



**HAL**  
open science

# L'étayage psychomoteur face à la désadaptation de l'enveloppe et des distances intersubjectives chez l'adolescent en ITEP

Emily Boyer

► **To cite this version:**

Emily Boyer. L'étayage psychomoteur face à la désadaptation de l'enveloppe et des distances intersubjectives chez l'adolescent en ITEP. Sciences de l'Homme et Société. 2022. dumas-03714926

**HAL Id: dumas-03714926**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03714926v1>**

Submitted on 6 Jul 2022

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

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

# **UNIVERSITÉ de BORDEAUX**

Collège Sciences de la Santé - Institut Universitaire des Sciences de la Réadaptation

## **Institut de Formation en Psychomotricité**

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

**L'étayage psychomoteur face à la désadaptation de  
l'enveloppe et des distances intersubjectives chez  
l'adolescent en ITEP**

**Boyer Emily**

**Née le 13 juillet 1980 à Conflans-Sainte-Honorine**

**Directeur de mémoire : Olivier Moyano**

**Juin 2022**

## Remerciements

Je remercie mon directeur de mémoire, Olivier Moyano pour m'avoir guidée tout au long de la rédaction de ce mémoire, pour son accompagnement et ses conseils, pour ses cours passionnants sur la psychologie du corps et pour la transmission de son regard clinique.

Je remercie chaque lecteur, Emmeline V., Mme M., Eric L. et Yohan G. lorsqu'il n'était qu'à l'état de projet, Séverine B. pendant la rédaction, pour leurs remarques, leurs conseils et le temps qu'ils ont pris pour me lire et me relire.

Je remercie plus particulièrement ma responsable de stage, Perrine, pour laquelle j'étais sa première stagiaire, de m'avoir accueillie auprès d'elle et de ses patients. Nous avons eu ensemble de nombreuses discussions cliniques, en l'observant j'ai pu questionner et affiner semaine après semaine mon futur positionnement professionnel.

Je remercie les enfants, les adolescents, les parents, les patients et les différents maîtres de stage rencontrés pendant ces trois années de formation d'avoir partagé avec moi leur savoir-faire. Grâce à eux j'ai pu grandir et enrichir ma pratique professionnelle.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative de l'Institut de Formation en Psychomotricité pour leur encadrement contenant et structurant ainsi que pour leur transmission théorique, pratique et clinique de qualité. Ils m'ont permis de découvrir ce qui, j'en suis déjà convaincue, va devenir pour moi un métier-passion. Grâce à eux j'ai pu aller à la rencontre de moi-même et aboutir un projet de reconversion mûri depuis de nombreuses années.

Je remercie avec tendresse mes enfants qui ont été, avec vaillance et engouement, mes premiers supporteurs, ainsi que ma famille pour m'avoir soutenue dans mes choix de vie. Remerciements à ma cousine pour sa présence indéfectible «en distanciel» et à mes ami(e)s pour m'avoir apporté un peu de légèreté au cours de cette reconversion professionnelle de longue haleine.

# SOMMAIRE

Remerciements.....	1
Sommaire.....	2
Introduction.....	3
I-Le développement psycho-affectif et psycho-corporel de l'enfant : quand les distances structurent l'enveloppe.....	6
1-La psychodynamique et l'émergence du Moi .....	6
2-La psychomotricité et le «prendre corps ».....	16
II-L'adolescence et les troubles du comportement en ITEP.....	33
1-Le développement de l'adolescent.....	34
2-Les écueils de l'adolescence : quand l'agir prédomine.....	40
3-Les missions, le public et les indications à une prise en charge en ITEP.....	46
4-L'ITEP, un espace de transition.....	56
III-L'étayage psychomoteur de l'enveloppe et des distances intersubjectives de l'adolescent en ITEP.....	58
1-Une histoire de vie marquée par un environnement carencé.....	59
2-Le cadre thérapeutique en psychomotricité.....	72
3-La prise en charge psychomotrice : quand la conscience du corps et de ses limites n'existent pas ou sont fragiles,.....	77
4-Le passage par l'acte: faire corps grâce aux médiations corporelles.....	87
5-Les limites de la prise en charge psychomotrice en ITEP.....	90
Bibliographie.....	96
Annexes.....	104

« Et je me suis aimée  
encore plus parce que  
je comprenais un peu  
plus profondément  
que j'existais, que je  
n'avais pas un corps  
mais que ce corps  
c'était moi. Que j'étais  
incarnée donc vivante.  
Vivante et donc sujet. »

Victoire Tuillon

## INTRODUCTION

L'an dernier j'ai pu faire deux stages longs, l'un dans un Service d'Accueil de Jour en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) accueillant des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées, l'autre dans un Service d'Éducation Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD). Ces deux stages m'ont permis de découvrir la prise en charge psychomotrice groupale. L'atelier du SESSAD, surnommé « bricologie », était inspiré des apports théorico-cliniques de la psychodynamique et de la sensori-motricité de Bullinger, la prise en charge se faisait en co-thérapie avec une orthophoniste et une psychomotricienne. Ces deux expériences de stage m'ont plongées avec passion dans l'observation clinique. La force des mouvements corporels et psychiques qui avaient lieu dans ces groupes et le positionnement de mes

maîtres de stage sont venus me questionner, me bousculer, quant à mon propre positionnement au sein de ces stages ainsi que dans ma pratique future. J'ai ressenti le besoin, étayée par la transmission théorique, clinique et pratique à l'Institut de Formation, de travailler sur moi, sur mon histoire de vie, sur mes failles et mes compétences pour m'ancrer au mieux et faire face, quand le temps sera venu, aux problématiques des patients que je rencontrerai.

Ces expériences m'ont amenée à axer mes stages de cette année sur les prises en charge longues et individuelles d'enfants et d'adolescents au sein d'un cabinet libéral et d'un Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP).

Je serai présente à l'ITEP tous les vendredis. Le matin quatre adolescents sont pris en charge : Adèle, Dimitri, Nathan et Benjamin, une fille, trois garçons. L'après-midi je participerai à la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire. J'aurai également l'occasion d'assister à des réunions thérapeutiques ainsi qu'à l'établissement du Plan Personnalisé d'Accompagnement (PPA) d'un jeune de l'ITEP.

Quelques jours avant d'arriver en stage des questionnements autour du rôle du psychomotricien en ITEP, de l'autorité et de mes propres représentations de l'adolescent m'ont traversée.

Le premier jour de mon stage, beaucoup d'émotions se sont bousculées en moi. Entre satisfaction d'être acceptée et sentiment de rejet, ces rencontres sont venues me désarçonner, me décontenancer. J'ai vite perçu, sans le comprendre immédiatement, que quelque chose se jouait au niveau des distances, trop près, trop loin. Ces premières rencontres avec les adolescents que nous allons prendre en charge vont être le point de départ de ce mémoire.

D'un être d'abord indifférencié corporellement et psychiquement, l'enfant prend petit à petit de la distance avec ses figures d'attachement, dont il est au départ totalement dépendant, pour devenir un être différencié et autonome. Puis l'adolescence : source de bouillonnement intellectuel, émotionnel physiologique et sexuel, non exempte de peurs et d'angoisses. Période de transition, où l'adolescent quitte l'enfant pour devenir adulte. Plus le temps passe plus les distances grandissent, entre soi et ses parents, entre soi et soi.

Quid de l'adolescent accueilli en ITEP et souffrant de troubles du comportement? Peut-on déterminer l'origine de ses difficultés en relation ? Une enveloppe défaillante chez l'adolescent peut-elle engendrer des difficultés de distances relationnelles ? Peut-elle entraîner une confusion entre soi et l'autre, ou engendrer un sentiment d'intrusion voire de persécution? Comment la psychomotricité, au sein d'une institution telle qu'un ITEP et grâce à une prise en charge thérapeutique faisant lien entre le corps et la psyché, peut étayer l'adolescent dans la prise de conscience de son corps, de son espace corporel, de l'espace qui l'entoure, et chemin faisant, l'aider à construire un contenant corporel et psychique suffisamment solide pour lui permettre de se positionner dans le monde à la juste distance ?

Pour répondre à ces questions, ***je pose l'hypothèse qu'une rupture dans le développement psychocorporel de l'enfant, en lien avec un environnement carencé ou une histoire de vie émaillée par de nombreuses brisures, peut fragiliser l'enveloppe de l'adolescent, venant perturber son rapport au monde et la régulation des distances dans ses relations sociales.*** Cependant, réfutant tout déterminisme irréversible, je vais rechercher comment le psychomotricien, inscrit au sein d'une équipe pluridisciplinaire, peut servir d'étayage à ces adolescents décontenancés.

Pour cela je vais définir les notions d'enveloppe et de distances intersubjectives en lien avec le développement psychodynamique et psychomoteur de l'enfant normotypique. J'évoquerai ensuite l'adolescent, ce qui peut engendrer une rupture dans son développement ainsi que les psychopathologies et les troubles pouvant en découler au regard des différentes classifications nosographiques, pour établir finalement le profil de l'adolescent en ITEP.

J'étudierai enfin, au travers des cas cliniques d'Adèle et de Nathan, l'orientation des prises en charge psychomotrices face à ces problématiques. Sans oublier l'ensemble des fonctions psychomotrices et de ce qui fait la spécificité de l'intervention du psychomotricien en ITEP, je porterai mon attention plus particulièrement sur ces notions d'enveloppe et de distances interrelationnelles.

## **I-Le développement psycho-affectif et psycho-corporel de l'enfant : quand les distances structurent l'enveloppe**

Nous ne pouvons évoquer l'adolescence sans le temps d'avant, avant ce grand chambardement physiologique, corporel et psychique. Nous allons tout d'abord aborder le développement psycho-affectif et psycho-corporel de l'enfant

Nous entendons par développement **psycho-affectif** tout ce qui est « *relatif à la structure psychologique issue des relations affectives entretenues notamment, dans la petite enfance* » (Définition de psycho-affectif - Encyclopædia Universalis, s. d.) et par **psycho-corporel**, l'unicité corps-esprit, essence de notre humanité. Définir l'ensemble de ces termes nous permet de tisser dès à présent et tout au long de ce mémoire l'interdépendance de ces différents concepts.

Nous étudierons plus particulièrement les notions d'**enveloppe corporelle et psychique**, d'espace, de distance, et de corps en relation au travers des apports de la psychodynamique et de la psychomotricité.

Rappelons que la **distance** s'entend comme un « *intervalle mesurable qui sépare deux objets, deux points dans l'espace; espace qu'on franchit pour aller d'un lieu à un autre* » (Distance : Définition de Distance, s. d.). Elle implique aussi une dimension d'écart, de relation, d'éloignement et de séparation dans l'expression « mettre à distance ».

Nous nous intéresserons dans un premier temps aux apports de la psychodynamique et de la psychologie afin de préciser comment les notions d'enveloppe et de distance peuvent structurer la construction de notre identité et notre rapport à l'autre.

### **1-La psychodynamique et l'émergence du Moi**

Nous souhaitons mettre en lumière la manière dont l'enfant passe d'une totale indifférenciation au statut de sujet, et comment son environnement peut jouer un rôle d'étayage dans cette construction.



## 1.1-De l'indifférenciation à la subjectivité

### a) Pulsion, libido et relation d'objet

La psychanalyse a pris son essor à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle avec les recherches de Freud. En s'appuyant sur les travaux de Breuer, Charcot et Janet, il montre que les symptômes des patients souffrant d'hystérie viennent traduire des conflits psychiques ayant lieu dans l'inconscient du sujet. Il développe une théorie de la psychanalyse, à partir d'analyses d'adultes, basé sur un **modèle de compréhension de la personnalité**. De ce point de vue, il nous éclaire quant au développement psycho-affectif du sujet.

Sa théorie repose sur les **concepts de pulsion, d'objet et de libido** (Freud, 2011).

La pulsion est pour lui un processus dynamique qui fait tendre l'organisme vers un but, l'objet libidinal. La source de cette pulsion est une « *excitation physique* » (Martens, 2008) qui crée une tension dans le corps et ne peut être résolue que par la réalisation de la pulsion. La libido quant à elle est la force avec laquelle se manifeste la pulsion.

Les pulsions freudiennes sont de deux ordres :

- pulsion de mort ou Thanatos, qui est une pulsion de destruction
- pulsion de vie ou Eros, qui est la pulsion sexuelle ou libidinale, et qui a pour seul but la satisfaction du plaisir corporel et la conservation de l'objet.

Nathan tourne autour du bâtiment où se trouvent le bureau des éducateurs et les salles thérapeutiques. C'est bientôt l'heure de sa séance de psychomotricité, il lui faut attendre encore 10 minutes. Il s'approche de l'une des portes d'entrée et la tape fort et régulièrement avec son pied. Il tape, il tape. Puis, dans une seconde attaque agressive de l'objet de sa frustration, il frappe avec ses poings, le bruit est assourdissant.

Dans un besoin de sécurité et de contenance, Nathan appelle à la relation de manière inadéquate. La pulsion de destruction prend le dessus.

Ces pulsions sont d'abord **partielles**, en lien avec un objet lui aussi d'abord partiel qui deviendra par la suite total. « *Les premières relations d'objet sont encore parcellaires et le nourrisson est aux prises avec des objets dits partiels et mal localisés dans l'espace. Le nourrisson n'a pas encore une conscience claire du dedans et du dehors, du soi et du non soi* » (Golse et al., 2015, p. 12).

L'objet, c'est ce en quoi et par quoi la pulsion cherche à atteindre son but, ce qui est visé dans la pulsion. C'est une personne, comme la mère, un objet réel comme le sein ou un objet fantasmatique.

b) Développement psychocoporel prégénital, idéal du Moi, Moi idéal et identification

Les différents stades que nous allons développer par la suite respectent une certaine chronologie dans le développement psychique de l'individu, mais la façon dont nous allons les décrire ici est artificielle et a pour seul but de clarifier nos propos. Chaque sujet étant singulier et possédant sa propre temporalité, les différents stades peuvent en réalité se chevaucher ou s'entremêler.

Pour Freud, le premier temps d'étayage est lié au suçotement du sein et à la satisfaction sexuelle, au sens de pulsion, par l'absorption d'aliments. L'enfant a une sexualité mais elle n'est pas encore organisée autour des organes génitaux. C'est la raison pour laquelle on considère ces stades comme prégénitaux.

Ce premier **stade oral** a lieu entre 0 et 24 mois environ, il est en lien avec un plaisir d'organe. « *C'est seulement par la suite, lorsque le nourrisson est obligé de renoncer au sein maternel et le remplace par une partie de son propre corps, que la satisfaction sexuelle devient auto-érotique* » (Clancier, 1998).

L'enfant à ce stade est totalement dépendant à la mère et la mère réduite au sein qui nourrit. L'objet de la pulsion sexuelle se trouve en dehors du corps propre, dans le sein maternel.

L'oralité de cette satisfaction sexuelle permet à l'enfant d'incorporer l'objet, métaphoriquement le lait, le sein, la mère, de le détruire en l'absorbant et de s'en approprier les qualités. Ce mécanisme est à la base de **l'identification** à l'objet et de son **introjection** dans l'appareil psychique. Il entraîne l'édification du **Moi idéal**, instance de l'idéal de toute puissance narcissique infantile qui apparaît à un niveau primitif de la construction de la personnalité. On parle ici de narcissisme primaire.

Pour les Freudiens, le psychisme se forme lentement, le Moi n'est d'abord pas différencié de l'objet. Il vit en autarcie, omnipotent, les objets qui parviennent à le satisfaire sont vécus comme des parties de lui-même ou comme ses créations.

Progressivement le Moi idéal se forme, il se situe au « **stade du miroir** » de Lacan. Ce stade où l'enfant aperçoit son image, dans les bras de sa mère, dans le miroir. Il découvre à la fois l'autre et le moi. Il ne se reconnaît pas tout de suite dans cet autre et c'est grâce au regard que l'adulte porte sur lui et à sa confirmation que l'enfant accède à cet autre moi. Dans une Communication faite au XVIème Congrès international de psychanalyse, Lacan parle d'« *assomption jubilatoire* » (Lacan, 1949), où l'enfant se découvre indivisible, libre, différent du parent et séparé du corps maternel. Il perçoit alors sa mère comme une personne entière, il renonce aux objets partiels pour prendre en compte **l'objet total**. Conjointement, il se perçoit comme **sujet et différencié**.

Vient ensuite le **stade sadique-anal** (de 2 à 3 ans environ), en lien avec la zone érogène anale, l'agir et le passif. Ce modèle basé sur la rétention et l'expulsion porte en lui les premières bases de la relation à autrui autour des valeurs symboliques de don et de refus. C'est lors de ce stade que l'enfant commence à accéder à la fonction symbolique, le langage. Il vit dans une illusion de toute puissance, il crie « non ! », un non qui porte en lui les germes de sa subjectivité, évoluant dans un **principe de plaisir** et non dans un principe de réalité (Freud, 2014).

Par ce non d'opposition l'enfant **prend ses distances** avec la mère, physiquement et psychiquement, il lui échappe et tente pour la première fois de s'émanciper de ce lien de dépendance dans une volonté d'autonomie conquérante.

Le **stade phallique** prend la suite autour du primat du phallus et du complexe d'œdipe pour le garçon (entre 3 et 5 ans environ) et celui que Jung appellera le **complexe d'Électre** pour la fille . L'enfant éprouve un désir de mort pour le parent du même sexe et un sentiment amoureux pour le parent de l'autre sexe.

En lien avec le complexe de castration, ce stade se résout avec l'introjection des règles et des interdits parentaux. « *L'introjection est le processus inconscient par lequel l'image, le modèle d'une personne, est incorporé, identifié au moi* » (Introjecter : Définition de Introjecter, s. d.). C'est à ce moment que l'enfant passe du principe de plaisir au principe de réalité.

Le père s'introduit dans la dyade mère-enfant qui jusque là primait, la relation se **triangularise**. L'arrivée du père vient instaurer une nouvelle distance entre la mère et l'enfant. Il ne se met pas en travers de cette relation, il vient créer **une nouvelle trajectoire** possible, il ouvre la dyade.

Les réunions pluridisciplinaires à l'ITEP m'ont fait prendre conscience à quel point le père est souvent absent de l'histoire de vie de ces adolescents. Absent parce que volontairement non impliqué à la naissance de son enfant, parfois éloigné parce que violent ou alcoolique. L'un des éléments différenciateur, le père, manque souvent à leur développement psychoaffectif.

Concernant la fille, ce complexe n'a pas une temporalité symétrique à celle du garçon. A l'inverse du garçon, il débute par la castration et se résout à l'adolescence lorsqu'elle envisage une sexualité en dehors du cercle familial.

Notons que l'ensemble de ces mouvements psychiques se font de manière inconsciente et que le complexe d'œdipe forme une transition entre la sexualité infantile pré-génitale et l'accès à la génitalité au moment de la puberté.

L'œdipe dans un mouvement conjoint **d'adhésivité** et de **défusion** rend possible la constitution des instances psychiques telles que le Surmoi, caractérisé par la conscience morale, l'auto-critique, et la culpabilité, assimilable à un juge, un censeur. Il est à la source de **l'idéal du Moi** qui inscrit l'enfant dans une temporalité : « qu'est ce que je souhaite devenir ? ».

Le complexe d'œdipe, dans une conception psychanalytique, s'inscrit dans un développement psychocorporel pré-génital, il est éminemment structurant pour la personnalité, la période de latence prend sa suite dans le développement psycho-affectif de l'enfant.

### c) Sublimation et socialisation

**La période de latence** se situe de 6 à 11 ans environ. C'est la période du refoulement des désirs infantiles, l'apparition de la pudeur et le dégoût des fonctions organiques. L'enfant utilise son énergie libidinale au service de la socialisation et des apprentissages. Il reste dépendant de ses parents, il investit cependant le groupe et y expérimente les notions de **distance à l'autre** avec les premières grandes amitiés qui se nouent et se dénouent sans

arrêt. Cette période précède la puberté dont nous parlerons ensuite au sujet de l'adolescent.

Klein, va venir compléter ce modèle freudien en venant définir les processus de différenciation enfant-parent.

#### d) La différenciation

A la différence de Freud, elle s'appuie sur des analyses d'enfants pour élaborer ses théories et utilise le jeu comme moyen d'expression du monde conscient et inconscient de l'enfant.

Selon elle, l'activité psychique du bébé existe dès la naissance, le Moi et l'objet sont déjà perçus car il en a besoin pour projeter ses angoisses (Klein, 2001). Elle confirme cette idée de **confusion entre le bébé et l'objet**. Le bébé ne parvient pas à appréhender la globalité de l'objet dès la naissance et ne l'appréhende que sous forme d'objets partiels: haut, bas, devant, derrière, bon sein, mauvais sein. Il a en retour une perception morcelée de sa propre existence et de ce qui l'entoure. Grâce à une série de mécanismes de défense tels que l'introjection, l'identification, et la projection, le bébé unifie les différentes parties de son Moi.

Klein part de l'hypothèse que le bébé, dès la naissance, est traversé par des angoisses dues au conflit entre les pulsions de vie et de mort, la première est **l'angoisse de persécution ou paranoïde** et la deuxième **l'angoisse dépressive** (Klein, 1976). A ces deux angoisses correspondent **la position schizo-paranoïde** et **la position dépressive** qui traduisent un mouvement du Moi morcelé vers l'unité.

C'est lors de la position dépressive que l'enfant accède à **la différenciation** et que sa relation au monde peut se construire.

