

**“ Touche-moi si tu peux ” : la question du toucher
auprès d’adolescents atteints de troubles du
comportement**

Hugo Hattinguais

► **To cite this version:**

Hugo Hattinguais. “ Touche-moi si tu peux ” : la question du toucher auprès d’adolescents atteints de troubles du comportement. Psychologie. 2020. dumas-02894745

HAL Id: dumas-02894745

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02894745>

Submitted on 9 Jul 2020

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Science de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention

Du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

« Touche moi si tu peux » :

La question du toucher auprès d'adolescents atteints de
troubles du comportement

HATTINGUAIS Hugo

Né le 18/07/1997, à Libourne (33)

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu pour l'écriture de ce mémoire :

Jésus Sanz pour m'avoir accompagné dans la réalisation de ce mémoire. Merci pour tous tes conseils précieux qui m'ont permis d'affiner ma réflexion.

Stéphane Bedhomme qui m'a supervisé au cours de mon stage de troisième année. Merci pour tes conseils, qui m'ont aidé à évoluer dans ma pratique professionnelle.

Je remercie également l'équipe du service ambulatoire DITEP pour tout ce qu'elle m'a permis de découvrir et pour la confiance qu'elle a eue envers moi au cours de ce stage expérimental.

Merci à l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux pour cette formation riche qui a contribué à façonner mon identité de professionnel.

Je souhaite également remercier ma famille pour leur soutien, leur compréhension tout le long de ma formation; ma copine pour son aide si précieuse. Et surtout merci à mes amis pour ces trois années mythiques passées en votre compagnie.

Avant propos

« Si le toucher est à l'origine même de la relation thérapeutique, le toucher est devenu un nouveau style de communication sociale et communautaire du soi . Le style tactile participe d'une transmutation des valeurs par un autre rapport à l'altérité : dans une société concrète, d'action en commun, L'autre est celui que je touche et avec lequel je fais quelque chose qui me touche »
Bernard Andrieu, 2007

Sommaire

Remerciements	1
Avant propos	2
Sommaire	3
Introduction	4
Chapitre I - Le toucher	7
A) Le toucher	7
B) Le toucher dans la construction psychique	13
C) Le toucher dans la relation	27
D) Toucher et émotions	31
Chapitre II - Le public adolescent :	35
A) Une période de transformation.....	35
B) Une mise en doute du sentiment identitaire	36
C) Résolution de la crise	44
Chapitre 3 : Le DITEP	46
A) Généralités	46
B) Présentation de l'établissement	47
C) Les missions de l'établissement.....	48
D) Les différents troubles	50
Chapitre 4 : Partie clinique	57
A) La prise en charge de groupe	57
B) Le groupe thérapeutique : jeu d'opposition	60
C) Etude de cas Paul.....	64
D) Rôle du psychomotricien	74
Conclusion	78
Bibliographie	80
Table des matières	84

Introduction

C'est au cours d'une expérience en camps de vacances que j'ai pu découvrir chez moi, un contact plutôt aisé avec les enfants et adolescents. Durant ces expériences, je me suis questionné sur la période qu'est « l'adolescence ». Une période charnière dans la vie d'un individu, elle semble être à la base de notre construction psychique. C'est également au cours de l'adolescence que des remaniements psychiques et physiques ont lieu. Enfin ma participation à un projet de solidarité internationale au Pérou en tant qu'étudiant en psychomotricité m'a permis de m'interroger sur la place du contact physique donc du toucher auprès des adolescents. En effet, afin de communiquer plus aisément avec une population ne communiquant pas dans la même langue que moi, j'ai pu constater l'impact majeur de la qualité du toucher et de la gestuelle.

C'est pour cela que j'ai souhaité effectuer un stage auprès de cette population. Pour ma dernière année en psychomotricité, j'effectue un stage dans un service ambulatoire d'un Dispositif d'Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (DITEP). Ce service accueille des enfants âgés de 4 à 20 ans, présentant des troubles du comportement et de la relation.

Au cours de ce stage, je me suis interrogé sur la place du psychomotricien dans cet institut, auprès des adolescents et de la notion du toucher. Dans ce cadre là, je participe à un groupe thérapeutique : le jeu d'opposition. Ce groupe va permettre aux adolescents de posséder un espace de parole corporelle, d'affirmer leur « Moi » et de satisfaire leurs désirs d'affrontement tout en considérant autrui. A travers ce groupe, les adolescents peuvent passer de l'acte à la symbolisation et la représentation de soi et de son environnement.

C'est à travers l'observation de plusieurs jeux d'opposition que j'ai pu mettre en évidence l'importance du corps dans l'expression des émotions. C'est par le corps que nous rentrons en contact avec autrui. Au cours des jeux de combats, les contacts sont plus importants : agrippements, poussées. Je me demande alors comment l'adolescent vit ces expériences de contact ? A travers les jeux d'opposition, il y a une forte proximité, l'autre se trouve dans notre cadre intime. Comment cette violation de l'espace intime est-elle vécue par l'adolescent ? Les adolescents font face à un difficile travail de ré-appropriation d'un corps qui actuellement les déroutent et déséquilibrent leurs assises narcissiques. Comment le toucher est-il vécu lorsque l'adolescent ne s'est pas encore ré-approprié son corps ?

Le toucher est le premier organe sensoriel qui se développe. En effet, ce dernier se développe in utero dès la sixième semaine de gestation. C'est le premier sens qui permet d'entrer en relation avec autrui. Donald Woods WINICOTT (36) met en évidence l'importance du toucher dans les premiers instants de vies du bébé à travers deux notions : le holding et la handling. Par l'intermédiaire de ces deux notions, l'enfant va construire son vécu corporel et psychique. Pour soutenir le raisonnement de WINICOTT, nous pouvons mettre en avant les travaux de René SPITZ sur la notion d'hospitalisme. Il a été mis en évidence que des enfants n'ayant pas eu assez de contact physique avec autrui se laissent dépérir. Est-ce que l'adolescent peut manifester cette carence ? Et si oui, est-ce qu'un travail de contact et plus particulièrement le jeu d'opposition peut être thérapeutique pour l'adolescent ? Quel est le rôle du psychomotricien à ce niveau là ? Dans le jeu d'opposition, le professionnel s'investit corporellement. Comment doit-il adapter son toucher à l'adolescent ?

En me basant sur les observations cliniques et des recherches théoriques, je vais tâcher de mettre en lien la psychomotricité, le public adolescent du service ambulatoire

du DITEP et le toucher. **Comment le psychomotricien aborde et apprivoise le toucher auprès d'adolescents atteint de troubles du comportement ?**

Ainsi dans un premier temps je définirai la notion de toucher. Dans un second chapitre, je développerai la période de l'adolescence. Puis j'évoquerai un service ambulatoire d'un Dispositif d'Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (DITEP). Avant de conclure, je mettrai en avant le rôle du psychomotricien dans la relation et le contact auprès d'adolescent présentant des troubles du comportement.

Chapitre I - Le toucher

On a longtemps cru que le nouveau-né était un être dépourvu de sens, cependant au fil des années, il a été démontré que le système sensoriel humain se développe *in utero*. A la naissance, le bébé est un être doté de capacités sensorielles et d'aptitudes relationnelles qui participent à son développement psychique et physique.

Le développement des fonctions sensorielles suit une séquence temporelle bien définie. En effet, le premier système sensoriel à se développer est le système tactile, puis peu de temps après le système olfactif, le système gustatif suivis du système auditif et pour finir le système visuel (5).

Il a été mis en évidence que les fonctions du système sensoriel sont précoces et que l'influence de ces sensations sont observables dès la naissance. Par exemple, *in utero*, le fœtus a de nombreuses occasions de stimuler ces récepteurs tactiles. Ces derniers se situent sur la peau.

A) Le toucher

1. La peau

a. Aspect physiologique

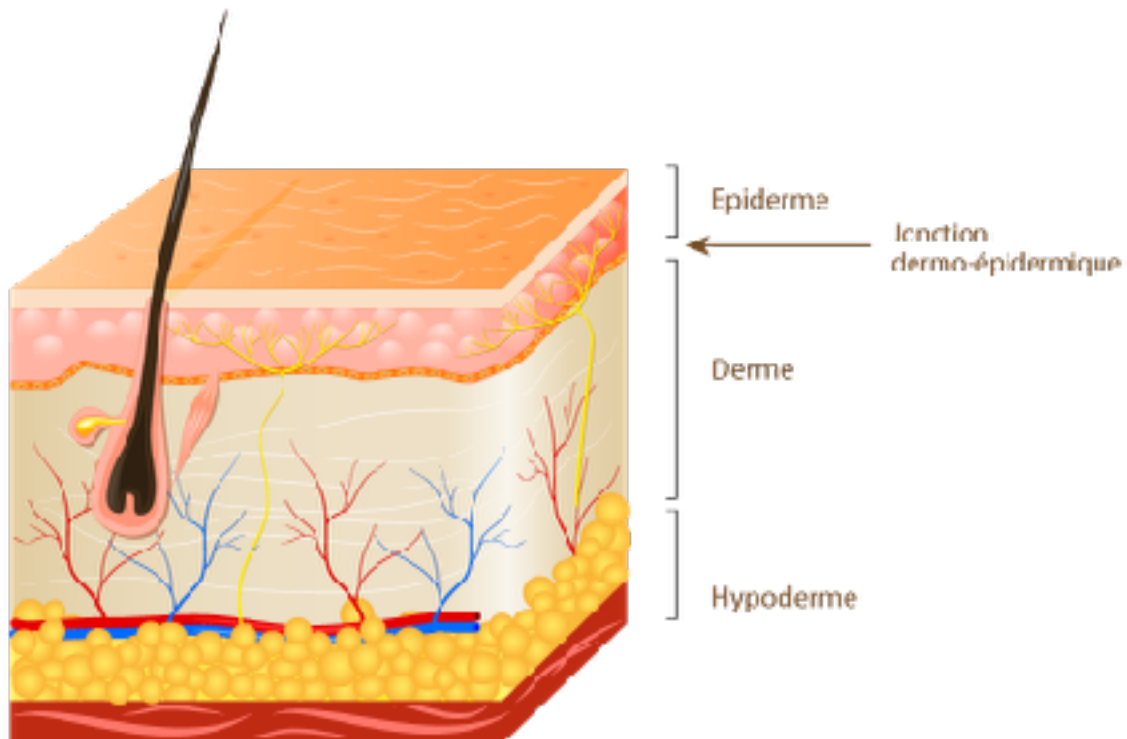
La peau est une membrane résistante, imperméable et élastique qui recouvre le corps des animaux vertébrés et de certains invertébrés. Elle se compose de plusieurs couches de tissus.

❖ Embryologie

La peau se forme à partir de deux feuilletts embryonnaires : l'ectoderme qui donne naissance à l'épiderme et le mésoderme qui permet la formation du derme et de l'hypoderme. Au cours de la 3ème semaine de développement se forme également l'ectoplaste qui va donner naissance aux organes sensoriels : le toucher, l'ouïe, l'odorat, le goût et la vue. C'est également l'origine du système nerveux.

- L'épiderme est la première couche superficielle en contact avec le milieu extérieur. Cette couche est imperméable et résistante, lui permettant ainsi d'assurer une première protection des tissus sous-jacents. Il est souple et élastique. L'épiderme est constitué de plusieurs couches épithéliales superposées. En surface, la couche cornée est constituée d'un empilement de cellules mortes, renouvelées régulièrement. Après desquamation, celles-ci sont remplacées par des nouvelles cellules provenant des cellules sous-jacentes.
- Le derme est plus épais que l'épiderme, il est constitué d'un tissu conjonctif dense et élastique, riche en vaisseaux et en nerfs. Cela permet à la peau de s'étirer, de résister à une traction mais aussi de recueillir des informations à l'origine des sensations tactiles.

- L'hypoderme est constitué de tissus conjonctifs lâches, emmagasinant une grande partie de la graisse du corps permettant une protection thermique et un amortissement. (14)



❖ Morphologie de la peau

Avec une superficie moyenne de 2.500 cm² chez le nouveau-né et 18.000 cm² chez l'adulte, la peau constitue l'organe le plus étendue de l'homme, mais aussi le plus lourd car il peut atteindre un poids de 5 kg environ. Cela correspond à 8% du poids d'un corps humain adulte.

L'épaisseur de la peau varie de 1,5 à 5 mm suivant les régions du corps qu'elle recouvre, mais également suivant le sexe et l'âge. Elle est très fine au niveau des paupières et très épaisse à la plante des pieds. Chez la femme, l'enfant et la personne âgée, l'épaisseur est plus faible que chez l'homme. La couleur de la peau varie en fonction de plu-

sieurs facteurs : des gènes de l'individu, de sa santé, de son état émotionnel, des conditions météorologiques, mais aussi de son âge. Enfin la peau élabore plusieurs structures dérivées comme les cheveux, les poils et les ongles qui sont des annexes. L'ensemble porte le nom de tégument.

La peau supporte son propre microsysteme. Il est constitué d'organismes spécialisés ou opportunistes, cela varie selon les individus, les différentes parties du corps et les zones géographiques.

b. Les différentes fonctions

Comme dit précédemment, la peau est une enveloppe protectrice qui sépare le corps du monde extérieur en étant le seul organe à recouvrir l'intégralité du corps. Ainsi, la peau possède différentes fonctions :

- C'est un **tissu de revêtement** qui enveloppe le corps et le maintient tout en le protégeant contre les agressions extérieures : c'est donc une membrane de couverture, de soutènement et de protection s'opposant dans une certaine mesure, à l'action des agents physiques, chimiques et bactériologiques du monde environnant.
- La peau est un organe présentant des **fonctions sensorielles** et met en œuvre nombreux processus métaboliques : les organes sensitifs cutanés contribuent à cette défense par perception du chaud, du froid, de la douleur et en même temps qu'ils renseignent sur la forme des objets touchés.

- La peau met en œuvre nombreux **processus métaboliques** : elle présente des propriétés sélectives d'imperméabilité et de perméabilité. La peau empêche la pénétration de certains corps étrangers, alors qu'elle permet le passage d'autres éléments, notamment l'élimination de l'eau par la sudation.

La surface de la peau comporte un grand nombre de récepteurs sensoriels, 50 par cm². Le nombre de fibres sensorielles, allant de la peau à la moelle épinière dépasse les 500.000. Ce qui fait d'elle, le premier organe du toucher.

2. Le toucher

Le toucher vient du latin *toccare* signifiant heurter, frapper, faire toc. Il fait parti de l'un des cinq sens de l'homme qui sont l'ouïe, l'odorat, la vue et le gout. Il est vital dans toutes les fonctions de l'être humain. Ce sens repose sur l'organe le plus important du corps en termes de surface : la peau. Il est opérant à travers le réseau nerveux de l'épiderme.

a. Aspect physiologique

Le toucher représente une « sensibilité somesthésique générale ». Ce terme désigne les sensations conscientes, éveillées par la stimulation des tissus du corps, sensations qui ne sont ni visuelles, ni auditives, ni olfactives, ni gustatives.

Elles sont provoquées par l'excitation de terminaisons nerveuses réceptrices de types variés, localisées dans le tissu de revêtement cutané et divers tissus plus profondément situés. Ces récepteurs sont sensibles à un certain nombre de stimulants spécifiques : mécaniques, thermiques, douloureux. Les récepteurs tactiles sont plus ou moins élevées en

fonctions de leurs spécificités ainsi que leurs positions. Par exemple, la sensibilité tactile est plus élevée au niveau de la pulpe des doigts qu'au niveau du torse ou du dos.

