par rapport à son histoire.

2.2. Posture, gestuelle, motricité et tonus

Nous faisons partie des « *spécialistes du corps* » selon C.POTEL, « *le corps est notre premier outils de compréhension, il organise nos angles de vue et nos perspectives de travail* » [71]. Ainsi dans la compréhension des vécus du corps, le regard clinique du psychomotricien est un élément essentiel puisque « *parler de mouvement, de posture et de tonicité, c'est parler sans détour de la personne* » [78].

Le corps offre un support au langage des mots et pour comprendre cette communication infra-verbale, en dehors de tout langage, le psychomotricien développe une perception et une écoute corporelle (du mouvement, des actes,…) et sensorielle (tremblements, rougeurs, agitation,…) de l'autre. « *Pour que s'érige la liberté d'être celui que l'on est, il lui faut un socle identitaire solide qu'elle ne pourra trouver que dans l'incarnation. C'est par conséquent en observant minutieusement le langage corporel non-verbal que le clinicien pourra, dans ce type de travail, accompagner l'Autre vers la re-construction de son vocabulaire personnel, celui qui lui permettra de se comprendre, de se faire comprendre et de comprendre son interlocuteur* » [7].

Lorsque le psychomotricien est impliqué dans la relation avec le patient son observation peut être biaisé par ses propres perceptions, émotions, connaissances ou par son histoire personnelle. Ainsi l'observation, qui n'est pas uniquement visuelle mais également sensorielle et tonique, doit être favorisée par une attention et une disponibilité du psychomotricien à lui-même, à l'autre et à la situation. Le psychomotricien créé ainsi des situations qui favorisent l'observation en variant les exigences ou sa posture, afin de s'adapter au patient et de trouver ce qui est favorable à l'observation des compétences, difficultés et plus globalement de l'identité psychocorporelle [2].

Le psychomotricien se saisit des aspects toniques, mimiques, des attitudes communicationnelles, des gestes, des syncinésies, des stéréotypies, des paratonies, et de tout autre élément tonique, qu'il soit un symptôme ou une simple empreinte de la personnalité du sujet.

Il peut également s'appuyer sur l'extensibilité et le ballant, deux outils d'appréciation du tonus dans le bilan psychomoteur [76]. Ces éléments d'expression de l'identité psychocorporelle ont valeur de langage et permettent d'affiner la compréhension du sujet et sa prise en charge. « *Le langage ne se réduit pas à des paroles mais il engage tous les aspects d'une forme de vie et toute l'attitude face au monde* » [65].

L'histoire de l'adolescent est inscrite dans le tonus et le mouvement. Ils mettent au devant de la scène l'identité adolescente faite d'appartenance et de singularité. Toute la difficulté avec les adolescents présentant des troubles du comportement est qu'ils expriment simultanément, par leurs actes et dans leurs gestes, la détresse et la défense. Jean CANNEVA, président de l'UNAFAM (*Union nationale de familles et amis de personnes et/ou handicapés psychiques* [81]), décrit cette expression contradictoire comme le symbole d'une oscillation entre autonomie et dépendance, entre « *ne me dites pas ce qu'il faut faire* » et « *ne m'abandonnez pas* » [46].

2.3. Les représentations corporelles

En psychomotricité nous avons des outils d'évaluation des fonctions spatiales et visuo-spatiales (le test F.LEPLAT, la figure de Rey, l'épreuve de Naville, le Nepsy-II,… [2]). Cependant nous centrerons notre analyse sur l'espace du corps, qui est le premier référentiel de perception de l'espace. De même que pour le temps, c'est la subjectivation et donc les représentations que le sujet a de l'espace, et tout d'abord corporel, qui enrichissent notre perception de son identité psychocorporelle.

Les flux sensoriels signalent au système nerveux central, les états toniques, la position et les mouvements de l'organisme, ce qui permet de créer des représentations corporelles en globalisant les sensations. « L*e développement psychique implique qu'il faille pouvoir, dans un premier temps, contenir des sensations ou des perceptions internes sans qu'elles n'aient encore de sens pour, dans un deuxième temps, former une représentation qui s'y liera dans l'appareil psychique* » [7].

En ce sens A.BULLINGER parle d'une « *unité perceptive de nature tonique* » qui lie et unifie les évènements sensoriels [78].

Les représentations corporelles sont au cœur de l'identité puisqu'elles sont empreintes des marques d'appartenance et de différenciation. Elles sont dépendantes de nombreux facteurs bio-psycho-sociaux et elles s'ancrent dans une spatialité et dans une temporalité selon C.PAUMEL [68]. Le schéma corporel est une organisation somato-gnosique construite à partir de l'expérience motrice [72]. L'image du corps quand à elle est une image narcissique qui est enrichie par les émotions, les sentiments, les sens, les sensations de confort ou inconfort ayant marqué l'histoire du sujet et qui passent par le tonus.

Ces deux concepts sont imbriqués et se mettent en place par la mise en relation des différentes sensations en appui sur le tonus. Le psychomotricien pourra appréhender les représentations corporelles à travers deux grandes notions, le schéma corporel et l'image du corps.

2.3.1. *Schéma corporel*

A.MUCCHIELLI explique que *« la constitution du schéma corporel, menant à la conscience du positionnement de son corps dans l'espace, est une phase importante de la constitution du sentiment corporel. C'est l'ensemble de nos sensations qui nous rappellent constamment que « nous sommes nous »*. [63]

Selon Catherine POTEL le schéma corporel est « *la synthèse cognitive de la structure psychocorporelle d'un individu* » [76]. Il repose sur le corps anatomique qui est modifié par la culture et les expériences propres et il va dépendre de l'intégration d'organisations fondamentales. Il se construit par la connaissance et donc avec la maturation des voies neuronales et cérébrales.

Le schéma corporel est un système de localisation et un système de capacité sensori-motrice dont la construction est dynamique [68]. Selon Jean-Michel ALBARET, le schéma corporel répond à un ensemble de représentation pour l'action et répond aux questions « où » et « comment » ? [76] Par exemple, où est mon bras ? Et comment le mobiliser pour faire telle action ? Il donne des informations sur la posture et sur les coordonnées spatiales des parties de mon corps. Selon F.DOLTO le schéma corporel est globalement universel [76], en ce sens il peut être objectivé dans les items du bilan psychomoteur à travers plusieurs notions comme la somatognosie, la latéralité, la réversibilité, … Il peut également être appréhendé par le regard clinique, dans le mouvement ou les fonctions instrumentales par exemple.

2.3.2. *Image du corps*

Le tonus, relié à certains aspects de la vie psychique, émotionnelle et relationnelle du sujet, est lié à l'image du corps. WALLON évoque le rôle de l'émotion sur les états internes de l'organisme « l'émotion joue un rôle premier » et influence les représentations du corps [78].

Selon Catherine POTEL, l'image du corps évolue de la naissance jusqu'à la mort. Elle est dépendante des interrelations primaires, de la relation à l'environnement, des intégrations cognitives et de sentiments plus profonds qui unissent le sujet à lui-même, à son environnement et aux autres [76]. L'image du corps selon J-M.ALBARET, sert à la reconnaissance et à l'identification du corps propre. Elle répond à la question « Quoi ? » c'est à dire quel corps je suis et quelles sont les particularités qui font que ce corps est le mien [76]. Elle porte donc l'empreinte des identifications et contre-identifications qui ont guidées la vie du sujet.

Françoise DOLTO explique qu'elle est propre à chacun et qu'elle se construit dans la relation à l'autre, de plus « *l'image de soi est construite de parties conscientes (les sentiments, se sentir bien dans sa peau, ou mal…) et les parties inconscientes (la psyché s'organise dans et par les conflits, les frustrations, les relations au père, à la mère,…)* ». Elle est en évolution tout au long de la vie et évolue en fonction des étapes rencontrées, notamment lors de l'adolescence [72].

L'image du corps est un système de perception des formes qui « *regroupe des perceptions et des attitudes à l'égard de son propre corps qui s'expriment par des pensées, des convictions, des sentiments mais aussi des comportements* ». Par ces paroles, C.POTEL met en avant que c'est une image subjective qui s'exprime extérieurement. Elle peut être évaluée à travers des questionnaires ou des tests projectifs [68]. Le test des représentations corporelles d'O.MOYANO par exemple, est un test qui comprend le dessin d'un bonhomme, l'entretien semi-structuré et le conte de la fourmi.

Il peut être un outil intéressant de perception de l'investissement du corps comme nous l'aborderons dans la prise en charge de Raphaël. Pour appréhender les représentations corporelles d'un sujet, il est nécessaire de multiplier les indices, c'est pourquoi le psychomotricien prend à la fois appui sur des tests et sur son regard clinique.

3. Des outils de prise en soin des adolescents en ITEP

3.1. Le cadre thérapeutique

Le cadre est composé d'un cadre matériel (lieu, espace, temps) mais également psychique avec des règles qui contiennent, limitent, bordent et donnent une sécurité.

Nous avons longuement étudié le besoin de sécurité que peuvent éprouver les adolescents que nous avons décrits tout au long de notre analyse. Le cadre constitue une enveloppe indispensable pour les jeunes que nous accueillons. Ces derniers peuvent essayer de le mettre à mal par des mots où des actes, s'assurant ainsi de sa solidité. « *Les problématiques des limites, si souvent présentes dans les difficultés de construction identitaire, vont se projeter très directement sur cette scène thérapeutique où il est question de faire, de bouger, de jouer, de s'exprimer.* » [71]

C'est en s'apercevant que le cadre résiste à leur agressivité, dans la continuité des séances, que les adolescents pourront éprouver une sécurité interne suffisante afin de se sentir contenu dans cet espace. Le cadre constitue une seconde peau protectrice et un appui solide qui permet à l'adolescent de prendre son envol, selon P.JEAMMET [46].

Dans un cadre solide l'agressivité peut trouver sa place, sans pour autant devenir violence. Yves MICHAUD précise que toute violence doit être proscrite puisqu'elle est dans tous les cas une rupture de communication [65]. Ainsi le cadre permet à l'enfant d'exprimer son explosivité, sa destructivité, son agressivité dans le respect de l'autre.

Ce besoin d'expression est d'ailleurs très présent chez l'adolescent. Il éprouve le besoin de laisser une trace de lui afin de s'approprier un espace qu'il voudrait soi. C'est en ce sens qu'il est important pour l'adolescent de trouver en psychomotricité des « *espaces de liberté et de créativité, où l'expression et l'expansion de soi ne causent de tort à personne, où l'énergie prend peu à peu une forme originale, ou les jugements de valeurs peuvent se radicaliser sans conséquences véritables* » [46] (*cf. vignette clinique du jeu symbolique de Nabil p.31*).

Ainsi comme le relèvent Lydie GUESNE et Manuelle RIVON, « *notre posture dans cet espace et ce temps, consiste à faire exister un espace intermédiaire où il est possible d'accueillir des pensées destructrices ou abandonniques sans être détruits ni même abandonnés dans la réalité* » [78]. Le cadre permet à l'adolescent d'exprimer son monde interne, ce qu'il ne peut se représenter ou symboliser et qui peut bloquer ses processus de pensée et ses apprentissages.

Le cadre est également essentiel pour le psychomotricien, il permet de border sa pratique et de contenir les séances afin de garder une cohérence dans sa prise en charge. Il a une fonction de protection pour les deux personnes qui sont en relation.

Il protège l'un et l'autre de l'histoire personnelle et de l'agressivité de chacun des deux.

3.2. La relation au cœur du métier

3.2.1. L'alliance thérapeutique et la fonction de miroir pour l'adolescent

Catherine POTEL évoque l'évolution de la prise en charge des adolescents au cours des époques. Il y a quelques années, une approche corporelle était proscrite car elle pouvait engendrer des débordements chez le sujet pris dans un « magma pulsionnel ». Daniel MARCELLI explique la difficulté que présente l'adolescence. Selon lui, « *à cet âge, l'approche corporelle doit toujours naviguer au plus serré entre l'excitation, la régression et le passage à l'acte. Mais inversement, quand les écueils sont négociés, la psychomotricité peut rendre à l'adolescent tout ou partie de l'indispensable fluidité entre le geste et la pensée, entre le corps et la psyché* » [71].

L'alliance thérapeutique peut parfois être longue à s'installer puisque, comme nous avons pu le voir, la relation peut agresser l'adolescent en reflétant ses difficultés. Cependant, une fois mise en place elle lui permet d'éprouver de la sécurité, de renforcer ses assises identitaires et l'estime qu'il a de lui-même. Ainsi « *l'autre et un reflet de soi, qui rassure et consolide* » [71].

Le psychomotricien joue également un rôle de pare-excitation par le langage. En séance, verbaliser ce qui se passe permet de constituer un miroir symbolique de ce que l'adolescent exprime dans les actes. La verbalisation permet également de prendre de la distance avec les actes et de créer une temporalité qui passe par la pensée. En séance, l'adolescent peut mettre sur le devant de la scène ses angoisses primitives, son agitation, ses anxiétés et sa temporalité de l'agir. Le psychomotricien reste lui dans le registre de l'être, dans la présence à l'environnement, à soi, et à l'autre. Il peut ainsi penser pour l'adolescent son « *tohu-bohu* » interne qui le submerge [78].

Comme le souligne D.COURBERAN, « *notre corps est notre instrument d'analyse des affects d'autrui. C'est un système de miroir résonnance* ». Denis MORTAMET rejoint ces propos en énonçant que ce miroir est « *ni exact, ni opaque, en mouvement, qui se trouble à certains moments pour s'éclaircir à d'autres* » [78]. Le psychomotricien est donc un miroir, il peut s'opacifier ou s'éclaircir selon ce que montre l'adolescent ou selon son histoire propre. Par une écoute attentive, c'est à lui de percevoir si l'obscurité vient de lui-même ou de la manière dont l'adolescent se reflète sur lui.