Ce mouvement se fait selon elle grâce au **jeu** et au **langage** : « *Les liens seront maintenus avec les objets extérieurs par les activités de symbolisation, notamment par le langage, tandis que les liens avec les objets internes seront constitués par les activités de représentation* » (Goeb et al., 2003).

A la possibilité de se voir comme un être unique, différencié psychiquement et corporellement, s'ajoute la possibilité de lier ou plutôt de re-lier son espace propre à celui des autres. On évoque ici une « *continuité acceptable* » et non une interpénétration entre deux espaces qui pourrait mener, nous le verrons plus loin, à une confusion potentiellement pathologique entre le soi et le non soi.

Klein est venue étoffer la notion de différenciation grâce à l'accès au symbolisme, Lacan va démontrer le pouvoir de distanciation du langage.

#### e) La distanciation symbolique du langage

Lacan donne une nouvelle orientation à la psychanalyse centrée sur le réel, le symbolique et l'imaginaire. Le langage, autour des notions de signifiant et de signifié, vient relier ces trois ordres.

En linguistique, **le signifié** c'est l'objet désigné par le mot, comme par exemple la table sur laquelle nous écrivons. Et **le signifiant**, c'est le mot en lui-même choisi pour désigner cet objet « table ». Lacan a repris ces acceptions pour venir les élargir. Pour Lacan le signifiant est de l'ordre du **symbolique**, c'est ce qui donne sens (Juignet, 2003). Le père par exemple, dans la tradition psychanalytique, symbolise la loi, la privation.

L'accès au langage, aux signifiants, permet une **mise à distance de l'expérience corporelle brute**, c'est ce qui permet d'évoquer quelqu'un ou quelque chose malgré son absence. L'enfant, grâce à l'accès au symbolisme, sort de la fusion mère-enfant et passe ainsi des sensations aux perceptions puis aux représentations.

Pour conclure, au cours de son développement infantile, l'enfant sort petit à petit de cet état d'indifférenciation entre lui-même et ce qui lui est externe. L'apport théorique de la psychanalyse et de la psychodynamique nous permet de comprendre que le Moi se construit, dans la relation à l'autre, suivant un continuum partant d'une dépendance totale jusqu'à l'autonomie et la subjectivité. Cependant cette différenciation ne peut avoir lieu qu'après une phase de fusion structurante. Puis l'enfant établit avec ses figures

d'attachement des distances corporelles et psychiques de plus en plus grandes en atteignant les premières formes de symbolisme et de représentation. Il façonne par là même son identité.

La **représentation** est en lien avec l'imaginaire, tournée vers l'intérieur, le retour sur soi, alors que le langage est en lien avec **le symbolique**, tourné vers le monde extérieur et la relation à l'Autre. Comme l'a dit Winnicott « *Un bébé seul ça n'existe pas* » (Winnicott, 1989).

Nous allons maintenant étudier comment **l'environnement** de l'enfant peut impacter son développement psycho-affectif autour de cette notion d'enveloppe.

## 1.2-Le développement de l'enfant au regard de l'interaction avec son environnement

Nous souhaitons mettre ici en lumière comment s'élabore l'enveloppe ainsi que les dimensions psychiques et corporelles qu'elle recouvre

### a) Sécurité interne et sentiment de continuité

Winnicott a élaboré une théorie de compréhension du développement de l'enfant en interaction avec son environnement. Selon lui, les trois grandes fonctions de l'environnement sont le **holding**, la manière dont l'enfant est porté, physiquement et psychiquement, le **handling**, les soins qui lui sont donnés, et l'**object-presenting**, la manière dont la mère présente le monde à l'enfant. Golse nous dit à ce sujet : « *le Moi de la mère supplée le Moi de l'enfant qui n'est pas encore constitué, en lui offrant un environnement favorable. Au tout début, des soins maternels suffisamment bons sont une nécessité absolue* » (Golse et al., 2015, p.67)

Le holding correspond à toutes les activités de portage et de ré-union après la rupture que représente l'accouchement. C'est avant tout porter son enfant, l'entourer de ses bras, le garder contre soi, mais aussi le porter du regard.

C'est aussi, grâce à la **préoccupation maternelle primaire**, la capacité de comprendre les besoins physiologiques et psychiques de son enfant. Ainsi elle peut respecter ses rythmes de veille et d'éveil, apporter une réponse adéquate quand il a faim, froid ou chaud.

Face aux angoisses de vide, d'annihilation, de chute et de morcellement du bébé, la mère constitue un repère, un ancrage. « *Les soins maternels sont la continuation des apports physiologiques de la gestation et se remarquent à peine si tout va bien. L'enfant en retire un sentiment de continuité d'être.* » (Boukobza, 2003).

La mère devient le **miroir** de son enfant. L'enfant au sein regarde sa mère et ce qu'il voit dans son regard n'est autre que lui-même. « *Quand je regarde, on me voit, donc j'existe. Je peux alors me permettre de regarder et de voir.* » (Winnicott, 1975, p. 209).

Par le regard de sa mère, l'enfant accède au soi. Et par la même réussit à **distinguer le soi du non soi**. Ce phénomène, selon Winnicott, peut avoir lieu avec la mère mais aussi le père, les frères, les sœurs et d'une manière générale tout ce qui fait famille (Winnicott, 1975).

Puis l'enfant se détache progressivement de ce portage et de cette fonction réfléchissante au fur et à mesure des différents processus de maturation.

Ce **détachement** ne peut se faire que s'il y a eu au préalable un **attachement sûr**. La base de cet attachement sûr repose sur une « *matrice symbiotique postnatale* » que Ciccone qualifie d'ouverte, à l'opposée de la symbiose fermée, pathologique. La séparation sera vécue de manière sereine si elle se fait dans un double mouvement, vers la subjectivité pour l'enfant et vers la parentalité pour les parents (Ciccone & Lhopital, 2019).

Les espaces mère-enfant sont reliés et ouverts sur le monde. Après une symbiose saine permettant d'installer une base de sécurité interne et un sentiment continu d'exister, une distanciation pourra se créer soutenue par la contenance du parent.

#### b) Impressions sensorielles, contenance et transformation

Bion nous dit que la **rêverie maternelle** a pour fonction de transformer les éprouvés bruts et corporels du bébé non assimilables, les éléments **bêta**, en éléments psychiques assimilables, les éléments **alpha** (Bion, W. R., 1991). Il a développé en ce sens le **modèle du contenant-contenu**.

A la naissance le bébé n'a pas la capacité de synthétiser et de gérer ses impressions sensorielles. Il ne peut que les expulser à l'extérieur dans un phénomène de projection



salvateur. «*Les éléments alpha peuvent quant à eux servir de pierres angulaires d'un développement émotionnel et intellectuel* » (Bronstein & Hacker, 2012). La fonction contenante de la mère n'a donc pas qu'un rôle de réceptacle, elle a aussi un rôle de transformation, elle donne sens aux projections du bébé.

Ce n'est pas sans rappeler la **fonction de pare-excitation** de Freud. Selon lui l'excitation peut être d'origine externe ou interne, «*son débordement est alors la conséquence de systèmes défensifs d'origine psychique absents ou inopérants* » (Belot, 2012). Face aux excitations désorganisatrices, l'individu n'a d'autre solution que de mettre en jeu la fonction protectrice de pare-excitation qui ferait office de barrière ou plus précisément de filtre.

Bion reprend ces notions, cependant selon lui, la fonction de pare-excitation n'est pas endossée par le sujet lui-même mais, dans un premier temps, par la mère.

L'enfant subit alternativement de l'envie, de la frustration, du déplaisir puis de la satisfaction grâce à ses parents. Cet aller-retour entre ces éprouvés corporels et émotionnels engendre les premières pensées du bébé auquel il doit faire face en échafaudant progressivement son propre **appareil à penser** (Bion W. R., 1992).

La fonction alpha constitue la première forme de travail de représentation. C'est la base nécessaire et indispensable à l'entrée dans le **symbolisme** et les **apprentissages**.

La mère et son propre appareil psychique, pour peu qu'il soit efficient, viennent dans un premier temps suppléer, mais pas remplacer, l'appareil psychique de l'enfant qui n'est pas encore constitué.

Une interaction dynamique entre le bébé et ses figures d'attachement lui est absolument nécessaire pour élaborer un appareil à penser organisé. Les espaces psychiques, émotionnels et corporels mère-enfant résonnent et dialoguent dans une spirale vertueuse. Petit à petit, la conscience d'être séparé de l'autre et les mécanismes psychiques se développent.

Nous allons maintenant étudier quel est l'apport de la sensorialité, du mouvement et de l'expérience du corps en relation dans cette construction au travers des apports théoriques de la psychomotricité.

## 2-La psychomotricité et le «prendre corps »

Regardons comment se construit la conscience corporelle de l'enfant d'un point de vue psychomoteur autour des notions d'enveloppe et de distances intersubjectives. Comment il intègre le dedans, le dehors, les limites corporelles, l'avant, l'après. Car « *c'est bien à partir des sensations, des perceptions, du mouvements balbutiant, bref de la chair même de l'enfant que le développement psychoaffectif se déploie, se développe dans le temps et l'espace* » (Boutinaud, 2013). Nous aborderons la construction corporelle « en relation » au travers du dialogue tonico-émotionnel. Nous évoquerons aussi l'intégration du schéma corporel en tant que référence à soi et au monde qui nous entoure ainsi que la notion d'image du corps comme support narcissique de notre identité. Commençons par évoquer la peau et l'enveloppe.

### 2.1-La peau, enveloppe corporelle et psychique

On entend par **peau** la « *membrane résistante, imperméable et élastique qui recouvre le corps des animaux* » (Peau: Définition de Peau, s. d.) . Cette définition porte en elle les germes de ce qui nous intéresse en psychomotricité : des qualités paradoxales telles que la solidité et l'élasticité, une imperméabilité relative puisque perméable à certains produits et la sensibilité au toucher, qu'il soit superficiel ou en profondeur. La peau est souple mais suffisamment solide pour ne pas être percée, coupée ou alors seulement en contrepartie d'une certaine douleur.

La peau est en lien avec le **toucher**. Dans le développement du bébé le tact est la sensibilité la plus archaïque et l'un des dernier sens qui reste actif jusqu'à la fin de la vie. La somesthésie, ou sensibilité du corps, est un système mature au 3ème trimestre de la grossesse.

Le bébé se trouve à ce moment là dans son contenant originel, l'**utérus**. Celui-ci délimite déjà un dedans et un dehors. Grâce à la **somesthésie**, le bébé peut percevoir la main qui se pose sur le ventre, des sensations de pression, de chaleur et de mouvement. Bien souvent il réagit à ces sensations primitives. La somesthésie in utero permet donc une forme de communication précoce avec l'environnement.

Dans l'utérus, le bébé éprouve un bain de sensations douces, une pression constante grâce au liquide amniotique et une température constante. Il est totalement englobé, enveloppé. La naissance vient rompre brutalement avec ces **sensations de continuité**. Le nouveau né peut éprouver des sensations « **d'arrachage de la peau** » (Anzieu, 1999), reviviscence de cette séparation originelle d'avec la mère, et entraîner une perte d'unité violente.

D'où l'importance capitale, durant les premiers mois de vie, de reconstruire cette **enveloppe contenante et rassurante**. C'est ce que font les parents grâce au holding et au handling. La rupture de l'état symbiotique à la naissance doit impérativement s'accompagner de la re-crédation d'une peau contenante, assise du sentiment de continuité de l'existence et de sécurité interne.

Mahler distingue trois étapes dans le développement psychique de l'enfant : la **phase autistique**, la **phase symbiotique** et la **phase du processus de séparation-individuation** (Malher, 1980). Selon Ciccone cette phase symbiotique permet à l'enfant d'élaborer une conscience sensorielle qui part des sensations internes vers la peau et qui est à la base de la formation du Moi corporel (Ciccone & Lhopital, 2019). Ce **Moi corporel** est encore inachevé et pourtant sert d'adossement à l'ébauche du **Moi psychique**.

Ces mêmes auteurs évoquent les cas de symbioses pathologiques où le parent se sert du corps de son enfant pour se sécuriser lui-même et mieux éprouver ses limites.

La mère d'un adolescent de l'ITEP est considérée comme incapable de tenir un discours positif sur son fils qu'elle ne supporte plus. Elle s'enfonce dans une dépression avec des pensées suicidaires tellement fortes qu'elles ne lui permettent aucune connexion avec son enfant. Pour autant, l'idée qu'on puisse le lui enlever pour le placer en famille d'accueil est inacceptable pour elle. Car il est sa seule raison de tenir.

Cette mère semble s'étayer sur une symbiose pathologique et engendre un mal être très puissant chez son enfant.

Anzieu a construit une théorie d'élaboration du Moi à partir du corps et de la peau. Il s'appuie sur l'apport des sciences, de la biologie, de l'embryologie, et même du fonctionnement cellulaire pour échafauder un modèle métaphorique autour de la peau

(Sechaud, 2007). Il étire cette métaphore pour montrer à quel point le Moi psychique s'étaye sur un Moi corporel, le **Moi-peau**.

Il considère que la peau est composée de deux couches. La plus externe, tournée vers l'extérieur fait figure d'« *enveloppe de communication ou de signification* » (Anzieu, 1999). La plus interne, « *pellicule sensible* », a une fonction de réception des sensations internes et externes, c'est l'enveloppe d'excitation.

La peau est donc une interface entre le dedans et le dehors, un premier espace transitionnel permettant de filtrer et de transformer les excitations internes et extérieures.

Anzieu étaye son modèle sur les différentes fonctions de la peau, il décline neuf fonctions du Moi-peau, nous en détaillons certaines d'entre elles :

- **Maintenir** : la peau soutient et entoure le squelette et les muscles, elle maintient le corps dans un état d'unité et de solidité. Tout comme la mère, en portant son enfant, le rassemble et l'unifie. Anzieu associe cette fonction à l'acquisition d'un « *axe vertical porteur et solide* » (Anzieu, 1999).
- **Contenir** : la peau recouvre toute la surface du corps et enveloppe les organes ainsi que l'appareil psychique en un tout uni et cohérent. Il évoque ici « *un plan horizontal et délimité, qui assure la résidence de l'esprit dans le corps, celle du corps dans l'espace* » (Anzieu, 1999).
- La fonction de **pare-excitation** : elle régule les stimulations internes et externes.
- La fonction d'**individuation** : elle apporte le sentiment d'ipséité.
- La fonction de **consensualité** : l'enfant subit au départ des sensations et des perceptions multiples et morcelées, la peau permet de re-liaison les différentes modalités sensorielles. La mère à travers le bain de langage, sa musicalité, les écholalies, son odeur, ses regards, le portage, les bercements et les tapotements permettent au bébé de se sentir entier.
- La fonction de **surface d'inscription** des traces sensorielles tactiles : elle fournit des informations directes sur l'environnement.

Les gestes maternels ne sont au départ qu'excitations externes qui prennent petit à petit valeur de message et de communication avec l'environnement. C'est à travers les soins corporels, les massages, le bain, les communications pré-verbales précoces, dans un cadre émotionnel, relationnel, rassurant et chaleureux, que l'enfant commence à

différencier une surface comportant une **face interne** et une **face externe**. Cette différenciation permet la distinction entre le **dedans** et le **dehors** ainsi que la perception d'un volume, **surface** et **volume** qui apportent au bébé l'expérience d'un contenant. Contenant qui relie toutes les parties du corps en un tout unifié, la peau a alors à voir avec les notions de contenant/contenu de Bion.

La première séance de Nathan m'a particulièrement marquée. A peine entré il s'est jeté sur les tapis à plat ventre. S'en est suivi un massage par l'intermédiaire de la balle à picots sur la tête et sur les contours du corps, puis avec un ballon légèrement dégonflé, pour se terminer par des pressions manuelles sur l'ensemble de la surface du corps. Il s'est endormi, Perrine le recouvre de la couverture lestée.

Je perçois dans la prise en charge de la psychomotricienne cette volonté de recréer une forme de contenance maternelle et d'insister sur les éprouvés de peau, de contour, de délimitation, d'intérieur et d'extérieur.

L'enveloppe corporelle, avec toutes ses déclinaisons, **enveloppe olfactive**, **enveloppe auditive**, est une fondation nécessaire à l'émergence du sujet, **ancrage corporel** indispensable à l'élaboration d'un contenant psychique suffisamment solide pour contenir les pensées et les angoisses.

La qualité de cette enveloppe naît dans les interactions précoces et dans le dialogue tonico-émotionnel avec les figures d'attachement.

## 2.2-Le dialogue tonico-émotionnel et la relation intersubjective

Le nouveau né, du fait d'une immaturité neuromotrice, subit d'abord une **tonicité bipolaire**. Une hypertonie distale et une hypotonie axiale le placent dans une position de fermeture et d'enroulement. Cette **enveloppe tonique** constitue sa première forme de communication avec ses figures d'attachement. Les sensations viennent nourrir les perceptions et entraînent dans un processus dynamique l'accès aux représentations lui permettant de comprendre le monde qui l'entoure.

La construction identitaire et l'accès aux représentations ne se fait pas uniquement par des processus identificatoires décrits par la psychanalyse.

Cette élaboration se fait aussi dans l'incarnation, par le corps à corps primaire entre la mère et l'enfant via le **dialogue tonico-émotionnel**. « *Cette composante comportementale, surtout centrée sur l'expression mimique du visage, se double d'une composante physiologique au travers du classique rythme cardiaque, respiratoire, de la sudation, mais aussi d'une trace motrice au travers de la tonicité musculaire et de la tension gestuelle plus ou moins vive* » ((Bachollet & Marcelli, 2010).

Le dialogue tonique et émotionnel est le reflet des états émotionnels de deux partenaires avec une capacité de transmission de l'un à l'autre, de modification et de **transformation**. C'est la toile de fond des émotions et de la rencontre avec l'autre.

Nathan arrive très excité aujourd'hui, il hurle dans les couloirs, scande une chanson de rap en tapant du poing sur toutes les portes : « *J'ai quitté la zone* » (SDM ft. Booba, 2021). Il raconte à la psychologue toutes les insultes qui se trouvent dans la chanson. Son tonus est élevé, il parle très fort, rapidement et présente une agitation motrice sur le haut du corps, les bras et les mains s'envolent en accompagnant les paroles de la chanson.

Tout d'un coup, à la vue de Perrine, son tonus s'abaisse radicalement, il entre dans la salle de psychomotricité, se déchausse, s'allonge nonchalamment sur le tapis du coin cocooning et s'adresse à elle avec une petite voix, douce, presque enfantine. Le débit est lent, le ton de la conversation est agréable. J'ai presque l'impression que ce n'est plus la même personne qu'une minute auparavant.

Au delà de la communication verbale, un dialogue, un ajustement tonique et émotionnel s'est opéré de manière fulgurante sous mes yeux. La posture de Perrine, son tonus, son ton de voix, son regard, semblent avoir entraîné l'apaisement émotionnel de Nathan. Apaisement qui s'est étendu au reste de son corps jusqu'à sa voix pour retrouver finalement contenance.

Cet ajustement tonico-émotionnel se fait au travers du « **filtre relationnel** » du parent (Robert-Ouvray, 2014) qui vient mettre des mots, du symbolique, sur le vécu corporel de l'enfant.

Il lui permet de comprendre ce qui lui arrive grâce une intégration psychotonique et motrice, et engendre une ouverture sur le monde.

## 2.3-Le corps en relation comme outil de compréhension du monde

On perçoit mieux la place du corps dans la relation, il est aussi l'interface permettant l'interaction et la **compréhension du monde** qui nous entoure. Paul Valéry évoque à ce sujet un système Corps-Esprit-Monde : « *Mon Esprit contient un Monde qui contient mon Corps qui contient mon Esprit* » (Valéry, 2001). Notre corps est le système de référence de nos actes, il est à la fois contenu par le monde et nous le révèle (Brétéché, 2015).

De Ajuriaguerra, en référence à la phénoménologie, développe la compréhension de l'être humain en relation et définit le corps comme un **lieu d'expériences et de communication verbales et non verbales** (De Ajuriaguerra, 1962) . Il affirme que l'enfant plongé dans un bain de parole comprend les relations entre ce qui est dit et la gestuelle qui accompagne cette parole : « *L'expression mimo-gestuelle d'autrui est déjà langage, l'attitude du corps de l'enfant est déjà réception. Le corps est l'instrument général de ma compréhension, l'agent et même le sujet de ma perception* » (Joly, 2009).

Le corps entier est un **espace transitionnel**, à la fois récepteur d'impressions sensorielles, outil de transformation et de connaissance inscrit dans la relation mais aussi dans l'espace et le temps.

## 2.4-L'espace-temps

### a) Le temps et le rythme dans l'élaboration des distances

Pour Marcelli il est important de ne pas confondre **rythme** et cadence, cette dernière étant plutôt de l'ordre de la succession « *le rythme est essentiellement un liant. Il relie ce qui est du registre de la continuité d'un côté et ce qui est du registre de la suspension, rupture, césure, coupure de l'autre* » (Marcelli, 2007). Cette définition du rythme vient faire écho à celle de la **distance**, à la fois intervalle et lien entre deux espaces.

En éprouvant de manière répétitive et régulière l'attente, quand il a faim, qu'il crie, qu'il pleure, puis que sa mère arrive et le nourrit, le bébé intègre la capacité de différer. Cette possibilité de remettre à plus tard et d'accepter la frustration l'aide à passer du désir absolu au principe de réalité.

La journée, rythmée par le lever, les repas, la sieste et le coucher du soir, forment ce que Marcelli nomme les **macrorythmes**.