Cette sensibilité très fine explique qu'une personne non-voyante puisse lire le braille à raison de 600 lettres par minute. Cette vitesse de lecture est équivalente à celle d'un adulte voyant. Le toucher fait donc intervenir la sensibilité.

b. Les différentes sensibilités

La sensibilité peut être déclinée en plusieurs types. Gilbert **SIMONDON** (32), met en avant trois groupes de sensibilités :

- *La sensibilité intéroceptive* : elle fait appel à des récepteurs de la surface interne, c'est à dire des récepteurs qui nous renseignent sur la sensibilité viscérale qui se manifeste généralement en cas de dysfonctionnement.
- *La sensibilité extéroceptive* : constituée de récepteurs situés à la surface de la peau, elle est sensible aux actions du milieu extérieur.
- *La sensibilité proprioceptive* : cette dernière prend naissance au niveau de récepteurs localisés dans les organes profonds de la vie de relation. Cette sensibilité est à l'origine du sens de la position relative des segments du corps et de l'appréciation de leurs déplacements, de la régulation du tonus musculaire, de la statique et de l'équilibre.

Les sensibilités tactiles mettent en évidence l'importance du toucher au niveau physique. Cependant, la notion du toucher est plus vaste et participe également à la construction de l'individu.

B) Le toucher dans la construction psychique

Le toucher à une importance tant au niveau physique (sensibilités) qu'au niveau psychique. Il permet à un individu de se construire physiquement et psychiquement à travers différentes notions.

1. Le toucher dans la construction d'un individu

Comme dit précédemment, les différentes sensibilités tactiles permettent à un individu de se renseigner sur la position et les mouvements de son corps, cela correspond à la kinesthésie. Hormis la kinesthésie, le toucher permet également de prendre conscience des contours de son corps et plus précisément de son schéma corporel.

a. Le schéma corporel

Le schéma corporel tient son nom de P. **BONNIER** en 1895. Celui-ci le définit comme étant une représentation permanente, une figuration spatiale du corps.

Ainsi, pour P. **BONNIER** le schéma corporel vient donc de la notion neurologique de représentation du corps propre. P. **BONNIER** sera contredit quelques années plus tard par **PICK**. C'est en 1908 que celui-ci parlera « d'image spatiale du corps ». Pour **PICK**, les sensations que l'Homme perçoit dans son corps sont à l'origine des représentations que celui-ci se fait de son propre corps (17 ; 27).

Selon Julian DE AJURIAGUERRA, le schéma corporel est « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, (il) réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification » (10). C'est-à-dire, qu'à la naissance, l'enfant n'a pas conscience de son corps. Il développe cette conscience corporelle au fil des interactions avec son entourage (notamment lors du *holding* de la mère qui délimite les limites de son corps).

Le holding met en avant la notion de dialogue tonico-émotionnel. Ce dialogue se crée donc à travers l'échange tonique entre la mère et son enfant.

b. Le tonus

❖ Définition

Le tonus vient du terme grec qui signifie « *tension* ». Il représente l'état de tension légère, permanente et involontaire des muscles striés. Il assure le maintien d'une position et varie selon les informations reçues grâce au sens kinesthésique, mais aussi en fonction du vécu émotionnel.

Le tonus musculaire est la toile de fond dans l'expression somatique de la vie émotionnelle et affective d'un sujet. Il est intimement lié à la posture. Il existe **différents types de tonus** dépendent de leurs niveaux d'intensité ainsi que de leurs rôles :

- *Le Tonus de fond ou de base* : constitué d'une légère tension des muscles, d'origine réflexe et isométrique ; il est involontaire, permanent et subsiste même au repos et

pendant le sommeil. Il maintient la cohésion des différentes parties du corps, base du schéma corporel. Représente le substrat de l'affectivité et des émotions.

- *Le Tonus postural* : représente l'activité tonique minimale, permet la gestion des équilibres dynamiques et statiques, le maintien des mises en forme corporelles, garantit un niveau de contraction optimum pour l'action, est sous commande réflexe. C'est le substrat de l'affectivité et des émotions, il constitue l'ajustement tonique relationnel.
- *Le Tonus d'action* : se définit par la contraction musculaire phasique permettant l'action et le mouvement dans un déroulement spatialisé. Il peut être recruté pour un acte intentionnel, sous commande volontaire et aussi action réflexe ou automatique.

En 1949, WALLON met en évidence le lien entre le tonus et l'émotion, ce qui donne une relation tonico-affective. Selon lui le tonus est le point d'articulation, d'expression, de ressenti des émotions. Il s'agit d'une communication affective et émotionnelle.

❖ Le dialogue tonico-émotionnel

Le *dialogue tonique* correspond à l'ajustement corporel interactif entre l'enfant et sa mère. Il permet une réelle interaction entre les deux partenaires. Ainsi, les interactions produites par le dialogue tonique représentent un véritable outil de communication.

Au début de sa vie, l'enfant n'a pas la capacité de penser à cause de son immaturité cérébrale. Sa psyché est définie par les activités physiologiques et le sensori-moteur.

L'enfant est donc dépendant d'autrui qui lui sert de support et miroir. Comme il ne possède pas encore le langage, le bébé communique par le canal tonique. **J. DE AJURIA-GUERRA** a d'ailleurs parlé de dialogue tonico-émotionnel qui s'instaure entre le bébé et ses objets parentaux. Ainsi, par le tonus qui se fait support de toute la vie émotionnelle, le bébé se contracte, se détend, pleure, crie, gazouille et exprime ainsi son état d'être.

Dans un premier temps, le bébé a des réflexes et une motricité archaïque dépourvus de but : il subit sa motricité. Afin de communiquer avec les personnes qui l'entourent, l'enfant se sert de son corps. Un malaise va provoquer en lui une hypertonie. C'est ensuite la mère, qui en mettant des mots et donnant du sens à ces différents états tonico-émotionnels, permet à son enfant de rentrer dans le symbolique et par la suite dans le langage. La mère va donner sens à cette motricité, interpréter sa posture et s'occuper de lui. Elle donne sens à ses variations toniques.

Peu à peu, l'enfant va associer sa posture, son état tonique au fait que sa mère arrive. Progressivement, l'enfant va utiliser des attitudes ou expressions qui deviennent des signaux intentionnels à partir desquels il attend une réponse de l'adulte. Il utilisera donc son tonus pour communiquer ses émotions. Les compétences du bébé, grâce à la maturation des canaux sensoriels lui permettent de chercher à dire des choses. La mère et le bébé ont alors un dialogue tonico-émotionnel.

Ce dialogue tonico-émotionnel s'installe grâce au toucher entre la mère et son enfant. C'est le corps à corps qui permet à l'enfant et sa mère d'entrer en relation. Se mettre à la place de l'autre, c'est d'utiliser le toucher de manière systématique mais adaptable et intégré aux autres sensibilités.

Lors du portage nous observons également ces contacts par le toucher. Dans les bras de sa mère, le changement tonique de la colonne vertébrale et des membres permet

un portage, moins enveloppant, moins moulant. Cela va permettre à l'enfant d'avoir une tonicité plus homogène. Cela lui permet une prise de distance physique avec le corps de sa mère. Son statut psycho-corporel est alors différent. Le portage est à la fois contenant et sécurisant mais également propice à l'autonomie du bébé.

A travers ce dialogue tonico-émotionnel, l'enfant expérimente son corps et se construit un vécu corporel.

c. Le vécu corporel

A. MONTAGU insiste sur l'importance de la peau comme organe déterminant dans le développement humain. A travers le toucher, l'enfant se construit, il découvre les différentes notions d'intimité, de proximité, de distance et d'éloignement (22).

A la différence des autres sens de l'être humain, le toucher implique toujours la présence conjointe et inséparable du corps que l'on touche et de notre propre corps. Le toucher permet de nous faire ressentir des choses à l'intérieur de nous-même, de découvrir de nouvelles sensations.

Ainsi, dès la naissance le bébé est dans l'expérimentation de ses sensations. La perception sensorielle et plus précisément la perception proprioceptive va permettre au bébé de construire ses premières connaissances. Les premières perceptions que le bébé éprouve sont les manifestations toniques en réponse à ses premiers besoins psychiques et physiques vu précédemment.

Le développement psychique de l'humain est un long processus, il évolue tout le long de la vie d'un individu. Suzanne **ROBERT-OUVRAY** dira même que « le psychisme

est la création d'un espace de communication entre deux êtres humains et entre soi et soi » (28).

Le psychique de l'enfant se construit lorsqu'il entre en contact avec autrui. Le bébé entre en communication avec l'autre par le dialogue tonico-emotionnel mais également par le regard et les vibrations du corps. « L'aspect vibratoire de la communication est à la base de la vie de l'être humain. En effet les « les bonnes vibrations » que nous ressentons chez quelqu'un facilitent notre relation avec lui et augmentent la confiance. Une fois en relation avec l'autre, l'enfant va pouvoir expérimenter des nouvelles sensations corporelles. Ces expériences peuvent alors être agréables ou désagréables et ainsi créer des tensions. Les tensions internes psycho-corporelles trouvent écho dans les réponses corporelles que va mettre en avant l'entourage. En effet, « l'un des besoins fondamentaux de l'être humain est la cohérence psycho-corporelle et interactionnelle ».

La vie psychique et le vécu corporel de l'enfant débutent lorsque la mère transmet son état à travers sa propre tonicité, ses sensations et sa verbalisation. « Le bébé bouge, la mère parle, il se crée un accordage affectif entre les deux modes d'expressions qui passent par la tonicité ». L'état d'anxiété et de disponibilité de la mère ainsi que sa faculté à communiquer avec son enfant vont favoriser ces premières interactions qui structurent les expériences psycho-corporelles du bébé. A travers ces échanges, la mère permet à l'enfant d'avoir accès au langage et à la symbolisation.

Parmi les expériences corporelles que peut faire le bébé en contact avec la mère, il y a la « tété ». C'est une des premières formes de relation entre l'enfant et sa figure parentale. Lors de la tété, le bébé est à la fois dans un état d'extrême dépendance mais également dans un état de plénitude. Il vit pleinement la relation à deux tout en faisant abstraction des tensions que peut procurer la présence d'autrui. Une fois ce sentiment per-

çu le bébé peut prendre confiance en soi et en l'autre. Cela va fortifier la constitution de son vécu corporel ainsi que ses capacités de communication.

A travers la tété, l'enfant expérimente le dialogue tonico-émotionnel et entre en relation avec sa figure parentale. Ainsi, la peau peut être considérée comme l'un des premiers lieux d'échanges entre l'enfant et son parent. Grâce à ces échanges, l'enfant va pouvoir créer un lien d'attachement.

d. La théorie de l'attachement

Le toucher est le plus fondamental des sens ; il unit celui qui touche et celui qui est touché. Chez le nourrisson, le toucher s'exerce par toute une gamme de contacts et par le corps à corps avec autrui ; mais également dans le frottement réciproque des membres entre eux et dans la manipulation du corps propre et des objets.

❖ Au niveau intra utérin

Dans la période intra-utérine, le toucher est l'un des premiers sens à se développer. En effet, le bébé réagit aux stimulations internes ou externes. Il réagit à des tensions ressenties par la mère comme le stress, les bruits violents, ses émotions. Il donne des signes de souffrance quand il éprouve la faim, des coliques, des accélérations cardiaques, des sursauts indiquant que sa quiétude est perturbée. Nous pouvons également observer une réponse motrice du fœtus à une stimulation tactile (20).

❖ A la naissance

La naissance est décrite comme la première séparation violente, ou douloureuse de la mère avec son enfant. Le bébé subit un véritable changement : il passe du milieu aquatique au milieu extra-utérin, d'un milieu protégé à un milieu exposé. A cet instant, le nouveau-né est un être totalement dépendant d'autrui pour sa survie. A la naissance, le bébé crie et se raidit ; on observe chez ce dernier, une perte de la sensation d'enveloppement.

Pour répondre à cette perte, les parents peuvent réaliser un contact de « peau à peau » auprès de l'enfant ». Placer l'enfant en peau à peau avec sa mère est d'ailleurs le premier geste des sages-femmes à la suite d'un accouchement qui s'est bien déroulé. Une main sur le dos de l'enfant peut lui permettre de se calmer et ainsi réduire les cris, les trémulations ou les raidissements. Il existe tout une gamme de contact avec la peau du nourrisson (frôlements, caresses, pressions, palpations, contacts par voie aérienne, le souffle, les baisers, ...)

A travers ces interactions corporelles, les parents vont permettre de créer une notion de sécurité à l'enfant. Cette notion de sécurité est indispensable au bon développement psychique de l'enfant. **John BOWLBY** décrira même une « théorie de l'attachement ». Selon **J. BOWLBY**, l'enfant est un être actif dans le processus d'attachement, il est un partenaire dans l'interaction (20).

Ainsi, la peau peut être considérée comme l'un des premiers lieux d'échange entre l'enfant et son parent. En effet, c'est à travers le « peau à peau » que se créent les premiers échanges entre la mère et son enfant.

❖ La notion d'attachement

La théorie de l'attachement est une notion qui a été développée par J. **BOWLBY**. Pour celui-ci l'attachement est un besoin primaire à l'enfant, comme le besoin alimentaire. Ainsi, l'attachement désigne un lien affectif spécifique entre un enfant et un individu qui répond à ses besoins. L'enfant va alors s'attacher instinctivement à cette personne qui au fil du temps deviendra sa figure d'attachement (12).

A la naissance le bébé présente toute une série de nécessités liées à des états physiologiques auxquelles la mère se doit de répondre de manière adaptée. Le bébé est dans un état de tension musculaires croissante et présente une activité rythmique régulière et récurrente dans laquelle une tension légère s'alterne à une détente (dormir, se réveiller). Ces expériences physiologiques doivent se transformer en expériences psychiques grâce à une mère contenant, participative et régulatrice. Cette contenance peut être en lien avec le portage, le holding, le contact avec le toucher, donnant cette enveloppe contenant et rassurante.

BRAZELTON, décrit différents états de confiance du nouveau-né :

- Le sommeil profond où le bébé n'est donc pas en interaction avec les autres.
- Le sommeil paradoxal où le bébé peut réagir ou non avec autrui.
- L'état intermédiaire de somnolence dont le bébé peut se réveiller.
- L'éveil alerte , cela va disposer le bébé à l'interaction.
- L'état d'éveil furieux que l'on peut facilement calmer.
- Et enfin les pleurs , où il faut intervenir rapidement pour apaiser le bébé.

Cela va permettre au nouveau-né d'avoir confiance en son environnement et confortera les compétences parentales.

A la naissance, le nouveau-né ne se différencie pas avec la mère qui représente une part de lui-même. Le père est tout ce qui représente la différence entre un enfant et sa mère. Il permet à la mère de ne pas être confondue par son enfant. « Le père est le symbole de cet écart absolument nécessaire qui doit s'établir entre la mère et son enfant ».

Ainsi selon **J. SAVATOFSKY** (30), tout comme respirer, boire, manger, le toucher est une nécessité vitale, dont la privation chez le jeune enfant pourrait nuire à son bon développement. Comme les autres sens, si le toucher n'est pas suffisamment stimulé, il peut perdre sa sensibilité. Plus la peau est caressée et touchée, plus elle sera réceptive.