3.2.2. Le psychomotricien et son histoire personnelle

Catherine POTEL explique que « *le travail avec les adolescents, nous engage de façon très spécifique à se trouver soi, à être face à soi, dans tout ce que ça entraîne de subtil et d'intime mais aussi de difficile* » [71]. L'adolescent résonne à travers le tonus du psychomotricien.

Le professionnel doit posséder une « peau psychique » suffisamment fine, pour laisser l'adolescent résonner en lui mais assez épaisse pour servir de barrière de protection. Il possède également une intimité, une histoire et il ne doit pas envahir ou se laisser envahir par l'autre.

Le psychomotricien travaille avant tout par le corps et avec ce qu'il est [71]. C'est en étant conscient de sa propre identité, de sa vie émotionnelle et de ses vécus, qu'il peut gérer la distance la plus appropriée à la relation. Le langage sert de pare-excitation, reformuler une situation qui nous a surprise et l'expliquer en séance permet de détoxifier l'émotion engendrée, chez soi et chez

l'autre. De plus la prise de note permet d'avoir un retour sur ce qui s'est joué en séance pour soi et pour l'enfant afin de se dégager de l'agir ou d'une temporalité inscrite dans l'instant induite par la temporalité interne de l'adolescent rencontré. Cela permet de s'adapter et de se remettre en cause sans pour autant renoncer à ce que l'on est [46].

3.2.3. Pour les parents

Au cours de cette analyse, nous avons peu parlé de la place importante qu'occupent les parents dans la prise en charge. Ce choix est en lien avec le fait que les enfants rencontrés peuvent trouver en psychomotricité un lieu à eux, distinct de leur environnement familial et dans lequel ils peuvent exprimer ce qui n'est ni symbolisable, ni communicable ailleurs. Cependant, le travail avec la famille est de toute importance afin de resituer l'enfant dans son environnement global mais également aider les parents à surmonter la blessure narcissique potentiellement engendrée lors de l'annonce du handicap. Ce travail avec la famille est effectué par de nombreux professionnels de santé (psychiatre, assistante sociale,…) et est transmis en réunion pluridisciplinaire dans le cadre du secret professionnel partagé.

3.3. La médiation corporelle

Une médiation c'est le « *fait de servir d'intermédiaire entre deux ou plusieurs choses* » [18]. En psychomotricité la médiation permet d'être un intermédiaire entre soi et l'autre mais également entre expérience concrète et accès au symbolique. Le bilan psychomoteur est une première médiation, en ce sens A.BULLINGER affirme que « *le bilan sensori-moteur est à rapprocher d'un quasi-objet transitionnel pour l'examinateur et pour l'enfant, [par le bilan] ils se créent des représentations l'un de l'autre qui vont leur permettre de mieux se connaître, et ainsi pour l'examinateur de mieux aider l'enfant et ses parents* » [13]. Le bilan psychomoteur permet tout d'abord la rencontre, c'est un cadre qui vient contenir et faire tiers dans la relation.

Les médiations thérapeutiques encadrent le travail psychocorporel en plaçant un médiateur dans la relation qui sera un objet d'attention conjointe et un objet partageable permettant d'accueillir les émotions, les éprouvés, les affects et les comportements de l'adolescent. Pour ce faire, elle doit rester malléable selon les possibilités et les motivations du patient. Elle doit également être capable de faire place à l'expression créatrice puisque, la créativité est au cœur du processus de maturation de chaque patient et est un synonyme « *d'être vivant* » [4].

Le jeu est essentiel en psychomotricité, ses bénéfices ont longuement été développés par D.W.WINNICOTT. Selon lui « *si le thérapeute ne peut jouer, cela signifie qu'il n'est pas fait pour ce travail. Si le patient ne peut jouer, il faut faire quelque chose pour lui permettre d'avoir la capacité à jouer, après quoi la psychothérapie pourra commencer* » [84]. Le jeu permet d'engager des expériences corporelles, sensorielles, motrices et créatives qui seront à la source du processus thérapeutique.

La médiation est composée d'expériences concrètes qui apportent des repères topologiques comme les notions d'intérieur et extérieur, de verticalité, de plein et de vide, de gauche et de droite, de haut et de bas [72]. Elle peut également apporter des données de temps ou encore des repères sensoriels tels que dur, mou, chaud, léger,…

C'est de l'interrelation et de l'équilibre entre le corps et la psyché que repose la santé physique, psychique et la personnalité du sujet, ainsi l'action thérapeutique en psychomotricité a comme but de « *favoriser une plus grande fluidité entre les vécus primitifs inscrits dans le corps et les voies du langage verbal* » [72].

La médiation thérapeutique passe donc par l'expérience concrète afin de s'intégrer ensuite à d'autres strates de la psyché. Fabienne LEPLAT explique comment les expériences peuvent se transformer au fil des séances. Selon elle, l'excitation est première puis viennent ensuite des schèmes moteurs intériorisés et un jeu qui soutient l'action. La verbalisation, qu'elle appelle narrativité, est la dernière phase d'élaboration, elle permet la mise en forme des actes et la mise-en-mots de l'action du jeu [78].

Ainsi, *« le travail vectorisé par le corps ouvre à un vrai processus de transformation psychique »*. En lien avec les paroles de C.POTEL nous pouvons comprendre que la médiation permet un travail d'élaboration psychique essentiel pour la construction de l'identité et du sentiment d'existence. En effet, « *quand on travaille au plus près du corps, on est à la fois dans la réalité corporelle, monde de la sensation et de la perception, et dans le registre symbolique qui va permettre la construction identitaire, la représentation, les liens entre soma et psyché* » [71].

La médiation se construit en lien avec le patient que nous rencontrons et nous aide dans notre écoute et nos observations. Catherine POTEL parle d'un effet loupe, selon elle la médiation permet de donner forme, tout d'abord dans notre regard puis dans celui du patient, aux choses minimes à côté desquelles on aurait pu passer. A travers le cas clinique de Raphaël nous percevrons qu'une esquisse tonico-motrice inconsciente peut prend forme dans la médiation et devient alors porteuse de sens.

La médiation corporelle est à la fois un jeu vecteur d'expression et un lieu permettant l'expérience afin d'activer la boucle sensori-motrice, décrite par A.BULLINGER. Elle constitue un espace partageable de relation et d'écoute des vécus du patient. C'est un contenant qui donne forme en permettant la transformation des éprouvés en représentations. Elle permet une expression de soi et elle engage l'adolescent dans sa globalité et avec sa créativité avant même de se pencher sur les compétences et les difficultés du sujet.

« *Au travers des activités ludiques, c'est toute l'expression du corps et sa fonctionnalité qui se déploient au service d'une maturation et d'une construction d'« être soi ». Ainsi, si le psychomotricien est concerné par les acquisitions, les expériences, les structurations, il est, de fait, du côté de la construction identitaire, étant donné la portée symbolique des engagements corporels* » [71].

Nous verrons à travers la prise en soin de Raphaël, l'importance de la médiation comme vecteur d'expression et plus largement nous percevrons la place qu'occupe la psychomotricité dans la construction identitaire et psychocorporelle de l'adolescent.

III. Raphaël « *Quand tu pleures, c'est comme moi quand je suis triste* »

Je vous présenterai la prise en soin de Raphaël en suivant l'ordre chronologique. Je commencerai donc par une anamnèse regroupant des éléments de son histoire familiale, de sa scolarité et des bilans de prise en soin effectués avant mon arrivée. J'aborderai ensuite son suivi en psychomotricité en commençant par le début de sa prise en charge puis en vous exposant les évolutions. Je terminerai en abordant les éléments nouveaux évoqués lors de la dernière synthèse, les perspectives d'avenir et conclurais sur quelques réflexions personnelles autour de ce cas.

1. Présentation générale:

1.1. L'anamnèse

Raphaël est né prématurément (à 8 mois de grossesse) par césarienne, en janvier 2004, suite à un déni de grossesse qui a été diagnostiqué tardivement (vers 6-7 mois). Il a une sœur et deux frères plus grands que lui (respectivement 38 ans, 30 ans et 18 ans). Seul le plus jeune de ses frères est au domicile familial.

Raphaël est repéré très tôt dans le cadre scolaire avec des retards des acquisitions et une forte agitation. Il faisait l'objet de moqueries depuis la maternelle, ce qui a été difficile narcissiquement pour lui et ses parents. La scolarité s'arrête donc en CE1 et en 2012, il entre en urgence dans un premier ITEP. L'objectif est alors de retrouver un apaisement et de remettre en place les apprentissages scolaires.

Dans ce premier ITEP il bénéficie d'un suivi psychothérapeutique, il participe à un groupe de psychomotricité et à un groupe autour des émotions. En 2012, aucun traitement médicamenteux n'est mis en place car les parents y sont opposés. Cette prise en charge a un impact positif, il est moins opposant, moins agité et les progrès au niveau de l'ITEP se font également ressentir au domicile familial. Il est constaté qu'il a besoin d'un fort étayage et qu'il prend un réel plaisir à la réussite ce qui lui permet de poursuivre ses progrès. En 2014, les parents de Raphaël se séparent mais il refuse d'en parler à l'équipe éducative et thérapeutique.

En 2015 le dossier MDPH est réactualisé et il arrive en juillet 2016 à l'ITEP dans lequel j'effectue mon stage cette année. Selon le dossier, la pathologie diagnostiquée est un trouble mixte des conduites et des émotions, un retard des acquisitions scolaires, un trouble hyper-kinétique, un trouble de l'humeur avec une tendance dépressive et une pathologie narcissique.

1.2. Les bilans à son arrivée à l'ITEP

Selon les bilans effectués à son arrivé à l'ITEP, Raphaël à une bonne motricité et de bonnes praxies. Il a cependant des difficultés instrumentales qui apparaissent notamment au niveau de la trace écrite avec la pince poly-digitale qui n'est pas mise en place et une certaine raideur. Ceci est à mettre en lien avec le défaut de régulation tonique qui ressort lors du bilan psychomoteur mais qui est aussi constatée dans sa posture rigide et hypertonique. Il se montre cependant capable de relâchement sur commande volontaire.

Au niveau de la somatognosie il semble avoir une bonne connaissance globale du corps. Il a acquis les capacités de réversibilité et de décentration.

Le niveau cognitif, les compétences visuo-spatiales et les connaissances spatio-temporelles sont en accord avec son âge. Le bilan orthophonique met en avant un retard de langage, des difficultés sur la mise en mot de la pensée et la verbalisation des émotions ainsi que dans le jeu théâtral des émotions. Ceci rejoint ce qui a été observé en psychomotricité. En effet il présente une certaine impulsivité, avec des débordements pulsionnels, un défaut de régulation émotionnelle et de nombreuses réactions de prestance. En séance il est également relevé que Raphaël a des difficultés dans la verbalisation de ses propres débordements ou vécus.

Dans la relation aux autres il a une bonne utilisation du langage. Cela est un support utilisé en classe pour les apprentissages car l'oral le valorise. Cependant, il reste dans un registre pragmatique et privé d'affects. Ceci rejoint ce qui a été relevé dans les autres espaces concernant ses difficultés de symbolisation avec un faible accès à l'imaginaire. La psychologue relève un rapport à la réalité précaire avec une pauvreté de son monde interne. Il ne parle pas de ses difficultés même s'il en semble conscient et il est plus à l'aise avec un médiateur dans la relation.

Au niveau scolaire son comportement est un obstacle aux apprentissages. Il peut avoir des moments d'excitation et d'agressivité avec provocation et opposition. Il présente des angoisses, de l'insolence, de l'agitation, il s'oppose aux règles mais il comprend les rappels à l'ordre. Il a également une forte fatigabilité, une anxiété de performance et une concentration fluctuante qui font obstacle à ses apprentissages.

Sur le groupe il participe à la vie quotidienne. Il a besoin de la confiance de l'adulte et les temps individuels permettent de le renarcissiser. Il n'investit pas les relations aux autres, reste globalement passif sur le groupe et ne prend pas de plaisir à jouer. Ceci peut être mis en lien avec ses failles narcissique, la faible estime de soi et le fait que les autres sont pour lui une menace, comme le met en avant le bilan psychologique. Il a ainsi des carences sociales avec une inhibition.

Au niveau des questions de la puberté, le dossier de Raphaël indique qu'il présente une problématique identitaire et notamment au niveau du corps sexué. Par exemple, sur le groupe, il est relevé qu'il a tendance à mettre au féminin les prénoms des autres ou les adjectifs. Aussi lors du bilan psychomoteur, il dessine un bonhomme qu'il définit de « *personnage moitié-moitié* ». Ce bonhomme nu, possède des cheveux courts, des cils longs, une barbe, un sexe masculin, une poitrine et une taille bien dessinée. Face à la propre ambiguïté de son dessin il demande « *C'est une fille ou un garçon ?* ». Question à laquelle il répond lui même en inscrivant en majuscule « *FILLE*» sur le dessin.

A l'ITEP se mettent alors en place des consultations psychiatrique et psychologique ainsi qu'un suivi en orthophonie. Aussi il accepte de prendre de la mélatonine pour ses troubles du sommeil, qui est un traitement médicamenteux accepté par ses parents. Il est aussi préconisé une prise en soin en psychomotricité afin de travailler sur l'investissement du corps. Cependant elle sera réétudiée pour l'année suivante (2017) afin d'éviter de renforcer ses mécanismes de défense en mettant en place un travail corporel dès sa première année à l'ITEP.