Les jeux du « caché-coucou » ou de « la petite bête qui monte » sont des **microrythmes** qui viennent tromper l'attente. Ils apportent de la surprise, de l'inattendu au sein de la mêmeté contenante et rassurante du quotidien.

Nathan arrive pour sa séance, en avance, comme à son habitude. Les horaires sont aujourd'hui chaotiques, il doit attendre plus longtemps que prévu. Il m'exprime son impatience. Je lui propose de patienter et de rester avec lui. Il acquiesce et bavarde volontiers. Puis, il veut à tout prix me montrer son emploi du temps pour me prouver l'heure à laquelle il doit en principe entrer en séance de psychomotricité.

Même si je perçois son impatience, il m'impressionne par son calme et sa douceur. Il réussit à attendre environ 15 minutes.

A partir de ce moment là, il me répète plusieurs fois que c'est l'heure, « *c'est mon temps de psychomotricité* », il s'agite corporellement, se met en avant les coudes sur les genoux, se redresse, plusieurs fois, comme dans un tic involontaire son genou bat la mesure à toute vitesse. Percevant que son impatience devient incontrôlable, je finis par toquer à la porte de la salle de psychomotricité avec lui.

Je remarque qu'il sait se repérer dans le temps et qu'il est capable d'anticipation. Mais il ne peut supporter le changement, Nathan est un adolescent très ritualisé. Le non respect de l'horaire semble entraîner chez lui une angoisse très forte, peut-être d'annihilation, comme si rater l'espace-temps qui lui est consacré en psychomotricité risquait d'entraîner son propre anéantissement.

La capacité d'attendre, de résister à la frustration met **le désir et le réel à distance**.

C'est la capacité de l'enfant à intégrer une **temporalité sécurisée**, tout autant dans sa régularité que dans ses variations, qui va l'amener à la pensée. Les macrorythmes et les microrythmes permettent au bébé de passer d'une activité perceptivo-sensorielle au symbolisme et à la représentation. A cet instant, le temps devient subjectif, et l'enfant un être qui existe à part entière sans sa mère, nous dirons même plus, hors de sa mère.



L'intégration du temps et du rythme est corrélée à l'appréhension de l'espace. Le premier espace est celui de l'utérus, cavité dans laquelle le bébé perçoit déjà les macrorhythmes et les microrhythmes, l'alternance des temps de veille et de repos, le rythme du cœur de la mère, la pulsation du sang, la régularité de la respiration.

#### b) Espaces et distances

Pour Bullinger : « *Ce qui qualifie l'espace utérin est un dialogue tonique et tactile entre le dos du fœtus et la paroi utérine* » (Bullinger, 2017). Le fœtus est porté par le liquide amniotique, donc peu sensible aux forces de gravité et d'accélération.

La naissance rompt cette enveloppe primitive, le corps de l'enfant est pris dans **l'espace de la pesanteur**. Par le holding et les mouvements spontanés du bébé, l'espace de la pesanteur met en jeu les sensations tactiles, les appuis, les contraintes musculaires, tendineuses et osseuses ainsi que le système vestibulaire et les coordinations. « *La construction de l'espace de la pesanteur est le soubassement indispensable pour stabiliser l'organisme dans ses mises en forme posturales* » (ibid). Porter le bébé en « *petit paquet* », contenu contre le torse, accorder sa respiration à la sienne, lui permettre de bouger très légèrement les différents segments corporels, donner un appui à la tête pour éviter l'hyper-extension, lui permet d'apaiser son tonus et de porter attention à ce qui l'entoure.

La pesanteur a une action directe sur la structure corporelle faite de tensions et de compressions sur le **modèle de tenségrité** de l'architecte Buckminster Fuller. L'intégration de l'espace de la pesanteur se fait progressivement, tout au long du développement de l'enfant pour favoriser le redressement d'abord, la posture assise ensuite, puis pour se mettre debout et marcher.

L'enfant, à l'aide de son entourage, doit aussi partir à la découverte de **l'espace du corps**. Ses premières découvertes se font dans le corps à corps avec la mère, dans cette distance de l'intime décrite par Hall où « *Le contact est réel ou très proche. La chaleur du corps de l'autre est très bien ressentie. Les odeurs corporelles sont très sensibles (...). La voix ne sert à communiquer que par le chuchotement ou le langage inarticulé.* » (Descamps, 1993).

Bullinger considère que le développement infantile est un processus complexe lors duquel l'enfant retravaille sans cesse ses fondements. Les dimensions tonique, posturale, émotionnelle, physique, biologique et sociale sont pour lui les bases de l'activité cognitive. L'enfant, au travers des différents **flux sensoriels** qu'il rencontre, s'appuie sur différentes modalités sensori-motrices pour construire et intégrer les différents espaces de son corps. Le **flux gravitaire** est le premier flux auquel l'enfant est soumis. Il est perçu par le système vestibulaire et lui permet de ressentir sa masse corporelle, de se sentir comme un sac, avec une profondeur, un haut, un bas, un devant, un derrière, d'élaborer son organisation corporelle et de s'orienter dans l'espace.

Il met en jeu les appuis pour construire le premier repère corporel : l'axe du corps pour tendre vers le redressement anti-gravitaire.

Ce flux est très lié à la fonction proprioceptive qui permet de repérer la position du corps dans l'espace grâce au système vestibulaire et aux capteurs articulaires (tendons et ligaments), mais aussi grâce à la co-modalité entre les sensations internes et externes.

Le flux gravitaire est surtout en lien avec le tactile.

Toute la surface du corps est concernée par le **flux tactile**. Il permet de percevoir les limites du corps, le dedans et le dehors, l'unification du corps.

Les capteurs des **flux auditifs** sont quant à eux à distance et centrés sur la tête. Ils perçoivent les sons ambiants ainsi que les bruits internes. Ils ont une fonction d'alerte et de repérage spatial en tant que point de référence.

Ces capteurs sont présents dès la naissance et donnent à l'enfant la possibilité d'évaluer la distance, en lien avec l'espace de préhension. *« la distance est évaluée en terme d'appartenance ou de non appartenance à cet espace. Les objets en dehors de l'espace de préhension participent aux flux visuels »* (Bullinger, 2019).

Quant aux **flux visuels** c'est un ensemble de signaux qui émanent de l'environnement éclairé. Ils mettent en jeu la vision périphérique et la vision focale, la coordination entre ces deux visions permettant la poursuite visuelle ainsi que le repérage dans l'espace.

**L'espace oral** permet à l'enfant de se nourrir mais aussi d'explorer, faisant des allers et retours constants entre l'espace de préhension et la bouche.

**L'espace du buste** lui permet d'expérimenter l'équilibre antéro-postérieur avec la flexion et l'extension, les sensations du devant et du derrière, les praxies visuelles et les coordinations oculo-manuelles ou encore les torsions qui vont l'amener à la conscience de l'axe, des ceintures, des côtés, du balancé avec le début des coordinations bi-manuelles où les deux mains ont un rôle différencié.

L'enfant finit enfin par construire **l'espace du corps** en faisant le lien entre le haut et le bas du corps. Ce qui lui permet d'organiser ses appuis, sa verticalité et de comprendre son corps comme un « *mobile articulé dans l'espace* » (ibid).

Nathan semble dépourvu d'axe, il ne reste jamais longtemps debout et s'allonge très vite sur les tapis. Cette hypotonie axiale entraîne même un effondrement corporel visible jusque dans la plante de ses pieds écrasées vers l'intérieur. Cela m'évoque l'espace vide de la chair psychique d'Anzieu censé se trouver entre le Moi-noyau et le Moi-enveloppe. Elle m'évoque aussi l'hypotonie axiale du bébé. Nathan semble rechercher le contact avec le dur, le sol, avec son ventre, comme s'il n'avait pas conscience de son dos et de l'appui qu'il pourrait lui procurer.

Selon Bullinger, c'est en compensant la perte de l'appui dorsal que l'enfant constitue petit à petit **l'axe corporel**, base d'une première subjectivité, « *deux faces d'une même réalité vue sous l'angle sensori-moteur et sous l'angle relationnel* » (Bullinger, 2019).

La découverte des différents espaces du corps érige le corps comme **un référentiel**, un repère. Ce n'est qu'une fois ce repère établi que l'enfant peut ajuster ses distances à l'environnement et à l'autre.

Grâce aux expériences sensori-motrices, il explore l'ensemble de ces flux et de ces espaces, ce qui concourt à l'intégration du schéma corporel, l'élaboration des représentations corporelles et de l'image du corps.

## 2.5-La sensori-motricité

Le **développement sensori-moteur** de la naissance jusqu'au début de l'adolescence peut se modéliser en quatre temps dans une spirale évolutive allant du corps subi, au corps vécu, perçu puis représenté.

Le **corps subi** est en lien avec une immaturité des centres nerveux sensoriels et de la motricité. La motricité à ce stade reste de type sous-corticale et le restera jusqu'à l'âge de 2 à 3 mois. C'est le stade de "*l'impulsivité motrice*" selon Wallon (Laval, 2019): les gestes sont explosifs, non orientés et ressemblent plus à des crises motrices qu'à des mouvements coordonnés. Les spasmes sont accompagnés de cris, réactions toniques traduisant généralement les sensations des besoins organiques. La vie de l'enfant est rythmée par l'alternance alimentation - sommeil.

Cependant l'inclusion dans la sphère sociale multiplie les stimulations et accélère le processus de maturation.

La **motricité est dite spontanée**, elle se constitue de mouvements de masse intéressants toute la musculature en réponse à des stimulations principalement intéroceptives, de mouvements d'extension et de flexion des membres, croisement et décroisement des pieds, fermeture et ouverture des mains. Ces mouvements spontanés croissent en fonction de l'état de tension du nourrisson.

Cette motricité spontanée est aussi alimentée par des réflexes ostéo-tendineux. On peut évoquer le réflexe après percussion du tendon rotulien, le réflexe cutané plantaire de Babinski en extension, ainsi que tous les **réflexes dits "archaïques"** : le réflexe de la marche, le grasping, le réflexe de Moro. Réflexes qui vont petit à petit disparaître par la maturation des centres corticaux en exerçant leur rôle inhibiteur.

Selon Piaget dans cette étape du développement du nourrisson nous pouvons observer les premières "**réactions circulaires**" (Piaget, 1936) basées sur un système assimilation-accomodation-équilibre. La répétition d'un automatisme comme la succion entraîne une consolidation et un affinement permettant une adaptation à des stimulations légèrement différentes. A partir de là, la **boucle sensori-motrice** qui part des perceptions vers le mouvement et inversement du mouvement vers les perceptions nourrit l'exploration de l'enfant et son développement cognitif. L'évolution de la motricité se fait d'un pôle

global vers l'indépendance des différents segments corporels. Le mouvement déclenche une maturation neurologique à l'origine d'un rétrocontrôle correcteur.

De 3 mois jusqu'à 3 ans environ, c'est la période du **corps vécu**, évoquée par différents auteurs comme De Ajuriaguerra et Le Boulch notamment (Reinhardt, 1990). Elle correspond à la période sensori-motrice de Piaget.

L'enfant commence à établir des liaisons entre ses désirs et les circonstances extérieures. La maturation des centres nerveux permet un comportement de plus en plus adapté. Puis le processus d'apprentissage par le jeu prend progressivement le pas sur le processus de maturation. La corticalisation progressive se traduit par une répartition plus harmonieuse du tonus. Les organes des sens continuent leur maturation.

L'enfant devient sociable, sourit au regard de l'adulte vers 3 mois et contrôle progressivement sa mimique. Il accède ainsi à une forme d'expression plus fine. La préhension entraîne une nouvelle maîtrise sur l'objet et l'aspect intentionnel des manipulations apparaît, entraînant l'acquisition des premières praxies. Ces nouvelles possibilités sont permises par une meilleure coordination oculo-manuelle. L'intelligence sensori-motrice ne cesse de s'affiner en donnant de nouvelles possibilités dans la résolution de problèmes.

À la fin de ce stade, l'enfant reconnaît son corps et le différencie de celui des autres, il comprend la relation de cause à effet et a acquis la permanence de l'objet, il a des représentations mentales des objets et des événements.

C'est grâce à **l'activité spontanée et au jeu**, que l'enfant explore de plus en plus son environnement, complexifie ses schèmes sensori-moteurs et de coordinations, et continue à cheminer sur sa ligne de développement.

Selon Potel, passer par **l'acte psychomoteur** est fondateur pour accéder au développement de la psyché humaine, il engage le sujet dans sa façon d'être au monde tout au long de sa vie et s'appuie sur les premières explorations de l'enfant. Ces explorations vont nourrir le développement affectif, la sécurité interne, l'appétence à l'ouverture au monde et à la curiosité. L'acte psychomoteur est « *un acte d'affirmation de soi, dans l'espace, en relation* » (Potel et al., 2013).

C'est sur des expériences sensorielles, perceptives et motrices, que l'enfant construit une représentation du monde en cohérence avec son milieu de vie familial et culturel.

Désobeau parle à ce sujet de « *vivance* » de l'enfant (Désobeau, 2008).

Ces expériences, grâce à l'intégration progressive du schéma corporel et à l'émergence de l'image du corps, mènent à la connaissance de soi et de son environnement, elles permettent de mettre en cohérence le monde qui nous entoure.

## 2.6-Le schéma corporel et l'image du corps

Support neurophysiologique et universel pour l'un, éminemment singulier et support du narcissisme pour l'autre, le schéma corporel et l'image du corps sont naturellement intriqués l'un à l'autre et constamment remaniés tout au long de notre vie.

### a) Le schéma corporel

Le **schéma corporel** est un concept ancien et souvent revisité, sa définition est polymorphe, elle diffère selon les auteurs, selon le cadre culturel et épistémologique dans lequel on l'étudie. Tantôt inné, tantôt développemental, tantôt conscient, tantôt inconscient, il est en lien avec la connaissance de notre corps.

Le mot « schéma » renvoie à la représentation d'une carte, d'un plan simplifié de l'organisation corporelle, comme une « *maquette, ou un cadastre* » (Delassus, 2010).

C'est le versant **statique** du schéma corporel. Il nous permet d'envisager notre corps comme une suite contiguë de segments corporels reliés les uns aux autres et pouvant bouger dans les trois dimensions de l'espace.

En ce sens il a donc aussi une dimension **dynamique** puisque son intégration permet au sujet de s'adapter, de s'ajuster constamment aux situations dans l'action.

Le schéma corporel, c'est **la connaissance que l'on a de soi** en tant qu'être incarné, il recouvre :

-nos limites dans l'espace en lien avec notre morphologie

-nos possibilités motrices : souplesse, rapidité

-nos possibilités d'expression à travers le corps : attitudes, postures, mimiques

- la perception des différentes parties de notre corps et comment elles sont reliées entre elles
- la désignation et la nomination des différents éléments corporels
- les possibilités de représentation que nous avons de notre corps, mentalement ou symboliquement.

En lien avec l'intéroception, l'extéroception et la proprioception mais aussi la somatognosie, le schéma corporel est l'organisateur permettant d'investir sereinement les trois niveaux de relation développés par Ponton : la relation à soi, la relation aux autres et la relation à son environnement (Ponton & Glon, 2015).

Quand la balle à picots passe sur l'omoplate de Nathan, il dit tout à coup « *ça fait mal l'os* ». La psychomotricienne lui précise que l'os fait rarement mal et que ce sont plutôt les muscles autour qui font mal.

Cette remarque m'interpelle, je perçois ici combien il est difficile de séparer schéma corporel et image du corps. Nathan a-t-il un schéma corporel bien intégré ? Ou en est-il concernant son image du corps ?

Pyreire, en s'appuyant sur les neurosciences, considère que le schéma corporel est physiologique et non subjectif, c'est pour lui une « *représentation sensori-motrice, tridimensionnelle, non consciente, automatique et sans cesse réajustée de la position globale et/ou segmentaire du corps et de ses mouvements* » qui se construit grâce à la coordination de l'ensemble de nos systèmes sensoriels et à un ajustement constant avec notre **espace péri-corporel** (Pireyre, 2021).

Dolto quant à elle le définit comme « *un vivre charnel au contact du monde physique* » (Dolto, 1984), alors que l'image du corps est plutôt « *liée au sujet et à son histoire* » (ibid).

#### b) L'image du corps

Pour Dolto, à la différence du schéma corporel qui peut être conscient ou inconscient, **l'image du corps** est toujours inconsciente.

Elle est en lien avec la façon dont les fonctions maternelle et paternelle ont porté l'enfant, physiquement et psychiquement. La qualité relationnelle et émotionnelle de l'enfant avec ses parents joue un rôle primordial dans la construction de l'image du corps.

Il est important de remarquer que Dolto met l'image du corps au centre d'un carrefour reliant le passé et l'actuel ainsi que l'espace et le temps. Elle est **évolutive** tout au long de la vie et se révèle dans les productions symboliques du sujet ou dans son expression corporelle.

Elle se compose selon Dolto de trois éléments :

-l'image de base, support du « *narcissisme primordial* », qui donne à l'enfant le sentiment d'être au monde.

-l'image fonctionnelle qui, en rapport avec un schéma corporel efficient et les pulsions de vie, permet l'accomplissement des désirs du sujet.

-l'image érogène en lien avec le plaisir ou le déplaisir dans la relation à l'autre.

L'image du corps est donc une notion éminemment psychomotrice, intimement liée à l'histoire de vie du sujet, à son identité et à son individualité.

Lors de l'entretien sur les représentations corporelles de Moyano, à la question « qu'est-ce qui est fragile dans le corps ? Et pourquoi ? », Adèle répond : « *Les os, parce qu'on peut se casser le bras, le pied ou la colonne vertébrale. C'est pas drôle. Ma mère s'est cassée le dos, une éducatrice s'est cassée la jambe, elle a une barre de fer dans la jambe.* »

Puis à la question suivante « Qu'est ce qui est solide dans le corps ? Et pourquoi ? », elle répond « *Rien, parce qu'à tout moment on peut tout se casser, le cou, le nez, les oreilles* ».

Je remarque ici la difficulté d'Adèle de parler d'elle, elle évoque plus facilement des figures tutélaires. Pour autant, ces figures semblent fragiles à ses yeux. L'éducatrice évoquée (son éducatrice référente) est absente depuis plusieurs mois suite à une agression physique par un adolescent de l'ITEP. Je me questionne : Adèle vit-elle cette absence comme un nouvel abandon à l'image de la négligence maternelle évoquée ?

Selon elle, rien n'est solide dans le corps, tout peut se briser, à tout instant. Cette fragilité de l'image du corps semble en lien avec la défaillance des figures parentales et éducatives qui l'entourent. Ce manque de solidité du corps dans sa structure anatomique profonde m'évoquent l'insécurité psychique abyssale dans laquelle semble se trouver Adèle.



Cash dit à propos de l'image du corps (Cash, 2004) : « *It encompasses one's body-related selfperceptions and self-attitudes, included thoughts, beliefs, feelings et behaviors* » (Elle englobe les perceptions de soi et les postures, y compris les pensées, les croyances, les sentiments et les comportements [traduction libre]). Nous souhaitons mettre en lumière plus particulièrement les termes de « **perceptions de soi** » et de « **croyances** » que nous portons sur notre corps et qui peuvent être fortement influencées, au delà de la façon dont nous avons été regardés et portés par nos parents, par la société dans laquelle on évolue. Ces croyances peuvent être alimentées par les représentations du corps genrées et par les discours normatifs sur ce que doit être un corps d'homme ou ce que doit être un corps de femme. Discours et représentations normatifs utilisés actuellement par les individus et les réseaux sociaux, où l'image, le paraître, sont rendus publiques pour communiquer, pour proposer une vitrine, une « bonne » image de soi, idéalisée, qui n'est pas sans rappeler l'idéal du Moi freudien.

Pendant l'entretien de Moyano, Adèle évoque à de nombreuses reprises ce qu'elle regarde sur internet : les vidéos sur Tiktok et de Tibo InShape sont ses préférées. Ce dernier, avec sa copine Juju Fitcats, adepte du crossfit, est un « influenceur », il s'est fait connaître sur les réseaux par des vidéos sur la musculation. Ce qui saute aux yeux concernant ces deux youtubeurs c'est leur plastique de rêve.

Quand je demande à Adèle ce qu'elle n'aime pas comme parties du corps, en silence elle me montre son ventre avec une moue réprobatrice. Quand je lui demande pourquoi, elle me répond laconiquement « *Gros* ».

Je me demande quel peut être l'impact des images vues sur internet sur les représentations qu'Adèle se fait du corps en général. Qu'est-ce que ça lui renvoie vis à vis de sa propre image du corps ? Est-ce qu'elle s'identifie à ces influenceurs ? Est-ce un idéal à atteindre?

Cela me fait penser à l'image sociale du corps de Silder. La vision des corps de nos semblables interfère en permanence avec notre propre image du corps. Un trop grand écart entre notre corps et le corps de ceux qui nous entourent ou représentés dans l'espace public peut créer un sentiment d'étrangeté et d'inconfort.

Pour Schilder, l'image du corps est la synthèse d'un modèle postural proche de la notion de schéma corporel, d'un investissement libidinal progressif des différentes parties du corps et d'une image sociale et (Meurin, 2018).

En résumé, l'image du corps résulte de notre **histoire de vie**, elle même incluse dans un **cadre social et culturel**. Elle est donc mouvante, dynamique, changeante en fonction de ces différents paramètres tout au long de notre vie.

Quand je lui demande ce qu'on peut faire avec son corps, Adèle répond : « *Danser, jouer, pleins de trucs, le pont, la roue, le piquet, la rosace, le poirier, du hip hop, du judo, du karaté, du basket, du badminton.* ». Elle s'arrête au milieu de cette longue diatribe pour me demander, en me montrant ses narines, si elle saigne du nez.