Le toucher est un acteur fondateur dans le sens où tout individu se doit de « vivre une expérience psycho-tactile satisfaisante pour accéder à un développement harmonieux de son être, et ce, tout au long du processus de croissance » selon **A. DAUTY**.

René **SPITZ** (1887-1974) à travers ses travaux sur l'hospitalisme des enfants abandonnés, a mis en évidence les effets des séparations chez les jeunes enfants. Ce médecin a observé dans une pouponnière des enfants âgés de douze à dix-huit mois. Il a ainsi remarqué que les enfants ayant eu une « bonne » relation avec leur mère durant les six premiers mois de leur vie se développaient normalement. A contrario, les enfants n'ayant pas eu de contact physique et donc une absence de lien d'attachement montrent des signes de déclin au fil des mois. En effet après trois mois séparés de leur mère et sans lien affectif, les enfants ne montrent plus d'affects. Ils ne pleurent plus pour s'exprimer et geignent. Un retard moteur est observable et s'aggrave au fil du temps.

G. HAAG dira même que « le bébé accède au sentiment de rassemblement de l'espace avant/ arrière lorsque la maman le porte dans ses bras ». Cette notion de portage met en avant une prise de conscience pour le bébé d'un corps unifié et fermé.

e. Construction d'une enveloppe corporelle

« L'enveloppe a une fonction contenant qui consiste à contenir et à transformer »

Pour Didier HOUZEL, la peau présente une fonction de contenance qui permet l'intégration de l'enveloppe corporelle au niveau psychique (13). Pour Sigmund Freud « Le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface » (9). Cependant, FREUD met également en évidence les limites de cette notion « le MOI ». Pour lui, la peau est une interface entre l'intérieur et l'extérieur (8). Ce qui va permettre d'envelopper l'appareil psychique. L'enveloppe corporelle est donc le réceptacle des afférences du monde extérieur. C'est une source d'excitation, qui peut être perçue comme plaisir ou déplaisir.

Selon Wilfred BION, le bébé subit très tôt des expériences sensorielles. Ces expériences vont alors être traitées et imprimées par l'enfant avant d'être appréhendée ou non par ce dernier. Cela correspond aux éléments alpha et beta de W. BION :

- Les éléments α représentent les sensations qui vont pouvoir être assimilées par le nouveau-né. Ce sont les sensations qui vont faire sens chez lui et qu'il va pouvoir s'approprier.
- A contrario, les éléments β sont des données sensorielles confuses. Elles ne sont ni représentables, ni assimilables par le bébé.

Ainsi, la fonction alpha correspond à la transformation des éléments B en éléments alpha. Cette fonction correspond au *processus de mentalisation du monde*.

Les expériences sensorielles deviennent mentalisées grâce à la pensée. Dans la relation mère-enfant, la mère a un rôle important dans le développement de la pensée de son bébé. Dans la continuité de **W.BION**, **E.BICK**, décrit la fonction psychique de la peau dans le développement du bébé. Elle montre l'importance d'un objet contenant auquel le bébé puisse s'identifier afin de sentir suffisamment contenu dans propre enveloppe corporelle (19). Cet objet contenant est éprouvé comme une peau. Cette enveloppe correspond à l'intériorisation de l'objet contenant ou de la fonction contenante de l'objet. Elle décrit également la manière dont les perturbations de cette fonction « première peau » peuvent engendrer le développement d'une « seconde peau » en créant un substitut à cette fonction de contenant peau. Cette seconde peau pathologique peut être de nature musculaire ou motrice par exemple l'hypertonie.

La peau a une importance capitale : elle fournit à l'appareil psychique les représentations constitutives du Moi et de ses principales fonctions. Le Moi se constitue d'abord à partir de l'expérience tactile. Le Soi correspond à l'enveloppe sonore et olfactive. Et le Moi se différencie autour du Soi. Pour faire la transition avec l'une des fonctions de la peau, le toucher, je vais évoquer les fonctions du *Moi-Peau* décrites par **ANZIEU**.

f. Les fonctions du Moi - Peau

D. ANZIEU établit un parallèle entre les fonctions de la peau et les fonctions du MOI. Il décrit ainsi huit fonctions (1) :

1. Le Moi - Peau exerce un rôle de maintenance du psychique :

La fonction biologique est exercée par le holding, qui correspond au portage, la façon dont la mère soutient le corps du bébé. C'est une fonction psychique née de l'intériorisation du holding maternel. Le moi peau est « une partie de la mère (mains) intériorisée » et maintient le psychisme en état de fonctionner. La mère remplit le rôle de l'objet support pour que le bébé construise sa verticalité.

2. Le Moi - Peau vise à envelopper tout l'appareil psychique :

Il demeure une interaction immuable entre la notion contenante de la peau enveloppant notre corps et la fonction du moi peau. Elle est exercée principalement par le handling maternel. Le Moi-Peau émerge des jeux entre le corps de la mère et le corps de l'enfant ainsi qu'aux réponses apportés par la mère aux sensations et émotions de l'enfant (gestuelles et vocales).

3. Le Moi - Peau est une structure virtuelle à la naissance :

La couche superficielle de l'épiderme protège la couche sensible de celui-ci et de l'organisme en général. La mère sert de pare excitation au bébé jusqu'à que le moi en croissance de celui-ci trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer sa fonction. Le Moi-Peau s'actualise au cours de la relation entre le nourrisson et l'environnement primaire.

4. Le Moi - Peau a pour fonction l'individuation de soi :

Par son grain, sa texture, sa couleur, son odeur, la peau humaine présente des différences individuelles considérables. Celles-ci peuvent être narcissiquement voire socialement sur-investies. Cela va permettre une distinction chez autrui des objets d'attachements et d'amour. Mais également de s'affirmer soi-même comme un individu ayant sa peau personnelle.

5. Le Moi- Peau, fonction d'inter sensorialité :

Le moi peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures qu'est l'enveloppe tactile (liens des organes entre eux) , comme représentation de la peau comme toile de fond.

6. Le Moi - Peau, fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle :

La peau fait l'objet d'un investissement libidinal de la mère (contact peau à peau, auto-érotisme.). En cas de développement normal, les zones érogènes peuvent être localisées, la différence des sexes peut être reconnue et leur complémentarité désirée. La peau devient alors une enveloppe d'excitation sexuelle globale.

7. Le Moi - Peau, rôle de recharge libidinale du fonctionnement psychique :

La peau est une surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations externes et maintien une tension énergétique interne et de sa répartition inégale entre les sous types psychiques.

8. Le Moi - Peau, fonction sensorielle :

La peau, organe des sens tactiles fournit des informations directes sur le monde extérieur. Le moi peau remplit alors une fonction d'inscription de ces traces sensorielles. La mère renforce cette fonction en remplissant son rôle de présentation de l'objet auprès du tout petit. Cette fonction du moi peau se développe par un double appui, biologique et social. Biologique : un premier dessin de la réalité s'imprime sur la peau. Sociale : l'appartenance d'un individu à un groupe social se marque par des incisions, scarifications, peintures, tatouages, maquillage, coiffures et leurs doublets que sont les vêtements.

Comme nous venons de le voir, le toucher permet « une prise de conscience, une découverte de son corps ». Cependant il permet également « peu à peu une maîtrise de la relation à l'autre ». La rencontre tactile éveille à la communication non-verbale. La communication non-verbale est « l'ensemble des moyens de communication existant entre les individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés sonores ». Ainsi, le toucher, c'est avant tout aller à la rencontre de l'autre, objet privilégié de communication. Ce sens permet d'entrer en relation avec le monde et les personnes qui nous entoure (6 ; 35).

C) Le toucher dans la relation

1. Le toucher comme moyen de communication

Le toucher est l'un des premiers moyens de communication. Comme on l'a vu précédemment c'est à travers le dialogue tonico-emotionnel que le nouveau-né communique pour la première fois avec sa mère. La rencontre tactile à une particularité, on peut toucher une personne sans être touché soi-même.

En effet, le tact a une réciprocité qui lui confère une place particulière : toucher c'est instaurer un lien concret, palpable entre une personne et soi-même.

Ce lien peut être interprété et vécu de différentes manières en fonction de l'individu.

Chaque nouvelle rencontre instaure un climat singulier dans l'espace temps. Par exemple, si nous rencontrons une personne plusieurs fois, nous créons un « bagage ». Ce dernier correspond à notre propre mémoire des rencontres précédentes.

Le toucher avec une personne est assez subjectif. En effet, nous pouvons toucher l'autre sans être touché et inversement. Quelles sont ces limites du toucher ? Nos limites sont-elles identiques aux limites de l'autre ?

Le toucher ne passe pas uniquement par le contact physique. Ainsi, les limites de chacun correspondent à ce « bagage » qui est créé au fil des rencontres. Ce qui est sûr, c'est que les limites même si elles ne sont pas identiques doivent toujours être respectées quelque soit le mode d'expression.

Le toucher peut également avoir lieu par le regard. Ce dernier peut capter des émotions mais aussi faire des émotions, des ordres. Le regard dit beaucoup, il peut toucher une personne, à travers celui-ci on peut percevoir les ressentis d'autrui. En un regard, on peut être ému, touché dans sa sensibilité. Le dialogue tonico-émotionnel permet d'aller au-delà du « simple » regard, on entre en interactions physiques avec les autres.

Je rencontre Joël, 8 ans en séance individuelle au DITEP. C'est un garçon qui est atteint de troubles du comportement. Lors d'une séance, nous réalisons un parcours psychomoteur. Durant l'exercice, Joël est en difficulté, il ne réussit pas une partie du parcours malgré plusieurs tentatives, en effet à chaque fois il chute.

Cette difficulté à réaliser le parcours fait monter chez Joël une grande frustration qui semble impossible à canaliser. Il s'énerve, se contracte.

J'ai donc pris l'initiative de me placer derrière lui afin de le contenir physiquement. Au cours de ce contact, Joël s'apaise et se sent en sécurité. Après ce contact, il reprend le parcours et réussit du premier coup l'activité.

Ici, nous pouvons voir que le toucher avait une place importante dans la relation. En effet, Joël semble avoir besoin de contact physique pour être rassuré et en confiance afin de réussir le parcours.

Lorsque que nous sommes en interactions avec autrui, nous occupons chacun un espace, une distance s'installe entre nous. Edward Twitchel **HALL** dans son ouvrage « La dimension cachée » a développé la notion de *proxémie*, c'est à dire « l'usage que l'être humain fait de l'espace en tant que produit culturel nécessaire à son équilibre ».

E.T **HALL**, définit ainsi quatre types de distances :

- **La distance publique** (3,60m à 7m). Cette distance est maintenue lors de conférences. A cette distance, la vision du corps est globale mais lointaine.
- **La distance sociale** (3,60m à 1,20m). A cette distance, nous pouvons rester silencieux tant que cela n'occasionne pas de gêne. En revanche Pour entrer en interaction avec autrui, il est nécessaire d'élever légèrement la voix et le regard est indispensable. Cette distance reste au-delà de l'emprise physique de l'autre. Cependant, nous pouvons toujours observer la position tonique, les réactions végétatives et l'expression général de notre interlocuteur.
- **La distance personnelle** (1,20m à 45 cm), cette distance ne permet pas de voir la personne dans sa globalité mais les détails physiques sont perçus avec plus de précision. Elle procure aussi la possibilité de saisir ou de tenir physiquement l'autre. Cette distance correspond aux contacts proches et amicaux ou il n'est pas nécessaire d'élever la voix. Le toucher est possible.
- **La distance intime** (45 cm jusqu'au contact corporel). A cette distance, la vision est déformée, la voix est abaissée pour n'être souvent que murmure. On note la prépondérance des récepteurs sensitifs (odeur, chaleur, tactilité, ...). Le toucher est inévi-

table. La distance intime représente les rapports que nous pouvions avoir avec nos proches et amis. Cependant dans notre quotidien, nous sommes souvent confrontés à cette situation de distance intime avec des inconnus, par exemple dans les transports en commun. Face à cette proxémie non désirée, nous mettons en place des moyens de défense : contraction musculaire des zones de contact, regard fixe à l'infini et surtout déni de tout contact intime.

La peau est également vecteur d'une communication infra-verbale : émotions, pâleur, rougissement, chair de poule etc. Toutes ces réactions sont autant de messages codifiés dans notre vie sociale. Ces réactions donnent des informations malgré nous sur nos états émotionnels. En effet, ses réponses à des stimuli extérieurs peuvent avoir lieu consciemment ou inconsciemment (réactions végétatives et aussi expression de nos conflits internes : éruptions, psoriasis, allergies). Par exemple, les rides d'un individu témoignent de sa propre gestuelle.

Le toucher est lié à l'histoire de chacun, son éducation, ses expériences et sa culture. Ainsi, la peau et le toucher sont le soutien de notre vécu personnel, de notre propre histoire.

2. Peau et toucher, soutien de notre vécu, de notre histoire

La peau, elle se sent et se ressent, on la touche pour sa texture, sa douceur ou sa rugosité. Elle évolue au fil du temps, tout comme nous. Elle suit notre âge, elle s'étire, elle est sèche, elle rend compte de nos problèmes physiologiques, elle vieillit et mûrit avec nous. Elle possède sa propre nature mais suit également notre nature émotionnelle.

La peau se voit, offrant à autrui une part de son histoire par le biais des marques du temps qui s'inscrivent comme les rides. Elle témoigne de notre passé, éventuellement de nos souffrances au travers des cicatrices. La peau permet également une identification grâce aux empreintes digitales qui sont propres à chaque individu.

Tout comme la peau, le toucher évolue aux différents âges de la vie. En effet, le ressenti et l'utilisation du toucher varient en fonction de l'âge de la personne. Pour un enfant, ça peut être un moyen de rentrer facilement en communication, de manière spontanée. Pour l'adolescent, le toucher est associé à une sexualité naissante, et peut être vécu comme une gêne, notamment vis à vis de ses parents. Pour l'adulte, le toucher peut faire écho à la façon dont il a été lui-même touché étant plus jeune. Par exemple dans ses relations en tant que parent avec ses enfants (25).

D) Toucher et émotions

Le toucher est défini comme une charge et décharge émotionnelle. Il va mobiliser un vaste champ d'excitations sensorielles qui réagissent les unes aux autres, créent et modifient les échanges.

Le toucher est l'un des 5 sens de l'être humain. Nous percevons par le contact ou par la palpation certaines propriétés physiques des corps (forme, dureté, liquide, solide, lisse, rugueux). Le toucher est un acte qui engage le sujet dans la relation du corps au monde. C'est un échange d'informations entre le sujet et l'objet. Il s'accompagne d'appréciations, d'évaluations qui s'expriment par : une émotion (agréable/désagréable), un sentiment (triste / joyeux), un fantasme ou une représentation.

On retrouve différentes formes de toucher engendrant différentes émotions : caresser, cajoler, masser, mater. Dans ces différents termes, on pressant un sentiment de douceur, de bien être, de quiétude, mais aussi de confiance qu'il faut éprouver pour se laisser aller dans les mains de quelqu'un. C'est non seulement une grande confiance mais également une profonde communication.

Je réalise le bilan psychomoteur de Bernard, 11 ans. Ce dernier se réalise sur 3 séances. A la fin de la première séance, je décide de faire une étape du bilan permettant d'évaluer le tonus. Pour cela, nous effectuons un temps de relaxation où je mobilise le corps de Bernard (ballant, flexibilité, extensibilité, amplitude). Dès la première manipulation, au contact de ma main, je ressens de l'anxiété chez Bernard. Son visage se ferme, ses muscles se raidissent. Ce premier contact a créé chez lui une sensation désagréable. Suite à ces manifestations, je stop immédiatement cette partie du bilan.