1.3. La prise en soin en psychomotricité

La prise en soin en psychomotricité a commencée en 2017 afin d'aider à Raphaël à se détendre, à gérer ses émotions et à travailler sur l'estime de soi en lien avec l'image du corps. Raphaël a alors 13 ans lorsque la prise en soin débute.

Dans un premier temps, compte tenu du besoin que Raphaël a d'être en confiance avec l'adulte, la psychomotricienne insiste sur l'instauration d'une alliance thérapeutique qui doit être solide pour lui permettre d'exploiter cet espace de soin. Cette relation de confiance permet d'aller progressivement vers un travail corporel de relaxation. Petit à petit Raphaël trouve ses repères dans cet espace, il s'y sent contenu et peut baisser certains mécanismes de défense tels que l'opposition et la provocation, afin de s'investir pleinement dans le travail corporel. Les séances sont alors organisées en 3 temps : un temps dynamique, un temps de relaxation et un temps de mise en mots et de verbalisation.

Au bout de la première année de prise en charge, l'espace de psychomotricité est bien investi par Raphaël, il s'y sent en sécurité et est en demande de ces séances qui l'apaisent.

1.4. L'évolution générale

Au niveau de l'évolution globale (2017-2018), il est relevé que Raphaël présente moins de réactions de prestance, d'agressivité, de provocation et de passage à l'acte transgressifs. Il a un rapport à la réalité qui reste précaire et éprouve encore des fantasmes de violence. Il présente une bonne croissance et semble plus attentif à son hygiène qui pouvait faire défaut.

Sur le groupe il présente une bonne évolution avec encore une difficulté à se mobiliser, une absence de curiosité et un besoin que « l'on désire pour lui » selon ses éducateurs. Le milieu familial est défini comme assez enfermant car peu tourné vers l'extérieur, cependant les parents sont investis malgré des inquiétudes.

La pensée est plus structurée, moins diffluente avec moins de mécanismes de défense mais il n'aborde pas les questions sur la sexualité. Concernant son sommeil le traitement sous mélatonine se poursuit.

Au regard de l'adulte il cherche à être le bon objet par contre le regard de l'autre semble encore le menacer et lui renvoie ses propres fragilités et sa quête identitaire.

En effet, il a pu exprimer la difficulté de cohabiter avec des enfants déficitaires. Ceci peut être lié au fait que les autres enfants de l'institution viennent faire miroir, lui renvoyant ses propres difficultés. Eugène ENRIQUEZ dit à ce propos que « *dans un monde où tous les actes se passent devant une série de miroirs (les regards des autres), où rien ne peut être caché, dans ce monde de la 'représentation' perpétuelle, chacun va essayer de définir et de trouver son identité et son unité personnelle* » [9]. Ainsi Raphaël projette sur les autres des éléments de lui-même, leur attribuant ses propres doutes que se soit sur le plan de son identité sexuée (en mettant les noms des autres au féminin) ou de sa blessure narcissique en lien avec ses difficultés dans les apprentissages (propos disqualifiants à l'adresse des autres adolescents).

2. La prise en charge en psychomotricité à mon arrivée à l'ITEP

En 2018 est effectuée une demande de prolongation de l'accompagnement à la MDPH car l'évolution est lente mais pérenne et c'est une volonté des parents. Ces derniers sont en effet très favorables à cette prise en charge et ils relèvent des progrès tels que plus d'autonomie, une meilleure gestion du quotidien et des déplacements extérieurs (il vient en scooter à l'ITEP), ainsi qu'une relation plus authentique et bienveillante à ses pairs malgré une estime de soi qui reste faible. Nous pouvons relever que la blessure scolaire est encore présente chez Raphaël et sa mère. A ce propos, au cours d'un entretien, elle verbalise qu'à l'école « *on l'a enterré* ».

Globalement le travail porte à présent sur les angoisses narcissiques et le registre dépressif ainsi que les questions identitaires et notamment spécifiques de l'adolescence. Il a aussi des difficultés relationnelles et besoin d'un étayage socio-culturel.

2.1. La première rencontre

Lors de ma rencontre avec Raphaël le 6 décembre, c'est le premier jour de reprise des séances de psychomotricité depuis juin 2018. Il m'apparaît alors empreint de maniérisme, il dit bonjour d'une façon théâtralisée et se tient très droit. Il est grand, assez pâle avec une voix grave, et une certaine prestance. La psychomotricienne m'informe que la psychomotricité permet de l'aider à se détendre et si possible de lui permettre de travailler sur ses ressentis et émotions.

Nous commençons chaque séance par un temps au bureau au cours duquel nous pouvons nous présenter et faire l'état de comment nous nous sentons. Raphaël se présente alors comme fatigué avec des douleurs somatiques (mal de dos). Son expression orale est concrète, concise et il utilise un langage soutenu. Ces plaintes somatiques seront par la suite présentes à chaque début de séance. Elles montrent que son corps est investi douloureusement.

La psychomotricienne lui propose d'entreprendre un travail de relaxation par induction verbale avec visualisations cependant il se montre réfractaire à cette nouveauté car il est attaché à ses habitudes. Il dit n'avoir rien ressenti à la première relaxation et s'être endormi. La psychomotricienne juge alors trop précoce ce travail entrepris et elle décide de ne pas le réitérer car cela semble le mettre à mal et il n'a pas accès à ces représentations pour l'heure. La deuxième partie de la séance est consacrée à une relaxation avec médiateur (balle à picots) pour garder une continuité avec l'année précédente.

2.2. Installation du cadre thérapeutique et présentation descriptive de Raphaël

Au cours de notre deuxième rencontre la psychomotricienne a un rendez-vous et ne peut donc assurer la fin de la séance. Elle propose à Raphaël que je finisse la séance avec lui ce qu'il refuse car il dit « *revenir de 2 semaines de maladie* ». J'accueille ce refus positivement puisque c'est un adolescent qui a besoin de sécurité et que ce n'est que notre seconde rencontre.

Raphaël se plaint de souffrances au dos et la psychomotricienne lui propose des étirements sur la première moitié de séance. Nous réalisons tous les trois ensemble ces étirements afin de symboliser une nouvelle relation thérapeutique qui n'est alors plus duelle. Il peut suite à cette première partie de séance, revenir sur sa décision et accepter que je mène la relaxation. A la fin de

la relaxation il verbalise le mot « *apprentie* » mais peut aussi dire qu'il n'a plus mal au dos. Ce n'est que la séance suivante que je pourrais comprendre pourquoi le mot « *apprentie* » a été utilisé par Raphaël. Il a remarqué les changements dans ma façon de faire par rapport à la psychomotricienne. Il s'est adapté à certains d'entre eux, les relevant sans les remettre en question. Mais d'autres sont pour lui insoutenables et il les verbalise la fois suivante, en demandant à la psychomotricienne, très précisément, de me remontrer certains gestes. Suite à cette séance se construit un nouveau cadre thérapeutique.

Le premier temps est le **temps d'accueil** au cours duquel Raphaël arrive avec ce qu'il a et ce qu'il a envie de nous présenter. Il peut dans ce temps déposer son état d'être en mots et en actes. Nous accueillons à ce moment sa plainte somatique qu'il exprime essentiellement par des mots soutenus semblant dégagés d'affects. Au niveau mimique et gestuel, Raphaël a une expressivité qui est globalement figée. La mâchoire est serrée, le regard fixe et la motricité faciale est peu investie dans la relation et la communication.

Le deuxième temps correspond à un **temps dynamique** au cours duquel la psychomotricienne propose des mouvements en s'adaptant à la plainte somatique de Raphaël.

Au cours de ce temps je perçois un équilibre précaire, notamment dans les postures statiques. Lorsqu'il perd l'équilibre il justifie en disant que cela provoque une sensation de vertige qui de surcroît correspond à une de ses phobies. Il présente une marche en appui sur l'avant du pied avec des pas de faible amplitude. Ses mains sont la plupart du temps enfouies dans les poches de son pantalon. Il présente donc une posture de rassemblement et la motricité des membres supérieurs est de peu d'ampleur avec des gestes souvent incomplets. Il peut s'arrêter au milieu d'une proposition et se placer dans une position passive de retrait. Ainsi, sa posture et sa gestuelle s'inscrivent dans une allure globale comme empreinte de « fatigue ».

Pour terminer la séance je lui propose un **temps de relaxation** avec une balle à picot. Le médiateur est important à l'adolescence, il se positionne entre soi et l'autre dans un temps qui est partagé. Le peau à peau pouvant être vécu comme intrusif ou excitant, le médiateur est une alternative qui permet « un toucher qui ne touche pas ».

Le temps de relaxation commence par une prise de contact au niveau du dos puis une sollicitation de l'enveloppe du corps, de la tête aux pieds. Dans un deuxième temps, par un appui plus puissant sur le dos, le médiateur vient solliciter la sensibilité profonde puis la densité osseuse avec des petites percussions provoquant des vibrations. Elle se termine par un temps de reprise et de remobilisation corporelle accompagnée de paroles afin de sortir de la relaxation et amener au temps de verbalisation, à ce moment « *l'expérience du corps, éprouvée et partagée pourra se distancier du vécu tonico-émotionnel et accéder à une représentation de soi* ».

Cette relaxation permet une expérience sensorielle qui a également des effets toniques. Lydie GUESNE et Manuelle RIVON relèvent que les « *expériences sensorielles produisent des éprouvés corporels qui vont se transformer en représentations* » [78].

Lors de la relaxation il peut se déposer sur le sol et rester dans l'immobilité. Ses jambes et ses pieds semblent peu relâchés et il garde un contrôle oculaire sur mes gestes. Dans les premières séances il cherchera la psychomotricienne des yeux dans la salle. Après plusieurs séances il semble plus relâché et peut fermer les yeux mais sa motricité faciale reste contractée.

Au vue de ce tableau global, nous pouvons percevoir que Raphaël est fatigable, il y a peu d'expressivité dans le geste et au sein de la motricité avec des blocages psychomoteurs (liés à un manque de souplesse ou de contrôle du geste et réciproquement liés à des processus de pensées ou à des craintes). Ainsi nous pouvons percevoir un lien entre l'expression du corps et les troubles psychiques présent dans le dossier de Raphaël. Le fond dépressif, les failles narcissiques et le trouble hyperkinétique de Raphaël sont perceptibles dans sa gestuelle, sa motricité, sa mimique,… Nous pouvons dire que son « être » psychocorporel et ses « agirs » sont empreints de son vécu émotionnel, de ses fonctionnements de pensées et peuvent être resitués dans son histoire de vie.

Ce qui se ressent dès la première séance c'est le clivage du bon et du mauvais comme j'ai également pu le relever dans le bilan psychologique. La psychomotricienne est « le mauvais objet », dans la première partie de séance, elle le met à mal, elle lui réveille des douleurs et il sera dans la plainte. Quant à moi je suis le bon objet qui le restaure en fin de séance et grâce à mon action il n'a plus aucune douleur. Ceci s'apparente à une « action magique » qui a essentiellement une valeur symbolique pour Raphaël. Cet espace est donc pour lui un espace de régression où il peut rejouer des mécanismes infantiles tels que la dichotomie entre le bon et le mauvais objet et dans lequel il peut se détruire et se restaurer.

2.3. Evolution dans la prise en charge

Fin janvier, la relation thérapeutique que nous avons constituée à trois est un appui solide. La psychomotricienne considère que c'est le moment de faire évoluer notre prise en charge et que le cadre est suffisamment solide pour contenir les angoisses de Raphaël, face à la nouveauté. Le travail se centre sur son hypertonie et sur l'expression de ses ressentis internes.

Nous conservons la même structure de séance et à la fin des étirements proposés par la psychomotricienne, dans le premier temps de séance, nous verbalisons chacun notre tour notre vécu par un mot que l'on s'efforce d'expliquer. La première fois que la psychomotricienne et moi verbalisons nos vécus, cela surprend Raphaël qui essaye de reprendre le contrôle de la situation en répétant les mots annoncés précédemment et en distribuant la parole « *Légère, posée* [paroles de la psychomotricienne]… *Allons-y, Paloma, à toi !* ».

Ce mécanisme qui lui permet de garder la maîtrise, reste présent sur les séances suivantes au moment de la verbalisation. Cependant ses mots évolueront ; il sera capable d'avoir un langage moins plaqué passant de « *bien », « j'ai plus mal », « relaxation* » à des choses plus précises telles que « *c'est sur les omoplates que c'était agréable* », ce qui reflète une meilleure écoute du corps. Cette verbalisation est importante afin d'accéder aux représentations de ce qui se déroule en séance et reconstruire une temporalité afin de l'amener à être dans l'écoute de ses ressentis et dans la prise de conscience de ses actes.

Raphaël a besoin d'un contrôle qui s'incarne dans sa gestion du temps. Il est toujours à l'heure et un léger changement d'horaires soulève de nombreuses interrogations. Sa rigidité, visible au niveau corporel, est également perceptible psychiquement. Il a peu de flexibilité ce qui le rend vulnérable aux changements. Ceci peut expliquer également la difficulté qu'il peut rencontrer à s'affirmer en tant qu'adolescent. D'une part, les changements de son propre corps, survenus à la

puberté, semblent le mettre à mal. Et d'autre part, il éprouve des difficultés à exister en tant qu'adolescent dans un groupe, puisque le groupe l'agresse.

Il est essentiel dans les prises en charge en psychomotricité, de conserver un certain cadre qui le protège des agressions de l'extérieur, dans une fonction de pare-excitation. Ainsi, à travers ce cadre solide, l'objectif est d'apporter de la nouveauté et de lui donner des éléments pour que lui même puisse faire ses expériences qui enrichiront ses représentations.