Elle ponctue le questionnaire de commentaires, en lien avec ses réponses, sur des vidéos à propos de gens amputés, nés sans bras ou sans pieds, aveugles ou trisomiques. Le corps est amputé d'un membre, d'une faculté sensorielle ou cognitive, comme morcelé. Les références récurrentes à ce qu'elle voit à la télé ou sur internet semblent beaucoup l'agiter, à la fois source d'angoisses et expression de ses propres fragilités narcissiques.

L'évocation de ce corps peu étanche, comme percé, pouvant laisser couler le sang sans prévenir, l'agitation psychomotrice et verbale, des comportements étranges, comme faire semblant de dormir, faire semblant de s'étrangler avec sa langue, tout au long de cet entretien, m'amènent à l'hypothèse d'un manque de contenance psychique dû à une enveloppe défaillante. Comme si rien ne pouvait retenir ses pensées.

Le corps peut tout de même être investi de manière positive autour du jeu, de la danse et du sport. Les signifiants autour du corps en action sont nombreux dans son discours, nous verrons plus tard comment elle se saisit des médiations corporelles au cours des séances psychomotrices.

A la question « qu'est ce que tu aimes bien dans le corps ? Est-ce qu'il y a des endroits du corps que tu préfères ? », elle répond : « *Les pieds, les mains et les yeux. Parce que c'est ce qui me sert le plus pour être goal. Je ne joue pas si je ne suis pas goal* ».

J'ai l'impression qu'Adèle instrumentalise son corps au service d'un rôle social qui semble lui donner de l'assurance et de l'importance dans le groupe.

Les notions de schéma corporel et d'image du corps sont présentées ici l'une après l'autre de manière artificielle, elles sont cependant toujours enchevêtrées l'une à l'autre.

Afin de dépasser ce clivage et de les inclure l'une et l'autre dans une notion plus large, Branchard et Moyano proposent un nouveau concept autour des **représentations dynamiques corporelles**. Elles permettent d'évoquer l'aspect perméable/imperméable du corps, le dedans/le dehors ainsi que les flux allant du dedans vers le dehors et inversement, les limites soi/non soi, les qualités des limites, notions plus en lien avec les situations cliniques actuelles dans le cadre de la psychiatrie infanto-juvénile (Branchard & Moyano, 2018).

Ces auteurs insistent sur le fait que ces représentations sont dites dynamiques car remodelées par les événements de vie mais aussi et surtout quand le sujet est en relation.

Ces représentations corporelles sont à fortiori dynamiques quant il s'agit d'adolescents percutés à cette période de leur de vie par de profonds remaniements corporels et psychiques.

## **II-L'adolescence et les troubles du comportement en ITEP**

**L'adolescence** se définit comme « *l'âge de la vie qui suit l'enfance et qui s'étend jusqu'à l'âge adulte. Désigne dans le langage ordinaire, avec les transformations physiques et psychiques qui se produisent entre l'enfance et l'âge adulte, la première partie de la jeunesse* » (Adolescence : Définition de Adolescence, s. d.). Le terme adolescence vient du latin "adolescere" qui signifie "grandir vers".

Nous nous intéressons ici au développement psychoaffectif, cognitif et psychomoteur de l'adolescent et à la façon dont la puberté vient l'impacter dans sa corporalité, ainsi que sur ces notions d'enveloppe et de distance à l'autre.

Nous allons questionner « la crise d'adolescence », existe-t-elle vraiment, ou est-ce une construction sociale et culturelle ? Si elle existe, fait-elle partie de ces crises identitaires liées à la temporalité, le deuil d'un état passé et l'accès à une certaine maturité, ou doit-on plutôt parler de processus?

Nous nous intéresserons ensuite plus spécifiquement aux difficultés rencontrées lors de l'adolescence, à l'adolescent en ITEP ainsi qu'aux missions de cette structure institutionnelle.

## 1-Le développement de l'adolescent

### 1.1-Les modifications somatiques et l'accès à la génitalité

#### a) Les transformations somatiques

Avec la puberté le corps change profondément, le système de reproduction mature, accompagné de l'apparition des caractères sexuels secondaires sous la houle de bouleversements hormonaux. Développement de la poitrine et apparition des règles pour les filles, mue de la voix et sécrétion de sperme pour les garçons, apparition de la pilosité et de l'acné pour les deux sexes.

L'aspect morphologique général se trouve profondément modifié. Chez les filles, le bassin s'élargit tandis que les épaules restent étroites. Chez le garçon, l'inverse se produit : élargissement des épaules tandis que le bassin reste étroit. La croissance marque souvent d'abord les membres inférieurs, puis le tronc. Cette croissance non linéaire et l'ensemble de ces modifications somatiques, peuvent donner à l'adolescent un sentiment de dysharmonie corporelle et entraîner des dysmorphophobies passagères.

Sentiment d'étrangeté à soi renforcé par l'accès à la sexualité et à une génitalité adulte.

#### b) L'accès à la génitalité et à la sexualité

Selon la théorie freudienne, l'enfant connaît, lors de la **période de latence** précédant l'adolescence, un arrêt de l'évolution sexuelle qui s'accompagne du déclin de l'œdipe. Les activités pulsionnelles diminuent et les relations objectales sont déssexualisées. Des mécanismes de défense sont mis en place comme par exemple le refoulement des désirs érotiques qui se transforme en **courant de tendresse** (Freud, 1987).

« Or, avec la puberté, apparaît un nouveau but sexuel vers lequel toutes les pulsions partielles des stades précédents s'orientent, alors que les diverses zones érogènes se soumettent au **primat de la zone génitale** » (Clancier, 1998).

L'accès à la génitalité n'est pas uniquement lié à une simple maturation physiologique, l'enfant à ce stade investit l'objet et s'y identifie.

Il a en principe intégré à ce stade les interdits parentaux et l'interdit de l'inceste. Il rencontre alors une difficulté à fixer tendresse, affects et désirs sexuels sur les objets parentaux. Il va donc se tourner vers des objets en dehors de la famille. L'unification des pulsions partielles en pulsion totale se fait autour de la pulsion génitale.

La génitalité s'entend ici comme la possibilité de se reproduire, elle est différente de **la sexualité** qui est une notion plus large et inclut les affects liés au rapprochement sexuel de deux sujets.

Les adolescents vivent en groupe, se sentent en sécurité en bande, les relations peuvent se succéder dans l'expérimentation des premières sensualités jusqu'à accéder aux relations sexuelles.

L'accession à une sexualité adulte ne se fait pas sans **questionnements** et sans **angoisses** autour de leur anatomie, des organes génitaux, de la peur du premier rapport sexuel, de la normalité tant au niveau physique qu'en terme de pratiques ou d'orientation sexuelle. La question du genre est actuellement très présente dans les discours adolescents, les réseaux sociaux et les médias.

Ces questionnements sont percutés de nos jours par une société traversée par des **images fortement sexualisées et pornographiques** auxquelles ils peuvent être confrontés très tôt. Une enquête sociologique en France de Michela Marzano et Claude Rozier révélait en 2005 que 58 % des garçons et 45 % des filles ont vu leurs premières images pornographiques avant 13 ans.

Aujourd'hui la mère d'Adèle veut lui faire une surprise : elle va pouvoir utiliser son portable sans contrôle parental.

Adèle est quotidiennement et longuement seule devant les écrans, ce qu'elle y voit ressort fréquemment lors des séances psychomotrices. Dans son discours elle semble parfois confondre virtuel et réalité. Elle dit connaître personnellement des gens amputés, qui s'avèrent finalement être des personnes qu'elle a vu dans une vidéo youtube.

Adèle possède-t-elle les ressources nécessaires pour prendre de la distance face aux images auxquelles elle risque d'être confrontée sans contrôle parental ? La mère d'Adèle a-t-elle saisi l'importance du rôle de pare-excitation du parent ?

A l'adolescence, compte tenu des changements corporels pubertaires, l'image du corps est fortement touchée et remaniée. Ces transformations donnent lieu à toutes sortes d'angoisses transitoires et d'**image du corps dévalorisée**. Une rupture nette se fait entre le **corps réel** et le **corps perçu**, les filles étant plus souvent insatisfaites corporellement que les garçons (Dany & Morin, 2010).

Adèle est grande et en surpoids. Elle semble porter peu d'intérêt à son apparence, elle est rarement coiffée. Au début de l'hiver, elle est venue plusieurs fois avec un poncho marron trop petit pour elle. Une autre fois avec le bandeau de Naruto (animé japonais) fixé autour de son front et des lunettes accrochées par une chaînette anachronique.

L'éducatrice qui accompagne Adèle dans l'atelier « Bien être » dit d'elle qu'elle n'aime pas se laver, se coiffer ni se sécher les cheveux. En séance de psychomotricité elle confirme ces propos : « *Je n'aime pas me doucher ou prendre un bain* ». Je me questionne, pourquoi Adèle n'aime pas prendre soin de son corps ? Parce qu'à la maison on ne lui montre pas comment faire en s'occupant d'elle ? Parce qu'elle est déconnectée de son corps ? A quel niveau de conscience corporelle se situe-t-elle ?

Lors de l'entretien de Moyano sur les représentations corporelles, quand je lui demande ce qu'on peut faire avec son corps, elle répond à la fin d'une longue diatribe, l'air un peu gêné : « *J'ai bien une autre idée mais je ne veux pas le dire* ».

Le corps érotique, sensuel semble mis à distance, elle n'aime pas en prendre soin et s'il est évoqué de manière elliptique, elle ne peut rien en dire.

Je fais le lien avec ses réponses au conte de la fourmi de Royer, elle évoque « *les nénés et le ventre* » dans ce qu'a vu la fourmi et qui n'était pas beau.

J'ai l'impression qu'Adèle n'arrive pas encore à faire le deuil de son corps d'enfant et a du mal à accepter les changements corporels liés à la puberté.

La découverte de cette nouvelle corporalité est de surcroît en lien avec de profonds remaniements narcissiques et identificatoires.

## 1.2-Une crise narcissique et identificatoire

Face à des angoisses intenses quant à « *l'authenticité et à l'intégrité de soi, du corps et du sexe* » (Golse et al., 2015), la constitution de l'identité à partir des identifications successives est de nouveau remaniée pendant l'adolescence, faite d'**avancées** et de **régressions**.

La problématique œdipienne est réactivée et se déplace souvent sur des **substituts parentaux idéalisés** et faisant office de figure tutélaire : professeurs, artistes, personnalités connues.

Le narcissisme secondaire apparaît quand l'énergie de la libido commence à se diriger vers des **objets extérieurs à la cellule familiale**.

Des **mécanismes de défense archaïques**, le clivage ou l'impossibilité de concevoir qu'un individu puisse être à la fois bon et mauvais, le déni ou le refus d'admettre la réalité, l'idéalisation ou le processus psychologique représentant l'objet désiré comme un modèle absolu de perfection, sont réactualisés de manière non pathologique.

Construit dans l'enfance, le **narcissisme**, s'il est suffisamment solide, étaye l'adolescent et l'entoure d'une assise protectrice. Plus le narcissisme est fort, moins le jeune sera touché par les aléas du regard des autres.

A l'inverse plus l'enfant a été carencé affectivement plus l'estime de soi risque d'être écorchée et le désamour de soi augmenté.

L'adolescence est un passage où l'adolescent doit **changer de peau**. Dolto parle à ce sujet de « **complexe du homard** » (Dolto, 1989). Elle évoque cette période où l'adolescent doit quitter sa carapace d'enfant pour en trouver une plus grande à l'image de l'adulte qu'il est en train de devenir. Mais cette mise à nu temporaire, la perte de cette peau d'avant, est synonyme de dangers, de peurs et de doutes.

L'ensemble de ces phénomènes viennent fortement ébranler l'identité du jeune à tel point que l'on qualifie souvent cette étape de la vie de **crise d'adolescence**. Mais ce terme de crise est-il vraiment adapté à ce que vit l'adolescent ?

### 1.3-Une « crise » d'adolescence, un deuil ou un processus ?

L'adolescence est une période de renoncements multiples. L'adolescent doit assumer le **deuil de l'enfant** qu'il était, cette étape met à mal les **illusions personnelles**, l'oblige à abandonner certains mécanismes de défense comme par exemple la pensée magique.

Après la période de latence où les pulsions sont sublimées dans les apprentissages et les passions extra-scolaires, où l'enfant investit les relations avec ses pairs, où il aime respecter les règles et les faire respecter à son entourage, l'adolescent rompt avec ces mécanismes et doit faire le **deuil de l'idéal du Moi**.

Golse cite Kestemberg à propos du « **travail de renonciation** » qui traverse l'adolescent : « *Être destiné à n'avoir qu'un sexe, c'est renoncer à l'autre et si on renonce à l'autre on n'est plus entier* » (Golse et al., 2015, p. 290). Cependant cette reconnaissance de l'altérité permet conjointement d'élaborer la subjectivité, elle est donc structurante.

Il doit aussi faire le **deuil des images parentales**, admettre les imperfections de ses parents et subir de nouveau la perte d'objet.

Cependant, dans un mouvement de **spirale évolutive**, l'adolescent accède à la pensée formelle ou hypothético-déductive. C'est le stade des opérations formelles décrites par Piaget, lié à un mécanisme de défense décrit par A. Freud : l'intellectualisation. Grâce à ce **remodelage psychique et cognitif**, l'adolescent peut mettre à distance les conflits psychiques et les modifications physiologiques, rationaliser, mais aussi jouer avec les idées de mort et métaphysiques.

Ces remaniements sont à la base du **retour de l'illusion de toute puissance**, menant à un sentiment d'invincibilité pouvant entraîner certaines conduites à risque : excès de vitesse, consommation abusive d'alcool et autres psychotropes, relations sexuelles non



protégées. Mais c'est ce même mouvement qui est à la source d'une créativité exacerbée et d'un idéalisme inaltéré par le désenchantement de certains adultes.

Plutôt que le terme « crise » d'adolescence, qui opposerait le jeune aux générations précédentes, certains auteurs plus récents proposent d'employer le terme de « **processus** » qui nous semble plus approprié concernant la dynamique adolescente (Marty, 2001).

C'est le temps des grandes idées philosophiques, des grandes révolutions, où l'adolescent utilise le registre adulte pour s'en éloigner dans une **volonté d'émancipation subjective**.

#### 1.4-De l'attachement à l'autonomie

L'adolescence marque le début de l'émancipation de la tutelle parentale pour accéder de plus en plus à l'autonomie psychique, cognitive et affective. C'est un **espace de transition** qui aboutit à terme au détachement progressif de l'enveloppe familiale.

Cette autonomie est à la fois désirée et crainte, tout autant par le jeune que par ses parents. Car il est important de remarquer que cet **élan d'autonomie** doit être accepté, étayé par les figures parentales. Le jeune réclame plus de liberté mais refuse bien souvent les devoirs et les responsabilités qui l'accompagnent. Le **modèle éducatif** choisi par les parents et leurs capacités à adapter le cadre seront tantôt contenant et rassurants pour le jeune en quête d'émancipation, tantôt angoissants. Un cadre éducatif autoritaire pourra être vécu comme de l'injustice et un emprisonnement faisant obstacle à l'individualité. A l'inverse un cadre trop laxiste pourra être vécu par l'adolescent comme une marque d'indifférence venant blesser en profondeur son narcissisme.

L'adolescent vit une **deuxième phase du processus de séparation-individuation** qui a déjà eu lieu dans l'enfance. Mais cela ne peut se faire que si l'adolescent entretient avec ses parents une qualité relationnelle, base d'un **attachement sécurisé**. Grâce à cet ancrage, l'adolescent sécurisé a la possibilité de maintenir les liens avec ses parents malgré d'éventuels conflits (Delage, 2008).

Pourtant malgré une envie d'autonomie grandissante, l'adolescent peut rencontrer des difficultés à se séparer. Car se retrouver seul représente un risque voire un danger. Dans un premier temps il investit alors beaucoup son **groupe amical**, sorte d'**enveloppe de substitution** au cocon familial.

Je remarque qu'Adèle, même si elle arrive à intégrer ponctuellement des groupes de jeunes, ne fait pas partie d'une bande. Elle est d'ailleurs souvent moquée et subit si régulièrement du harcèlement que l'équipe pluridisciplinaire a décidé de la changer de cadre institutionnel pour la préserver de ces attaques.

Pour Nathan cette difficulté à aller à la rencontre de l'autre est encore plus visible. L'autre est vu comme menaçant, il lui est impossible de fonctionner en groupe. Sa « peau » est si fragile qu'il ne peut envisager le groupe comme une seconde peau contenant.

Ces deux adolescents semblent avoir une enveloppe primaire défaillante qui les met dans l'incapacité d'accéder à l'enveloppe substitutive du groupe amical.

Comme dans un mouvement de balancier, l'adolescent semble osciller d'un côté puis d'un autre, de l'enfance à l'âge adulte, à la recherche d'un **nouvel équilibre**. Tous ces processus physiologiques et psychologiques s'effectuent de manière chaotique, par à coups, avec des régressions et des reprises de développement qui donnent l'impression de paradoxes permanents.

Cette rencontre avec soi, qui se prolonge tout au long de la vie, peut faire face à certains écueils. Cette instabilité identitaire peut faire le lit de différentes problématiques souvent rencontrées à l'adolescence tels la dépression, des problématiques dites pré-génitales et notamment orales (anorexie mentale, toxicomanie, alcool, tabac et addictions diverses) ainsi qu'une tendance au passage à l'acte.

## **2-Les écueils de l'adolescence : quand l'agir prédomine**

Nous l'avons vu précédemment l'adolescence est caractérisée par une instabilité globale du sujet, une perte de repères. Tous les adolescents ne souffrent pas de cette instabilité mais certains en souffrent, jusqu'à en faire souffrir leur entourage.

Nous ne développerons ici que les passages à l'acte en lien avec les **atteintes au(x) corps** que cela implique, tels la prise de toxiques, l'agressivité hétéro ou auto-centrée, la fugue et le suicide.

L'adolescent peut avoir des comportements défensifs qui mettent en lumière une **impossible mentalisation** des conflits psychiques et des angoisses. C'est ce que Lacan nomme le réel « *ce qui est strictement impensable (...). Le réel est inaccessible* » (Lacan, 1973) .

L'adolescent peut alors basculer dans l'agir pour ne plus souffrir l'angoisse de l'impensable, la prise de toxiques en est une illustration courante.

## 2.1-La prise de toxiques

L'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) est une enquête internationale conduite tous les quatre ans depuis 1982 sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La France y participe depuis 1994. Les résultats de cette enquête nous sont donnés par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (Spilka et al., 2020).

En France, en 2018, **l'alcool** est le produit psychoactif le plus expérimenté entre 11 et 15 ans. 70 % des adolescents de 15 ans déclarent avoir déjà consommé une boisson alcoolisée au cours de leur vie, sans différence entre les filles et les garçons. Ces proportions sont respectivement de 32,1 % et 48,6 % parmi les élèves de 11 et 13 ans. Les garçons s'avèrent plus souvent concernés que les filles.

Même si l'usage de **tabac, alcool et cannabis** baisse depuis 10 ans, la consommation de ces substances est au-dessus des moyennes européennes.

D'**autres drogues** sont consommées par les jeunes : amphétamine, cocaïne, crack, ecstasy, LSD, héroïne, autres hallucinogènes, GHB, avec une tendance dernièrement accrue pour le protoxyde d'azote ou « gaz hilarant ».

La prise de toxiques est souvent une façon consciente ou inconsciente de **tester des limites**, les leurs, celles de leurs parents et de se détacher ainsi de la dépendance à leurs parents.

Elle peut être associée à des **conduites à risques** comme des jeux dangereux, la conduite d'un véhicule ou des conduites sexuelles à risques.

Les toxiques sont aussi prisés pour leurs **qualités psychoactives**, ils permettent de modifier les perceptions, les humeurs et la conscience en agissant directement sur le système nerveux. Ils sont parfois utilisés de manière **festive** ou à titre de rituel **initiatique**.

Mais pour certains adolescents cette prise de substances est plus « *une recherche de plaisir et une automédication, en quelque sorte une consommation **autothérapeutique** ; c'est pourquoi le jeune aura tant de mal à lâcher ce qui lui sert de plâtre et de béquille* » (Lacoste, 2012).

La prise de substances psychoactives permet de **mettre à distance le réel**, les angoisses et les adultes. Le corps devient le médiateur de cette mise à distance comme dans une recherche de dépersonnalisation, de recul par rapport à soi-même et aux autres.

## 2.2-L'agressivité : le paradoxe de la mise à distance et de l'intrusion

L'adolescent peut utiliser de manière non pathologique son corps, avec les tatouages ou les piercings, pour exprimer son originalité, son **identité** singulière ou au contraire **s'intégrer** à ses pairs dans une forme d'identification au groupe. Ainsi les vêtements sont investis comme une **seconde peau**.

Cependant le corps de l'adolescent peut aussi être le lieu de violences, d'**agressions auto-centrées** comme les scarifications, les ecchymoses volontaires, les abrasions et les brûlures.

En France, une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques portant sur la santé mentale des adolescents de 3<sup>e</sup> en 2017 nous dit que 25,3 % des filles et 18,8 % des garçons ont procédé à des actes auto-agressifs.