Après la séance, j'échange avec mon maître de stage qui me conseille de réaliser l'évaluation du tonus lorsqu'une relation de confiance est installée avec l'enfant.

Durant la troisième séance, je me permets d'évaluer à nouveau le tonus de Bernard. J'ai alors pu observer un relâchement complet de Bernard, une plus grande disponibilité.

A travers cette vignette clinique, on peut mettre en évidence les différentes émotions que peuvent engendrer un contact et l'importance d'un lien de confiance entre celui qui donne et celui qui reçoit le toucher.

Il y a en effet un échange de plaisir : donner et recevoir qui unit dans la réciprocité. En l'absence de cette confiance, la communication est perturbée et de là découle une seconde notion, c'est à dire se sentir l'objet du désir de l'autre.

« Se sentir l'objet du désir de l'autre » nous ramène à la notion de sexualité. Cette notion débute lors de la période de la prime enfance. En effet au cours de cette période, de nombreuses occasions de contacts corporels apparaissent avec le maternage comprenant l'allaitement, l'alimentation, la toilette, les soins, puis les jeux avec les chatouille-

ments ou la lutte. La notion de sexualité évolue au cours de la vie. A l'âge adulte, une des formes résiduelles de contacts corporels est le rapport amoureux où le corps de l'autre est réveillé par les caresses et révélé dans sa forme et son ressenti. Les contacts corporels sont codifiés socialement et culturellement. Le sens et la valeur du toucher diffèrent d'une culture à une autre. Dans certaines civilisations, il permet de rentrer facilement en communication. Pour d'autres, il est au contraire objet de tabou et d'interdit (25).

Le toucher est un apprentissage qui se fait à travers une forme de symbolisation du corps et de sa gestuelle comme un langage à part entière. C'est une véritable codification qui marque la communication par le toucher, selon notre culture en général. Le toucher n'est pas un acte neutre. Il peut construire ou détruire un individu ; le dégoût, la peur, le plaisir ou encore le désir sont autant de réactions qui déterminent la qualité de la communication à travers le toucher. **HARLOW** dira même *«les mains sur la peau touchent l'âme à vif»*

Le toucher concerne également nos actes individuels. Nous nourrissons notre comportement, le plus souvent à notre insu, de gestes avec nos mains pour nous toucher le visage, les cheveux, l'autre main, le ventre, la poitrine.

Ces gestes traduisent aussi notre état émotionnel comme la gêne, le malaise, la peur, la timidité, l'énervement, le plaisir. Ils peuvent aussi avoir une fonction de réassurance, de régulation émotionnelle.

La peau est un organe prépondérant dans la relation sexuelle. En dehors de la masturbation, la sexualité est affaire de rencontre, de contact corporel. Les stimulations des récepteurs sensoriels inclus dans la peau vont permettre à la femme et à l'homme d'arriver à l'orgasme. Bien sûr des récepteurs sont localisés principalement au niveau des

zones érogènes, mais l'ensemble des contacts sur la peau y participe. Toutes ces différentes zones ont une sensibilité variable d'un individu à l'autre, liée à la pratique, à l'apprentissage du toucher de ces zones.

Le toucher va permettre de créer une enveloppe tactile en parallèle avec l'élaboration de notre sexualité. Cette élaboration se fait dès la prime enfance ou la mère, lors des soins qu'elle procure à son bébé, que ce soit l'allaitement, le bain, le change ou les câlins. Ce sont des stimulations de la peau. Ces échanges amoureux qui s'établissent entre la mère et son enfant doivent cependant bien rester tempérées. Si ces échanges sont trop intrusifs, trop érotisants, cela renvoie à l'idée que la mère utilise l'enfant comme objet sexuel, ce qui a des conséquences importantes sur le développement de l'enfant qui ne peut se faire alors que pathologiquement. T. **BENAVIDES** dira même « bien qu'il existe un usage très contraignant du contact, toucher c'est accueillir. C'est échanger ou tout au moins partager un vécu qui se construit dans ici et maintenant » (31).

Le toucher a également une valeur sexuée, « il vectorise, véhicule, l'identité sexuée de chacun. Il est forcément tributaire ou tribut de cette dimension qui définit l'humain, qui détermine l'identité du sujet. Selon qu'on est une femme ou un homme, un garçon ou une fille, on ne touche pas pareil, on ne ressent pas pareil » (25). A l'adolescence le toucher est souvent vécu comme une intrusion.

Chapitre II - Le public

adolescent :

Les déterminants biologiques de l'adolescence sont universels ; en revanche, la durée et les caractéristiques de cette période peuvent varier dans le temps, entre cultures et selon les situations socio-économiques. On a assisté à de nombreux changements pendant cette période au cours du siècle dernier, notamment avec l'apparition plus précoce de la puberté, l'âge plus tardif du mariage, l'urbanisation, la communication au niveau mondial, et l'évolution des attitudes et des comportements sexuels.

Selon l'OMS, l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 à 19 ans (16). Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements qui n'est supérieur que pendant la petite enfance. Les processus biologiques conditionnent de nombreux aspects de cette croissance et de ce développement. L'apparition de la puberté marquant le passage de l'enfance à l'adolescence.

A) Une période de transformation

L'adolescence est une période de révolution où les changements corporels occupent une grande place. En effet, au cours de cette période l'adolescent se doit de renoncer à son corps « d'enfant » et s'approprier un nouveau corps qui se modifie de jours

en jours (26). Chez les filles, le corps s'invagine, s'arrondit, c'est l'apparition des premières règles. En parallèle, le corps des garçons s'érige, les poils poussent, la voix mue.

Les transformations physiques s'accompagnent de besoins, encore non repérés comme tels par l'adolescent. Ces besoins peuvent provoquer chez l'individu des émotions qui le traversent et le bousculent (excitation, honte, culpabilité). En parallèle, on peut observer chez l'adolescent les émois d'une sexualité nouvelle.

Toutes ces transformations physiques font que les adolescents doivent faire le difficile travail de réappropriation d'un corps. Ce corps qui pour l'instant les dérouté et dont les impératifs biologiques déséquilibrent les assises narcissiques gagnées durant l'enfance.

Le sentiment d'identité est de nouveau interrogé. L'adolescent peut éprouver des difficultés à reconnaître la personne à l'intérieur de lui. Il est souvent débordé par l'intensité de la poussée pubertaire. La sensation d'avoir un corps habité par soi est remise en doute. Alors l'adolescent doit expérimenter ce corps qui change afin de se réapproprier sa propre identité. Le corps devient alors l'instrument de la différenciation et de la lutte pour l'identité.

B) Une mise en doute du sentiment identitaire

L'identité peut se définir comme étant une synthèse réalisée à partir des éléments du passé (histoire personnelle), des caractéristiques du présent (besoins, traits de personnalité) et des attentes futures. Au moment de l'adolescence, la plupart des adolescents

passent par une mise en doute du sentiment même de son existence et de son identité. Cette période est plus communément appelée la « **crise d'adolescence** »

La notion de crise d'adolescence est exprimée ainsi car la transition entre l'enfance et l'âge adulte n'est pas linéaire. En effet, comme nous avons pu le voir précédemment, la puberté entraîne des changements corporels et psychiques importants. D.W **WINICOTT** qualifie cette transition comme étant en soi un phénomène violent.

C'est donc au cours de cette période que l'on observe des questionnements chez l'adolescent à propos de la nouvelle réalité de son corps, de la sexualité et un questionnement œdipien. Les comportements des adolescents vont entraîner une altération des relations affectives généralisées mais également des satisfactions libidinales narcissiques accompagnées d'une altération de l'estime de soi.

Cette période de crise est souvent une période de tension entre parents et adolescents. Pour les parents, l'enfant peut devenir un étranger. En effet, chez certains adolescents on observe un désir d'opposition et ainsi de rejet. Ces états vont lui permettre de se différencier et de prendre de la distance. Les conflits de générations peuvent affecter le climat familial. Ce dernier peut être mis à mal durant plusieurs années.

C'est au cours de la crise d'adolescence que l'enfant va chercher à s'affirmer. Il va alors commencer à se créer une personnalité en essayant différents styles vestimentaires, langagiers. Ces changements brutaux peuvent être incompris de la famille.

1. Se créer un personnage

❖ Au niveau vestimentaire

Les vêtements des adolescents ne sont pas uniquement une mode à suivre. Ils sont indispensables pour proclamer leurs singularités et leurs différences. Le style vestimentaire permet à l'adolescent de clamer son identité. Les vêtements sont alors vécus comme une enveloppe qui sécurise, qui protège et distingue.

❖ Au niveau langagier

Au niveau langagier, on observe des changements de langage à l'adolescence (26). Ces changements accompagnent de nouvelles émotions et des émois, ou encore des révoltes. La gestuelle liée au langage évolue également dans le temps et la culture. Elle fait partie des signes de ralliement. On constate des modifications au niveau de la tenue du corps, un tonus particulier, un port de tête modifié, des gestes clés, et codés. Tous ces messages dans la gestuelle de l'adolescent communiquent un conflit avec la société et le monde des adultes.

Au cours de l'adolescence, certaines parties du corps sont plus propices à des changements. En effet, on peut observer chez l'adolescent des modifications de la couleur des cheveux, des piercings, des tatouages. Tous ces changements deviennent des symboles et des rites quasi initiatiques. Les adolescents vont choisir, selon leur personnalité des modes de « relation à leurs corps » qui représentent des façons d'appivoiser l'excitation résultant de la force pulsionnelle naissante. Le sport la danse, le roller, le théâtre, toutes ces activités que choisit l'adolescent sont pour lui des moyens de canaliser

son énergie et de la sublimer. C'est à dire transformer l'excitation en force créatrice. C'est aussi, l'occasion d'appartenir à de nouveaux groupes, réunis autour d'un objet d'intérêt commun.

2. La relation aux autres

L'adolescent va opter au cours de cette période pour un nouveau rapport relationnel. Ce rapport à l'autre est différent de celui qu'il avait développé durant son enfance. L'adolescent étant en pleine quête identitaire, l'autre devient un miroir (26). La relation en double, en jumelage est un thème classique de l'adolescence. L'autre est un reflet de soi qui rassure et consolide. Les adolescents avancent par paire.

C'est également au cours de l'adolescence qu'on remarque pour certains la naissance des premiers amours. Ces premiers amours représentent une alternative et un prolongement de la nécessité gémellaire. Les liens homosexuels ou hétérosexuels sont massivement colorés par l'étrangeté et la quête de soi. La quête de soi passe également par la reconnaissance/l'appartenance à un groupe.

Le groupe correspond à une autre forme de relation à l'adolescence. Faire partie prend une importance considérable pour les adolescents. Le groupe est une enveloppe qui contient. Appartenir à un groupe va permettre d'intégrer une nouvelle forme de socialisation. De nouveaux modes de relations se mettent en place (passionnelles, conflictuelles, amicales et amoureuses).

Le corps qui change va avoir un impact sur le regard des autres. Les relations entre filles et garçons évoluent dans de nouveaux rapports : de séduction ou de fuites.

Les sentiments peuvent emprunter des voies corporelles dans des manifestations incontrôlables : pleurs, tachycardie, mains moites, rougeurs...

L'événement majeur à l'adolescence est la rencontre avec soi rencontrant un autre différent (26). A l'adolescence nous avons donc cette rencontre avec le réel de l'autre en tant que corps sexuel. L'accès à ce corps sexué et capable de reproduction va perturber l'équilibre de la phase de latence, met en doute le sentiment de soi, dans sa relation aux autres. On constate alors une maturité du corps de manière antagoniste avec l'immaturité psychique.

Les transformations pubertaires rendent possibles ce qui n'était auparavant que fantasme infantile : le complexe d'oedipe. La place de l'enfant par rapport à ses parents est à nouveau d'actualité. Les sentiments qui avaient été refoulés resurgissent et notamment l'inceste. Le corps s'exhibe et demeure sous le regard des parents. Ces sentiments qui resurgissent à l'égard des parents remettent également en question la notion d'attachement. En effet, cette dernière peut être remise en doute au cours de l'adolescence.

3. La notion d'attachement à l'adolescence

L'adolescence marque un tournant dans les relations d'attachement. Il va y avoir un passage, une évolution des relations d'attachement centrées sur les figures parentales vers un système de représentation complexe et enrichi (2). Le degré de sécurité des relations d'attachement aux figures parentales a un impact important sur la manière dont l'adolescent va investir ses nouvelles relations. Une relation d'attachement sécurisée va faci-

liter l'exploration sociale de l'adolescent. La figure d'attachement va également être disponible quand ce dernier sera en recherche de sécurité.

Cependant, les changements qui ont lieu à la puberté permettent en quelques années l'accès à la sexualité et à la reproduction. Cette sexualisation va avoir un impact majeur sur l'ensemble des relations et en particulier sur les relations d'attachements parents-enfants. Cela va créer une mise à distance des figures d'attachements parentales ; l'intimité physique et psychique deviennent de plus en plus gênante. De plus, cela va représenter une motivation importante chez l'adolescent afin de rentrer en relation avec ses pairs. Il sera plus facile d'échanger avec ces derniers qui vivent ces mêmes changements physiques et ces mêmes préoccupations. L'adolescence suppose donc une nécessaire prise de distance vis à vis des parents. Elle ne survient pas brutalement mais s'élabore par étapes. On observe ainsi une augmentation progressive du temps passé avec les amis et une diminution progressive du temps passé avec les parents.

Cette augmentation du temps passé avec les amis renforce les relations d'amitié et joue un rôle dans la régulation des émotions et notamment des émotions négatives.

L'adolescent peut se sentir davantage soutenu par des relations avec ses pairs que celles établies avec ses parents. Certaines relations amicales vont peu à peu prendre les caractéristiques de relations d'attachement. Celles-ci s'observent avec la recherche de proximité, la détresse lors d'une séparation inexplicquée, le plaisir des retrouvailles ainsi que l'anxiété inhérente à leur absence. « Les adolescents ont besoin d'autonomie, d'espace par rapport à leurs parents, et ont tout avantage à répartir ainsi leur investissement émotionnel vers plusieurs figures ». Ainsi, par l'intermédiaire de cet investissement auprès de ses pairs, l'adolescent crée une base sécurisée renforçant son autonomie.

Toutefois, la diversification des relations et la distance prise avec les parents ne remettent pas fondamentalement en cause la relation aux parents et ne la remplacent pas. Cela

permet une diversification des moyens mis en place pour restaurer cette insécurité liée à l'adolescence.

L'insécurité ressentie par certains adolescents s'exprime à travers des comportements tels que l'agressivité, la destructivité ou encore la violence.

4. Comportements destructeurs : Agressivité, destructivité et violence

L'agressivité est nécessaire dans la construction du sujet humain. En psychologie, « *l'agressivité représente une forme de déséquilibre psychologique se traduisant par une hostilité permanente du sujet à l'égard de son entourage* » (26). Elle est incontournable à l'adolescence. C'est une révolution psychique, corporelle, sexuelle.

Cette agressivité présente des modalités d'expressions très différentes chez chaque adolescent quitte à passer inaperçue, à s'exprimer à bas bruit ou à prendre des formes d'une explosivité importante, tragique voire même dramatique. Elle est souvent au centre du vécu de l'adolescent et exprime toute l'intensité du conflit entre le désir du changement et attraction vers la régression.