Le cadre de prise en charge évolue à nouveau. La première partie de séance, animée par la psychomotricienne devient le « *jeu des démarches* ». Dans ce jeu elle propose des marches et nous nous déplaçons dans la pièce de cette manière. L'objectif est qu'en passant par la sensation, Raphaël puisse s'approprier ses ressentis et développer une meilleure gestion de ses émotions, tout en favorisant l'émergence de représentations.

Nous partons de modifications concrètes: sur la pointe des pieds, sur les talons, sur le côté du pied, avec des petits pas, des grand pas, des pas rapides… A des choses plus symboliques, en faisant « *comme si…* » : comme si on était fatigué, comme si on était pressé,... Prenant en compte que le regard peut être intrusif et qu'il a la possibilité de s'étayer sur l'autre, nous faisons ce jeu avec lui. Nous faisons également le choix d'accentuer nos « démarches » mais de faire différemment la psychomotricienne et moi, afin qu'il puisse saisir l'individualité que nous pouvons avoir les uns par rapport aux autres ; et ce, sans avoir peur de l'affirmer, d'affirmer notre propre originalité ou autrement dit notre identité. Ce jeu nourrit ainsi son image du corps, permet une affirmation au sein du groupe que nous constituons à trois. A la fin de la séance, la détente par la relaxation est maintenue permettant une globalisation des sensations corporelles.

3. Présentation de trois séances significatives dans la prise en soin

3.1. Une esquisse tonico-motrice inconsciente

Au cours de la première séance, il semble bloqué dans son corps et apporte peu de modifications dans sa marche habituelle. C'est une marche très droite avec une gestuelle quasi inexistante et une rigidité croissante au fur et à mesure que l'on entre dans le registre symbolique. Cet exercice entraine des défenses de sa part. Il commente nos actions, se servant à nouveau de la parole comme rempart contre cette nouveauté. Il exprime que ça le met à mal en prétextant : « *On ne marche jamais comme ça dans la rue… Sauf si on est fou…Ou bourré* ».

Lorsque la consigne est une démarche empreinte d'une émotion, il ne s'opère aucun changement dans son corps. C'est au moment où je propose le mime de la joie, que nous sentons d'un seul coup, un laisser aller corporel, un relâchement tonique, très court mais visible qui nous encourage a réitérer cette proposition. C'est ce que Daniel COURBERAND appelle « *un simple élan ou écart gestuel, voire une esquisse inconsciente tonico-motrice […] en tout cas, quelque chose du corps qui laisse entrevoir du ''possible partageable'' : du pensable, du symbolique, quelque chose qui nous rapproche du patient, qui nous co-construit et qui nous motive aussi et qui mobilise notre attention de thérapeute.* »

3.2. La carapace de tortue

La deuxième fois que nous proposons à Raphaël le jeu des démarches, il semblerait qu'il se familiarise avec cette proposition. Nous ajoutons le support de la musique afin de voir si cela l'aide, s'il se cale sur le rythme dans la marche mais il semble n'y porter aucune attention particulière. Il réalise les premières démarches, durant lesquelles il parlera moins et exprimera peu de plaintes somatiques. Ceci témoigne qu'il est plus centré sur lui et met en veille le langage qui fait défense.

Lorsqu'on marche sur la pointe des pieds il verbalise qu' « *on dirait qu'on marche sur des talons* », la psychomotricienne lui dit que c'est comme si on était des girafes et qu'on était fiers. Il reprend en disant : « *Non, c'est plutôt comme si on était des mannequins* ». Ses critiques portent plus sur une analyse symbolique que sur la réalisation concrète du mouvement.

Dans le mouvement il peut se hisser sur la pointe des pieds sans présenter de déséquilibres, ses bras sont déliés et peuvent même se détendre dans la réalisation de la marche. Il présente moins de syncinésies, contractions dans les membres supérieurs en lien avec l'élévation du tonus axial et postural pour le maintien de la position érigée sur la pointe des pieds en lutte contre le déséquilibre.

A un moment je fais le choix de mimer la tristesse, toute recroquevillée sur moi même. Il peut alors verbaliser : « *Quand tu pleure, c'est comme moi quand je suis normal* », la psychomotricienne lui dit : « *Peut-être que tu es triste* » et il répond : « *Oui… des fois* ». Raphaël a peu d'expressivité dans le visage, la musculature faciale semblant toujours garder un fond tonique élevé. Il peut faire preuve d'humour et esquisser de nombreux sourires. Cependant ce sourire me paraît « contraint » et peu adressé. La psychologue avait déjà fait ce constat disant : « *il est agréable et souriant mais il n'est pas joyeux* ». Yves MICHAUD relève à ce propos que dans certaines pathologies limites il y a une coupure entre l'impulsion corporelle et l'affect [65].

Ainsi il existe chez lui un réel clivage entre l'expression du corps et l'émotion, mais il peut s'étayer sur l'image de l'autre. Mon corps a une fonction de miroir de sa propre intériorité, il arrive à s'identifier à l'émotion que je mime et que lui n'arrive pas à exprimer corporellement bien qu'elle soit ressentie. Il peut s'étayer sur l'autre pour prendre conscience de lui. Dans ce processus il y a un passage par les processus de pensées qui fournissent une image intériorisée de soi et de son état émotionnel [78]. Ainsi nous percevons que la médiation corporelle est structurante et permet de rétablir le lien entre vécu du corps et représentation psychique.

Ceci rejoint l'enveloppe d'appropriation de D.COURBERAN. Cette enveloppe permet de mettre en place les identifications structurantes pour l'identité et grâce auxquelles il est possible de « *s'approprier quelque chose de l'autre dans son propre corps* ».

A la fin de la séance chacun peu choisir ou refaire une dernière démarche. Raphaël en propose une nouvelle. Ceci se distingue de la séance précédente durant laquelle il avait repris une démarche déjà réalisée au cours du jeu. Il se met en quadrupédie et énonce: « *on va faire la tortue* ». Notons que c'est réellement une nouveauté puisque jusqu'à présent nous n'avions jamais mimé d'animal. Il marche un peu en quadrupédie et se cache dans sa carapace dans un mouvement repli autour du centre. La colonne s'enroule et les membres sont en flexion. Il redresse la tête qui

elle aussi était enroulée et nous demande : « *La tortue, si elle sort de sa carapace qu'est-ce qu'il se passe ?* ». Je ne peux m'empêcher de penser qu'il parle peut-être de lui, de sa carapace tonique et de ses inquiétudes d'aller vers l'extérieur ou de grandir.

Ainsi il a pu se décentrer de ses sensations propres auto-engendrées (tensions musculaires) pour s'ouvrir vers ce qui est vécu et partageable avec d'autres. Il s'est appuyé sur le jeu pour exprimer les angoisses, difficiles à décrire par des mots qui sont inscrites corporellement en lui et qui le freinent dans l'établissement de son identité d'adolescent et de futur adulte.

Corporellement Raphaël semble cacher sa labilité émotionnelle derrière un personnage, une prestance et une « carapace » tonique qui lui servent de barrière de protection. Cela permet de faire une enveloppe qui contient ce qu'il ne pourrait pas maîtriser et le coupe également de l'extérieur, vécu comme menaçant. Ceci s'apparente aux cuirasses caractérielle et tonique décrites par Wilhelm REICH, qui ont une fonction de protection de l'organisme [82].

3.3. Le test des représentations corporelles et la relaxation

La dernière séance que je souhaite vous présenter est la séance au cours de laquelle j'ai fait passer l'entretien des représentations corporelles d'O.MOYANO, à Raphaël, test qu'il se souvenait avoir déjà passé l'année précédente (*cf. bilan des représentations corporelles –dessin, entretien et conte de la fourmi- placé en annexe (III) p.89).*

La première étape de ce test est une représentation d'un bonhomme. Raphaël dessine un alien, nu, avec des grands yeux, un gros cerveau et aucun signe distinctif de genre. Il me demande s'il doit lui faire des vêtements et quand je lui indique que c'est son dessin et que ce choix lui appartient, il me répond « *Non, ça n'a pas de vêtements un alien* ». Son geste est lent, hésitant et son trait en surimpression. Le dessin est peu investit et ne présente aucune couleur. La cotation totale se situe au dessous du premier quartile et correspond au dessin d'un enfant de 7 ans.

Lorsque je lui demande d'écrire les différentes parties du corps, il dit « *ouf, ça va être dur* », pour ne pas le mettre en difficulté je propose de les noter sur ses indications. Il fait alors des flèches et trace les traits sur lesquels je dois écrire. Ainsi, il contribue à la réponse en établissant un cadre pour mon acte graphique.

Dans la suite du test, lors de l'entretien sur les représentations corporelles la question des « *parties intimes* » reviendra dans 3 questions sur les 9 posées (les choses fragiles, les choses qui se plient et se déplient et ce qu'il aime dans le corps). De plus il précisera « *les parties intimes, pour les garçons* ». Ce qui montre que les questionnements relatifs à la puberté sont en élaboration.

Il note l'importance du dos en disant « *le plus important c'est le dos* », le lieu de ses douleurs somatiques, qui occupe également une place importante sur le dessin.

Il relève que le cerveau « *c'est solide sinon je réfléchirais pas* ». Raphaël attribue une forte place à la mentalisation qui le coupe de ses ressentis internes. Il arrive à exprimer son importance au travers de l'entretien et aussi par l'intermédiaire du dessin.

Au niveau de la connaissance du corps il arrive à nommer de nombreuses parties. Il présente une bonne connaissance topologique du corps.

Pour les questions concernant l'investissement corporel, quand je lui demande *ce qu'on peut faire avec son corps*, il me répond « *pleins de choses* », mais il cite des choses où le corps est perçu comme un objet « *je cours, je fais du sport, j'entretiens mon corps, je le muscle,…* ».

La dernière épreuve du test est le test de la fourmi. Durant ce test il emploie un vocabulaire riche surtout concernant l'intérieur du corps « *les globules rouges, les globules blancs, le cerveau, le foie, l'intestin* » et il refait allusion à ses parties intimes en indiquant que la fourmi ne peut pas entrer à « *l'endroit que j'pense, aurait mal, enfin ça ferait des guilis* ». De plus, lors des questions engageant le narcissisme il ne parle que de l'intérieur du corps et il m'explique que l'histoire se finit bien car quand la fourmi est entrée dans le corps humain « *elle a vu une exposition du corps humain en vie* » et que le garçon « *a eu des fourmillements dans le ventre* » ce qui était agréable.

Il évoque aussi le domaine du sensoriel, il questionne afin de savoir si les yeux sont à l'intérieur ou à l'extérieur du corps, il parle des « *papillons dans le ventre* », il dit que l'on sent que les os et les muscles sont durs.

En conclusion, ce test permet d'étayer les observations faites dans les séances. L'identité adolescente semble être en cours de construction de part l'avènement de la puberté. Rappelons que Raphaël avait réalisé un dessin du bonhomme mi-homme/mi-femme l'année précédente et présentait des difficultés à s'identifier à un genre. Actuellement, son bonhomme est moins dans cette ambivalence de genre et il peut parler des traits physiques masculin.

De plus, il est particulièrement centré sur l'intérieur du corps et le vocabulaire concernant l'extérieur, la face visible qui permet la relation, est peu investi.

Le sensoriel semble important pour Raphaël de même que la mentalisation. Cependant au cours de nos précédentes observations nous avons pu relever qu'il existe un clivage entre les deux. La médiation corporelle et les séances de psychomotricité permettent de recréer des liens corps-esprit. A la fin du test il m'indique qu'il n'a pas trouvé le test difficile et accepte la proposition de relaxation afin de clôturer la séance.

3.4. L'importance de la relaxation

Pour ce qui est de la partie de séance basée sur la relaxation, l'évolution est visible corporellement (yeux mi-clos, pieds et jambes bien ancrés dans le sol, il ne cherche plus la psychomotricienne des yeux dans la salle). On ressent qu'il est plus relâché, que son tonus baisse au fil des séances et il peut également décontracté sa musculature faciale. Il a besoin de plus de temps de reprise, dans le silence, alors qu'avant il se relevait très vite. Ceci montre que la relaxation lui permet d'éprouver la détente et de diminuer son tonus global.

Ses verbalisations sont toujours sur le registre de l'agréable mais le vocabulaire est plus élaboré. Il a pu verbaliser les mots : « *détendu* » « *ressourcé* », en ce sens Wallon dit, « *l'enfant qui éprouve est sur le chemin de l'enfant qui évoque* » [78]. Cependant, il tourne toujours la tête du côté où je suis afin de me garder dans son regard ce qui est l'empreinte d'un contrôle qu'il n'arrive pas à lâcher et d'un besoin de réassurance.

Son installation reste ritualisée : il prend le même coussin de séance en séance, le tapis est placé au même endroit de la pièce, il va chercher la balle à picot et demande à mettre la musique et à fermer les volets. Cependant, Raphaël a pu changer des habitudes dans ce temps. Au cours d'une séance il a demandé à essayer d'autres médiateurs, cette curiosité sensorielle est une preuve qu'il est en sécurité dans la relation. De plus, c'est une avancée positive puisqu'il s'ouvre à des choses nouvelles et à la surprise. Ainsi, il rompt avec le temps circulaire, permettant de créer et re-créer dans un processus contenant mais n'ouvrant pas à la possibilité de changement [21].

La dichotomie du bon et du mauvais objet reste présente. Il est donc nécessaire de garder ce temps final de relaxation qui est un support sécurisant pour Raphaël.