Ce jour là Perrine propose un jeu de statues à Adèle. Elle tire très fort sur ses paupières, elle se tape pour montrer les parties du corps qu'elle connaît. Quand les rôles s'inversent, ses mouvements sont brusques envers l'autre.  
J'observe ici une certaine violence avec son propre corps mais aussi celui de l'autre. Je me questionne sur la façon dont on s'occupe d'elle à la maison et quelle considération Adèle porte à son propre corps.

Avec l'automutilation l'adolescent vient **éprouver sa peau** et ses limites corporelles. Certains adolescents évoquent le besoin de se faire mal et l'**apaisement des tensions** qu'ils ressentent après. Pommereau parle de « *marquage (...) comme un besoin d'inscrire sur soi les souffrances intimes, pour à la fois s'en défaire et les exprimer* » (Pommereau, 2006).

Les agressions auto-centrées sont aussi utilisées pour extérioriser les angoisses et rendre palpable, visible, ce qui ne peut être pensé. Elles sont en lien avec une forme d'agir qui vient exprimer l'**impossibilité de penser ses souffrances**.

Elles peuvent cependant aussi révéler une recherche du sentiment d'exister. En venant effracter la peau, l'enveloppe, l'adolescent prend le contrôle et vient, dans une expérience sensorielle parfois ambivalente de douleur et de satisfaction, **préciser les limites, le dedans et le dehors**.

Les attaques auto-infligées sont alors un moyen de **reprendre le contrôle sur un corps qui échappe**, que l'adolescent ne reconnaît plus. Les scarifications ou autres brûlures imprimées sont le moyen de laisser une trace et par là même d'exprimer son identité et sa singularité.

Ces automutilations sont souvent en lien avec des **blessures narcissiques**, des **antécédents de violences corporelles et sexuelles**, ou un **défaut de contenance**.

L'agressivité peut aussi être **projetée** sur le corps de l'autre ou sur le corps social, au travers de la destruction de mobilier urbain, scolaire, de feux de poubelles, de voitures.

Mon arrivée à l'ITEP a été repoussée d'une semaine car une agression violente a eu lieu. Un adolescent a tenté d'étrangler une éducatrice. Cet incident a fortement ébranlé les adolescents et l'équipe.

L'adolescent a commis à la fois une effraction et une infraction, une pénétration violente de la sphère intime de l'éducatrice et la violation d'une loi par une atteinte du corps de l'autre.

Par ailleurs je perçois vivement l'impact que cette attaque sur le corps d'un individu a entraîné par ricochet sur l'intégralité du corps institutionnel.

Par un défaut de contenance, la violence corporelle **abolit toute distance à l'autre**, l'espace de l'autre est intrusé, violé. L'enveloppe corporelle de cet autre sur qui est projetée l'agressivité est malmenée, presque niée.

Si les corps peuvent être attaqués et les distances anéanties, les liens et les distances peuvent être aussi rompus.

### 2.3-La fugue : une illustration des ruptures

L'adolescent peut utiliser, avec d'autres conduites à risque, **la fugue** comme **un appel à l'aide**. Une forme de demande d'attention dans la rupture. La fugue, et l'errance qui va avec, forment d'ailleurs souvent pour les adolescents d'ITEP une **réactualisation** des nombreuses **ruptures familiales et/ou institutionnelles** qu'ils ont vécues par le passé.

Née prématurée de 3 semaines, Adèle a passé une semaine en service de néonatalogie. Ses parents se sont séparés lorsqu'elle avait deux mois dans un climat de conflit conjugal. Son père a été absent de sa vie pendant ses trois premières années.

Son environnement familial est peu sécurisant. Des violences entre sa mère et son beau-père alcoolique sont évoquées ainsi que des agressions verbales répétées du beau-père en direction d'Adèle. Elle est alors suivie à l'ITEP Pôle Enfants et accueillie en internat trois soirs par semaine.

Elle quitte la scolarité classique pour aller en Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) à l'âge de 6 ans.

Elle entre au Pôle adolescent à 12 ans.

Pendant le confinement de 2020, la mère d'Adèle confie à la thérapeute familiale son épuisement et se renseigne sur la possibilité d'une famille d'accueil pour sa fille. Elle laisse sa fille en garde régulièrement chez une voisine, ou un voisin, tente de la faire garder par la grand-mère qui refuse de la prendre avec elle.

Sa mère s'est séparée récemment de son beau-père. Adèle évoque lors d'une séance en psychomotricité avec tristesse le fait qu'elle avait un chien avant (chien du beau-père).

A l'ITEP Pôle adolescents depuis 1 an, une réorientation vers un Institut Médico Educatif (IME) est évoqué pour elle au cours de cette année. Elle vit si mal ce nouveau changement à venir, qu'un séjour de 15 jours lui est proposé au Service d'Accueil Temporaire (SAT).

La vie d'Adèle est émaillée de ruptures, d'abandons, de négligences et de rejets.

Il nous semble important d'évoquer ces ruptures car elles viennent **mettre à mal tous les processus de construction d'une enveloppe solide et sécurisante**. Elles brisent les liens : familial, institutionnel, voire thérapeutique. Le lien à l'autre est constamment **détruit et à reconstruire**. Dès lors comment l'adolescent peut-il construire une juste distance à l'autre dans ces mises à distance répétées ?

La fugue et l'errance se caractérisent par une forme d'agir qui **met à distance le cercle familial ou institutionnel** dans une forme de reviviscence des ruptures passées. Elle peut être l'expression du **rejet d'un environnement affectif carencé**. Mais elle permet aussi de **couper le lien de dépendance**.

Elle peuvent être, comme l'ensemble des conduites à risque décrites précédemment, annonciatrices du passage à l'acte suicidaire.

#### 2.4-Les tentatives de suicide et le suicide

Même si le **taux de suicide** des 11-25 ans diminue depuis 30 ans (Pommereau, 2021), les chiffres vont devoir être réactualisés avec la crise du COVID-19. Les jeunes se sont trouvés confinés dans un cercle familial devenu parfois étouffant voire dangereux.

Le corps social des pairs n'étant plus accessible, les volontés d'émancipation des adolescents ont été avortées pendant de longs mois depuis mars 2020.

Or la construction des distances intersubjectives s'élabore aussi grâce à une prise de distance avec le cercle familial lors de l'adolescence.

Au-delà d'un agir venant court-circuiter la pensée de ce qui fait souffrance, Pommereau parle de l'acte suicidaire comme « *un acte de revendication désespérée traduisant toujours une **fracture identitaire personnelle*** » (Pommereau, 2021).

L'adolescent peine à construire son identité, à s'inscrire à la bonne distance de l'autre dans son cheminement vers la découverte de soi, identique et différent à la fois. La tentative de suicide vient sonner comme un appel à l'aide, réclame un **rapprochement urgent**, un besoin vital de l'autre.

Les **causes** de cet agir destructeur sont multiples : violences corporelles, sexuelles, abandon précoce, secret familial, discrimination et harcèlement.

Avec le suicide, l'adolescent vient **questionner sa place dans le monde** et souhaite souvent mettre fin à une souffrance profonde d'être au monde.

L'adolescence est une période de fortes turbulences. Elle touche l'adolescent dans son rapport à soi, aux autres et à son environnement de manière non pathologique. Mais que se passe-t-il lorsque l'adolescent présente une pathologie ou un comportement pathologique ? D'ailleurs où se trouve la frontière entre le normal et le pathologique concernant l'adolescent qui est, par définition, en pleine mutation ? Nous allons tenter de répondre à ces questions en déterminant le profil des adolescents pris en charge en ITEP et les missions de l'ITEP.

### **3-Les missions, le public et les indications à une prise en charge en ITEP**

Nous allons définir ici le cadre institutionnel, légal et nosographique dans lequel se situe ce mémoire : l'ITEP, ses missions et son public ainsi que les indications à une prise en charge en ITEP.

#### 3.1-Missions et présentation de l'ITEP

##### a) Le cadre légal de l'ITEP

Depuis un décret de 2017 (Décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré, s. d.), les établissements ITEP et les Services d'Éducation Spécialisée de Soins A Domicile sont regroupés dans une même entité appelée "Dispositif Intégré Thérapeutique Éducatif et Pédagogique" (DITEP).

Nous nous intéresserons cependant plus précisément au fonctionnement de l'ITEP.

L'article D. 312-59-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) (Article D312-59-1 - CASF - Légifrance, s. d.) prévoit que les ITEP « *accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus*



*handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé ».*

Les ITEP sont des **institutions médico-sociales** placées dans le champ de compétence de l'État et financées par l'Assurance Maladie.

La mission dévolue à l'ITEP consiste, sur le versant **éducatif**, à accompagner, soutenir, le développement de la personnalité et la socialisation des enfants et adolescents dans leur vie quotidienne.

L'action **pédagogique** vise à réconcilier les jeunes avec la scolarité et l'apprentissage.

L'axe **thérapeutique** a pour but d'élaborer et de mettre en œuvre un projet thérapeutique pour des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap psychique grâce à un suivi individualisé.

L'objectif poursuivi est l'accès à une **participation sociale et citoyenne** la plus étendue possible en termes de santé, de scolarisation et d'accès aux apprentissages, de socialisation, d'insertion, d'accès à la culture et aux activités sportives.

Pour y parvenir, l'équipe pluridisciplinaire intervient au plus près du lieu de vie et des familles en soutenant, autant que possible, une **inclusion dans le milieu ordinaire**. Le recours à des **modalités d'accompagnement internes à l'institution ou modulables** entre inclusion en milieu ordinaire et ITEP constitue une alternative personnalisable en fonction de la problématique singulière de chaque jeune pris en charge.

L'équipe écoute les demandes de l'adolescent, de la famille ou de l'institution en demande de prise en charge afin d'optimiser des perspectives d'inclusion sociale et scolaire durables. L'idée étant de proposer une **cohérence** et une continuité de prise en charge entre les différents acteurs de formation, sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

La **scolarité** peut se poursuivre dans l'établissement scolaire de secteur ou dans les unités d'enseignement de l'ITEP. Les modalités de scolarisation sont définies dans le projet personnalisé de scolarisation.

#### b) Présentation de l'ITEP

L'ITEP évoqué dans ce mémoire est un Pôle Adolescent, il reçoit 34 adolescents de 12 à 20 ans, et prend parfois la suite d'une prise en charge par l'ITEP Pôle Enfants.

Il propose les trois **modalités d'accueil** :

- Accueil de jour
- Accueil thérapeutique de soirée et de nuit
- Interventions ambulatoires dans toutes leurs déclinaisons et combinaisons.

Il propose également : un Service d'Accueil Temporaire (SAT), lieu de ressourcement et d'apaisement quand la vie en collectivité et ses exigences sociales mettent trop à mal l'enfant ou l'adolescent ; des familles d'accueil thérapeutiques qui apportent un espace supplémentaire pour mettre au travail une distanciation avec la famille et une prise d'autonomie dans le quotidien.

Les plus âgés peuvent bénéficier de **formations à visée professionnelle**, un passage à l'ITEP PRO est dans ce cas préparé par le jeune concerné et l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Pour réaliser sa mission, l'ITEP dispose d'une **équipe pluridisciplinaire**. L'équipe de l'ITEP dans lequel Adèle et Nathan sont pris en charge est composée d'éducateurs, certains sont spécialisés, d'éducateurs techniques (sport, cuisine, travail du bois), d'enseignants spécialisés, d'une infirmière, d'un médecin psychiatre, de deux psychologues, d'une orthophoniste et d'une psychomotricienne.

Un **réfèrent de parcours** est nommé, souvent un éducateur, il est l'interlocuteur repéré du jeune et de sa famille et est en lien avec les différents partenaires.

L'**admission** s'effectue à partir d'un dossier établi par la famille auprès de la Maison Départementale de la Personne Handicapée (MDPH) et l'obtention d'une notification d'orientation délivrée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

A son entrée chaque jeune est rencontré avec sa famille par la direction de l'ITEP et par le médecin psychiatre.

Un **contrat de séjour** est ensuite établi et signé par l'ensemble de ces intervenants. Les modalités d'accueil et les moyens mis en œuvre pour accompagner l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte sont précisés dans le **Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA)** qui est pensé et travaillé en équipe pluridisciplinaire. Le PPA est réévalué tous les ans avec la famille, le jeune, les partenaires et le pôle concerné. L'éducateur référent en est le garant.

Le cadre institutionnel ainsi posé, nous allons maintenant tenter de définir le public pouvant être accueilli en ITEP en se référant au cadre légal, nosographique et à ce que nous avons pu observer pendant notre stage.

### 3.2-Le public de l'ITEP au regard des différentes classifications nosographiques

Concernant le public pris en charge dans un ITEP, l'article D. 312-59-1 du CASF emploie le terme de « **troubles du comportement** » et de « **difficultés psychologiques** ». Cette notion est pluridimensionnelle et suffisamment large pour inclure un grand nombre de psychopathologies. Nous allons tenter d'en définir les contours.

**Sont exclus** de manière très claire les individus souffrant de déficience intellectuelle puisque cet article évoque un « *potentiel intellectuel et cognitif préservé* ». Les maladies génétiques (trisomie 21, Prader Willie, X fragile entre autres), maladies natales et néo-natales, encéphaliques et certaines maladies neuro-développementales comme l'épilepsie et le trouble du spectre autistique sont donc en principe exclues.

Le **comportement** quant à lui est un ensemble de manifestations et d'actions extériorisées d'une personne, habituelles ou occasionnelles.

Le concept de « **trouble** », dans le champ de la santé mentale, renvoie à un état de dysfonctionnement comportemental, relationnel et psychologique d'un individu en référence aux normes attendues pour son âge.

Pour être qualifié de trouble, le comportement doit être répété ou durable, entraîner une souffrance exprimée par l'individu et/ou son entourage et une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

Les troubles du comportement ont une **étiologie multifactorielle** que l'on peut qualifier de biopsychosociale. Ils peuvent être liés à des facteurs génétiques, physiologiques et environnementaux tels que le contexte familial, social et culturel.

Nous constatons que la notion de « **trouble du comportement** » est polymorphe. Elle est par ailleurs définie différemment, selon la **nosographie** à laquelle on se réfère. Dans le souci d'adopter un langage commun entre les professionnels du champ de la santé mentale, différentes classifications cherchent à définir les troubles et les maladies. Certaines de ces classifications se veulent objectives et athéoriques, d'autres s'inscrivent dans un champ théorique spécifique. Chacune présente un **intérêt** et des **limites**, nous souhaitons nous y référer afin d'extraire leur **complémentarité**. Voyons tout d'abord ce que propose la Classification Internationale des Maladies-10 (CIM-10).

a) Au regard de la Classification Internationale des Maladies-10 (CIM-10)

La CIM-10 est une classification médicale publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Elle évoque les « **troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence** » (« CIM-10 Chapitre 05 », 2017).

Ce chapitre inclut le trouble des conduites dont les sous-sections sont : le trouble oppositionnel avec provocation ; les troubles émotionnels ; les troubles du fonctionnement social incluant le mutisme sélectif et le trouble réactionnel de l'attachement.

Nous souhaitons préciser la notion de **trouble des conduites** car elle reflète bien les troubles du comportement observables chez les jeunes accueillis en ITEP. Le trouble des conduites se caractérise par une norme sociale bafouée. Les symptômes incluent des agressions verbales ou physiques, un comportement cruel et agressif envers les autres individus ou animaux, un comportement destructeur, des mensonges, fraudes, vandalismes et vols.

D'une manière générale ces troubles se caractérisent par un **comportement social inapproprié**, tantôt inhibé (défaut d'initiative dans la relation) ou désinhibé (familiarité excessive), une anxiété sévère, des difficultés dans la relation, une hostilité et une provocation face à l'autorité, une impulsivité et une agressivité récurrentes.

Voyons maintenant ce que propose le Diagnostic and Statistical Manual of Mental-V (DSM-V) publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA).

b) Au regard du Diagnostic and Statistical Manual of Mental-V (DSM-V)

Le DSM-V inclut les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent et le trouble oppositionnel avec provocation dans un chapitre nommé « **Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites** » (Crocq & Guelfi, 2015). Ces troubles sont définis dans les mêmes acceptions que la CIM-10.

La CIM-10 et le DSM-V privilégient les facteurs constitutionnels propres à l'enfant ou l'adolescent, génétiques, neurobiologiques, psychologiques, au détriment du contexte relationnel et socio-économique dans lequel il évolue. Cela peut sous-estimer l'impact de ces variables environnementales sur les diagnostics proposés. Pour explorer cette dimension environnementale, il nous semble intéressant de compléter ces nosographies par la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent-6 (CFTMEA-6).

c) Au regard de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent-6 (CFTMEA-6)

La CFTMEA-6 vient compléter les deux grandes classifications précédentes. C'est un système psychiatrique et psychopathologique inspiré du courant psychanalytique, proche de la psychodynamique et de la clinique. Elle s'intéresse plus aux variables environnementales et aux processus de structuration des troubles ressentis et vécus par le patient ou son entourage, qu'aux présentations symptomatiques en elles mêmes.

Les troubles du comportement se retrouvent dans différentes catégories de la CFTMEA, mais les **pathologies limites** (catégorie 3 de l'axe 1) semblent le plus correspondre à ce qui est observé en ITEP.

Interface entre la structure psychotique et la structure névrotique, la personnalité limite est comme inachevée, l'estime de soi est entravée par la conviction de n'être bon à rien, de n'être rien.

Beaucoup d'auteurs évoquent le vide qui habite ces sujets (Viaux, 2013), les colères impulsives, l'incapacité à tolérer la frustration et une angoisse de l'abandon les plaçant à tour de rôle soit trop près soit trop loin de l'autre.

Lorsque je lui pose la question « Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ? », Adèle répond :  
« *Le cœur, le cerveau, on se demande si on en a un, les os, les poumons, le foie, l'air* ».

A qui s'adresse ce « on » ? En tout cas, la présence même du cerveau semble remise en question, comme s'il n'y avait rien à la place, du vide, comme le reste de l'intérieur du corps qui en dehors de certains organes serait rempli par de l'air. Adèle semble exprimer ici un sentiment de vide identitaire puissant, proche d'une annihilation complète d'elle-même.

La plupart des adolescents que l'on rencontre en ITEP semblent correspondre à cette structure de personnalité. A cause d'une **faible narcissique béante**, ils expriment à la fois un besoin vital de présence externe pour avoir le sentiment d'exister, et une impossibilité à supporter l'existence de ce besoin. Accepter ce besoin de l'autre porterait atteinte à un narcissisme qui refuse de se considérer dépendant sous peine de s'effondrer.

Cette « *double menace d'intrusion et d'abandon* » (Botbol & Balkan, 2006) me semble parfaitement illustrer l'une des problématiques des adolescents accueillis en ITEP qui s'exprime dans leur difficulté à se mettre à la bonne distance de l'autre. Parfois trop près, trop vite, trop familier, dans une dépendance absolue à l'autre, avec tous les risques que cela peut encourir, parfois trop loin, rejetant l'autre idéalisé en une rupture anticipatrice par peur de l'abandon.

L'adolescence, nous l'avons vu précédemment, réactive le mouvement de séparation-individuation, l'adolescent encore dépendant prend progressivement le chemin de l'autonomie. S'il souffre d'une « *pathologie limite* », il se trouve empêché dans ce cheminement, Misès en décrit les caractéristiques principales (Misès, 2004) :

- un **défait d'étayage** dans des contextes de séparation des parents, placement, hospitalisation, maltraitance, négligence, abandonnisme, adoption entre autres.
- des « **défauts d'élaboration de la fonction contenante** » ayant pour conséquence un débordement émotionnel incontrôlable.
- des « **échecs dans le registre de la transitionnalité** », entraînant des difficultés à accéder au symbolisme et à la subjectivité avec un fonctionnement en mimétisme dans les relations interpersonnelles.
- des « *défauts d'élaboration de la position dépressive* » en lien avec des **difficultés de séparation et une ambivalence impossible**. L'autre est soit idéalisé, soit rejeté s'il ne répond pas à ce besoin d'idéal ou au besoin irrépensible d'exister dans le regard de l'autre.
- une **triangulation possible mais partielle**.
- « **une pathologie narcissique** » qui trouve souvent son origine dans les interactions précoces avec une mère dans l'incapacité de voir son enfant comme différent d'elle-même, des parents eux-même borderline ou avec des comportements imprévisibles alternant entre fusion et négligence.
- des clivages. L'individu développe un **faux-self adaptatif** donnant l'impression d'une certaine conformité, d'un **comportement en miroir** qui peut exploser à tout moment en lien avec un **sentiment de toute-puissance** jamais dépassé. Il engendre un sentiment d'injustice, une **intolérance à l'attente à la frustration** pouvant entraîner différentes formes d'hétéro ou d'auto-agressivité.
- des **troubles instrumentaux et cognitifs** .

Nous remarquons que nombre des adolescents pris en charge à l'ITEP présentent ces caractéristiques psychologiques, émotionnelles, relationnelles, comportementales, et environnementales.

Nous avons aussi observé des insuffisances intellectuelles, des difficultés à maintenir l'attention et la concentration, des problématiques instrumentales avec des dyspraxies, des dyslexies, des difficultés de motricité fine les entravant dans le langage écrit et dans les apprentissages.

Le cadre nosographique ainsi détourné, il est important de remarquer qu'un glissement s'est fait ces dernières années amenant à reconnaître le **handicap** des adolescents pris en charge en ITEP. Cela impacte directement les indications à une prise en charge et permet de les recentrer sur le sujet et non sur une symptomatologie.