Michel est un enfant de 12 ans qui est scolarisé en 4ème. Au cours d'une séance, il me raconte une bagarre qu'il a eu en classe avec un autre élève. Un de ses camarades se moque régulièrement de « sa moustache » et cette moquerie est suivie par toute la classe. Le fait que cette provocation se répète régulièrement, il finit par perdre son sang-froid et planter un compas dans la main de son camarade de classe. Ce phénomène d'harcèlement en lien avec le corps changeant de l'adolescent a mis en évidence une perte de contrôle et une explosion de l'agressivité qui est devenue dramatique.

Chez les adolescents on observe des passages à l'acte très fréquents que l'on pourrait différencier du passage **par l'acte**.

- *Le passage à l'acte* est un débordement pulsionnel qui sort du psychique. Il est mis en dehors de la psyché (26). Ce débordement est une action du corps sans pensée, sans représentation et sans élaboration des conflits.

Bertrand, 12 ans est un adolescent en classe de 5ème. Au cours d'un exercice, il montre des difficultés à effectuer ce dernier. N'ayant pas de réponses immédiates de son professeur à ses difficultés, Bertrand s'agace fortement. Au bout de quelques minutes, Bertrand perd son sang-froid et se jette sur son professeur afin de lui mordre le bras.

A travers cette vignette clinique, on voit que Bertrand n'a pas su se contenir; il passe à l'acte sans réfléchir. C'est une pulsion qu'il a besoin d'exercer afin de calmer sa frustration.

- *Le passage par l'acte*, lui, est le passage par l'expérience pour intégrer le réel (26). Besoin vitale qui domine chez l'enfant et qui reste encore très présent chez le jeune adolescent. Les expériences sont des éprouvés du corps, la sensation des gestes et du mouvement, la manipulation concrète, tout ce qu'il va permettre de donner matière aux bases d'une représentation et d'une pensée.

Après que Bertrand m'ait raconté cette bagarre, je décide de modifier le parcours psychomoteur en cours. Je place un bloc en mousse dans l'activité et donne comme consigne de « frapper fort dedans jusqu'à que le bloc tombe ». La chute du bloc en mousse permet de continuer le parcours.

L'objectif de cette étape est de créer un geste d'agressivité orienté vers un but. Ici, on ne s'intéresse pas à la beauté du geste mais à la sensation, à l'éprouvé du geste.

Par son agressivité, l'adolescent proclame son existence unique et particulière. Mais celle-ci peut prendre des formes extrêmes. Cela peut devenir des violences contre

soi ou contre les autres. Dans ce cas-là, souvent elle ne peut pas être contenue, ni par lui, ni par le cadre relationnel parental ou institutionnel. Le passage à l'acte remplace ce qui était le passage par l'acte. L'agressivité va donc remplacer le langage, c'est l'expression du débordement interne de l'adolescent. Elle signe la rupture de communication avec l'autre ou avec soi.

L'adolescent interroge ce qu'il a construit. Cette mise en doute nécessaire va de pair avec son affirmation. Il revendique son droit à dire, à penser par lui-même, à réinventer le monde. Pour exister il doit progressivement quitter le nid parental.

Au cours de l'adolescence, un long travail de deuil est en cours : l'adolescent doit quitter l'enveloppe du petit enfant pour investir ce nouveau corps d'adulte. A la fin de ce deuil, la crise d'adolescence peut se résoudre.

C) Résolution de la crise

La plupart du temps l'adolescent parvient à trouver un nouvel équilibre à travers des activités sportives, les études, la musique et/ou l'art. Ces choix vont servir d'exutoire à sa tension. Il peut également se constituer une autre « famille » ; un groupe d'amis qu'il a choisi. Cet idéal collectif va s'opposer à celui des parents et va permettre la restauration d'une estime de soi mise à mal durant la crise d'adolescence.

Au cours de cette période, l'adolescent a renforcé son « MOI », il a pu satisfaire sa quête identitaire. Ainsi, les provocations et les passages à l'acte n'ont plus d'utilité pour lui. Cette prise de conscience permet à l'adolescent de s'intégrer dans une temporalité. Il est à présent capable de s'adapter à un groupe social, de trouver sa place dans un groupe

et donc la société. Cette fin de crise est caractérisée par des projets d'avenir, l'adolescent a acquis des capacités d'anticipation temporelle et spatiale.

L'adolescence peut être vécue de différentes manières (26) :

- Chez certains enfants, adolescents, cette période de remise en question, de doutes n'est pas exprimée verbalement ou physiquement. Ce sont des adolescents décrits comme ternes, tristes par les membres de la famille. Cependant, cette dernière ne s'aperçoit pas des questionnements que l'enfant se pose.
- On a pu également observer des « crises d'adolescences » qui durent dans le temps. Les adultes sont caractérisés comme étant des individus « fragiles » avec une mauvaise estime de soi, une immaturité cachée par l'apparence, une dépendance aux images parentales ainsi que des relations groupées.
- On a pu remarquer que si une adolescence se passait de manière trop « tranquille » cela serait de mauvais pronostic. L'adolescent fait l'économie de vivre son adolescence. Plus tard il est possible que ce dernier regrette de ne pas avoir fait cette crise. C'est dans le conflit et l'opposition que peuvent s'individualiser et se différencier l'enfant puis l'adolescent.
- Il y a enfin des adolescences sanglantes qui ne peuvent se vivre et s'exprimer que dans des passages à l'acte et des ruptures graves. Dans ce type d'adolescence, l'adolescent n'est pas le seul concerné. La famille et les parents particulièrement sont eux même en crise et parfois en souffrance. Ces parents ne sont pas tous égaux dans les tempêtes de l'adolescence. Certains se rigidifient, d'autres se ferment, d'autres sont trop adolescents pour former eux même un repère.

Si les adultes ont des difficultés dans leurs repérages fondamentaux, les situations où les ruptures et les passages à l'acte sont souvent les seules portes de sortie pour l'adolescent. De plus, les conduites pathologiques peuvent être une mise en danger, prise de risque, violence auto et hétéro-agressive. Ces dernières sont toujours des tentatives de résolution et de recherche de soulagement des tensions internes. Ces pathologies doivent être des appels pour des soins et des interventions autres que l'intervention affective et éducative des parents. Elles peuvent être également une voie d'entrée dans les pathologies adultes.

Chapitre 3 : Le DITEP

A) Généralités

Les premiers établissements accueillant des enfants ayant des troubles du comportement sont créés durant la seconde guerre mondiale : les centres d'observations. Ces centres avaient pour objectifs de « redresser les enfants difficiles ». Au fur et à mesure des années, ces centres ont changé d'appellation : centre d'observation et de rééducation accélérée en 1970, centre psychothérapique en 1972, Institut de rééducation (IR) en 1989 avant de devenir des ITEP en 2005 et DITEP en 2019 .

Les ITEP sont définis par le décret entré en vigueur le 6 janvier 2005 : « Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et

l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives effectives, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé. » (Art. D. 312-59-2 du code de l'action social et des familles) (15).

Depuis 2017, les ITEP peuvent fonctionner en "dispositif intégré" avec les SES-SAD. « Le fonctionnement en dispositif intégré vise à faciliter les passages des enfants et des jeunes entre les modalités d'accompagnement proposées par les ITEP et les SES-SAD. Ainsi, la MDPH notifie une orientation en « dispositif ITEP » et l'établissement ou le service accueillant l'enfant où le jeune peut ensuite procéder à des changements de modalités d'accompagnement sans nouvelle notification de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), sous certaines conditions ».

B) Présentation de l'établissement

Le DITEP dans lequel je réalise mon stage est lié à un service ambulatoire, il accueille des enfants, adolescent(e)s ou jeunes adultes âgés de 4 à 20 ans, 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 jeunes 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 adapté. Selon l'âge et le type de difficultés, les jeunes sont adressés sur l'une des différentes unités qui composent le dispositif, dans une dynamique de réintégration sociale et/ou professionnelle.

C'est la commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui notifie une orientation en DITEP. Ensuite, ce sont les parents qui se mobilisent auprès du Directeur de l'établissement pour effectuer une demande d'admission. Cette demande d'admission s'effectue à partir d'un dossier établi en partenariat avec la famille et la M.D.P.H. Chaque jeune est reçu avec sa famille par le directeur ou le directeur adjoint d'une des unités et par le médecin psychiatre. L'équipe du service dans lequel le jeune est adressé se réserve la possibilité de donner son avis après cette rencontre et l'étude du dossier. Le directeur prononce l'admission. Un contrat de séjour est ensuite établi et signé. Les modalités d'accueil et les moyens mis en œuvre pour accompagner l'enfant ou l'adolescent(e) sont précisés dans le Projet Personnalisé d'Accompagnement. Les modalités d'accompagnement sont multiples : internat, semi-internat, internat modulé, accueil de jour et avec un Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

C) Les missions de l'établissement

Ce service ambulatoire s'adresse à tout jeune reconnu en situation d'handicap. Il a pour mission :

- D'assurer un soutien et un accompagnement personnalisé à l'intégration sociale et scolaire aux enfants et adolescents présentant des troubles du comportement et de la conduite.
- Le maintien de l'enfant dans son environnement familial et social, il assure à ce titre un travail de prévention
- Contribuer à préparer l'entrée en établissement spécialisé lorsque les difficultés s'avèrent trop importantes, ou à l'inverse, faciliter le passage d'un établissement vers le milieu ordinaire lorsque l'atténuation des symptômes le permet.

Pour réaliser ces missions, le service met en oeuvre des actions à visées thérapeutique, éducative, et pédagogique ambulatoire et avec une approche interdisciplinaire. Les interventions du service s'accomplissent dans les différents lieux de vie et d'activités de l'enfant ou l'adolescent et dans les locaux du service.

Au sein du service ambulatoire , on retrouve divers professionnels.

❖ **Une équipe gestionnaire et administrative :**

- Tout d'abord une directrice ainsi qu'une directrice adjointe. Ces deux professionnelles assurent le fonctionnement général de l'établissement, la gestion administrative et financière.
- De plus, une secrétaire contribue à la mise en oeuvre du fonctionnement du service ainsi que l'accueil des personnes.

❖ **Une équipe éducative et thérapeutique :**

- Au sein de l'établissement, les enfants sont encadrés par des éducateurs spécialisés qui proposent différentes activités. Chaque éducateur spécialisé est référent de différents enfants de l'institut.
- En plus de ce dispositif , un chauffeur dite « accompagnatrice » organise et assure les transports entre les différents lieux de vie et l'institut.
- Une psychologue propose un espace d'écoute et de parole à l'enfant. Le soutien peut être en individuel ou en groupe. Une assistante sociale intervient auprès des familles.
- Une orthophoniste réalise une prise en charge au niveau des troubles de la communication et du langage.

- Et enfin, un psychomotricien permet à l'enfant de faire des expériences corporelles et sensorielles à travers le jeu. Il permet au patient de faire le lien entre ce que l'enfant vit dans son corps et ce qu'il ressent, ses émotions, ses pensées.

Ces professionnels travaillent ensemble afin d'écrire un projet personnalisé d'accompagnement (PPA) pour l'enfant. Ce document met en évidence les difficultés et les capacités de l'enfant. Il permet de créer des objectifs pour ce dernier. C'est un accord entre la famille, l'enfant et l'institut.

D) Les différents troubles

Comme dit précédemment, le DITEP accueille des jeunes reconnus en situation d'handicap. Parmi ces handicaps, nous retrouvons les troubles du comportement et des conduites à risque.

1. Les troubles du comportement

On parle de troubles du comportement lorsque de l'agir non socialisé vient au premier plan comme mode d'expression dans la relation. Ces troubles manifestent une tentative de s'affirmer, socialement inadéquate. Ils témoignent d'une souffrance psychique qui ne peut se dénommer ni même parfois se penser.

Une verbalisation peut accompagner les troubles ou même prendre une place prépondérante, mais sa valeur de communication est perturbée.

Les troubles du comportement impliquent des processus interactifs qui mettent en jeu l'enfant ou l'adolescent, l'environnement, les règles de fonctionnement de la société dans une époque et une culture donnée. Ils entraînent des conséquences allant de

la simple gêne au danger pour celui qui les présente et pour autrui. Ils doivent parallèlement être décodés comme des manifestations des difficultés de l'enfant ou de l'adolescent pour s'assurer de sa valeur et de l'estime de soi. Les représentations que l'entourage a de ces troubles modifient profondément les modes de réaction à l'égard de ceux qui en sont porteurs et influencent le pronostic.

Malgré une définition commune, il existe différents troubles du comportement. Je définirai les troubles du comportement que j'ai pu observer au cours de mon stage, cela ne représente pas une liste exhaustive.

❖ Trouble du comportement liés à l'attachement

D'après les travaux réalisés par **BOWLBY**, la qualité d'attachement parent-enfant fournit à ce dernier une base importante pour l'établissement de relations sociales ultérieure. Pour certains auteurs, les troubles du comportement pourraient être liés à la qualité des relations d'attachements et notamment **HILL**. Ce dernier suggère que l'insécurité d'attachement pourrait être associée à la présence d'un trouble des conduites (34).

Une étude a été réalisée par **OBSUTH et AL**, avait pour but de montrer l'association entre la présence d'un trouble du comportement chez l'adolescent et la qualité des relations d'attachements parent-adolescent (34). Les résultats confirment cette hypothèse. Par ailleurs ils suggèrent également qu'une amélioration de la qualité des relations d'attachement parent-adolescent pourrait être associée à une diminution des symptômes du trouble. Cette étude a aussi mis en évidence qu'une grande partie des adolescents présentant des troubles du comportement présente un type d'attachement insécurité avec leurs parents.

BERKOUT et AL ont également démontré la présence de différences significatives au niveau des facteurs associés aux troubles du comportement des garçons et des filles (34). En effet, les filles seraient moins susceptibles d'adopter des comportements délinquants extrêmes par rapport aux garçons. De plus la prévalence des troubles du comportement demeure plus faible chez les filles par rapport aux garçons.

Théo est un adolescent âgé de 14 ans. Il est accueilli au service ambulatoire du DITEP pour des troubles du comportement et de la relation. En effet, il a été mis en évidence que Théo est un enfant « turbulent » en classe ; il se moque régulièrement de ses camarades et peut même devenir violent avec ces derniers.

Lorsqu'on discute un peu avec Théo, celui-ci confie « Mes parents ne m'aiment pas, ils s'occupent que de mes frères et soeurs. Je suis l'oublié de la famille ». Il s'avère que Théo est l'aîné de sa fratrie et que ses frères et soeurs sont tous les deux atteints d'épilepsie. Cette maladie occasionne alors une attention particulière des parents de Théo pour ces derniers. Ainsi, au cours de son enfance, Théo s'est senti rejeté, exclu de sa famille.

❖ Trouble du comportement liés aux émotions

Toute relation est porteuse d'un risque de perte d'amour et d'un danger d'attaque de l'estime de soi, dans la mesure où elle mobilise la question de la différence (représentée par la différence des places, des points de vue, des besoins, des désirs ...). C'est à travers des conflits (externes et internes), qui génèrent des émotions, que l'enfant poursuit la construction de son estime de soi. Les émotions naissent dans le corps. Elles peuvent se mentaliser et se traduire alors par des sentiments exprimés verbalement ou sous forme de comportements. Les émotions peuvent aussi se traduire directement par des comportements, sans passer par une mentalisation. Les comportements sont donc en relation

avec des processus conscients et volontaires, mais aussi avec des processus involontaires et inconscients .