Les séances suivent une ritualisation avec le temps d'accueil de sa plainte, au bureau, en début de séance puis le temps de restauration, à la fin. Le jeu des démarches se situe entre ces deux-temps et, à l'image des micro-rythmes de Marcelli, il permet à Raphaël d'expérimenter la nouveauté. Cette ritualisation lui apporte la sécurité nécessaire pour qu'il puisse « se mettre en danger » dans la séance, franchir des limites, s'exprimer sur ses ressentis. Ceci est possible puisqu'une possibilité de restauration lui est offerte à la fin, comme cela a été longuement décrit par Mélanie KLEIN et Donald Winnicott.

4. Conclusion

4.1. Perspectives d'avenir

Une nouvelle synthèse a eu lieu le 28 Mars 2019. Au cours de cette synthèse la professeure de Raphaël note un regain de motivation dans les apprentissages même s'il préfère rester sur ses acquis qui sont renarcissisants. Au niveau éducatif de nouvelles problématiques se révèlent notamment d'un point de vue de l'hygiène et de l'alimentation. Il présente des comportements d'opposition avec une méfiance de l'adulte, la recherche de limites et peut dénigrer les autres alors qu'au début de l'année il était globalement contenu.

Au sein des différents espaces, il est relevé que Raphaël garde un investissement corporel sur le mode de la douleur, il est souvent souffrant et se centre beaucoup sur son corps. Il est également relevé qu'il éprouve des difficultés à s'engager dans une identité sexuée, selon la psychologue. La fatigabilité dont il fait preuve l'impacte dans sa vie quotidienne (rupture avec sa copine, ne s'investit pas dans une ouverture vers l'extérieur,…).

Pour conclure ce qui est essentiellement relevé c'est qu'il présente la volonté d'aller vers l'extérieur mais en même temps il éprouve une peur de grandir et d'être projeté. Le stage qu'il a réalisé en boucherie a redonné un élan à Raphaël et à l'équipe pluridisciplinaire qui l'entoure. L'assistante sociale relève que les parents de Raphaël ont évolué en même temps que leur enfant et qu'ils sont d'un très bon soutien dans la prise en charge. La peur d'un retour dans le milieu ordinaire est partagée par Raphaël et sa mère. L'équipe pluridisciplinaire prépare donc un projet pour qu'il puisse poursuivre sa prise en charge dans un autre ITEP. L'objectif en psychomotricité est donc de continuer le travail commencé et de préparer la fin de la prise en charge.

4.2. Conclusion et réflexions personnelles :

À travers le cas de Raphaël nous pouvons voir à quel point il est difficile de délier ce qui relève de la pathologie ou ce qui est plus du registre de la problématique identitaire adolescente. Philippe JEAMMET et Denis BOCHEREAU ont d'ailleurs abordé cette question relevant qu'à l'adolescence il y a la présence d'une passivité, d'une opposition et d'une centration sur le corps [46]. Raphaël semble avoir du mal à entrer dans l'adolescence, et à faire des choix. Cependant chaque choix passe par un renoncement : grandir c'est renoncer à sa position d'enfant, s'identifier à un sexe c'est renoncer à l'autre et s'ouvrir vers l'extérieur requiert de sortir de sa carapace (pour reprendre la métaphore de la tortue).

L'adolescence est une « métamorphose » [31] qui est parcourue de manière très singulière pour chacun. Philippe JEAMMET relève qu'à l'adolescence *« il y a une quête identitaire propre à cet âge : l'adolescent dans un même mouvement cherche à se détacher des parents tout en s'enracinant dans une histoire familiale »* [45]. Cependant Raphaël manque d'ancrage dans son histoire familiale, ce que la psychologue relève à travers le fait que Raphaël ne peut établir un arbre généalogique.

Nous savons que les expériences sensori-motrices et l'attachement permettent de constituer un socle de sécurité de base afin de s'individuer ensuite. Cependant l'histoire de Raphaël fait qu'il n'a pas existé physiquement et psychiquement dans la tête de ses parents, in utéro et durant les premiers mois de vie. Ces derniers ont dû très vite s'adapter matériellement à l'arrivée de ce bébé et ils n'ont pas eu le temps de le rêver et de se projeter. Nous pouvons supposer qu'ils n'ont pas pu investir narcissiquement la grossesse, ce qui est perceptible dans le discours de la mère qui parle de cette naissance en terme fonctionnel, « *il était viable alors on l'a gardé* ».

Catherine POTEL explique que « *la force des ancrages sensoriels primitifs ainsi que leur portée dans la construction psychique identitaire n'est plus à prouver et se vérifie continuellement dans la clinique* » [72]. Nous pouvons alors supposer que Raphaël éprouve des difficultés à se positionner car les ancrages corporels, narcissiques et identitaires primaires, c'est à dire en lien avec l'appartenance au milieu familial, n'ont pas été suffisamment intériorisés.

Il s'est donc construit une « *cuirasse tonique et caractérielle* ». Nous pouvons également compléter cela avec le terme d' « *armoirie* » de LACAN qui métaphorise l'histoire familiale alors que la cuirasse n'est que l'arme défensive qui protège le corps [82].

Cette cuirasse, de surcroît, crée une tension musculaire qui participe à son équilibre et procure une sensation continue qui contient, refaisant une enveloppe psychique sécuritaire. Ainsi, par sa permanence elle participe à la « continuité du sentiment de soi » et réciproquement elle protège en créant une frontière corporelle de différenciation avec autrui [2].

Ainsi nous pouvons supposer que ce mécanisme de défense permet à Raphaël d'exister dans cette tension tonique car le sentiment de continuité d'existence et le sentiment de valeur, en lien avec le narcissisme, n'ont pas été solidement établis fragilisant ses assises identitaires.

Aussi nous pouvons noter que la mère de Raphaël a appris qu'elle était enceinte de 7 mois en allant consulter le docteur pour des douleurs au dos. Les signes de sa grossesse ont alors apparu

et elle a accouché rapidement en suivant. Catherine POTEL note à ce sujet que les *« émotions et évènements s'inscrivent à même la peau »*. Nous pouvons donc faire l'hypothèse qu'à travers ses plaintes somatiques au dos, Raphaël, porte en lui ce que Catherine POTEL appelle le « *poids des secret »*, un poids qui est porté corporellement par l'enfant. De plus C.POTEL relève que les secrets les plus importants sont ceux concernant les origines de soi ou des parents [72].

Reprenons les paroles de Philippe JEAMMET qui souligne que « *ce qu'il a pu vivre jusqu'à présent ne fige pas son destin, que tout n'est pas joué et qu'il garde une partie de son avenir en mains* » [45].

Les parents sont présents pour Raphaël et investis dans la prise en charge. Ainsi, je pense qu'un accompagnement en psychothérapie familiale permettrait à Raphaël de se resituer dans son histoire familiale afin qu'en appui sur celle-ci il puisse se construire une identité propre.

Actuellement, la cuirasse tonique de Raphaël a une fonction de protection, elle contient ses angoisses, fait barrière avec l'autre mais elle ne l'empêche pas pour autant dans la réalisation motrice ou dans la relation. Ainsi, il s'est construit une identité psychocorporelle en lien avec son histoire. Son passé est inscrit corporellement en lui. Un travail en psychomotricité ne semble plus indiqué puisque ce mécanisme de défense qui fait partie de lui et lui procure une sécurité, soutient son équilibre interne et n'est donc pas à rééduquer.

De plus, Raphaël va quitter l'ITEP l'année prochaine pour une autre institution au sein de laquelle il n'aura probablement pas de suivi en psychomotricité.

Il présente encore un retard dans les acquisitions scolaires, ainsi dans la continuité du travail corporel engagé, il me semblerait pertinent qu'il puisse trouver une activité corporelle dans laquelle il pourra continuer de nourrir ses représentations et donc d'enrichir ses processus de pensée. Aussi cela lui permettrait d'éprouver des vécus agréables de son corps et d'affiner son contrôle moteur.

Avec le soutien de ses éducateurs, Raphaël pourrait poursuivre ce travail dans le milieu ordinaire. En effet, il peut être contenu et son comportement ne semble plus une entrave à la relation. De plus, les jeunes d'ITEP pouvaient lui renvoyer en miroir ses propres déficits.

Par l'ouverture sur le milieu ordinaire il pourra tout d'abord avoir des relations sociales, ce qui est important à l'adolescence. Réciproquement, il pourra s'étayer sur les autres avec une fonction renarcissisante d'être dans le milieu ordinaire puisqu'il avait communiqué la difficulté « *de cohabiter avec des déficitaires »*.

Dans la vie courante, il présente un enferment et reste très souvent chez lui avec des intérêts restreints. En séance il communique : « *Qui n'aimerait pas rester chez soi ? Personne je pense* » ainsi cette ouverture vers l'extérieur pourrait redynamiser ses motivations et son engagement.

En ce sens, je pense que cette alternative serait structurante, lui permettant de s'investir lui-même pour sa propre construction, favorisant son individuation et l'autonomisation en lien à son âge, renforçant ainsi réciproquement son identité adolescente.

CONCLUSION

L'identité est un terme complexe étudié dans de nombreuses disciplines. Elle se met en place au cours du développement, entre appartenance et différenciation.

Dans l'enfance de nombreux paramètres influencent la mise en place de l'identité tels que, la maturation neuro-anatomique, l'environnement psycho-affectif et les expériences sensori-motrices. De plus pour se construire, l'enfant se familiarise dans un premier temps avec les repères spatio-temporels de son propre corps, qui servent de référence pour avoir une compréhension de l'environnement.

Par les étapes de sa construction, nous avons pu établir que l'identité est psychocorporelle, et donc qu'elle intéresse tout particulièrement la psychomotricité. Elle s'incarne dans le tonus du sujet et nous pouvons l'apprécier au travers de la gestuelle, du mouvement, de la posture, et également des représentations corporelles. Cette identité est en constant remaniement. Tout au long de la vie elle est modifiée par la relation, les expériences et les changements neuro-anatomiques. Chaque événement est lié à une émotion et laisse une empreinte dans le corps au travers du tonus, toile d'inscription de l'histoire du sujet.

A l'adolescence, de nombreux changements se présentent et viennent modifier ou remettre en question les fondements de l'identité mis en place dans l'enfance. Des modifications statiques, dynamiques et interactives, revisitent l'aspect global du corps, les processus de pensée, le mouvement, la gestuelle, le rapport à soi, aux autres et à l'environnement.

L'adolescent cherche à s'individuer en s'ancrant dans son histoire familiale. La plupart du temps, cette période charnière est traversée sans encombres par le sujet qui développe ses capacités psychiques, motrices et relationnelles et, s'investit dans une vie de futur adulte.

Dans d'autres situations, les difficultés de certains enfants et notamment dans le cas de troubles du comportement, viennent impacter la période de l'adolescence. Réciproquement, la puberté peut fragiliser le sujet et renforcer des défenses ou troubles, qui ne s'exprimaient pas dans l'enfance. L'adolescence est donc une période de bouleversements qui plonge les adolescents dans un *tohu-bohu,* auquel le psychomotricien peut venir mettre du sens, selon D.COURBERAN [78].

Aussi, il existe de nombreuses lectures des troubles du comportement prouvant la pluralité des expressions qu'ils peuvent revêtir. Les adolescents de l'action, comme nous avons pu les appeler au cours de notre analyse, agissent, réagissent, communiquent par les actes. Le mouvement est empreint d'une temporalité qui les ancre dans le présent et bloque parfois les processus de pensée. L'adolescence vient modifier le rapport au corps. La recherche de sensations peut provoquer des conduites à risque. Les troubles du comportement peuvent altérer les relations sociales qui sont clé à l'adolescence. Les changements psychocorporels peuvent donner l'impression que le corps échappe, que le corps trahit et vient renforcer des mécanismes de défense. Pour certains il sera difficile de s'ancrer dans l'histoire familiale car elle est associée à des traumatismes passés. Pour d'autres la difficulté sera de s'individuer, et d'exister en tant qu'être différencié. Chaque adolescent traverse cette période d'une manière singulière et selon les spécificités de son histoire personnelle.

Mais si l'adolescence est une période charnière, c'est parce qu'en venant modifier le corps, la psyché et le rapport à l'environnement, elle redonne du mouvement à ce qui était figé. C'est dans le mouvement que le sujet s'est construit. Et c'est en retrouvant un mouvement psychocorporel qu'il se reconstruit. Ainsi l'adolescent développe des potentialités et cherche à s'ancrer dans son histoire, pour pouvoir se projeter vers l'avenir. Ce *tohu-bohu* apporté par l'adolescence créé un levier thérapeutique et l'adolescent peut redessiner son identité.

Ainsi en réponse à la problématique nous pouvons à présent affirmer que l'identité s'incarne dans la psyché mais également dans le corps. Elle est au cœur de la prise en soin en psychomotricité puisque le sujet ne peut pas « être » sans qu'elle s'exprime. Elle n'est pas à rééduquer car elle est l'incarnation de l'histoire du sujet mais elle est à soutenir pour que l'individu se perçoive et se représente dans le présent et puisse se projeter dans l'avenir.

Le psychomotricien a également une identité à la fois personnelle et professionnelle. Le décret d'acte, ses études, ses enrichissements personnels créent son identité faite d'appartenance et de différenciation. Grâce à sa spécificité, il apporte alors un temps et un espace dans lequel l'informe, le *tohu-bohu*, le non-sens, s'expriment et sont écoutés. Il accompagne progressivement le sujet à une conscience de soi, dans un cadre sécurisant et avec des règles.