### 3.3-La reconnaissance d'un handicap et les indications à une prise en charge en ITEP

#### a) La reconnaissance d'un handicap

Les critères diagnostics du trouble du comportement sont **non-spécifiques** et peuvent se rencontrer dans de nombreuses pathologies. De plus, nous venons de le voir, la définition du public pris en charge en ITEP n'est pas univoque.

La circulaire interministérielle n° 2007-194 du 14 mai 2007 (Circulaire n° 2007-194 : Les ITEP, s. d.) vient apporter des précisions à ce sujet. Elle rappelle que l'article D. 312-59-1 du CASF « *ne définit pas un public « spécifique » mais caractérise la situation, les ressources et les difficultés, les besoins des enfants et adolescents ou jeunes adultes auxquels ils peuvent apporter des réponses adaptées* ». Cette circulaire souhaite donc mettre l'accent sur une **situation de handicap** et non sur des pathologies en particulier. Le sujet est mis au cœur du dispositif de prise en charge et n'est pas réduit à une pathologie.

Elle vient ensuite préciser que les premiers éléments d'indication sont des **difficultés psychologiques qui perdurent**.

L'accent est ensuite mis sur des difficultés d'interactions entre leur histoire de vie et leur comportement **risquant de les exclure** d'un point de vue familial, scolaire ou social.



Elle exclut par ailleurs les « *enfants et adolescents autistes ou présentant des troubles psychotiques prédominants (...) qui pourraient souffrir de la confrontation avec des jeunes accueillis en ITEP* ».

Enfin elle vient préciser que l'orientation en ITEP intervient lorsque d'autres structures telles que les Protections Maternelles et Infantiles (PMI), les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) et les différents services de pédopsychiatrie n'ont pas réussi à résoudre les difficultés psychologiques de ces jeunes. L'ITEP apparaît comme l'un des derniers maillons d'une longue chaîne médico-sociale.

Les missions de l'ITEP sont également rappelées : il vise l'**accompagnement individualisé** du jeune au travers d'un **travail d'élaboration psychique** qui doit lui permettre de s'inscrire socialement, de mieux se connaître dans ses difficultés et dans ses compétences, d'être plus adapté dans ses relations aux autres et de retrouver, à terme, son milieu ordinaire d'éducation et de scolarisation.

Nous notons ici la volonté d'apporter une réponse à la reconnaissance du handicap à travers une démarche de réhabilitation personnalisée et en faveur d'une « normalisation », c'est à dire le retour du jeune dans son milieu ordinaire, dans un espace de droit commun et non en milieu protégé.

#### b) Les indications à une prise en charge en ITEP

L'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements (ANESM) a établi en 2017 un rapport concernant l'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation (Anesm, 2017). Elle remarque en préambule, selon les données épidémiologiques récentes, une prévalence de prise en charge en ITEP d'enfants et adolescents bénéficiant d'une **mesure de protection de l'enfance**.

Elle évoque un vocable particulier à propos de ces derniers « *enfants ou adolescents difficiles, population à la limite des institutions* », « *publics frontières* » entre autres qui n'est pas sans rappeler les pathologies limites ainsi que les problématiques de distance à l'autre.

Dans tous les cas leur parcours institutionnel est marqué par de nombreuses ruptures d'accompagnement et les **causes** de leurs troubles multifactorielles et souvent cumulatives : carence éducatives et affectives, conduites à risque, contexte socio-économique défavorable, maltraitance subie, troubles post-traumatiques non diagnostiqués et non pris en charge parmi les plus répandus.

L'étiologie des troubles des adolescents pris en charge en ITEP est vaste et a pour conséquence des troubles du comportement qui viennent porter atteinte à leur propre sécurité, celle d'autrui et aux normes sociales entraînant souvent un fort rejet social.

Elle engendre aussi une **symptomatologie** et des **diagnostics** pluriels : TC, TOP, troubles dits « dys » (dyspraxie, dysorthographe, dyscalculie...), troubles psychotiques, troubles de l'attachement pour les plus fréquemment rencontrés.

Les comorbidités et complications sont nombreuses : trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), trouble de l'humeur, trouble anxieux, addictions, conduites à risque, troubles du langage et des apprentissages, déscolarisation, marginalisation sociale, délinquance, abus et maltraitance.

Les contenus psychiques et le défaut de contenance de ces adolescents viennent complètement désorganiser leurs processus de pensée, leurs compétences psychomotrices, les relations à leur environnement. Face à cette symptomatologie polymorphe l'ITEP va venir faire fonction d'enveloppe contenante de substitution.

#### **4-L'ITEP, un espace de transition**

Par son fonctionnement, **l'institution** vient travailler l'ensemble des sphères évoquées précédemment pour la constitution d'une **enveloppe contenante de suppléance**.

Le **cadre temporel** est borné et rythmé grâce à un emploi du temps alternant les temps éducatifs, pédagogiques et thérapeutiques. L'emploi du temps personnalisé de chaque jeune est affiché à l'entrée de l'ITEP.

Les **espaces** consacrés à chacun de ces domaines d'intervention sont pensés et facilement identifiables par les jeunes.

La vie en communauté est encadrée par des **règles**, une obligation du respect des autres. Des réparations, plus rarement des sanctions, sont envisagées en équipe pluridisciplinaire en cas de manquement à ces règles.

Les **projets thérapeutiques** et leur suivi sont réfléchis en équipe pluridisciplinaire. Brun nous rappelle d'ailleurs à ce propos l'importance « *de la mise en récit des thérapeutes aux autres intervenants de l'institution* » (Brun, 2007).

L'ITEP et les professionnels jouent en ce sens le rôle de contenant et de transformation théorisés par Bion. L'**enveloppe institutionnelle** vient se substituer à l'enveloppe défaillante des jeunes dans le but de les étayer dans la re-construction ou le renforcement de leur propre enveloppe.

Suivant les mêmes qualités fonctionnelles de la peau, Winnicott parle à ce sujet d'« **aire intermédiaire d'expérience** (...) qui consiste à maintenir, à la fois séparées et reliées l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure » (Winnicott, 1975, p. 30). Il évoque un « *lieu de repos* » qui peut être interprété au sens propre. L'étymologie du terme « reposer » vient du bas latin *repausare* et du latin classique *pausa* qui signifie arrêt. La définition donnée par le Larousse est la suivante : « *Mettre quelqu'un, son corps, son esprit dans des conditions propres à les délasser. (...) Rester au repos, afin que les éléments en suspension tombent au fond du récipient, afin que telle modification se produise* » (Larousse, s. d.).

La contenance de l'institution et de l'équipe pluridisciplinaire a une réalité indéniable. L'ITEP où j'ai fait mon stage a connu cette année et de manière rapprochée le départ de la direction ainsi que l'absence prolongée du médecin psychiatre. L'équipe a pu exprimer à ce sujet des inquiétudes face à la perte de ces figures d'encadrement. Certains ont même évoqué un effet de « ruissellement » venant perturber les jeunes de l'ITEP.

On a en effet pu noter une augmentation des passages à l'acte agressifs de certains jeunes pendant cette période. Comme tout système, et malgré le professionnalisme de chacun des intervenants de l'équipe, il serait utopique de penser que les espaces sont complètement étanches.

La fonction contenante de l'institution s'est trouvée ébranlée, cela a eu un effet direct sur les jeunes de l'ITEP qui, par manque d'enveloppe de substitution, ont exprimé leur désorganisation dans un agir hétéro-agressif.

Pour regrouper les notions de contenance et de transformation sous une seule appellation, Kaës parle de «*métaconteneur psychique*» qui serait «*un espace de rencontre active entre plusieurs espaces psychiques*» (Kaës, 2012).

Le psychomotricien, sujet et soignant au sein d'une équipe pluridisciplinaire, mettrait alors ses compétences de fonction conteneur au service du «*métacadre*» formé par le groupe et l'institution.

En ce sens nous allons maintenant étudier comment le psychomotricien, au sein de cette équipe pluridisciplinaire, va venir soutenir le travail d'élaboration psychique des adolescents accueillis en ITEP autour des notions d'enveloppe et de distances intersubjectives grâce à la spécificité de son approche psychocorporelle.

### **III-L'étayage psychomoteur de l'enveloppe et des distances intersubjectives de l'adolescent en ITEP**

Comment définir le métier de psychomotricien au sein d'un ITEP, quelle est sa spécificité face aux problématiques du public accueilli? Comment adapter nos propositions à ce temps de déséquilibre à la fois fragile et fécond de l'adolescence ? Autant de questions auxquelles nous allons tenter d'apporter une réponse au travers des cas cliniques d'Adèle et de Nathan. Pendant ces prises en charge, nous avons d'abord été en position d'observation puis source de propositions.

En nous appuyant sur nos observations cliniques, nous souhaitons montrer ici que les adolescents souffrant de troubles du comportement en ITEP, sans oublier la singularité de leurs problématiques, peuvent présenter des caractéristiques communes quant à l'appréhension des distances sociales. Nous aimerions ici montrer le lien entre une enveloppe défaillante, mise à mal bien souvent par un environnement carenciel, venant entraver l'ajustement de l'adolescent dans ses distances à l'autre lorsqu'il est en relation. En effet les distances sont parfois abolies, dans une recherche de fusion avec l'autre voire d'inversion de rôle, d'autres fois trop fragiles, elles risquent de mettre l'adolescent en danger face à ses pairs ou aux adultes, ou encore en rupture, dans le rejet de l'autre par l'évitement ou l'agressivité.

Pour cela nous allons nous intéresser à l'histoire de vie d'Adèle et de Nathan puis à l'étayage psychomoteur qui leur est proposé face à ces problématiques d'enveloppe et de distances interrelationnelles. Nous finirons sur les limites d'une telle prise en charge en ITEP.

## **1-Une histoire de vie marquée par un environnement carencé**

### 1.1-L'histoire de vie et l'anamnèse d'Adèle

Adèle semble avoir été désirée par ses deux parents. Cependant elle est née après deux ans de tentatives infructueuses et dans un contexte conflictuel au sein du couple qui a abouti à leur séparation lorsque Adèle avait deux mois. Le père a exprimé par le passé un doute sur sa paternité.

La grossesse se serait bien déroulée, on peut noter toutefois une opération de la mère à 6 mois de grossesse du fait d'une hémorragie liée à un polype et un accouchement survenu trois semaines avant terme. Adèle est née avec les lèvres bleues et une hypothermie importante ce qui a entraîné son accueil dans un service de néonatalogie pendant une semaine.

Adèle aurait acquis la marche à 17 mois, la propreté à 2 ans et demi. Elle a été accueillie en crèche dès l'âge de trois mois, elle y est décrite comme un bébé très vif qui embêtait les autres enfants. Elle jetait souvent les objets de colère, elle aurait cassé une dent à un enfant.

Elle serait entrée à l'école à l'âge de 4 ans. L'enseignante a signalé qu'elle chutait beaucoup, des examens ont conduit à la prescription de lunettes (qu'elle porte toujours). Le constat a été fait qu'elle se collait aux autres, les envahissait. Une prise en charge en CMPP avec une psychomotricienne ainsi qu'une orthophoniste a été mise en place à l'âge de 5 ans. La psychomotricienne fait état d'un travail afin de l'aider à définir son espace personnel et à respecter celui de l'autre.

En grande section Adèle a présenté des difficultés d'apprentissage importantes. Une orientation en Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) a été décidée puis l'entrée à l'ITEP Pôle enfants à l'âge de 10 ans.

Un éducateur intervient dans la famille depuis qu'elle a 9 ans dans le cadre de l'Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO).

Elle a aujourd'hui 14 ans. Elle vit chez sa mère et va chez son père un week-end sur deux et la moitié des vacances.

Elle a vécu plusieurs années avec un beau-père alcoolique et violent verbalement à son égard dont sa mère s'est séparée depuis deux ans. De cette union est né un demi-frère souffrant de Troubles Spécifiques Autistiques (TSA) et de Troubles de Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH)

Sa mère confie régulièrement Adèle à une voisine, un voisin ou à son père au gré de ses rencontres avec des hommes. Elle est décrite par l'équipe pluridisciplinaire comme inadaptée dans ses tenues vestimentaires et son comportement. Vis à vis d'Adèle elle a un comportement imprévisible oscillant entre protection et négligence. Sa mère se plaint régulièrement du comportement d'Adèle devant elle. Elle le qualifie d'irrespectueux, d'insultant envers elle et d'agressif envers son demi-frère. Elle porte également un discours négatif sur le père d'Adèle, toujours devant sa fille.

La thérapeute familiale rapporte que la mère d'Adèle ne joue jamais avec ses enfants, ne s'occupe pas de leurs devoirs, ne partage pas ses repas avec eux et les met au centre de loisirs pendant les vacances alors qu'elle ne travaille pas.

Adèle dénonce souvent la négligence de sa mère : « *Elle s'en fout de moi* ». Cette négligence se manifeste souvent par des vêtements ou chaussures abîmés qui ne sont pas remplacés. Dernièrement sa mère l'a confiée à son père pendant quinze jours car elle a rencontré « *un nouveau copain* ». Elle aurait parlé de l'existence de son fils à cet homme mais aurait caché volontairement l'existence d'Adèle.

Adèle évoque des intrusions dans son espace intime, elle se fait souvent réveiller par sa mère et son frère par des « *chatouilles* » qui pour elle sont tellement insupportables qu'elle ne peut s'empêcher de répondre par des insultes ou de l'agressivité.

Pourtant parfois Adèle nous parle d'objets ou de vêtements que sa mère lui a offert, d'un moment où elles ont fabriqué des croissants ensemble.

Comment construire un sentiment de sécurité interne et une estime de soi solide face à un tel comportement parental ? Comment arriver à se positionner face à l'autre quand on subit constamment, de manière incohérente et imprévisible, le rejet et l'intrusion ?

L'ambivalence de cette mère, tantôt satisfaisante, tantôt inadaptée engendre un sentiment de discontinuité et d'insécurité puissant chez Adèle.

Adèle est arrivée au Pôle Adolescents de l'ITEP au cours de l'année 2020 à l'âge de 12 ans. Elle est accueillie deux soirs par semaine à l'internat.

## 1.2-L'histoire de vie et l'anamnèse de Nathan

Les parents de Nathan disent n'avoir que très peu de souvenirs sur sa naissance et, d'une manière générale, ont peu de repères temporels sur l'histoire de leur fils. Il ressort que son arrivée n'était pas prévue.

La grossesse se serait bien passée ainsi que l'accouchement qui a eu lieu à terme. Son père ne se souvient pas de sa présence à l'accouchement.

Nathan est décrit comme un bébé sage, il aurait marché vers l'âge de 1 an et demi et aurait acquis la propreté vers 3 ans, mais sa mère n'en est pas sûre.

Il a une sœur qui a 1 an de moins que lui et une demi-sœur issue d'une première union. Il a été reconnu par son père tardivement, à l'âge de 9 ans.

Sa mère ainsi que sa demi-sœur ont été prises en charge par un Institut Médico-Educatif (IME), sa petite sœur est scolarisée en ULIS.

Selon ses parents tout allait bien pour lui jusqu'au CP. Sa mère évoque des épisodes encoprétiqes à cette période ainsi que des difficultés à l'école : il se jetait par terre, se cachait sous le bureau, se tapait la tête contre les murs, se balançait et se mettait des coups de poing dans le nez jusqu'à se faire saigner. Il est décrit comme un enfant supportant mal les frustrations.

Ses parents pensent que l'arrivée de sa sœur, plus jeune que lui d'un an seulement, pourrait être une cause des difficultés de Nathan. Notons que cela semble temporellement incohérent dans le récit qu'ils font de leur enfant. Ils évoquent aussi le fait que Nathan parlait à sa naissance et que soudainement il n'a plus parlé.

En CM1 il a subi du harcèlement scolaire. Il aurait aussi eu accès à des contenus pornographiques.

Petit, Nathan présentait un retard de langage, des troubles du comportement avec une intolérance à la frustration (insultes, agressivité, agitation, opposition) , des difficultés de communication et relationnelles, un faible investissement dans les activités et jeux, des

stéréotypies. Il était peu disponible aux apprentissages et était souvent dans la transgression dans le cadre scolaire. Un diagnostic de Trouble Envahissant du Développement sans précision (TED sans précision, CIM 10) avec composante carencielle a été retenu ainsi qu'une dysharmonie évolutive.

Il a été pris en charge en hôpital de jour 3 demi-journées par semaine avant l'âge de 2 ans. Il était suivi en orthophonie, en psychomotricité et par une psychologue. Suite à cette prise en charge précoce et pluridisciplinaire, les stéréotypies ont disparues, il a été noté une amélioration des interactions sociales et un investissement dans le langage.

Nathan est entré en ITEP au Pôle Enfants à l'âge de 10 ans. Il est passé sur le Pôle Adolescents l'an dernier à l'âge de 13 ans. Une orientation en IME avait été étudiée car le Pôle Adolescent n'était pas totalement adapté à ses problématiques, mais son efficience avait questionné l'équipe en charge de cette décision.

Il est en famille d'accueil thérapeutique un week-end sur quatre par mois. En 2019, l'accueil a été suspendu temporairement pour des raisons de santé de la famille d'accueil, Nathan a eu de nouveaux épisodes d'encoprésie à cette période.

Une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) passe à son domicile régulièrement. Une thérapeute familiale vient le voir une fois par mois.

La thérapeute familiale avec qui j'ai échangé à propos de Nathan évoque une négligence parentale importante vis à vis des enfants. Cette négligence est ici probablement due à une déficience mentale des parents. « *L'adulte atteint mentalement se trouve souvent dans l'incapacité d'assumer sa fonction parentale* » (Lemay, 1993). L'impact sur le développement psychomoteur et affectif de Nathan est évident, mais sa prise en charge précoce au sein de différentes institutions vient peut-être expliquer son profil atypique, pas tout à fait adapté à un IME ni à un ITEP, et les difficultés d'orientation rencontrées par les professionnels.

Les parents évoquent des rapports conflictuels entre Nathan et sa demi-sœur qui a aujourd'hui 19 ans. Elle est partie de la maison très jeune (16 ans). Suite à sa grossesse,



elle est revenue habiter récemment à la maison et a pris la chambre de Nathan. A la maison, les parents de Nathan décrivent un climat tendu où Nathan essaye de faire sa loi. Les conflits avec sa mère sont violents et peuvent dégénérer en insultes et coups.

Il a un sommeil très perturbé, il se coucherait vers 20h30 mais ne s'endormirait que vers minuit voire 1h00 du matin.

Il est inclus dans le programme de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique RÉPPOP pour lutter contre son surpoids. Il a tout de suite adhéré, ainsi que sa mère, à cette proposition.

Il est toujours pris en charge au CATTP. Nathan y va le mardi après-midi pour participer à un atelier d'expression proche du théâtre. Il participe activement à cet atelier et y prend plaisir. Il y va également le jeudi en journée entière pour y faire du sport et aller à la piscine. Il y a des affinités avec d'autres jeunes, ce qui n'est pas du tout le cas à l'ITEP.

L'étude de ces deux cas cliniques nous permet de dégager une constante presque toujours présente en ITEP : un environnement carencé.

### 1.3-Définition et causes d'un environnement carencé

La **carence** est définie par « *une absence, un manque ou une insuffisance importante* » (Carence : Définition de Carence, s. d.). Mais comme le dit si bien Cartry : « *Définir la carence est impossible, car on ne définit pas un manque. La carence est un creux, un vide, une absence, infinis par essence : on ne définit pas l'infini. Par conséquent, dès qu'on l'approche pour la saisir, la carence provoque un vertige. Il est logique que la définition de la carence donne lieu à une difficulté de représentation, de symbolisation* » (Cartry, 2012) .

En psychopathologie la carence est souvent associée à l'affectivité. Spitz est l'un des premiers à avoir théorisé sur les **carences affectives** et en a dégagé deux principales :  
-les carences quantitatives liées à la privation de soins maternants dans les premiers mois de la vie pouvant conduire à une « *dépression anaclitique* » voire la mort dans le cas d'un syndrome d'hospitalisme (Spitz, 1979)

-les carences qualitatives. L'enfant n'est pas séparé des ses figures d'attachement. Souvent en lien avec des troubles psychiatriques préexistant ou des addictions, il est confronté à l'indisponibilité psychique de son parent.

C'est une « *pathologie du manque, du vide relationnel, conséquence de l'absence, de l'insuffisance des apports indispensables de l'environnement ou conséquence des distorsions précoces du lien et du processus d'attachement* » (Houzel et al., 2000).

Les **causes** de cette indisponibilité sont diverses. Elles peuvent être en lien avec la psychopathologie de la période péri-natale : des antécédents d'infertilité ou obstétricaux traumatiques, des facteurs psycho-sociaux tels qu'un niveau de vie socio-économique bas, l'isolement familial et social, un père absent. Cela peut aussi être en lien avec des troubles psychiatriques du post-partum (dépression post-partum, psychose puerpérale) , ou des troubles psychiatriques de la mère (dépression anténatale, borderline, troubles du comportement alimentaire, troubles psychotiques) ou enfin des addictions parentales (médicaments, toxiques).

Selon Ainsworth la figure d'attachement primaire est « *celle qui a répondu le plus souvent, le plus rapidement et le plus adéquatement, en s'engageant dans des relations animées et chaleureuses* » (Ainsworth et al., 1979). Les soins intrusifs , peu adaptés, peu congruents et peu fiables plongent l'enfant dans un sentiment d'insécurité, faute de repères fiables et stables.

Plus qu'une carence quantitative, Adèle et Nathan semblent souffrir de carences qualitatives en lien avec une **défaillance des interactions précoces et de l'étayage relationnel parental**.