Hormis les troubles liés à l'attachement et aux émotions des enfants, on peut observer chez certains des conduites à risques. Ces conduites à risque ne sont pas toutes identiques, elles n'ont pas toutes les mêmes gravités, conséquences ou objectifs

Karim est âgé de 13 ans, il est suivi au service ambulatoire du DITEP pour des difficultés scolaires. C'est un enfant qui est stigmatisé à l'école par ses camarades dû à son suivi institutionnel. Après plusieurs discussions avec Karim, il m'avoue adorer le sport et plus particulièrement le football et le tennis. Cependant, il m'explique qu'il a cumulé plusieurs mauvaises expériences dans des clubs de sport. En effet, il confie qu'à « chaque fois » il est rejeté par les autres, à part du groupe. Ainsi, ce sentiment de rejet le fait abandonner les activités l'année d'après. Ces mauvaises expériences ont fait naître chez Karim une faible estime de lui-même et un manque de confiance. Ces sentiments entraînent alors des difficultés à entrer en relation avec les autres mais également ses difficultés scolaires par manque de confiance.

2. Les conduites à risques :

Le terme de conduites à risque englobe pour les jeunes générations une série de comportements disparates mettant symboliquement ou réellement l'existence en danger. Leur trait commun consiste dans l'exposition du jeune à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril, cela s'enracine dans un sentiment confus de manque à l'être et l'intention est surtout de donner un sens à sa vie.

Nous pouvons retrouver différentes conduites à risques chez l'adolescent, parmi elles, il existe :

- usage de toxiques (alcool ou autres substances)
- conduites sexuelles à risques
- pratiques sports extrêmes
- prises de risques sur véhicule
- jeux dangereux
- comportements antisociaux (fugue, vol, hétéroagressivité...)
- TCA
- scarifications
- tentatives de suicides
- La non compliance au traitement (enfants qui ne prennent pas leurs médicaments dans le but de se mettre en danger)

La pratique de comportements à risque semble être un rite de passage dans la construction de l'adolescent. Ainsi, il est nécessaire d'éviter de dramatiser à outrance ces conduites qui semblent être une phase de l'adolescence. Cependant, il est important de ne pas banaliser systématiquement ces comportements qui peuvent être dangereux.

En plus des conduites citées précédemment, on peut considérer les fugues et l'errance comme des conduites à risque à l'adolescence. A cette période, l'adolescent peut être impulsif, victime de phobie scolaire, Ce comportement peut alors être associé à un comportement d'évitement, à un sentiment d'abandon. On retrouve chez certains adolescents en fugues l'envie de retrouver un parent, cela peut être un message à destination des figures parentales.

Ces adolescents peuvent présenter différents types de psychopathologies tels que les troubles anxieux, des dépressions, un trouble bipolaire, un trouble des comportements alimentaires, un Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH), des Trouble Oppositionnel (TOP) et troubles des conduites.

J'ai décidé de développer les TOP et les troubles des conduites car ce sont les pathologies retrouvées majoritairement dans un DITEP.

❖ Les troubles oppositionnels

Le trouble oppositionnel avec provocation fait partie de la classification américaine du DSM-V. Il correspond « un ensemble récurrent de comportements négativistes, provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position d'autorité » (7).

Les manifestations du TOP comprennent :

- Une **humeur colérique/irritable** : se mettre souvent en colère, souvent susceptible, facilement agacé par les autres, souvent fâché ou plein de ressentiment.
- Un **comportement querelleur/provocateur** : conteste souvent les personnes en position d'autorité ou ce que disent les adultes, s'oppose activement, refuse de se plier aux règles ou aux demandes, embête souvent délibérément les autres, fait souvent porter à autrui les responsabilités de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite.
- Un **esprit vindicatif** : l'enfant se montre parfois méchant ou vindicatif.

Pour 1 à 3% des adolescents, ce trouble commence tôt durant l'enfance (23). Ce sont des enfants qui ont tendance à tester délibérément les limites, à ignorer les ordres à et les contester. Ces enfants n'ont pas conscience qu'ils sont si hostiles. Habituellement

ces sujets ne se reconnaissent pas comme hostiles ou provocateurs mais justifient leurs conduites comme des réponses à des circonstances injustes.

❖ Les troubles des conduites

Les troubles des conduites sont caractérisés par un ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge social (7).

Le trouble des conduites est regroupé selon 5 catégories :

- conduites agressives où des personnes ou des animaux sont blessés ou menacés dans leur intégrité physique
- conduites engendrant des biens matériels endommagés ou détruits sans agression physique
- fraudes ou vols
- violations graves de règles établies
- une prise de toxiques précoce, une hétéro-agressivité, des actes de vandalisme, des vols, un risque important de rejet de la société ainsi que des problématiques judiciaires

Ces conduites entraînent une altération de la qualité de vie, tant d'un point de vue scolaire que social. Ce diagnostic est le plus souvent établi à l'adolescence. Selon les études, la prévalence du trouble des conduites est comprise entre 1,5 et 3,4 % de la population de moins de 18 ans (23).

Chapitre 4 : Partie clinique

Ayant une influence sur le développement psychomoteur de l'individu, le groupe offre des possibilités de travail intéressantes en psychomotricité (2 ; 24 ; 31 ; 33).

A) La prise en charge de groupe

L'être humain est un être de relation. Le groupe va donc permettre aux membres de communiquer entre eux et de partager un moment à plusieurs. La prise en charge groupale permet l'apprentissage de la vie en communauté : règles et interdits, partage, respect de l'autre. Cela va permettre de travailler sur la socialisation. Le patient est porteur de sa singularité au sein d'une micro-société, le groupe ; il va devoir maîtriser son agressivité, accepter l'attente et donc la frustration.

Le groupe thérapeutique est une alternative aux thérapies individuelles quand celles-ci nous apparaissent soit inefficaces, soit insuffisantes. Pour certains patients, un travail en individuel les conforte dans une certaine illusion de fusion et de toute puissance.

Il existe une grande diversité de groupes. Chaque groupe a un projet défini : pour certains, le but est de cibler une spécificité précise en lien avec la psychomotricité : temps, espace, coordinations, équilibration. Pour d'autre, les objectifs psychomoteurs sont travaillés à partir d'activités plus complexes organisées autour d'une activité sportive, artistique ou activité thérapeutique psychocorporelle (jeu, relaxation).

Le projet des groupes en psychomotricité se définit en fonction de « l'âge psychique » et/ou de la pathologie.

Actuellement, les groupes thérapeutiques sont en progression dans les institutions. La socialisation des enfants prend une importance dans la société actuelle, ce qui rend différentes les demandes face aux populations et pathologies rencontrées, ainsi que face aux contraintes rencontrées en collectivité.

Une prise en charge groupale peut se décliner sous différentes formes :

- 1 enfant avec 2 professionnels : triangulation et ouverture vers l'extérieur tout en restant dans une relation privilégiée au sein d'un espace protégé. Avec 2 thérapeutes, on introduit chez les patients une dimension œdipienne due au transfert.
- 2 professionnels et plusieurs enfants
- 1 professionnel et plusieurs enfants : Avec un seul thérapeute, les patients vont être dans une démarche beaucoup plus archaïque, régressive. Ils vont vouloir qu'on ne voit qu'eux, être le préféré du thérapeute.

Cependant, les patients du même groupe ont le même objectif : solidarité et entraide. Ils vont créer une petite communauté imaginaire : réunion autour d'une problématique commune, ils se portent les uns les autres face au thérapeute. Il peut se constituer une bipartition de l'espace entre un dehors angoissant et un dedans sécurisé, lieu du groupe où toutes les différences vont s'annuler. Le groupe devient contenant.

Au sein des groupes à médiation psychocorporelle, c'est au travers des échanges qui naissent dans le jeu commun que le travail thérapeutique va se faire.

Cette mise en groupe opère un décentrement de notre position, puisque chaque patient passera aussi par le regard des autres pour voir le thérapeute. Le groupe va proposer un théâtre d'expression et de mise en scènes, où chaque membre du groupe va « jouer sa place » ainsi que son sentiment d'existence au groupe. Les difficultés de chacun vont prendre une résonance particulière et vont engager des réponses de la part des thérapeutes mais également de la part des participants du groupe.

Le groupe peut être indiqué pour :

- Evaluer le comportement d'un patient et ses difficultés au regard des relations qu'il tisse avec les autres, patients et adultes thérapeutiques
- Etre source de création pour les patients formant le groupe.
- Mettre en avant l'expression corporelle, ludique et symbolique et cela à la fois avec des pairs et avec des adultes.

Un groupe s'alimente des liens narcissiques et objectaux des participants, des relations d'interdépendance entre les différents membres qui le composent et c'est là-dessus que nous allons compter pour produire des effets sur le psyché de chaque individu. Il ne suffit pas dans les groupes thérapeutiques que l'enfant s'extériorise et s'amuse. « Ces extériorisations corporelles » doivent être travaillées par le thérapeute dans son propre appareil à penser pour qu'elles ouvrent de nouvelles voies de passage vers la transformation, la symbolisation et le langage.

B) Le groupe thérapeutique : jeu d'opposition

« *L'acte est un engagement du corps, créatif, qui engage la personne dans ses sensations, ses perceptions, dans toute sa globalité « psychomotrice. Cet engagement va servir de moyen d'expression* » - Catherine POTEL.

1. Généralités

Les jeux d'oppositions sont des activités de confrontation dans lesquelles chaque adversaire a l'intention de vaincre, de s'imposer physiquement dans une lutte organisée, en respectant des règles et des conventions relatives à la sécurité (ne pas faire mal).

La pratique des activités de combat va permettre à l'enfant de développer ses capacités psychomotrices ; d'élaborer des stratégies adaptées à la motricité de l'adversaire ; d'accepter les contacts corporels ; de s'habituer à soutenir un effort corporel ; de respecter l'adversaire et les règles liées à l'activité. Cependant, l'objectif premier de ce groupe thérapeutique n'est pas d'apprendre aux enfants des techniques de défenses mais bien de leur proposer des situations durant lesquelles ils font des expériences psychomotrices leur permettant un retour sur eux- même.

Le groupe jeu d'opposition va permettre de donner un espace de parole corporelle à ces enfants. Ainsi, leurs comportements, sont accueillis par une écoute spécifique permettant l'intégration de symbolisations primaires vécues d'abord dans et par le corps. Selon **B. ACOUTURIER**, « le psychomotricien est le catalyseur d'une dynamique d'expression indispensable à la naissance ou à la renaissance de la communication » (2).

Le jeu d'opposition est un bon moyen pour affirmer leur Moi, et satisfaire leurs désirs d'affrontement, tout en considérant la présence d'autrui. Ainsi les enfants peuvent passer de l'acte, à la symbolisation et à la représentation de soi et de son environnement. Cela est permis notamment par un cadre thérapeutique contenant (disposition de la salle, ponctualité, présence des adultes).

2. Les objectifs

Les objectifs du groupe thérapeutique jeu d'opposition sont (18) :

- Tempérer le passage à l'acte, mettre du sens et rendre symbolisable les pulsions en passant par l'acte moteur. Contenir son impulsivité.
- Prendre conscience de ses éprouvés corporels, de ses émotions et tenter de les exprimer.
- Pouvoir se confronter, s'affirmer sans être débordé. Réguler les tensions internes. Travailler sur le dialogue tonico-émotionnel, le portage, le contact.
- Expérimenter le corps à corps d'une manière sereine, sécurisante et ainsi ressentir ses limites en sentant les limites de l'autre.
- Renarcissiser le sujet, renforcer la confiance en soi et en l'autre.
- Acceptation de la règle, de l'interdit, de la limite. Gérer sa frustration et sa capacité à différer.
- Objectif de socialisation : la cohésion permettra la construction ensemble.

Ces objectifs donnent un fil conducteur de travail en séance. Ils permettent de ne pas se précipiter et de donner une direction à la pratique. Dans ce sens ils sécurisent et apaisent. Les objectifs sont là aussi pour donner du sens à la participation au groupe des enfants. Chacun ayant des objectifs communs, cela renforce le sentiment de contenance. Ils participent ainsi à l'instauration d'un cadre thérapeutique.

3. Exemple de jeu : Le jeu du sumo

Le jeu du SUMO est une des pratiques utilisées au cours des jeux d'opposition. Au cours de ces exercices nous utilisons un kimono.

Le kimono a différents objectifs, tout d'abord il a pour but de favoriser les prises. En effet, tout comme au judo, le kimono permet d'agripper son adversaire avec plus de facilité. De plus, le kimono permet de ne pas abimer les vêtements. Et enfin, il crée le « faire semblant » du jeu d'opposition afin d'être un lieu d'expériences corporelles dans lesquelles on peut mettre en avant sa violence, son agressivité de manière contrôlée.

Au cours du jeu du SUMO, le psychomotricien trace un cercle au sol. Ce cercle délimite le périmètre de combat. Dans cet espace, deux membres du groupe s'affrontent. Pour cela, ils se positionnent à genoux, le but étant de faire sortir son adversaire des limites du cercle. Ils ont le droit de s'agripper par le kimono, de se soulever, se pousser, se tirer, toutes les parties du corps sont autorisées. Cependant, il est interdit de taper, mordre et blesser l'autre volontairement.

Une fois le match terminé, un temps d'échange a lieu. Durant ce temps de parole, on analyse et décortique chaque position dans le but de comprendre pourquoi nous avons gagné ou perdu. Ce temps d'échange permet de mettre en évidence les parties du corps qui ont été mises en jeu. Cela a pour but de mieux comprendre et visualiser son corps (schéma corporel).

Le jeu du SUMO fait donc travailler plusieurs composantes psychomotrices. En effet, afin d'expulser son adversaire du cercle, l'enfant travaille les coordinations/disso-

ciations, l'équilibre, le tonus, la représentation dans l'espace ainsi que la motricité globale et fine de leurs corps.

4. Le groupe du jeu d'opposition

Ce groupe thérapeutique est proposé à quatre adolescents du service ambulatoire : Dylan, Karim, Paul et Théo. Les séances ont lieu tous les mercredis de 13 heures à 14 heures.

Dylan, Paul et Théo participent à un repas thérapeutique animé par une éducatrice spécialisée avant les jeux d'opposition. Le psychomotricien ne participe pas à ce repas. En effet, durant le repas thérapeutique, celui-ci part chercher Karim à son domicile avant de revenir au service ambulatoire afin de retrouver les 3 autres jeunes.

Une fois arrivés dans le gymnase du DITEP, nous enlevons les chaussures et commençons à installer le matériel (des tapis ainsi que des kimonos, des blocs en mousse). L'activité débute par un échauffement puis nous réalisons des petits jeux d'oppositions avant de terminer par un retour au calme.

La séance se décompose donc en trois temps. Cette stabilité dans le rythme d'une séance peut s'apparenter à la notion de macro-rythme de **D. MARCELLI** « régularité et cohérence apportent un sentiment de continuité d'existence » (21). Les séances respectent toutes cette courbe permettant une prévisibilité, des rituels inhérents à un cadre sécurisé. Pour tout travail relationnel il faut un cadre. En psychomotricité, il se construit à partir d'un projet qui est mis en place, celui-ci à partir des indications posées. **C. POTEL** envisage le cadre psychomoteur à deux niveaux : le cadre physique et le cadre psychique.