La médiation thérapeutique permet à l'adolescent de faire des expériences en relation. C'est en partant du concret qu'il acquiert des représentations de lui, de l'autre et de l'environnement. Cela aura pour effet de redynamiser le lien corps-esprit, au cœur de la psychomotricité et d'aider l'adolescent à mettre en place une identité psychocorporelle dans laquelle il se reconnaît soi, avec son histoire, et par laquelle il peut entrer en relation avec l'autre.

Le sous-titre de ce mémoire, « *c'est moi, mais je me suis mal dessiné »,* correspond aux paroles d'un adolescent de 15 ans, que j'ai rencontré en psychomotricité. A la fin d'une séance, il représente au crayon un bonhomme, les bras en l'air, sans couleur et sans pied, comme il a l'habitude de les dessiner. C'est à ce moment qu'il énonce la phrase « *c'est moi mais je me suis mal dessiné* ».

J'ai voulu mettre en avant ces propos puisqu'ils traduisent la quête identitaire qui n'est pas d'effacer le passé mais plutôt de s'ancrer dans une histoire, pour ensuite construire un avenir. Pour faire émerger leur identité les adolescents doivent passer de l'agir à « l'être », pour faire une place à la pensée et s'inscrire dans une continuité d'existence et une conscience de soi.

En psychomotricité, l'adolescent peut se dessiner et se redessiner encore et « en corps ». Ainsi il peut exister dans le présent avec ses capacités et ses difficultés afin qu'un jour, il puisse se projeter dans un avenir décidé par soi et pour soi. L'aboutissement de l'adolescence est de devenir adulte, avec une histoire et une identité qui continue de se modifier tout au long de la vie.

ANNEXE I : CRITERES DIAGNOSTIQUES DU DSM-IV POUR LES TROUBLES DES CONDUITES

Critères diagnostiques du Trouble des conduites

A. Ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoigne la présence de trois des critères suivants (ou plus) au cours des 12 derniers mois, et d'au moins un de ces critères au cours des 6 derniers mois :

Agressions envers des personnes ou des animaux

(1) brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes
(2) commence souvent les bagarres
(3) a utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (p. ex., un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu)
(4) a fait preuve de cruauté physique envers des personnes
(5) a fait preuve de cruauté physique envers des animaux
(6) a commis un vol en affrontant la victime (p. ex., agression, vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée)
(7) a contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles

Destruction de biens matériels

(8) a délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants
(9 a délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu)

Fraude ou vol

(10) a pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui
(11) ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (p. ex., arnaque » les autres)
(12) a volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (p. ex., vol à l'étalage sans destruction ou effraction ; contrefaçon)

Violations graves de règles établies

(13) reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans

(14) a fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période)

(15) fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans

B. La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

C. Si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, le trouble ne répond pas aux critères de la Personnalité antisociale.

Code selon l'âge de début :

Spécifier le type, selon l'âge de début :

312.81 Trouble des conduites, Type à début pendant l'enfance : présence d'au moins un critère caractéristique (lu Trouble des conduites avant l'âge de 10 ans

312.82 Trouble des conduites, Type à début pendant l'adolescence : absence de tout critère caractéristique du Trouble des conduites avant l'âge de 10 ans

312.89 Trouble des conduites, à début non spécifié : l'âge de début n'est pas connu

Spécifier, selon la sévérité :

Léger : il n'existe que peu ou pas de problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic ; de plus, les problèmes de conduite n'occasionnent que peu de mal à autrui

Moyen : le nombre de problèmes de conduite, ainsi que leurs effets sur autrui, sont intermédiaires entre « léger » et « sévère »

Sévère : il existe de nombreux problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic ; ou bien, les problèmes de conduite occasionnent un dommage considérable à autrui

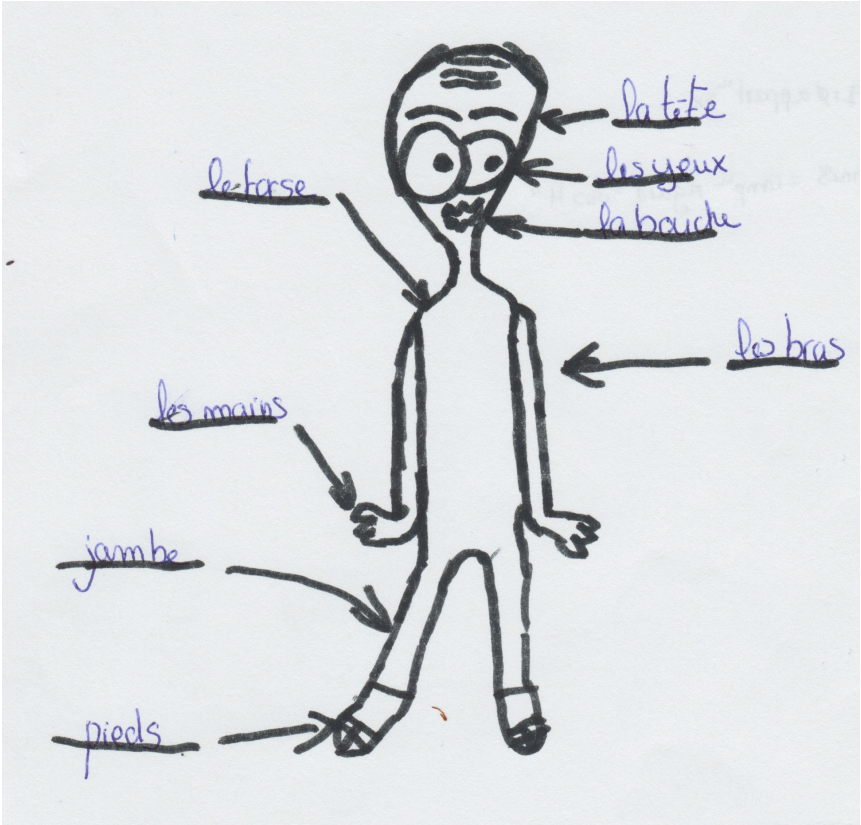
ANNEXE II : CORRESPONDANCE DES TROUBLES DE LA CFTMEA (COLONNE DE GAUCHE) A CEUX DE LA CIM-10 (COLONNE DE DROITE)

7	TROUBLES DES CONDUITES ET DU COMPORTEMENT		
7.0	TR. HYPERKINÉTIQUES		
7.00	Hyperkinésie avec troubles de l'attention	F90.0	Perturbation de l'activité et de l'attention
7.08	Autres tr. hyperkinétiques	F90.8	Autres troubles hyperkinétiques
7.09	Tr. hyperkinétiques NS	F90.9	Trouble hyperkinétique, sans précision
7.1	TR. DES CONDUITES ALIMENTAIRES		
7.10	Anorexie mentale		
7.100	▪ *Anorexie mentale restrictive*	F50.0	Anorexie mentale
7.101	▪ *Anorexie mentale boulimique*	F50.0 + F50.2	Anorexie mentale + Boulimie [*bulimia nervosa*]
7.11	Anorexie mentale atypique	F50.1	Anorexie mentale atypique
7.12	Boulimie	F50.2	Boulimie[*bulimia nervosa*]
7.13	Boulimie atypique	F50.3	Boulimie atypique
7.14	Tr. des conduites alimentaires du nourrisson et de l'enfant	F98.2	Trouble de l'alimentation non organique du nourrisson et de l'enfant
7.15	Troubles alimentaires du nouveau-né	F98.2	Trouble de l'alimentation non organique du nourrisson et de l'enfant
7.18	Autres tr. des conduites alimentaires	F50.8	Autres troubles de l'alimentation
7.19	Tr. des conduites alimentaires NS	F50.9	Trouble de l'alimentation, sans précision
7.2	CONDUITES SUICIDAIRES		
	Tentatives de suicide suite immédiate	Z91.50	Antécédents personnels récents de lésions auto-infligées
	Antécédents de TdS	Z91.58	Antécédents personnels de lésions auto-infligées, autres et non précisés
	Idées suicidaires	R45.8	Autres symptômes et signes relatifs à l'humeur
7.3	TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES OU D'ALCOOL*		
7.3x9	▪ *Alcool**	F10.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool*
7.3x0	▪ *Morphiniques**	F11.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés*
7.3x1	▪ *Cannabis**	F12.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis*
7.3x2	▪ *Hypnotiques et tranquillisants**	F13.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques*
7.3x3	▪ *Cocaïne**	F14.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne*
7.3x4	▪ *Autres stimulants**	F15.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine*
7.3x5	▪ *Hallucinogènes**	F16.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes*
7.3x6	▪ *Tabac**	F17.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac*
7.3x7	▪ *Solvants volatils**	F18.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils*
7.3x8	▪ *Autres substances psychoactives**	F19.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives*

	* Préciser le type de trouble mental :		* Préciser le type de trouble mental :
7.30X	Intoxication aigüe	.0	Intoxication aiguë
7.31X	Utilisation nocive pour la santé	.1	Utilisation nocive pour la santé
7.32X	Syndrome de dépendance	.2	Syndrome de dépendance
7.33X	Syndrome de sevrage	.3	Syndrome de sevrage
7.34X	Syndrome de sevrage avec delirium	.4	Syndrome de sevrage avec délirium
7.35X	Trouble psychotique	.5	Trouble psychotique
7.36X	Syndrome amnésique	.6	Syndrome amnésique
7.37X	Troubles. résiduel ou psychotique tardif	.7	Trouble résiduel ou psychotique tardif
7.38X	Autres tr. mentaux et du comportement	.8	Autres troubles mentaux et du comportement
7.39X	Troubles. mental ou du comportement sans précision	.9	Trouble mental ou du comportement sans précision
7.4	TR. DE L'ANGOISSE DE SÉPARATION	F93.0	Angoisse de séparation de l'enfance
7.5	TR. DE L'IDENTITÉ ET DES CONDUITES SEXUELLES		
7.50	Troubles de l'identité sexuelle	F64.2	Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance
7.51	Troubles de la préférence sexuelle	F65.9	Trouble de la préférence sexuelle, sans précision
7.52	Manifestations en rapport avec des préoccupations excessives concernant le développement sexuel et son orientation	F66.0	Trouble de la maturation sexuelle
7.58	Autres tr. des conduites sexuelles	F66.8	Autres troubles du développement psychosexuel
7.59	Troubles. des conduites sexuelles NS	F66.9	Trouble du développement psychosexuel, sans précision
7.6	PHOBIES SCOLAIRES	F94.8	Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance
7.7	AUTRES TR. CARACTERISÉS DES CONDUITES		
7.70	Pyromanie	F63.1	Tendance pathologique à allumer des incendies [pyromanie]
7.71	Kleptomanie	F63.2	Tendance pathologique à commettre des vols [kleptomanie]
7.72	Trichotillomanie	F63.3	Trichotillomanie
7.73	Fugues	F91.8	Autres troubles des conduites
7.74	Violence contre les personnes	R45.6	Violence physique
7.75	Conduites à risques	F91.8	Autres troubles des conduites
7.76	Errance	F91.8	Autres troubles des conduites
7.78	Autres tr. caractérisé des conduites	F91.8	Autres troubles des conduites
7.8	AUTRES TR. DES CONDUITES ET DES COMPORTEMENTS	F91.8	Autres troubles des conduites
7.9	TR. DES CONDUITES ET DES COMPORTEMENTS NS	F91.9	Trouble des conduites, sans précision

ANNEXE III : TEST DES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE RAPHAËL

Dessin du bonhomme de Raphaël :
« C'est Paul, un alien »



Propos de Raphaël au cours de la réalisation :
« *Il est beau mon alien, non ?* » [Propos énoncés une fois la tête terminée]
« *Est-ce que je lui dois lui faire des vêtements ?* » [Propos énoncés à la fin du dessin. Je lui précise que c'est sa réalisation et il répond alors à sa question par un non]
« *Non, parce que ça a pas de vêtements un alien* »
« *Ouf, ça va être dur.* » [Propos énoncés quand je lui demande d'inscrire les parties du corps, je le fais donc sur ses indications. Les flèches et les traits pour la légende sont réalisés par Raphaël].

Cotations :
La tête : 7 ans et demi (inférieur au premier quartile)
Le schéma corporel : 11 ans et demi (inférieur à la médiane)
Les vêtements : 4 ans et demi (nettement inférieur à la moyenne de son âge)
Total : 7 ans (entre le minimum attendu et le premier quartile)

Quelques remarques :
Le trait est en surimpression et le tracé hésitant pendant la réalisation.
Les bras sont détachés du buste.
Il n'a pas d'habits, pas de couleur et pas de marques d'appartenance à un genre sexué.
Il présente un cerveau et des yeux disproportionnés par rapport au dessin.
Le buste est également important et donne une impression de « bloc ».

Entretien sur les représentations corporelles

1. **Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?**
   Les organes, le cerveau, le cœur, les poumons, l'intestin, le foie, les cordes vocales, la langue [Raphaël précise : « *Ben oui on la voit pas souvent, elle est à l'intérieur du corps* »].

2. **Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur ?**
   Les bras, les doigts, les yeux [Raphaël interroge : « *C'est à l'intérieur ou à l'extérieur les yeux ?* »], *le nez, la bouche, le front, les oreilles, les jambes,* [il marque une hésitation] *les parties intimes pour être poli* [il esquisse un sourire], *les pieds, les orteils et le dos,* [Raphaël précise : « *C'est le plus important le dos* »], *et les dents* [il arbore un grand sourire, précisant qu'il s'est fait enlever son appareil dentaire].

3. **Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?**
   Le bras, les doigts, la langue, le genou, les parties intimes pour les garçons [grand sourire], *les orteils*.