Faute de réponses adéquates apportées à leurs besoins d'enfant et d'adolescent leur développement affectif, cognitif et corporel s'en trouve entravé, identifions l'expression psychomotrice de ces troubles.

#### 1.4-L'expression psychomotrice de troubles en lien avec un environnement carencé

Selon Cartry, la carence relève de l'impensable et c'est ce qui constitue « *le drame de l'enfant carencé : son inaptitude à penser, à représenter, à symboliser sa mère absente, précaire, mauvaise ou morte, et, par conséquent, à se représenter soi-même, différent d'elle et comme tel sujet, capable d'accéder à la parole qui sépare et au langage qui représente* » (Cartry, 2012).

Lemay détaille trois **modes de communication** de l'enfant carencé : le langage affectif, le langage somatique et le langage cognitif. Chacun de ces modes de communication vient interpeller le psychomotricien dans la spécificité de son approche thérapeutique (Lemay, 1993).

##### a) Le langage affectif

Il se caractérise par différentes composantes, nous n'allons détailler ici que celles que nous avons pu observer à l'ITEP:

-l'**angoisse d'abandon**. Nous remarquons que cette angoisse ne peut être dite. Elle est souvent exprimée de manière détournée, dans le refus de quitter la salle, dans le fait de traîner pour remettre les chaussures, de « papoter » de tout et de rien pour tenter de rester plus longtemps. Toute transition d'espace et de temps est mal vécue, la séparation est compliquée.

Ayant perçu une difficulté pour Adèle de quitter la salle de psychomotricité, je lui propose, quand l'emploi du temps nous le permet, d'accompagner cette transition. Elle part à la récréation puis nous nous retrouvons dans un lieu précis et à une heure précise, pour aller à l'atelier cuisine. C'est l'occasion de travailler une forme de temporalité, la possibilité pour elle d'envisager un futur ainsi que la permanence de l'objet.

-les **variations émotionnelles**. La jalousie, la colère et la frustration sont les émotions les plus rencontrées en ITEP. Le débordement de ces émotions peut entraîner le jeune dans

un agir destructeur dont il peut avoir conscience dans l'après-coup. Cela vient renforcer l'image négative qu'il a de lui-même et engendre un sentiment de culpabilité puissant.

-la conviction d'être nul, de **n'avoir aucune valeur**, d'être mauvais voire dangereux.

Nathan exprime souvent la peur de lui-même lorsqu'il se met en colère. Ses émotions semblent si violentes qu'il a peur de faire du mal à quelqu'un.

-un profond **sentiment de perte, voire de vide**. L'entretien de Moyano d'Adèle illustre bien cette impression de vide intérieur (cf. p. 53 et annexe I).

-une marque d'affection, un compliment est toujours perçu comme dérisoire. Lemay parle d'un **sentiment de béance** impossible à combler.

-**s'attacher signifie pouvoir perdre**. Cette conviction entraîne différentes stratégies : rompre la relation très vite, tester la solidité de la relation en étant agressif ou opposant envers l'autre, conjurer la peur de la perte en attaquant l'autre.

-une **image parentale magique et toute puissante**. L'élaboration de ce parent idéal permettrait d'éviter l'angoisse du néant. Entrer en relation avec l'autre constituerait une trahison à cette image parentale idéalisée, cette relation tant désirée doit donc être rapidement rompue.

Adèle a perdu ses clés aujourd'hui. Cet incident semble représenter un drame pour elle, elle arrive en pleurant très fort à la séance de psychomotricité.

Ce qu'elle va nous confier est sans précédent. Elle évoque pour la première fois les maltraitances physiques et psychologiques qu'elle subit à la maison par sa mère, son père et même une voisine. Elle s'est renseignée sur internet sur ce que les parents ont le droit de faire ou pas, s'ils ont le droit de taper ou pas leurs enfants.

Malgré des faits énoncés graves, elle exprime clairement *« je ne veux pas que mon père aille en prison »*. La semaine suivante, lorsque nous la prévenons que nous ne pouvons garder pour nous ce qu'elle nous a confié, qu'il est possible que en parlions en équipe et qu'on prenne contact avec ses parents pour les aider, elle élude totalement ce qu'il s'est passé la semaine précédente : *« C'est toujours comme ça chez nous, on passe vite à autre chose »*.

L'image de ce parent idéal est si puissante qu'elle persiste, même lorsqu'il est maltraitant.

-un sentiment profond d'être **indigne d'être aimé**.

Adèle n'arrive pas à entrer en relation avec ses pairs. Elle en a pourtant envie mais cela se solde souvent par du harcèlement, des insultes et de la brutalité envers elle.

Je commence à me demander si la certitude de ne pas être aimable, si profondément ancrée en elle, associée à l'angoisse d'abandon, ne pousse pas Adèle, dans une répétition inconsciente, comme s'il elle préférerait être maltraitée plutôt que d'être seule et de ne pas exister aux yeux des autres.

-les **régressions**.

Nathan présente souvent des comportements régressifs, répétant de manière stéréotypée « *je veux mon massage* ».

D'une manière générale Nathan présente des comportements « de tout petit » et une voix enfantine, qui évoquent l'immatunité et la vulnérabilité. Je remarque qu'il entraîne chez moi, ainsi que chez la plupart des adultes de l'ITEP, un attendrissement auquel il me semble important de prendre garde afin de ne pas le maintenir inconsciemment dans cette dimension enfantine et de l'accompagner au mieux dans son développement psycho-corporel. Devanne parle à ce sujet de sortir du cercle infini du « *retour du même* » (Devanne, 2012), amené bien souvent par le patient lui-même.

-l'**agressivité**. L'autre est vu comme hostile et, comme dans une prédiction immuable de ce qu'il a de mauvais en lui, l'adolescent réalise concrètement son image négative.

#### b) Le langage somatique

L'impact somatique de la carence s'exprime de manière très différente selon les adolescents, Lemay constate toutefois que le **retard psychomoteur** semble être une constante chez les enfants et adolescents carencés.

Des problèmes de dyspraxie, sans lésion apparente, de coordination générales, d'inhibition du geste, des fluctuations imprévisibles du tonus entre hypertonie et hypotonie sont observés souvent en lien avec de l'hyperactivité. Des difficultés de rythme et d'espace dans la gestualité, des troubles du schéma corporel, ou encore un schéma corporel correctement intégré mais en décalage avec une image du corps morcelée, des problématiques d'axe du corps, fragile ou inexistant, de latéralisation viennent gêner l'adolescent carencé dans sa corporalité.

Des problèmes de sommeil, difficultés d'endormissements, réveils nocturnes et précoces son fréquemment observés.

Un développement staturo-pondéral dysharmonieux ou retardé est fréquent ainsi que des problèmes d'énurésie et d'encoprésie.

Des **phénomènes de dissociation** sont aussi décrits, la déconnexion entre les émotions et le corps permettant de mettre le jeune à l'abri d'angoisses trop destructrices (Liébert, 2015).

Ces phénomènes sont sous-tendus par un **développement neurologique altéré**. Les zones du cerveau responsables de la reconnaissance des perceptions corporelles, de la gestion émotionnelle et de l'impulsivité ne se développent pas ou s'auto-détruisent sous l'effet d'expériences de stress répétées (Bonneville, 2010).

### c) Le langage cognitif

Le **langage** est investi difficilement. Des dysharmonies entre un fonctionnement immature et ponctuellement mature, surtout chez l'adolescent, sont fréquemment observés (Lemay, 1993).

Des **troubles de la temporalité** sont courants, se caractérisant par l'impossibilité de se représenter des actions passées, présentes et futures. L'adolescent carencé se trouve englué dans l'immédiateté.

Les tests d'intelligence relèvent généralement peu de troubles mais mettent souvent en lumière des performances accrues quand le jeune peut s'appuyer sur le sensoriel et le moteur.

Les **mécanismes opératoires** les plus empêchés sont les suivants : anticiper, rétro-agir, bâtir des opérations imaginées, comparer des résultats et se situer vis à vis d'eux.

La désorientation temporelle et spatiale est fréquemment rencontrée.

<p>Quand Adèle nous raconte des événements arrivés chez sa mère ou son père, je suis marquée par le flou de son discours quant à la temporalité. Même quand on essaye de l'étayer, il lui est difficile d'apporter plus de précisions.</p> <p>Cette désorientation temporelle peut venir poser problème et amener certains professionnels à mettre en doute ses propos, notamment en ce qui concerne les maltraitances subies.</p>
--

Le défaut d'interactions sensorielles, motrices et langagières entraîne un retard de maturation neurologique, développemental, et psychomoteur, nous allons voir comment au travers des bilans et des évaluations d'Adèle et de Nathan.

### 1.5-Les évaluations, bilans et PPA d'Adèle et de Nathan

#### a) Adèle : bilans, évaluations, PPA et projet thérapeutique en psychomotricité

Un bilan psychologique lui a été proposé à l'âge de 9 ans (WISC-IV) et a mis en exergue un potentiel intellectuel entravé par des failles narcissiques béantes qui génèrent un manque de confiance en soi préjudiciable. Adèle exprime souvent son incapacité à réussir et n'a de cesse de se dévaloriser.

Elle présente à cette période des capacités de compréhension et de conceptualisation pénalisées par des difficultés d'expression. Elle a des difficultés au niveau de la mémorisation, de la concentration et de l'attention soutenue, mais elle peut développer des stratégies compensatoires qui lui sont cependant coûteuses en terme de fatigabilité.

Le psychiatre a conclu à une absence de déficit intellectuel et à une intrication de troubles psychiques et cognitifs.

Le bilan d'évolution établi par l'orthophoniste à la même époque montre d'importantes difficultés de langage. Les difficultés d'acquisitions du langage oral et du langage écrit sont associées à des difficultés d'autonomie. L'écriture est lente et lui demande beaucoup d'efforts.

Après 18 mois de rééducation, une évolution favorable, bien que très lente, est remarquable, particulièrement dans l'investissement des activités, dans les domaines de la compréhension globale et de certaines stratégies cognitives.

Un bilan psychomoteur a été fait à la même époque. Il fait état de notions topologiques et temporelles connues et maîtrisées. Adèle a une bonne connaissance des différentes parties de son corps.

Elle reconnaît la droite de sa gauche et peut reproduire des gestes sur indication verbale. Elle présente des fragilités quant à l'axe du corps et la réversibilité (reproduction des gestes en miroir). La latéralisation est hétérogène : main et pied à droite, gauche pour la vision.

La graphomotricité est lente pour son âge (test de pointillage, du chemin, de Thomas et BHK), une hypertonie du membre scripteur vient gêner la fluidité du geste graphique.

Concernant les coordinations (test de Charlop-Atwell), le bilan fait état de résultats hétérogènes. Adèle est en difficulté pour les items de visée, à l'aise pour la plupart des coordinations générales mais pas sur la pointe de pieds. Les dissociations sont possibles.

Elle est en grande difficulté vis à vis de l'organisation visuo-constructive (test de la figure de Rey). Le dessin du bonhomme est incomplet et immature.

Tout au long du bilan la psychomotricienne évoque de l'impulsivité et de l'agitation psychomotrice empêchant parfois Adèle de donner la réponse attendue. L'accompagnement de l'adulte pour la ramener dans sa tâche lui permet de donner la réponse attendue.

La psychomotricienne note également l'expression de terreurs et d'angoisses de mort, un hyper investissement de la relation et le besoin constant d'être rassurée dans ses réponses. Elle évoque une enveloppe défaillante dans ses fonctions de contenance et de pare-excitation, un manque de sécurité interne et de fortes angoisses qui viennent entraver le fonctionnement cognitif.

Le PPA d'Adèle au Pôle adolescents propose trois axes de travail :

- poursuivre le travail de restauration narcissique
- permettre à Adèle de mûrir à son rythme
- l'aider à se questionner et à s'ajuster dans sa relation à ses pairs

La prise en charge en psychomotricité d'Adèle a d'abord été motivée par une inadaptation vis-à-vis de son corps constatée par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire : manque d'hygiène, absence de pudeur à l'égard de ses pairs et des adultes, manque de distance interpersonnelle et impulsivité vis-à-vis de l'autre. Face à cette demande de l'institution, le projet thérapeutique psychomoteur est orienté dans un premier temps sur trois axes :

- l'évaluation des perceptions de son environnement : perceptions des masses, sensations olfactives et auditives afin de vérifier si une perception potentiellement défaillante la mettrait en difficulté dans les distances interpersonnelles.
- la régulation motrice et tonique avec un travail de verbalisation sur ses sensations qui permettrait de se concentrer sur la localisation d'autrui.



-des propositions tournées autour du jeu dans le but de la mettre en relation et d'ouvrir un espace d'échanges sur les sensations perçues par les différents protagonistes et l'attention que l'on porte à la présence d'autrui.

La façon dont elle s'est saisie des séances et ce qui y a émergé nous a amené à faire évoluer sa prise en charge.

#### b) Nathan : évaluations, PPA et projet thérapeutique en psychomotricité

Les dernières évaluations faites à l'ITEP du Pôle enfants sont positives. Il est décrit comme bienveillant avec les plus petits et a développé des relations de qualité avec ses pairs.

Les début d'ateliers semblent difficiles pour Nathan mais il finit toujours pas y participer et y prendre plaisir (atelier sport et atelier découverte).

Il rencontre plus de difficultés dans l'atelier émotions, la colère est souvent exprimée et il a du mal à s'en défaire.

Plus récemment, l'éducatrice de l'atelier arts plastiques du Pôle adolescents précise que ses possibilités d'investissement sont dépendantes de ses états émotionnels, souvent en rupture, difficilement analysables et imprévisibles. Celle-ci évoque un parcours chaotique tout au long de l'année mais aussi la possibilité, quand il arrive à s'installer, à être productif et appliqué. Elle mentionne le fait qu'il refuse souvent les consignes au départ mais qu'il finit par s'en saisir et en faire quelque chose de personnel.

En classe il s'endort souvent, l'enseignant spécialisé parle d'un fonctionnement ON/OFF. Cependant il adhère aux propositions pédagogiques et quand il ne dort pas arrive à être dans sa tâche.

Nathan n'a pas passé de bilan psychomoteur au Pôle adolescents. Lors de sa première rencontre avec la psychomotricienne il a exprimé une demande de massages.

Les axes de travail du PPA pour Nathan sont principalement les émotions et la possibilité d'expérimenter un temps collectif où il peut être accepté par les autres. Il est précisé que la présence de filles dans son groupe risque de compromettre son apaisement et ses possibilités d'investissement. Il commence à montrer des préoccupations adolescentes mais reste dans une pensée magique de tout petit.

La prise en charge en psychomotricité de Nathan est motivée par des difficultés psychologiques importantes : de fortes angoisses, des discours de persécution fréquents, une labilité des émotions et des difficultés à entrer en relation.

On peut noter que les patients souffrant de TED ont souvent des angoisses centrées sur le corps : chute, anéantissement, morcellement, perte. Les barrières entre les expériences internes et externes notamment dans les relations intersubjectives sont poreuses (Devanne, 2012).

La psychomotricienne souhaite axer sa prise en charge autour de la relaxation psychomotrice, puis l'amener petit à petit sur un travail autour des appuis, de l'ancrage et des sensations de dur à l'intérieur du corps. Ses objectifs évolueront en fonction de l'évaluation des besoins de Nathan et de ses demandes.

Ces troubles psychomoteurs et psychoaffectifs reconnus, voyons quel cadre le psychomotricien peut apporter aux adolescents en ITEP. Il est le préalable à toute prise en charge.

## **2-Le cadre thérapeutique en psychomotricité**

Nous venons ici préciser l'importance du cadre thérapeutique tant au niveau de la posture du psychomotricien qu'au niveau du cadre matériel de prise en charge.

### **2.1-Le cadre matériel : un espace temporel et spatial privilégié**

Les séances de psychomotricité proposées à l'ITEP sont, en fonction de chaque jeune reçu, toujours le même jour, à la même heure. Cette régularité, en lien avec les

macrorhythmes et les microrhythmes de Marcelli, permet d'inscrire l'adolescent dans la **permanence** et la **continuité**. Cette structure encadrante, rassurante l'aide à déployer ses problématiques en séance et favorise les mouvements psychiques et corporels.

Les **objets** se trouvant dans la salle sont rangés et disposés à la même place après chaque séance. Ils sont choisis en fonction de leur **pouvoir d'évocation** (Désobeau, 2008) . Sans fonction définie au départ, ils peuvent faire appel à l'imaginaire et au pouvoir créatif de l'adolescent.

Il est enfin important d'établir un cadre dans le cadre. Il peut prendre la forme de **règles** du jeu telles que l'interdiction de faire mal ou de se faire mal que ce soit avec les mots, le corps ou les objets ou des rituels de début et de fin de séance.

A la vue du bol tibétain, Nathan propose de le faire sonner au début et à la fin de la séance. Au fur et à mesure des séances, il va utiliser systématiquement le bol tibétain, soit à son initiative soit à l'initiative de la psychomotricienne quand il est difficile pour lui de quitter le tapis de relaxation.  
Ce rituel du bol tibétain, dans sa rythmicité (à chaque séance) et comme repère temporel (début et fin de séance), semble l'aider dans ce moment de transition. Il lui permet d'envisager un après et d'expérimenter un sentiment de continuité de l'existence (Ciccone, 2001).

Le cadre ainsi établi permet au psychomotricien, grâce à une approche intégrative, d'adapter de manière personnalisée ses propositions à chaque adolescent reçu.

## 2.2-Un cadre intégratif : thérapie et rééducation

Nous l'avons vu précédemment, les adolescents accueillis en ITEP présentent des profils très divers. On remarque cependant qu'un environnement carencé a pu provoquer chez eux des dysfonctionnements dans leur vécu psychocorporel. Nous remarquons que bon nombre d'entre eux présentent des difficultés praxiques mais aussi d'attention et de concentration qui peuvent les gêner dans certains ateliers éducatifs.

Adèle rencontre des difficultés à ajuster le tonus de ses bras, de ses mains et de ses doigts en atelier cuisine lorsqu'elle doit mettre en jeu une dissociation entre le bras gauche et le bras droit (mélanger l'appareil, dénoyauter l'avocat sans l'écraser).

Lorsque je l'accompagne en atelier cuisine elle fait preuve d'une grande concentration, elle souhaite « bien faire » lorsque je la regarde. Mais l'éducateur technique me précise que cette concentration lui coûte et qu'en fin d'atelier elle est plus éparpillée et a besoin de plus d'étayage. La concentration est possible mais Adèle présente une fatigabilité sur le long terme.

Certains adolescents se trouvent gêné dans leurs apprentissages du fait d'une hypotonie ou d'une hypertonie des mains qui les empêche d'avoir une graphomotricité fluide et efficace.

Face à de tels symptômes une **approche rééducative**, centrée sur le symptôme et ayant pour objectif de récupérer ou d'améliorer une fonction psychomotrice, semble plus adaptée.

Mais c'est sans compter les mouvements psychiques qui agitent ces adolescents. L'**approche thérapeutique**, centrée sur le sujet, permet d'aborder les dimensions affectives et relationnelles qui ont pu engendrer l'installation du symptôme corporel, instrumental ou comportemental.

Dans ce cadre théorique intégratif, la **posture** du psychomotricien fait elle-même office de cadre, elle est essentielle pour que l'adolescent se sente en sécurité et puisse exprimer librement ses difficultés.

### 2.3-La posture du psychomotricien

Le positionnement du psychomotricien doit être réfléchi et anticipé, à la fois dans ses **dimensions psychiques et corporelles** : nous devons engager une proximité corporelle, mais à la juste distance, ainsi qu'une pleine disponibilité à la relation.

Potel évoque, à propos de la **distance relationnelle thérapeutique**, le paradoxe de l'adolescent « *tirillé entre son besoin d'être tenu, soutenu et son désir d'éprouver sa liberté* » (Potel, 2006).

Afin d'accompagner au mieux l'adolescent dans ses distances à l'autre, justement parce qu'il peut venir solliciter un rapprochement inadapté à l'adulte, nous devons porter une attention toute particulière aux propositions que l'on peut faire quant aux distances corporelles engagées dans une activité.

J'ai constaté au cours des différentes séances d'Adèle qu'elle est entourée d'une carapace tonique très importante, comme pour se tenir, peut-être dans un mécanisme de défense face à la négligence des soins parentaux. Il m'a semblé important, malgré la volonté de lui proposer un temps de relaxation psychomotrice dédié à la prise de conscience de l'enveloppe corporelle, d'un dedans et d'un dehors, d'éviter l'induction manuelle et de lui proposer plutôt une relaxation de type Jacobson. Cette proposition me permet de rester proche d'elle, physiquement et par la voix, sans toutefois la toucher afin de lui montrer qu'il est possible de respecter son espace corporel et qu'elle peut être actrice du soin qui lui est apporté.

Il nous semble primordial de travailler notre état de « **présence** », qui se doit d'être plein et entier, authentique et congruent, ouvert et sans jugement, sans toutefois être dans la complaisance ni perdre de vue une certaine fermeté.

Afin d'être le plus contenant possible le psychomotricien doit veiller à être enraciné, **ancré**, accepter l'agressivité si elle survient et y survivre, à l'image du médium malléable de Roussillon qui se doit d'être « *indestructible* » (Roussillon, 2009).

Il est aussi important d'être **confiant** envers l'adolescent reçu et d'être capable de **reconnaître ses propres émotions** afin de ne pas risquer des les lui renvoyer.