Le jeu d'opposition s'inscrit dans un cadre physique (lieu, matériel, temporalité), psychique (fonction de pare excitation) et des rituels.

« Le cadre d'une peinture, c'est ce qui précise les contours, le regard, confirme la profondeur. Le cadre d'une activité, quelle qu'elle soit, c'est ce qui définit le lieu et le temps de cette activité. Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre » C. POTEL (24)

C) Etude de cas Paul

1. Anamnèse

Paul est un jeune garçon né le 9 Mars 2005. Il est alors âgé de 14 ans lors de notre première rencontre. Il est le premier enfant de sa famille et a une demi-soeur ne vivant pas avec lui.

Paul est né à la suite d'une grossesse non prévue au sein du couple parental, mais qui selon son père a tout de même été désirée après l'annonce. Ce dernier décrit une grossesse sans difficulté « tout s'est très bien passé ». Paul est né à terme sans pathologie.

Durant sa petite-enfance, Paul est un bébé qui pleure beaucoup et qui présente d'importants problèmes de sommeil. Ces difficultés s'inscrivent dans un climat de conflit conjugal, de négligence de soins maternelles et de problèmes de dépendance alcoolique de Mr G. Tout petit, Paul est gardé en crèche jusqu'à ses 3 ans où il rentre à l'école.

En 2010, le couple se sépare, s'en suit une période de rupture des relations père/fils, Mr G n'allant plus voir Paul vivant à l'époque chez sa mère. Paul est alors âgé de 5 ans. Une année plus tard, en octobre 2011, celui-ci est placé sous mesure judiciaire du fait d'un contexte familial délétère (négligence, conflits parentaux et addictions). Alors âgé de 6 ans, Paul est confié au Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille (CE-DEF) puis placé en famille d'accueil en janvier 2012. Enfant, Paul est décrit comme un enfant remuant, et même excité tant verbalement que physiquement.

Au cours de ce placement, Paul reçoit des visites de ses parents. Cependant en août 2015, les droits de visites au domicile de sa mère sont suspendus. En effet, il a été jugé que l'instabilité psychique de Mme D était nuisible au bon développement de Paul. Celles-ci reprendront en 2018 en point rencontre avant d'être de nouveau suspendue compte tenu de l'irrégularité de la présence de Mme D.

En parallèle, Paul rend visite à son père et sa nouvelle compagne à raison d'un mercredi sur 2 et d'un week-end sur 2 en juillet et en août.

En mai 2017, Paul est transféré dans une nouvelle famille d'accueil. En janvier 2019 son père décède. Néanmoins depuis le décès de Mr, les visites familiales se poursuivent avec sa belle-mère Mme R.

❖ Au niveau scolaire et sociales

Paul rentre à l'école à l'âge de 3 ans. Dès la grande section de maternelle, des difficultés sont décelées. On observe chez Paul, un retard de langage et de psychomotricité ainsi qu'une hétéro-agressivité importante envers ses pairs.

Après une rentrée apaisée en CE1, la situation se dégrade rapidement en CE2 : Paul frappe, mord, insulte ses pairs et les adultes, nécessitant de l'isoler du groupe. Ces difficultés se majorent tant au niveau des relations avec les autres enfants qu'au niveau de l'accès aux apprentissages. A l'école, il est mis en évidence une forte agitation, de la violence, des troubles de l'attention, des réactions oppositionnels face aux exigences scolaires.

A la suite de ces observations, l'école fait alors une demande d'orientation vers une prise en charge globale en DITEP en Janvier 2013. La mère de Paul refuse cette demande d'orientation tandis que le père de ce dernier est favorable.

❖ Au niveau médico-psychologiques

En ce qui concerne les antécédents familiaux, la mère de Paul est atteinte de troubles psychiatriques associés à des problèmes d'addiction à l'alcool. Le père a eu des problèmes de dépendance à l'alcool, mais il est stabilisé au niveau de cette addiction. Cependant, Mr G souffre d'un cancer du tronc cérébral, diagnostiqué comme étant inopérable.

Depuis Juin 2012, Paul est suivi en psychothérapie individuelle en consultation hebdomadaire.

❖ Son parcours en DITEP

Paul intègre le pôle enfant du DITEP en Août 2014. Durant l'année scolaire 2015/2016, il est scolarisé à temps partiel en CM2. Depuis Septembre 2017, il poursuit sa prise en charge au pôle adolescent, en parallèle d'une scolarité partagée en 6^{ème} ordinaire.

Avant son décès, le père de Paul, tient un positionnement très positif associé à un discours très valorisant à l'égard de son fils. Il le décrit comme étant épanoui, curieux, mais qui a tendance à se replier sur soi quand il est en difficulté. Du fait d'une certaine culpabilité à l'évocation des difficultés de son enfant, il était soucieux de montrer à son fils et aux professionnels sa préoccupation parentale et son affection en tant que père. Cela semblait être une façon pour lui de réparer et de combler les manques de l'histoire de Paul.

Depuis le décès de son père, Paul semble avoir des difficultés à tisser des liens et des alliances avec autrui et notamment sa famille d'accueil actuelle.

Le 29 aout 2019 Paul quitte le DITEP pour intégrer son service ambulatoire. Ce changement de structure a pour objectif de :

- Favoriser l'affirmation et l'estime de soi
- Travailler avec lui sa place dans le groupe et le respect de l'autre

Pour atteindre ces objectifs, le service ambulatoire lui propose des espaces d'expressions valorisant et bienveillants où il peut évoquer ses préoccupations d'adolescent, ses désirs et ses affects. C'est pour cela qu'il intègre le groupe thérapeutique : jeu d'opposition. C'est au cours de cette prise en charge que je le rencontre tous les mercredis.

2. Prise en charge en psychomotricité

❖ La première rencontre

Je rencontre Paul pour la première fois dans la salle commune du service ambulatoire. Celui-ci doit effectuer la vaisselle commune du repas thérapeutique. C'est un garçon assez maigre, il a les cheveux mi-long. Il montre un comportement non-chaland. En effet, au cours de notre première rencontre Paul négocie, cherche à ne pas participer aux tâches communes mais montre aucun signe d'agressivité.

Lors de ma présentation, je remarque chez Paul un regard fuyant, il ne semble pas à l'aise face à l'inconnu. Au cours de notre premier contact (serrage de main), je sens une hypotonie dans son geste.

❖ Bilan psychomoteur

Comme indiqué ci dessus, Paul est un enfant arrivé au service ambulatoire en août 2019. Lors de son PPA, il a été décidé en équipe une prise en charge de groupe en jeu d'opposition. Le jeu d'opposition a débuté en septembre et le psychomotricien du service n'a pas pu réaliser de bilan psychomoteur. En effet, Paul est scolarisé la majorité du temps et n'est disponible seulement sur les moments de prises en charge au service ambulatoire (repas thérapeutique, jeux d'opposition)

J'ai pu observer les capacités psychomotrices de Paul aux cours des séances de jeux d'opposition que je développerai dans la partie suivante. Les résultats peuvent être

incomplets car l'observation de Paul est effectuée en groupe et non en individuel. De plus, je n'ai pas pu réaliser de tests standardisés, ce ne sont que des observations subjectives.

Néanmoins, les objectifs en psychomotricité pourraient être les suivants :

- Inscrire Paul dans un cadre stable, lui apportant sécurité et contenance.
- Amener à symboliser son agressivité en passant par l'acte.
- Travailler sur les limites de son corps.
- Appréhender la relation à l'autre d'une manière plus sereine, visant ainsi la socialisation.

❖ Le jeu d'opposition

Pour Paul ainsi que Karim et Dylan c'est la première année à laquelle ils participent à groupe thérapeutique. A contrario de Théo pour qui c'est sa troisième année.

Lors du jeu d'opposition, la consigne de s'affronter en corps à corps permet aux adolescents de rentrer en contact plus facilement. Ils ne se posent pas de questions, il se touchent, se cherchent, se font tomber. Pour les adolescents suivis en DITEP, le toucher semble difficile. Je pense qu'au cours de la période de l'adolescence qui s'accompagne de remaniements corporels importants, il est préférable d'opter pour des séances où l'adolescent est en mouvement. Lors d'un jeu avec un intérêt de vaincre, l'enfant prend moins conscience de ce toucher.

Au cours des séances de groupe, Paul à l'air en retrait, il est plus chétif. Il semble davantage vouloir éviter la confrontation que ses pairs. Cependant, dans sa vie de tous les

jours, Paul est un enfant qui est régulièrement entrain de provoquer, de vouloir se bagarrer sans se faire mal, il cherche le conflit.

Lors des jeux d'opposition, Paul est l'adolescent le plus difficile à motiver, à faire entrer dans l'activité. Ce comportement peut être associé à la période d'adolescence qui est bien connue pour être une période de nonchalance. Paul montre régulièrement une opposition à réaliser les combats. Il est compliqué de le maintenir dans l'activité. Néanmoins, une fois lancé, il rentre dans une forme d'excitation importante, il est difficile de le maintenir dans le cadre du jeu d'opposition. Il n'écoute plus et ne semble plus entendre ce qu'il se passe autour de lui.

Au fur et à mesure des séances de psychomotricité, Paul a pu tisser un lien avec un autre enfant du groupe : Karim.

Les deux adolescents ont le même âge ainsi qu'un gabarit similaire. Ces similitudes font qu'ils se retrouvent souvent en confrontation duelle au cours des jeux d'opposition, ce qui a encouragé la création d'un lien, d'une alliance.

Ces liens sont visibles au cours des temps de pauses. Paul et Karim se cherchent, jouent rigolent. Cependant en dehors du cadre thérapeutique, ce lien est inexistant. Il semble être un lien privilégié au cours des séances de psychomotricité. Ainsi, le jeu d'opposition permet aux adolescents de rentrer plus facilement en relation et de partager des moments privilégiés. Les adolescents du groupe thérapeutique sont des garçons qui se renferment facilement et se cachent derrière leurs téléphones. Lors des temps de transports jusqu'au gymnase, j'observe très peu de discussions, a contrario, lors des jeux d'oppositions, les jeunes discutent, rigolent, échangent entre eux.

Le lien créé avec Karim permet à Paul de se surpasser. En effet, lors des combats, j'observe chez Paul très peu d'envie de renverser l'autre. Lorsqu'il se trouve en difficultés

il abandonne facilement, ne cherche pas à se défendre ou contrer l'autre. Cependant, face à son « ami » Karim, il montre ses compétences, résiste, entre en contact physique, touche et renverse l'autre jusqu'à gagner le combat. Au fur et à mesure des séances, Paul semble gagner en confiance, accepte le contact et donne le maximum de ses capacités.

Paul s'investit corporellement et psychiquement lors des séances. Il prend conscience de ses compétences. Cette prise de conscience est cependant difficile à gérer. En effet, Paul est un enfant très dynamique, qui possède des troubles du comportement et cette prise de conscience corporelle le fait parfois dépasser les limites du cadre jusqu'à se battre. Il peut se mettre en tension rapidement jusqu'à « exploser » afin de s'affirmer, il met en évidence des comportements non adaptés en société.

Cet investissement naissant demande beaucoup d'effort à Paul. Les troubles de l'attention qu'il possède font que les moments de pauses sont fréquents et ne lui permettent pas de revenir dans l'activité aisément.

Paul est l'adolescent qui a mis le plus de temps à expérimenter son corps et entrer en contact. Il restait en retrait et ne montrait aucune motivation. On peut remarquer chez ce garçon des carences affectives, une faible estime de lui-même et un manque de confiance. Dans le groupe, il s'écrase au cours des combats, néanmoins durant les temps des temps d'échange, il commence à s'affirmer, et à prendre la parole.

Pour autant, je remarque que Paul prend un réel plaisir dans ce travail de corps à corps et d'éprouvés corporels.

Dans l'activité jeux d'opposition, les dimensions émotionnelles et relationnelles sont soutenues, jouées et mises en mots par l'adulte en interaction. Ainsi vont pouvoir être exprimés l'intérêt, la crainte, l'incompréhension, la frustration, la confusion, le plaisir, le confort, la douleur ou le soulagement. Cette réalité doit être partagée avec l'enfant.

WINICOTT appelle « une aire potentielle », une aire de transformation, de rencontre et de jeu qui favorise l'expérimentation de la sensation, de l'émotion, de la différence moi/non moi et de sa progressive stabilisation (4).

Nous pouvons voir grâce à l'anamnèse de Paul, qu'il a été élevé dans un milieu carencé. Au cours de son enfance, Paul a été exposé à de la négligence maternelle ce qui a pu avoir un impact sur sa construction. Ainsi, il présente une difficulté à entrer en relation psychique et physique avec ses pairs. A travers le jeu d'opposition, Paul va pouvoir expérimenter différentes sensations, différents contacts. L'adolescent va alors mettre son corps en mouvement, entrer en relation avec autrui. On observait au début de la médiation un enfant introverti qui s'écrasait. Au fur et à mesure des séances il a pris confiance en lui.

Cependant, le contact semble s'apaiser en combats mais le toucher reste quelques choses de sensible pour Paul.

❖ La relaxation coréenne

Les fins de séances sont ritualisées par un temps calme. Au cours de ce dernier, une relaxation coréenne est proposée.

La **relaxation coréenne** est une technique de massage utilisée permettant au corps et aux muscles de se détendre à l'aide de vibrations. Au cours de cette relaxation, le contact entre les binômes est différent des contacts de combats. Le toucher dans la relaxation est contrôlé, doux et fort à la fois.

Cette méditation est donnée par le professionnel à l'adolescent. Durant les temps calmes, Paul semble subir la médiation. Il se place en position d'observateur. Il regarde son binôme et ne semble pas à l'aise avec ce contact là.

Au cours de la relaxation coréenne, il prend réellement conscience du toucher et du contact sur sa peau.

❖ Conclusion

Au cours des séances de groupe, Paul a pu créer un lien avec un autre enfant de son âge. Il ne rentre plus uniquement en confrontation systématique avec ses pairs. Grâce à ce groupe, il prend confiance en lui, le cadre physique, psychique et les rituels lui permettent d'évoluer dans un cadre rassurant et bienveillant qui permettent à Paul de grandir et d'évoluer.

Ce groupe est un point de départ pour affronter le monde extérieur. Au cours des jeux d'opposition, Paul a pu mettre en jeu son corps, expérimenter celui-ci tout en étant dans un cadre contrôlé afin d'éviter tout débordement. Il a également pu mettre en avant la colère et les difficultés qu'il ressentait à se contenir quotidiennement. A travers le toucher, Paul a mis en évidence ses compétences, il a découvert et expérimenté une enveloppe psychique et corporelle qui lui permettent de prendre confiance en lui. Cette confiance acquise progressivement au cours du jeu d'opposition va donner à Paul un cadre, dans lequel il pourra trouver des repères et clés qui lui permettront d'être adapté et trouver les capacités à réagir aux aléas de la vie.

D) Rôle du psychomotricien

A la naissance, le nouveau-né est néo-tonique. Cet état fait de lui un être dépendant de l'autre. Les premiers processus sont primaires, voir archaïques. En effet, on peut observer chez le nouveau-né des réactions en lien avec des enjeux de vie ou de mort. Ces premiers processus, les processus primaires permettent à l'enfant de lutter contre les enjeux de mort et ainsi d'entrer en relation avec autrui. Pour cela, un travail d'interaction corporelle est mis en place entre l'enfant et sa mère. (D.W. WINNICOTT : *holding, handling*).