4. **On peut faire quoi avec son corps?**
   Pleins de choses, aller en cours [il précise : « *ben oui, j'utilise mes doigts* »], *je cours, je fais du sport* [il pose sa tête dans ses mains et cache sa bouche ce qui diminue la compréhension de ses paroles], *j'entretiens mon corps, je le muscle et je crois que c'est tout* [remet ses mains sur la table et se redresse].

5. **Qu'est-ce qui est fragile dans le corps ? Pourquoi ?**
   Le cœur, les poumons, le foie, les intestins, les parties intimes pour les garçons si quelqu'un veut nous frapper, le nez si quelqu'un nous tape dedans.

6. **Qu'est-ce qui est solide dans le corps ? Pourquoi ?**
   Les os, c'est difficile à casser les muscles et tu sens que c'est dur [il dit muscle mais parle des os], *les muscles ça se contracte et ça se décontracte, tu le sens* [il me montre avec son bras], *le cerveau* [hésitation], *ben oui c'est solide sinon je réfléchirais pas*.

7. **Qu'est-ce que tu aimes bien dans le corps ? Est-ce qu'il y a des endroits du corps que tu préfères ?**
   Les dents, [Raphaël précise : « *c'est bien que j'ai plus de bagues* »], *les yeux, le nez, les parties intimes, les bras, le torse*.

8. **Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps ?**
   Mes fesses, elles sont trop grosses, les boutons que j'ai sur la tête et le dos, ça m'énerve.

9. **Où est la pensée à ton avis?**
   Ben au niveau du cerveau, et je crois que c'est tout, ben oui parce que si je réfléchissais pas avec mon cerveau, ben [il marque une pause], *ben y'aurait rien, donc c'est au niveau du cerveau*.

Conte de la fourmi

Début de l'histoire : Un petit garçon s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit : « Qu'est-ce que c'est que ça ? » Et comme elle était curieuse, elle se met à grimper sur le corps d'un petit garçon.

1. **Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi ?**
   Le bras

2. **De là, elle va se promener partout ! Dis-moi tout ce qu'elle voit ?**
   Le nez, le torse, quand elle est arrivée elle va sur la jambe, le pied.

3. **Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou ?**
   Le nombril [quand je commence à énoncer la question suivante il rectifie sa réponse], *ah non, elle peut pas aller à l'intérieur, y'a pas de trou, elle passe par l'oreille, l'endroit que j'pense il aurait mal, ça ferait des guilis, par l'oreille.*

4. **Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit ?**
   Le cœur, les globules rouges et blancs, l'intestin, le foie, le cerveau, les yeux de l'intérieur.

5. **Et Puis.... Alors à la fin elle ressort... Par où ?**
   L'anus

6. **La petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles ? Qu'est-ce qui était beau ? et pas beau ?**
   C'était beau de voir l'intérieur d'un corps humain encore en vie et c'était pas beau la matière fécale et les parasites.

7. **Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal? Où ?**
   La fourmi elle est minuscule donc ça lui faisait pas mal, ça lui faisait plaisir. [Je lui demande où] *Ça lui faisait plaisir dans le ventre.* [Je lui demande pourquoi] *Ça faisait comme des papillons dans le ventre.*

8. **Comment cette histoire s'est-elle terminée ?**
   Bien pour le garçon et la fourmi car la fourmi elle a vu une exposition de corps humain en vie et l'homme il a eu des fourmillements dans le ventre.

GLOSSAIRE DES SIGLES

A

AIRE : Association des Instituts en Rééducation

ARS : Agences Régionales de Santé

ASE : Aide Sociale pour l'enfance

C

CDEF : Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

CIM : Classification Internationale des Maladies

D

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*)

I

ITEP : Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques

M

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

O

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

U

UNAFAM: Union NAtionale de Familles et AMis de personnes et/ou d'handicapés psychiques

BIBLIOGRAPHIE

1. ALBARET, J.-M.; SCIALOM, P.; FRANÇOISE, G. **Manuel d'enseignement de la psychomotricité, Sémiologie et nosographie psychomotrice**. Paris: De Boeck Supérieur, v. 4, 2018. p.63-123;142-181;215-274;547-568

2. ALBARET, J.-M.; SCIALOM, P.; GIROMINI, F. **Manuel d'enseignement de la psychomotricité, Examen psychomoteur et tests**. Paris: De Boeck Supérieur, v. 5, 2018. p.51-59;119-171;193-200

3. ATGER, F.; LAMAS, C.; VULLIEZ-COADY, L. **L'attachement, un lien revisité à l'adolescence**. Belgique: Frédéric Delcor - Fédération Wallonie-Bruxelles.

4. AUBOURG, F. Winnicott et la créativité. **Le Coq-Héron**, v. 173, p. 21-30, 2003/2.

5. ASSOCIATION AMÉRICAINE DE PSYCHIATRIE (APA). **DSM-IV-TR:** Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (texte révisé). 4ème. ed. Masson, 2005.

6. BENSIDOUN, B. L'avenir d'une désillusion. Dans: GABERAN, P.; GRIMAUD, L. **ITEP, Repères et défis**. Toulouse: Erès, 2015. p. 89-100.

7. BIELER, L.; CHARPINE-PISCAGLIA, I. Corps et Adolescence, psychothérapie à médiation corporelle. **Thérapie psychomotrice -et Recherches-**, v. 170, p. 28-44, 2012.

8. BLANCHARD, G. Quelques questions autour de la scène de la violence en ITEP. Dans: GABERAN, P.; GRIMAUD, L. **ITEP, repères et défis**. Toulouse: Erès, 2015. p. 121-129.

9. BODART, Y. Les phénomènes de groupes. **Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale**, v. 117-118, p. 119-146, 2018.

10. BRISSET, C. Entre recherche sur le développement du jeune enfant et prescriptions officielles pour la maternelle. **Carrefours de l'éducation**, v. 30, p. 57-90, 2010/2. ISSN ISSN 1262-3490.

11. BROUCAS, I. **Pour finir de commencer. Réflexion sur la construction de l'identité professionnelle de psychomotricien**. Université de Bordeaux: Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'État de psychomotricité, 2018.

12. BUCHER, H. **Développement et examen psychomoteur de l'enfant**. Paris: Masson, 2004.

13. BULLINGER, A. **Le développement sensori-moteur et ses avatars**. Toulouse: Erès, 2008. p.23-47;136-168

14. BURSZTEJN, C. Les classifications en psychiatrie d l'enfant et de l'adolescent: questions épistémiologiques. **L'information psychiatrique**, v. 87, p. 363-367, 2011/5. ISSN ISSN 0020-0204.

15. CAIRN.INFO. Revues et ouvrages en sciences humaines et sociales, 2005. Disponible sur : <https://www.cairn.info/>. 2019.

16. CARRIC, J.-C.; SOUFIR, B. **Lexique pour le Psychomotricien**. Paris: ERA, 2014.

17. CASTRA, M. Les 100 mots de la sociologie. **Sociologie**, 2012. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/sociologie/1593>.

18. CNRTL. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. **Portail Lexical**. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/>.

19. COHEN-SALMON, J. Sexualité et sensori-motricité durant la période de latence. **Cahiers de psychologie clinique**, v. 45, p. 205-223, 2015/2.

20. COINÇON, Y. Classifications: sœurs et rivales. Enjeux pour la pédopsychiatrie. **L'information psychiatrique**, v. 89, p. 311-317, 2013/4. ISSN ISSN 0020-0204.

21. COURBERAN, D. La construction de la temporalité chez l'enfant - Questionnaire de Kaïros. Dans: RECHERCHES, T. P. E. **Evaluations cliniques des bilans**. Nice: Syndicat National d'Union des Psychomotricien (SNUP), v. 1, p. 34-45.

22. COLLECTIF AIRE. Ces enfants, qu'est-ce qu'ils ont? Qu'est-ce qu'on fait avec eux? Dans: GABERAN, P.; GRIMAUD, L. **ITEP, repères et défis**. Erès, 2015. p. 51-61.

23. D'IGNACIO, A.; MARTIN, J. **100 idées pour développer la psychomotricité des enfants**. Paris: Tom Pousse, 2018.

24. DAYAN, J.; GUILLERY-GIRARD, B. Conduites adolescentes et développement cérébral: psychanalyse et neurosciences. **Adolescences**, v. 77, p. 479-515, 2011/3. ISSN ISSN 0751-7696.

25. DE AJURIAGUERRA, J. **Corps, tonus et psychomotricité**. Paris: Vernazobres-Grego, v. 1, 2017.

26. DE FRESSE DE MONVAL, A. **"Lâche-moi, j'ai besoin de toi":** la thérapie psychomotrice comme vecteur et soutien de construction identitaire chez les enfants carencés. Institut de Formation en psychomotricité de la Pitié-Salpêtriere: Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'État de psychomotricité, 2015.

27. DE LAAGE DE MEUX, T. **Thèse pour le Doctorat en médecine:** Approche relationnelle du trouble des conduites en entretien familial (intérêt des thérapies brèves et stratégiques). Rouen: Dumas, 2012. p.15-43

28. DE LARMINAT, B. **Psychomotricité et adolescence:** inventaire des connaissances actuelles & exemples de prise en charge avec des adolescents. Université Paul Sabatier: Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'État de psychomotricité, 2013.

29. DE TYCHEY, C. La construction de l'identité narcissique de l'enfant. Dans: DE TYCHEY, C. **Test des contes et clinique infantile**. Paris: IN PRESS, 2010. p. 96-113.

30. DEVEREUX, G. **La renonciation à l'identité, défense contre l'anéantissement**. 2ème. ed. Paris: Payot & Rivages, 2019.

31. DISCOUR, V. Changements du corps et remaniements psychiques à l'adolescence. **Les Cahiers Dynamiques**, v. 50, Mars 2011.

32. DOLTO, F. **L'image inconsciente du corps**. Paris: du Seuil, 1984. p.7-61;147-163;328-351

33. DOLTO, F. **Tout est langage**. Paris: Gallimard, 1994.

34. FAVEREAU, S. L'ITEP, pour qui, pour quoi faire? **Journal du droit des jeunes**, v. 354-355, p. 40-46, 2016/4.

35. FERENCZI, S. **L'enfant dans l'adulte**. Paris: Payot & Rivages, 2018.

36. FLUTRE, E. L'echo empathique du psychomotricien. Dans: RECHERCHES-, T. -E. **Evaluations cliniques des bilans**. Nice: SNUP (Syndicat National d'Union des Psychomotriciens), v. 2, 2018. p. 72-89.

37. FOGNINI, M. Editorial: Résilience et rémanence des traumatismes. **Le Coq-héron**, v. 181, p. 7-10, 2005/2.

38. GALMICHE, D. Autisme: de l'enveloppe au vertige, reflet d'une trajectoire de recherche en psychomotricité. **Thérapie Psychomotrices -et Recherches-**, v. 170, p. 46-53, 2012.

39. GATECEL, A.; SAMI-ALI; AL. **La Psychomotricité Relationnelle**. Paris: EDK, 2012.

40. GIMENEZ, G.; PEDINIELLI, J.-L.; BRETAGNE, P. Classifications syndromiques et classifications psychopathologiques: maladie et sujet. **Information Psychiatrique**, v. 75, p. 289-295, 2003. ISSN hal-01382501.

41. GIROMINI, F.; ALBARET, J.-M.; SCIALOM, P. **Manuel d'enseignement de la psychomotricité, Clinique et thérapeutiques**. Paris: De Boeack-Solal,v. 3,2015.p.89-96;255-264

42. GIROMINI, F.; ALBARET, J.-M.; SCIALOM, P. **Manuel d'enseignement de la psychomotricité, Méthodes et techniques**. Paris: De Boeck-Solal, v. 2, 2015. 3-94 p.

43. GUEDENEY, N. **L'attachement, un lien vital**. Bruxelles: Fabert, 2010.

44. GUEDENEY, N. Les racines de l'estime de soi: apports de la théorie de l'attachement. **Devenir**, Genève, v. 23, p. 129-144, 2011/2.

45. JEAMMET, P. **Adolescences, repères pour les parents & professionnels**. 5ème. ed. Paris: La Découverte, 2012.

46. JEAMMET, P.; BOCHEREAU, D. **La souffrance des adolescents**. Paris: La Découverte, 2007.

47. JOLY, F. Jouer/re-jouer.médier/re-médier - Les processus du "jouer avec" dans la médiation psychomotrice thérapeutique. Dans: RECHERCHES-, T. -E. **Evaluations cliniques des bilans**. Nice: SNUP (Syndicat National d'Union des Psychomotriciens), v. 1, 2016. p. 80-87.

48. JOLY, F. Le développement psychomoteur: un paradigme pour la psychopathologie du XXIème siècle. **Contraste**, v. 34-35, p. 213-135, 2011. ISSN 1254-7689.

49. JOVER, M.; ASSAIANTE, C. Le dévelopement typique et atypique des actions: théories, recherches et pratiques. **Enfance**, v. 1, p. 15-33, 2016/1. ISSN ISSN 0013-7545.

50. KLEIN, M.; RIVIERE, J. **L'amour et la haine**. Paris: Payot et Rivages, 2001.

51. KREISLER, L. Les enfants victimes de sévices. Dans: LEBOVICI, S.; DIATKINE, R.; SOULE, M. **Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**. 3ème. ed. Paris: Presses Universitaires de France, v. 4, 2018. p. 2365-2382.

52. LAROUSSE. **Le Petit Larousse Illustré**. Paris: Larousse, 2006.

53. LATOUR, A.-M. L'enveloppe et l'hypothèse psychomotrice ; l'enjeu du tonico-émotionnel. Dans: RECHERCHES-, T. -E. **Evaluations cliniques des bilans**. Nice: Syndicat National d'Union des Psychomotriciens (SNUP), v. 1, 2016. p. 70-79.