Ainsi, à travers ces échanges l'enfant prend une place à part entière dans les interactions. Il est actif et s'appuie sur des représentations primaires et ses ressentie afin de communiquer avec sa mère. *La représentation primaire* est une capacité à exprimer quelque chose d'un vécu.

Selon ROUSSILLON, les processus c'est le vécu en soi. Tandis que les représentations sont la capacité que le sujet a à se construire des images des concepts qui lui permettent d'être en interactions (29). Pour GOLSE, les représentations primaires sont des représentations en présence d'un objet, on a besoin de chose concrète pour s'appuyer sur une représentation primaire (11).

Ainsi, on peut conclure que le processus primaire correspond à tout ce qui est « en présence » ; ainsi le perceptif et le moteur font support à des représentations d'objets. Ce processus peut être mis en opposition aux processus et représentations secondaires qui font appel à des métaphorisations et un travail d'absence.

A travers le cadre de ce groupe thérapeutique, le psychomotricien va mettre à disposition des jeunes un espace dans lequel ces derniers peuvent s'appuyer sur des processus primaires en présence du corps. Cette interaction qui passe par le corps va permettre de créer des représentations primaires passant par le sensitivo-moteur.

Dans le groupe thérapeutique jeu d'opposition, le psychomotricien accueille quatre jeunes mais également leurs représentations. Les processus archaïques (jeux d'agressions, de défense) et primaires sont les supports des processus secondaires.

Dans notre vie, il existe sûrement des situations vécues, qui ne se sont jamais associées à une représentation. Celles-ci n'ont alors jamais pu être transformées en processus secondaire, en représentation. Les processus primaires ne se séparent ni de l'archaïque, ni du secondaire.

Les processus secondaires et les représentations secondaires font appel à des métaphorisations, un travail d'absence.

Ces métaphorisations, sont observables au cours des temps d'échange lors des jeux d'opposition. En effet, chez certains enfants, le temps de paroles était le moment où ces derniers pouvaient discuter de préoccupations s'étant déroulées à l'école ou à la maison.

Karim à 14 ans, il participe au jeu d'opposition. Au cours d'un conflit à l'école perçu comme une injustice, Karim s'est battu avec un camarade. Cette information a pu être verbalisée par Karim durant les temps d'échanges du groupe thérapeutique.

A travers le jeu d'opposition, le psychomotricien adapte son accueil pour rencontrer le patient, en l'occurrence Karim dans son registre. A travers le jeu d'opposition et en mettant l'accent sur « le faux combat », Karim a pu, à partir d'un processus primaire, accéder à une symbolisation et verbalisation qui n'est alors plus pulsionnelle et primaire.

L'idée qu'il existe un lien entre la pensée et le corps est rejoint par STERN. En effet, ce dernier aborde l'idée de « transmodalité sensorielle » (19). Celle-ci correspond à un processus essentiel dans l'accordage affectif, qui participe à la constitution du Moi d'un individu.

A travers l'approche du toucher, on retrouve les notions de développement de la conscience de soi (schéma corporel, image corporel), et de l'expérience de soi. Lorsqu'on touche la peau, on se rapproche du côté de l'archaïque, car elle participe principalement à la construction du Moi de l'enfant. Ce Moi corporel étant le premier aspect dans l'élaboration psychique de l'enfant.

A travers le jeu d'opposition, le psychomotricien s'engage corporellement. Cet investissement corporel ne permet pas au professionnel d'être neutre. Le corps du psychomotricien est habité par une histoire qui lui est propre. Cette mise en jeu du corps va avoir un impact sur ce dernier. Les médiations corporelles et l'investissement corporel du psychomotricien lui permet d'être à l'écoute de ses patients.

L'approche corporelle va apporter au psychomotricien une certaine créativité. Celle-ci va offrir de multiples possibilités cliniques. Cependant, cette approche est à risque. En effet, en se mettant en jeu corporellement, le psychomotricien doit faire attention au cadre intime de ses patients et ainsi ne pas exposer ses angoisses et difficultés. Il a un rôle de pare excitation, de miroir mais également une fonction contenante.

❖ Conclusion

A travers cette situation clinique nous avons observé que le psychomotricien est au coeur de la thérapie. Dans le groupe thérapeutique jeu d'opposition, le professionnel met en jeu son corps. A travers le toucher, le psychomotricien mets en rôles ses propres représentations. Ces dernières vont entrer en relations avec celles des adolescents. Le rôle du psychomotricien est alors de permettre aux adolescents grâce à ses processus primaires et secondaires d'évoluer.

Conclusion

Comme j'ai pu le mettre en évidence tout le long de mon mémoire, le toucher est l'un des premiers moyens de communication. Il permet de transmettre des émotions, un sentiment, un message. C'est un acte indispensable et inhérent à la pratique psychomotrice. Durant cette pratique, le psychomotricien s'investit corporellement dans la relation, le contact est inévitable. Ce dernier permet un soutien psycho-corporel du sujet soigné.

Tout le long de ma formation j'ai pu remarquer que le contact auprès d'adolescents était plus difficile d'accès. C'est pour cela que je me suis demandé comment le psychomotricien aborde et apprivoise le toucher auprès d'adolescents et plus particulièrement les adolescents atteints de troubles du comportement ?

A travers ce mémoire, j'ai pu mettre en évidence qu'en travaillant avec une médiation corporelle telle que le jeu d'opposition, le contact était plus facilement accepté par les adolescents d'un service ambulatoire DITEP. Une prise en charge en groupe est porteuse pour chaque membre qui la compose. Elle permet une revalorisation de chacun dans un cadre sécurisé. Le cadre sécurisant encourage l'adolescent à expérimenter le passage à l'acte par le « faire semblant » du jeu d'opposition. Le faire semblant aide l'adolescent à entrer en contact avec autrui, c'est pour cela que le jeu d'opposition me semble être une prise en charge adaptée pour cette population.

Cependant, le toucher ne peut et ne doit être que technique. Il faut absolument respecter les limites de l'autre quelque soit leur mode d'expression. Le psychomotricien doit être à l'écoute de ses patients tout en restant neutre, **ROGERS** parlera même d'empathie to-

nique. On ne peut toucher autrui sans être touché soi-même, il faut alors être conscient de nos réactions face aux patients et conscients de nos projections.

N'ayant pu observer qu'un groupe d'adolescents composé de quatre membres, mes observations ont été limitées. Il me manque de la pratique pour observer réellement l'impact de ce toucher auprès des adolescents atteint de troubles du comportement. Je me demande si en établissant une alliance thérapeutique plus solide, il serait possible d'accéder à un toucher plus « doux » comme durant les massages et la relaxation. Malgré tout, j'ai pu observer chez certains membres du groupe jeu d'opposition, que les temps calmes étaient appréciés. Ces temps de relaxation pourraient être bénéfiques pour des enfants atteints de troubles du comportement et peut être la prochaine étape du groupe jeu d'opposition.

Bibliographie

- (1) Anzieu, Épistémon, Séchaud, & Séchaud, Évelyne. (1995). *Le moi-peau* (Nouvelle édition revue et augmentée. ed., Psychismes). (pp. 119-128) Paris (France): Dunod.
- (2) Atger F., Lamas C., Vulliez-Coady L. *L'attachement, un lien revisité à l'adolescence*, yapaka.be
- (3) Aucouturier, B. (2005). *La méthode Aucouturier: Fantasmies d'action et pratique psychomotrice*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. doi:10.3917/dbu.aucou.2005.01.
- (4) Bailly, R. (2001). Le jeu dans l'œuvre de D.W. Winnicott. *Enfances & Psy*, no15(3), 41-45. doi:10.3917/ep.015.0041.
- (5) BUSNEL Marie-Claire & HERON Anne (2010) Le développement de la sensorialité fœtale. Article publié dans LA NAISSANCE : histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui. R. Frydman & M. Szejer, Albin Michel : pages 633-643
- (6) Cofler. Réflexions sur l'intérêt du toucher thérapeutique en psychomotricité dans l'expression de troubles du comportement de la personne âgée démente. *Médecine humaine et pathologie*. 2016.dumas-01340285
- (7) First, M., Crocq, M., & Moraru, R. (2016). *DSM-5[®] diagnostics différentiels*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- (8) Freud, S. (2011). *Esquisse d'une psychologie* (Scripta).
- (9) Freud, S., Bloch, A., Baliteau, C., Rondeau, J., & Robert, F. (2011). *Le moi et le ça* (Les oeuvres complètes de Freud Psychanalyse, une aventure éditoriale 1923). Paris: Presses universitaires de France
- (10) Golse, B. & Simas, R. (2008). Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps: La place de l'attention de l'adulte envers la liberté

motrice du bébé, en référence aux travaux de l'Institut Pikler-Lóczy de Budapest.
Contraste, 28-29(1), 129-138. doi:10.3917/cont.028.0129.

- (11) Golse, B. (2013). De la symbolisation primaire à la symbolisation secondaire: Plaidoyer pour un gradient spatio-temporel continu autour de la notion d'écart. *Cahiers de psychologie clinique*, 40(1), 151-164. doi:10.3917/cpc.040.0151.
- (12) Guedeney, N. (2010), L'attachement, un lien vital, Bruxelles, Yapaka.be
- (13) Houzel, D. (2010). Le concept d'enveloppe psychique (2e édition actualisée et augmentée. ed., Concept-psy). Paris (France): In press.
- (14) <https://flamigel.fr/anatomie-de-la-peau/>
- (15) <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- (16) <https://www.who.int/fr>
- (17) Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, volume 2(3), 185-194. doi:10.3917/rne.023.0185.
- (18) Laffargue P. L'agressivité : la contenir, la transformer, se construire. Expérience d'un groupe corps à corps et jeu d'opposition auprès d'enfants manifestant des conduites agressives. *Médecine humaine et pathologie*. 2016. dumas-01340480
- (19) Labat E. La question du toucher chez les adolescents déicients auditifs. *Psychologie*. 2018. dumas-01835806
- (20) Léonard-Mallaval, M. (2009). Vie intra-utérine, naissance et première année. Dans : , M. Léonard-Mallaval, *Ça mord à la crèche* (pp. 61-74). Toulouse, France: ERES.
- (21) MARCELLI D. (2009) *Enfance et psychopathologie*, 8^{ème} Edition, Elsevier MASSON
- (22) Montagu, A., Leboyer, F., & Erhel, C. (1979). La peau et le toucher un premier langage. Paris (France): Éditions du Seuil.
- (23) Perisse, D. (2006) et al. / *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 54 401 410
- (24) Potel Baranes, C. (2010). Être psychomotricien (Trames). ERES.

- (25) Potel, C., Baranes, J., & Potel-Baranes, C. (2010). Psychomotricité entre théorie et pratique (3e édition actualisée. ed., Psycho). Paris (France): In press.
- (26) Potel, C. (2006). Corps brûlant, corps adolescent: Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents. (pp.64-85) . Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.-potel.2006.01.
- (27) Reinhardt, J. (1990). Chapitre premier: Neurologie, psychiatrie et connaissance du corps. Dans : , J. Reinhardt, *La Genèse de la connaissance du corps chez l'enfant* (pp. 19-32). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
- (28) Robert-Ouvray, S. (1997). Intégration motrice et développement psychique une théorie de la psychomotricité (2e édition révisée. ed., Re-connaissances). Paris (France): Desclée de Brouwer.
- (29) Roussillon, R. (2008). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.rouss.2008.01.
- (30) Savatofski, J., & Prayez, P. (1990). Le toucher apprivoisé pour une approche différente du soigné. Paris (France): Ed. Lamarre-Poinat.
- (31) Scialom, Canchy-Giromini, Albaret, Giromini-Mercier, Mercier, Giromini, . . . Albaret, Jean-Michel. (2015). Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 2 Méthodes et techniques (Collection Psychomotricité). Paris (): De Boeck-Solal.
- (32) Simondon, G. (2015). Deuxième partie : sensibilité intéroceptive et proprioceptive. Dans : , G. Simondon, *Sur la psychologie* (pp. 451-471). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. (
- (33) THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES N°178/COLLECTION 47
- (34) Therriault, D., Lemelin, J., Toupin, J., Dery, M. & Paquette, D. (2019). L'attachement aux parents et aux pairs chez les adolescents et adolescentes avec ou sans trouble du comportement. *Enfance*, 4(4), 507-524. doi:10.3917/enf2.194.0507.
- (35) THIVEAUD M., Le toucher en thérapie de relaxation psychomotrice, Thérapie psychomotrice et recherches, N°121, page 14

- (36) Winnicott, D., Kalmanovitch, J., Michelin, M., Rosaz, L., & Harrus-Révidi, G. (2006).
La mère suffisamment bonne (Petite bibliothèque Payot 595). Paris: Payot.

Table des matières

Remerciements	1
Avant propos	2
Sommaire	3
Introduction	4
Chapitre I - Le toucher	7
A) Le toucher	7
1.La peau	7
a. Aspect physiologique	7
❖ Embryologie	8
❖ Morphologie de la peau.....	9
b. Les différentes fonctions	10
2.Le toucher	11
a. Aspect physiologique	11
b. Les différentes sensibilités	12
B) Le toucher dans la construction psychique	13
1.Le toucher dans la construction d'un individu	13
a. Le schéma corporel.....	13
b. Le tonus	14
❖ Définition	14
❖ Le dialogue tonico-emotionnel.....	15
c. Le vécu corporel	17
d. La théorie de l'attachement	19
❖ Au niveau intra utérin	19
❖ A la naissance	20
❖ La notion d'attachement.....	21
e. Construction d'une enveloppe corporelle	23
f. Les fonctions du Moi - Peau	24
C) Le toucher dans la relation	27

1.Le toucher comme moyen de communication	27
2.Peau et toucher, soutien de notre vécu, de notre histoire	30
D) Toucher et émotions	31
Chapitre II - Le public adolescent :.....	35
A) Une période de transformation.....	35
B) Une mise en doute du sentiment identitaire	36
1.Se créer un personnage	38
❖ Au niveau vestimentaire	38
❖ Au niveau langagier.....	38
2.La relation aux autres.....	39
3.La notion d'attachement à l'adolescence.....	40
4. Comportements destructeurs : Agressivité, destructivité et violence	42
C) Résolution de la crise	44
Chapitre 3 : Le DITEP	46
A) Généralités.....	46
B) Présentation de l'établissement	47
C) Les missions de l'établissement.....	48
D) Les différents troubles	50
1.Les troubles du comportement.....	50
❖ Trouble du comportement liés à l'attachement	51
❖ Trouble du comportement liés aux émotions	52
2.Les conduites à risques :	53
❖ Les troubles oppositionnels.....	55
❖ Les troubles des conduites	56
Chapitre 4 : Partie clinique	57
A) La prise en charge de groupe.....	57
B) Le groupe thérapeutique : jeu d'opposition	60
1.Généralités	60
2. Les objectifs	61
3. Exemple de jeu : Le jeu du sumo	62
4.Le groupe du jeu d'opposition	63
C) Etude de cas Paul	64

1. Anamnèse	64
❖ Au niveau scolaire et sociales	65
❖ Au niveau médico-psychologiques	66
❖ Son parcours en DITEP	66
2. Prise en charge en psychomotricité	68
❖ La première rencontre	68
❖ Bilan psychomoteur	68
❖ Le jeu d'opposition	69
❖ La relaxation coréenne	72
❖ Conclusion	73
D) Rôle du psychomotricien.....	74
❖ Conclusion	77
Conclusion	78
Bibliographie	80
Table des matières	84