54. LEGIFANCE.FR. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 et Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice. **Le service public de la diffusion du droit**. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>. 2019.

55. LESAGE, B. **Jalons pour une pratique psychocorporelle, Structure, étayage, mouvement et relation**. Toulouse: Erès, 2012. 7-65 p.

56. LESAGE, B. **La danse dans les processus thérapeutiques**. Toulouse: ERES, 2009. 31-65 p.

57. LESAGE, B. Pour un corps imaginant - La somatisation commence au niveau locomoteur. **Psychosomatique relationnelle**, v. 5, p. 9-21, 2015/2.

58. MALHAIRE, D. Un espace de respiration hors les murs. Dans: GABERAN, P.; GRIMAUD, L. **ITEP, repères et défis**. [S.l.]: Erès, 2015. p. 33-44.

59. MILJKOVITCH, R. **L'attachement au cours de la vie:** Modèles internes opérants et narratifs. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, 2001. 15-33 p.

60. MISES, R. Les pathologies limites de l'enfance. Dans: LEBOVICI, S.; DIATKINE, R.; SOULE, M. **Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**. Paris: Presses Universitaires de France, v. 2, p. 1347-1362.

61. MISES, R. Troubles de l'apprentissage scolaire et psychopathologie. **Journal français de psychiatrie**, v. 15, p. 6-8, 2002/1.

62. MISES, ROGER ET AL. CLASSIFICATION FRANCAISE DES TROUBLES MENTAUX DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT. CFTMEA R-2000. **Psydoc France**. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblo_bd/cftmea/cftmea1b.html>.

63. MUCCHIELLI, A. **L'identité**. 9ème. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2013.

64. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. **Etudes et Statistiques**. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>. 2019.

65. NASSIKAS, K. **Le corps dans le langage des adolescents**. Toulouse: Eres, 2014.

66. NOËL, J.; SOULE, M. L'enfant "cas social". Dans: LEBOVICI, S.; DIATKINE, R.; SOULE, M. **Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**. 3ème. ed. Paris: Presses Universitaires de France, v. 4, 2018. p. 2337-2364.

67. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). CIM-10: Version 2008. **The global standard for diagnostic health information**. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F90-F98>. 2019.

68. PAUMEL, C. Evaluation psychomotrice des représentations corporelles (1/2): Vers une conceptualisation appliquée. Dans: RECHERCHES-, T. -E. **Evaluations cliniques des bilans**. Nice: Syndicat National d'Union des Psychomotricien (SNUP), v. 1, 2016. p. 16-33.

69. PAUMEL, C. Evaluation psychomotrice des représentations corporelles (2/2): Les tests de dessin d'une personne en psychomotricité entre évidences et divergences: propositions méthodologiques. Dans: RECHERCHES-, T. -E. **Evaluations cliniques des bilans**. Nice: SNUP (Syndicat National d'Union des Psychomotriciens), v. 2, 2018. p. 14-31.

70. PIREYRE, E. **Clinique de l'image du corps**. 2ème édition. ed. Paris: Dunod, 2015.

71. POTEL, C. **Corps brûlant, Corps Adolescent, Des médiations corporelles pour les adolescents**. Toulouse: Erès, 2015.

72. POTEL, C. **Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir**. Toulouse: Erès, 2013.

73. PUYUELO, R. Enfants à risque d'exclusion et soin de l'être en institution. Dans: GABERAN, P.; GRIMAUD, L. **ITEP, repères et défis**. Toulouse: Erès, 2015. p. 75-88.

74. ROUYER, M. Psychopathologie de l'enfant maltraité et de sa famille. **Médecine Thérapeutique Pédiatrie**, v. 14, p. 24-30, 2011.

75. SAINT-CAST, A. Qu'est-ce qui excite les enfants instables? **Enfances & Psy**, v. 14, p. 93-99, 2001/2.

76. SCIALOM, P.; GIROMINI, F.; ALBARET, J.-M. **Manuel d'enseignement de la Psychomotricité, Concepts fondamentaux**. Paris: De Boeck-Solal, v. 1, 2015.

77. SECRÉTARIAT D'ETAT AUPRÈS DU PREMIER MINISTRE CHARGÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES. Maison Départementale des personnes handicapées. **Handicap.gouv**. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/maison-departementale-du-handicap/article/maison-departementale-des-personnes-handicapees-mdph>. 2019.

78. THERAPIE PSYCHOMOTRICE -ET RECHERCHES-. **Corps et intériorité:** prendre forme au fil du temps. Grenoble: SNUP (Syndicat National d'Union des Psychomotriciens), v. 182, 2014.

79. THIBIERGE, S. **Clinique de l'identité. Psychose, identité sexuelle et lien social**. Paris: Presses Universitaires de France, 2007. 35-51; 73-109; 129-141 p.

80. TONELLA, G. Les expériences corporelles: à l'origine de l'identité de soi. Dans: AÏN, J. **Identités - Entre être et avoir:** qui suis-je? Toulouse: Erès, 2009. p. 37-53.

81. UNAFAM. Qui sommes nous? **UNAFAM.ORG**. Disponible sur: <www.unafam.org/-Qui-sommes-nous-.html>. 2019.

82. VALANTIN, S. Le caractère et son armure: à propos de Wilhelm Reich. **Revue française de psychosomatique**, v. 11, p. 133-150, 1997.

83. WACJMAN, C. **Adolescence et troubles du comportement en institution**. Paris: Dunod, 2011.

84. WINNICOTT. **Jeu et réalité, l'espace potentiel**. Paris: Gallimard, 1975.

85. WINNICOTT, D. **Agressivité, culpabilité et réparation**. Paris: Payot & Rivages, 2004.

86. WINNICOTT, D. **La haine dans le contre-transfert**. Paris: Payot & Rivages, 2014.

87. WINNICOTT, D. **La mère suffisamment bonne**. Paris: Payot & Rivages, 2006.

88. YAPAKA.BE. Livres, vidéos, podcasts., 1998. Disponible sur: <http://www.yapaka.be/>. 2019.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **1**
AVANT-PROPOS **2**
SOMMAIRE **3**
INTRODUCTION **4**

A. CONSTRUCTION IDENTITAIRE DANS LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR . **6**
I. Le concept d'identité **6**
1. L'identité, une notion complexe 6
2. Définitions de l'identité 6
2.1. L'identité, entre appartenance et individuation 6
2.2. L'identité groupale et l'identité dans un groupe 7
2.3. Identité individuelle 7
3. L'identité est psychocorporelle 7

II. Reconnaissance et appartenance **8**
1. Dans la phylogénèse 8
2. L'environnement culturel et social 8
3. L'environnement affectif et familial 10

III. Sur le chemin de la reconnaissance de soi: de l'informe à la forme **11**
1. Le socle de l'identité 11
1.1. Le développement psychoaffectif 11
1.1.1. L'attachement 11
1.1.2. La fonction de pare-excitation 12
1.1.3. Une compréhension en dehors de tout langage 12
1.1.4. Sécurité et estime de soi 13
1.1.5. Vers une différenciation 13
1.2. La maturation neuro-anatomique 14
1.2.1. Commençons par le commencement : l'embryogénèse 14
1.2.2. Rappel sur les lois de développement 14
1.2.3. La maturation neuro-anatomique 14
1.3. Les expériences sensori-motrices 15
2. L'espace et le temps 16
2.1. Maintenant et demain : un temps pour exister 16
2.1.1. Pourquoi temps et identité sont-ils liés ? 16
2.1.2. Le temps dans le développement psychomoteur 16
2.1.3. La continuité temporelle et le sentiment de continuité d'existence 18
2.1.4. Habiter son corps, habiter son présent 18
2.2. Ici et là : un espace où vivre 19
2.2.1. L'espace et le corps dans le développement psychomoteur 19
2.2.2. La construction de l'axe corporel 19
2.2.3. Enveloppe de peau, enveloppe psychique 20
2.2.4. Unité de soi, différence de l'autre 21
3. La différenciation et la subjectivité 22

B. L'ADOLESCENCE ET LES FRAGILITES IDENTITAIRES DES ADOLESCENTS EN ITEP **23**

I. Les troubles du comportement en institution **23**
1. Généralités sur les ITEP et leur population 23
2. Les apports des classifications 24
2.1. Pourquoi utiliser les classifications ? 24
2.2. La Classification Internationale des Maladies (CIM) 25
2.3. Le manuel de diagnostique statistique IV (DSM-IV) 26
2.4. La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) 27
2.4.1. Présentation de la classification 27
2.4.2. Structure psychopathologique 27
2.4.2.1 Pathologie limite 27
2.4.2.2 Pathologie limite à dominante comportementale 29
2.4.3. Trouble et manifestations 29
3. Les enfants et adolescents du « faire» 30
3.1. Troubles de la personnalité et difficultés affectives 30
3.2. Troubles du comportement et difficultés d'être 32
3.3. Dysfonctionnement familial 32
3.4. Trouble du caractère et difficultés relationnelles 34
3.5. Troubles de la conduite sociale 34
3.6. Troubles cognitifs 35
4. Le lien à l'identité 36

II. Adolescence : une métamorphose **37**
1. Généralités sur l'adolescence : 37
2. Des modifications psychocorporelles 37
2.1. De la sexualité infantile à la puberté 37
2.1.1. Un début dans l'enfance 37
2.1.2. La phase de latence 38
2.1.3. L'arrivée de la puberté 38
2.2. Des modifications physiques 38
2.3. Des modifications psychiques 39
3. Le renoncement à l'enfance, un lien d'attachement revisité 40
3.1. L'impact de l'attachement dans l'enfance 40
3.1.1. Attachement sécure et attachement insécure 40
3.1.2. L'influence actuelle 41
3.2. Un lien revisité 41
4. Des expériences nouvelles 42

III. La quête identitaire de « l'adolescent dans l'agir » **43**
1. Introduction 43
2. La construction de l'identité dans la double influence de l'adolescence et des troubles du comportement 44

2.1. Des modifications statiques 44
2.1.1. Une lutte contre le changement 45
2.1.2. Une peau de protection face aux changements 45
2.1.3. L'appartenance à un genre et l'identité sexuée 47
2.2. Des modifications dynamiques 48
2.3. Des agirs entravant les processus de pensées. 49
2.3.1. Du passage par l'acte au passage à l'acte 49
2.3.2. Les modifications psychiques de l'adolescence 50
2.3.3. Un temps pour penser 51
2.4. Des modifications interactives 52
2.4.1. Le corps en interaction 52
2.4.2. L'identité groupale et institutionnelle 53
3. Un accompagnement possible en psychomotricité ? 54

C. ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOMOTRICITE 56
I. Comment apprécier l'identité en psychomotricité 56
1. Généralités sur le tonus 56
1.1. Définition 56
1.2. Les stades de développement de Julian DE AJURIAGUERRA 57
1.2.1. Le corps vécu (de 0 à 3 ans) 57
1.2.2. Le corps perçu (de 3 à 6 ans) 57
1.2.3. Le corps représenté (de 6 ans à 12 ans) 57
1.3. Le tonus et l'identité 57
2. Le tonus de fond, une fonction de contenance 58
3. Le tonus postural 58
3.1. La conscience d'un espace-temps 58
3.2. Le lien au mouvement 59
4. Le tonus d'action 59
5. La rencontre tonique – Conscience d'être en relation aux autres 60

II. L'identité du Psychomotricien 62
1. L'appartenance et la spécificité du psychomotricien 62
2. Des outils d'exploration de l'identité 62
2.1. L'histoire du sujet 62
2.2. La posture, la gestuelle, la motricité et le tonus 63
2.3. Les représentations corporelles 64
2.3.1. Le schéma corporel 65
2.3.2. L'image du corps 65
3. Des outils de prise en soin des adolescents en ITEP 66
3.1. Le cadre thérapeutique 66
3.2. La relation au cœur du métier 67
3.2.1. L'alliance thérapeutique et la fonction de miroir pour l'adolescent 67
3.2.2. Le psychomotricien et son histoire personnelle 67
3.2.3. Pour les parents 68
3.3. La médiation corporelle 68

III. Raphaël « *Quand tu pleures, c'est comme moi quand je suis triste* » **70**
1. Présentation générale: 70
1.1. L'anamnèse 70
1.2. Les bilans à son arrivée à l'ITEP 70
1.3. La prise en soin en psychomotricité 72
1.4. L'évolution générale 72
2. La prise en charge en psychomotricité à mon arrivée à l'ITEP 73
2.1. La première rencontre 73
2.2. Installation du cadre thérapeutique et présentation descriptive de Raphaël 73
2.3. Evolution dans la prise en charge 75
3. Présentation de trois séances significatives dans la prise en soin 76
3.1. Une esquisse tonico-motrice inconsciente 76
3.2. La carapace de tortue 77
3.3. Le test des représentations corporelles et la relaxation 78
3.4. L'importance de la relaxation 79
4. Conclusion 80
4.1. Perspectives d'avenir 80
4.2. Conclusion et réflexions personnelles : 81

CONCLUSION **83**
ANNEXE I : CRITERES DIAGNOSTIQUES DU DSM POUR LES TROUBLES DES CONDUITES **85**
ANNEXE II : CORRESPONDANCE DES TROUBLES DE LA CFTMEA & DE LA CIM-10 ..... **87**
ANNEXE III : TEST DES REPRESENTATIONS CORPORELLES DE RAPHAËL **89**
GLOSSAIRE DES SIGLES **92**
BIBLIOGRAPHIE **93**
TABLE DES MATIERES **98**