Je joue au ballon « cible » avec Adèle. Le but du jeu est, pour celui qui guide, d'envoyer le ballon et de nommer en même temps la partie du corps de l'autre qui doit le renvoyer. Prise dans la dynamique du jeu, l'excitation et le tonus d'Adèle augmentent. Quand tout à coup, elle m'envoie le ballon très fort sur le visage. Après un bref moment de surprise, que j'ai certainement exprimé dans un langage corporel non verbal, je me suis posée la question de rappeler les règles de sécurité énoncées au début du jeu. Puis j'ai décidé de faire confiance aux capacités d'ajustement d'Adèle. Ce pari était le bon, Adèle a réajusté immédiatement après la force avec laquelle elle envoyait le ballon et l'incident ne s'est plus jamais reproduit.

Pour appuyer ce positionnement il s'agit également d'insister sur cette **expérience de l'intersubjectivité** en distinguant bien le « je » et le « tu » et d'éviter un « on » trop impersonnel. Si pendant les séances, le psychomotricien peut être amené à verbaliser ce qu'il perçoit de l'adolescent, il est important d'être vigilant à ne **pas faire de confusion entre soi et l'autre dans le discours**. Cette verbalisation a pour but d'amener le jeune à verbaliser petit à petit lui-même sur son propre vécu et ses propres ressentis pour étayer l'expression de ses représentations, le discours doit être donc être **clarifiant** et non source de confusion soi/non soi.

Le **regard** porté sur l'adolescent doit être sans cesse ajusté. Dans une position d'observation le regard peut avoir une **fonction thérapeutique**, il peut être intéressé, curieux, soutenant, appuyant ainsi les objectifs de **renarcissisation** de certaines propositions en séance.

Ce regard peut être prolongé, par le « **regard positif inconditionnel** » (Rogers, 1951). Rogers entend par là une acceptation totale de ce que peut apporter l'individu, ses sentiments positifs comme ses sentiments négatifs. Ce regard positif inconditionnel ne peut avoir lieu que dans la relation et **dans l'ici et le maintenant**, ce que Haudiquet nomme le « *temps kairos* », à l'opposé du temps chronos linéaire (Haudiquet, 2013).

L'ensemble de ces éléments du cadre favorisent une étape fondamentale en séance de psychomotricité qui est de sécuriser le sujet accueilli. Sans ce **sentiment de sécurité**, l'adolescent aura du mal à se déprendre de ses mécanismes de défense. Ce sentiment de sécurité intérieure qui ne lui est pas toujours apporté dans son environnement doit être soutenu en séance pour permettre les remaniements dans sa façon d'être au monde.

Le cadre ainsi établi, nous allons ensuite étudier comment le psychomotricien peut venir soutenir l'adolescent face à une enveloppe défaillante et des relations aux autres empêchées.

### **3-La prise en charge psychomotrice : quand la conscience du corps et de ses limites n'existent pas ou sont fragiles,**

#### 3.1-Evolution d'Adèle au cours des séances de psychomotricité

Les séances d'Adèle commencent toujours par un temps d'échange avec la psychomotricienne pour discuter de son **état émotionnel** ou de son humeur du jour.

Pendant plusieurs mois ce moment semble difficile pour Adèle. Elle refuse de s'asseoir, est dans une agitation psychomotrice stérile et tient un discours très superficiel voire souvent décousu temporellement, spatialement et sans logique apparente. Se centrer sur elle et ses émotions semble la mettre en difficulté. Son comportement est parfois dissonant avec l'émotion évoquée, elle rit par exemple au moment d'évoquer la peur.

Deux jeux lui sont proposés. Le premier, qu'elle baptise « le Roi du silence » se joue à deux. Nous sommes assis, les yeux fermés, sur une chaise au centre du cadre dessiné au sol de la salle de psychomotricité, un objet est posé sous la chaise. Adèle doit marcher autour, à la limite du cadre, sans faire de bruit, pendant qu'une musique défile. Quand la musique s'arrête, Adèle doit attraper l'objet sous la chaise avant de se faire repérer par l'autre. Les rôles peuvent s'inverser.

L'**impulsivité** d'Adèle s'exprime souvent dans ce jeu. Et ce encore plus quand elle choisit les musiques, elle choisit souvent des musiques de dessin animé qui lui plaisent et qui lui donnent envie de danser.

Nous remarquons très vite qu'Adèle est très performante à ce jeu, **ses sens sont aiguisés**, à tel point que nous commençons à nous demander si cette efficacité n'est pas en lien avec une **hypervigilance**.

Ce jeu va devenir un rituel, il sera présent dans nos séances tout au long de l'année, il semble venir rassurer Adèle dans ses compétences et lui donner un sentiment de permanence et de continuité. Petit à petit elle met en place des stratégies, faisant preuve de créativité, se concentre de mieux en mieux, l'impulsivité se faisant de moins en moins présente.

Le deuxième jeu se fait les yeux bandés autour de la **perception des masses**. Elle doit marcher sur une ligne de scotch, qu'elle peut sentir sous ses pieds, d'un mur à l'autre de la pièce et s'arrêter avant de le toucher. Des variantes lui sont proposées en travaillant sur les **sensations** de chaleur (radiateur) et olfactives (avec un coussinet de lavande). Elle fait preuve d'une **sensorialité aiguisée** et est efficace dans ce jeu.

La perception des sensations ne semblant pas poser de difficulté à Adèle, nous décidons par la suite d'orienter les séances sur l'exploration de la représentation qu'elle a de son corps autour des notions de **schéma corporel** et d'**image du corps**.

Pour cela nous lui demandons de nommer et de montrer toutes les parties du corps qu'elle connaît. Il ressort de cette épreuve qu'Adèle a une **bonne connaissance des différentes parties de son corps**.

Un jeu permettant d'évaluer l'intégration de son schéma corporel, sa latéralisation, la connaissance de la gauche et de la droite, ses coordinations générales ainsi que la réversibilité lui est proposé. C'est le jeu du « ballon cible ». Adèle réussit facilement, elle semble **à l'aise avec les différentes fonctions psychomotrices** observées .

Nous décidons d'en augmenter la difficulté en ajoutant une **contrainte d'ajustement à la distance** par rapport au lanceur de ballon. Adèle se trouve tellement en difficulté sur cette proposition qu'elle finit par se mettre en colère. Ce jeu est repris les semaines suivantes, après avoir vérifié qu'elle avait une bonne compréhension de la consigne, il lui pose toujours problème. L'expression d'une colère si forte face à l'échec met en lumière la fragilité de son narcissisme. Au bout de trois semaines, Adèle refuse de jouer, nous y reviendrons vers la fin de l'année avec plus de facilité.

Avec « le jeu des statues » nous prenons conscience des **difficultés de verbalisation** d'Adèle pour donner une consigne à l'autre. Ce jeu met aussi en lumière une **brutalité** envers son corps et celui de l'autre.

D'autres propositions autour de tapotements sur l'ensemble du corps, de massage ainsi que l'entretien de Moyano (annexe I) nous amène à constater qu'Adèle semble avoir une



**conscience corporelle limitée.** Elle semble n'avoir conscience que de ses extrémités : mains, pieds, tête ou uniquement de ce que l'autre peut voir d'elle, comme si elle n'existait que dans le regard de l'autre.

La séparation dedans, dehors, soi, non soi n'est pas totalement opérée, ce qui est confirmé par l'analyse du conte de la Fourmi. Elle est dans une **relation bidimensionnelle**, l'espace tridimensionnel incluant la distance à l'autre n'est pas intégré. Pour l'instant, elle ne peut fonctionner correctement que dans une proximité immédiate et absolue, ce qui peut venir expliquer ses comportements de collage et d'intrusion à l'égard de l'autre.

C'est une forme de relation au double qu'on retrouve fréquemment chez les individus dits « état limite ».

Elle tient pendant l'entretien de Moyano, ainsi que dans presque toutes les séances de psychomotricité, un **discours** presque logorrhéique sur le thème des dessins animés. Elle présente une tachypsychie, des craquées verbales, une pensée sans logique, des coq à l'âne qui nous font penser à un **état submaniaque**, mécanisme de défense souvent mis en place pour **lutter contre la dépression**.

Adèle est indifférente à son apparence, elle dit ne pas aimer prendre soin de son corps, il ressort un **désinvestissement du corps érotisé**. Elle rencontre peut-être des difficultés à faire le deuil de son corps d'enfant et a du mal à accepter les changements corporels liés à la puberté qui s'opèrent en elle.

Elle fait de nombreuses associations d'idées sur la mutilation. Cela met en lumière une angoisse archaïque de morcellement probablement en lien avec une **enveloppe psychique et corporelle fragile**.

Le discours porté sur son dessin du bonhomme met en exergue de nombreux **signifiants** « **pénétration** » (toque, tatouage, boucles d'oreille) et « **barrière** » (sweat, pyjama) qui viennent corroborer cette hypothèse.

Adèle semble avoir conscience de son enveloppe corporelle, elle a d'ailleurs commencé par dessiner les contours en rouge, mais son **Moi-peau semble fragile**. Le corps peut être percé, douloureux et nécessite des protections supplémentaires. Il existe un **décalage** entre l'**idéal projeté** de cette femme forte, Luisa, auquel elle semble s'identifier quant elle nous parle en dessinant, et une **image du corps dépréciée**, voire morcelée.

Nous remarquons tout de même sa capacité à se protéger, elle ne veut pas se faire tatouer par peur d'avoir mal et prend soin de son corps en enlevant ses boucles d'oreille qui lui font mal. Cette **capacité défensive, protectrice** se retrouve pendant les séances de psychomotricité au travers de sa carapace tonique ou quand elle est en relation conflictuelle avec ses pairs.

Son bonhomme est souriant. Quand je lui ai demandé d'écrire son nom, elle a noté uniquement ses initiales mais a ajouté une **signature**, marque de sa singularité et preuve peut-être d'**une identité en train de s'affirmer**.

Lors des ateliers cuisine nous pouvons observer une **problématique d'axe**. Adèle n'a rien pour se tenir, elle se tient debout un pied sur l'autre, toute de travers, le ventre contre la table.

Elle rencontre des **difficultés de dissociation** des membres supérieurs et de **motricité fine** renforcées par une **difficulté à réguler son tonus** venant la gêner dans ses mouvements.

Il ressort de l'ensemble des propositions faites à Adèle qu'elle peut être très performante lorsqu'elle évolue seule dans un jeu, mais que c'est plus compliqué lorsqu'il implique une **dimension relationnelle**, de proximité corporelle et une mise en jeu de la relation tonico-émotionnelle (jeu des bâtons).

Ses **capacités d'expression** autour de ses ressentis et de ses émotions en début de séance se développent au fur et à mesure qu'on avance dans l'année.

Elle fait preuve d'une grande **capacité de concentration**, qui peut être mise à mal sur la durée par une certaine **fatigabilité**. Elle montre de plus en plus la possibilité de **réajuster son état tonique** pour faire plus doucement vis à vis de l'autre et d'elle même.

Sa perception sensorielle est efficiente. Nous appuyons nos propositions sur ces compétences sensorielles.

Elle réussit à **mieux ajuster ses distances à l'autre** et quelque chose de l'ordre d'une **subjectivité renforcée** semble lui avoir permis de pouvoir exprimer en séance les maltraitances physiques et psychologiques potentielles qu'elle subit à son domicile.

Face à ses dernières révélations et à nos observations concernant cette carapace tonique

défensive, nous souhaitons proposer à Adèle des situations de **holding au moyen d'une relaxation psychomotrice** de type Jacobson ou d'enveloppement dans une couverture associée à un massage afin d'appuyer la **prise de conscience d'une enveloppe solide et unifiée, d'un dedans et d'un dehors**.

Nous souhaitons aussi lui proposer de **travailler son axe et son ancrage** dans le cadre d'une activité autour de l'**expression corporelle** et de la **kinésphère** afin d'accompagner cette affirmation de soi qui semble s'élaborer depuis quelques semaines.

### 3.2-Evolution de Nathan au cours des séances de psychomotricité

Nathan est un adolescent très **ritualisé** ce qui est en lien avec les troubles et les angoisses qui le mettent en difficulté. Il arrive très souvent en avance, crie dans les couloirs, chante fort du rap et tape contre les portes. Il se trouve dans une **agitation psychomotrice** envahissante, **décontenancé**, presque éclaté.

En séance, Nathan évoque fréquemment des douleurs aux pieds, « *une épine* » qui serait coincée dans le pied. Un jour il parle de ses lèvres gercées, « *c'est fendu en deux* », il le montre avec un geste partant du menton jusqu'en haut du front.

En lien avec certaines remarques de la psychologue, nous émettons l'hypothèse que ses angoisses de persécution, de morcellement et ses difficultés de différenciation sont en lien avec une **enveloppe psychique et corporelle défailante, peu étanche**. Ce qui peut engendrer chez lui un **sentiment d'intrusion**, comme si son enveloppe se résumait à un « *Moi-peau passoire* » (Cupa, 2006) laissant tout entrer ou sortir.

Nathan bénéficie systématiquement d'un massage, d'abord à l'aide d'un **médiateur** puis avec une induction manuelle.

L'éthymologie du terme « médiateur » date du XIV<sup>ème</sup> siècle, il vient de « médiatour », « *ce qui sert d'intermédiaire entre deux choses* », ou encore « *celui qui s'entremet pour créer un accord* » (Médiateur : Etymologie de Médiateur, s. d.). Face aux difficultés de Nathan, il est le **trait d'union entre le soi et le non soi**. Le médiateur permet malgré tout

de faire le lien entre le thérapeute et le patient, de « **faire relation** » sans que le contact soit direct.

Il nous semble d'autant plus important d'utiliser un médiateur quand on travaille avec des adolescents en plein chamboulement identitaire et sexuel. Le médiateur fait alors écho au **double interdit de toucher** d'Anzieu (Chabert, 2007). Le premier sert à protéger le petit enfant du monde extérieur, à lui faire prendre conscience du dedans et du dehors, du familier protecteur et de l'étranger dangereux.

Le deuxième interdit de toucher est lié à l'aspect réflexif du toucher, tout en touchant je suis touché. Mais « *le tactile n'est fondateur qu'à condition de se trouver, au moment nécessaire, interdit* » (Anzieu, 2006) Le corps à corps primaire entre l'enfant et sa mère est structurant mais s'il perdure il empêche de se séparer, d'explorer et d'accéder ainsi à la différenciation et à l'autonomie psychique. Cette deuxième dimension de l'interdit de toucher est le précurseur de l'interdit de l'inceste et concerne plus généralement la régulation des pulsions sexuelles et agressives. Il impose un interdit valable pour l'émetteur et pour le récepteur. Dans un cadre thérapeutique le médiateur permet de mettre une distance protectrice entre le thérapeute et l'adolescent contre un débordement d'excitation qui trouverait son origine dans le contact avec une zone sensible au plaisir ou au déplaisir.

La relaxation psychomotrice aide Nathan, dans un cadre relationnel sécuritaire, à s'apaiser et retrouver contenance. Nous soupçonnons que le **cadre thérapeutique de la salle de psychomotricité** joue le rôle d'enveloppe substitutive, comme une « *seconde peau* » théorisée par Bick (Ciccone & Lhopital, 2019 b).

Un **ajustement tonico-émotionnel** se fait aussi au travers du filtre relationnel, ici celui de la thérapeute, (Robert-Ouvray, 2014), venant donner « *une valeur de communication aux effervescences motrices et toniques* ». L'apaisement émotionnel et corporel retrouvé permet alors l'intégration psychique, le rassemblement de la pensée.

Ses séances sont à son image, elles aussi très ritualisées. La nouveauté est amenée avec prudence et par petites touches afin de ne pas risquer de le désorganiser.

La balle, à l'image des « *flux tactiles* » de Bullinger, vient d'abord indiquer précisément chaque segment corporel. Puis le contour du corps. Le ballon, plus enveloppant, met en

lumière les volumes de celui-ci. Le passage des mains, rapide et global sur la totalité du corps, vient inviter Nathan à ressentir son corps comme un **tout entier et unifié**.

En s'appuyant sur des sensations corporelles tantôt différenciatrices, tantôt unifiantes, la thérapeute amène le patient à une prise de conscience des différents segments et à **revisiter le schéma corporel**.

Elle vient aussi au contact de l'enveloppe corporelle. A l'image des corps à corps archaïques de l'enfance, le **toucher thérapeutique**, dans un cadre relationnel rassurant, permet de différencier une surface comportant une face interne et une face externe, amenant la distinction entre le dedans et le dehors et la perception d'un volume. Surface et volume qui apportent l'expérience d'un contenant grâce à la peau. Contenant qui relie les parties du corps en un tout unifié en lien avec le modèle de contenant/contenu de Bion. Nous percevons dans la prise en charge de la psychomotricienne cette volonté de recréer cette **contenance maternelle** et d'insister sur les **éprouvés de peau**, de contour, de délimitation, d'intérieur et d'extérieur.

Nathan semble **dépourvu d'axe**, il ne reste jamais longtemps debout et s'allonge très vite sur le ventre. Cela m'évoque l'hypotonie axiale du bébé.

Lors d'une séance, Nathan se brûle le pied sur la radiateur. Malgré le fait que le radiateur soit brûlant, il recommence.

- « *Pourquoi fais-tu ça ?* » lui demande la psychomotricienne.

- « *Pour me brûler tout le pied. J'ai failli prendre feu* ».

Je me suis demandé si, à cet instant, il n'était pas à la **recherche des limites de son propre corps**, limite entre le dedans et le dehors mais aussi limite vis à vis de la douleur ressentie. Comme s'il recherchait à éprouver son enveloppe, de manière à ressentir quelque chose, à se sentir exister, peu importe que cela soit plaisant ou déplaisant.

Puis comme si cet acte d'agression envers son « *Moi-peau* » lui avait permis d'intégrer quelque chose de l'ordre de la vulnérabilité et du besoin de protection, il a recommencé une troisième fois mais cette fois-ci plus précautionneusement, pour le retirer très vite.

Le respect du cadre et des horaires viennent rassurer Nathan. A l'inverse le non respect des horaires entraînent chez lui de la **frustration** et un **débordement émotionnel**.

Il sait se repérer dans le temps et il est capable d'anticipation. Mais il ne peut supporter le changement, le non respect de l'horaire semble entraîner chez lui une angoisse très forte, peut-être d'annihilation, comme si rater l'espace-temps qui lui est consacré en psychomotricité risquait d'entraîner son propre anéantissement.

Dans toutes les séances, un temps de verbalisation en début et en fin de séance afin de savoir comment il se sent est prévu. Il répond presque systématiquement par un laconique « ça va ». Nathan réclame à chaque fois « *son massage* », il reste **ancré aux éprouvés sensoriels**, dans le corps vécu. Il a besoin de sensations primaires, archaïques pour se sentir exister et pour retrouver contenance. Le lien entre les sensations, les perceptions et les représentations semble presque inexistant. Il **accède difficilement au symbolisme**, au Moi-pensant et ça l'entrave dans ses relations sociales.

Sur la deuxième partie de l'année, une évolution est notable. Nathan se sert du bol tibétain pour marquer le début et la fin de la séance. Ce **rituel** l'aide à intégrer une temporalité plus rassurante.

Nous sommes entrés en relation petit à petit jusqu'à pouvoir lui proposer l'intégralité du massage. La relaxation concerne le corps dans son entièreté, nous insistons plus particulièrement sur les parties osseuses (sternum, côtes), les ceintures scapulaires et pelviennes, la colonne vertébrale et les articulations, comme des **points d'ancrage** lui permettant d'expérimenter la **solidité**, la **permanence** et l'unité.

Il exprime de plus en plus ses demandes vis à vis du massage, il demande souvent d'aller moins fort dans le dos et plus fort sur les pieds. Nous pouvons faire ici le lien avec quelque chose d'encore **fragile au niveau de l'arrière plan** ainsi qu'un fort besoin d'ancrage, comme pour ne pas « perdre pied ».

Il peut évoquer le fait qu'il se sent bien après le massage, que ça lui fait du bien. La fonction contenante recrée à chaque séance n'est pas réduite à un rôle de réceptacle. A

l'image de la théorie du contenant/contenu de Bion qui a un rôle de réceptacle et de transformation, l'enveloppe psychique semble s'étayer un peu sur l'enveloppe corporelle ce qui s'observe au travers d'une **verbalisation des ressentis plus riche**.

Quelque commence à s'élaborer entre ses sensations, ses perceptions et ses représentations. Lors d'une séance, après avoir fait sonner le bol tibétain, il nous dit que ça lui fait penser à la cloche de l'église. Il évoque alors la mort d'un présentateur de télévision, puis par association, celle de sa grand-mère qui a eu lieu lorsqu'il avait 6 ans. Il exprime tout à coup de l'énerverment mais reprend vite contenance. L'**accès au symbolisme** est en cours de construction pour Nathan, les pensées ont ici engendré une vive émotion qui ne l'a pas désorganisé pour autant.

L'évocation de la mort de sa grand-mère nous amène à nous questionner sur un lien possible avec les épisodes d'encoprésie et d'auto-agressivité évoqués par les parents à cet âge. Comme si l'impensable pour lui était venu se projeter au niveau somatique et dans un agir destructeur.

Nathan présente ponctuellement des mouvements stéréotypés de tapotements sur le haut de la poitrine. Nous émettons ici l'hypothèse que Nathan est en **recherche d'éprouvés au niveau de la structure profonde** de son corps.

En nous appuyant sur ces observations, nous introduisons petit à petit des **tapotements** sur tout le corps et le visage en fin de séance.

Les tapotements, les vibrations font résonner des sensations au niveau des os et du squelette entier. Un éprouvé corporel, au niveau de la structure profonde ou à un niveau plus superficiel, peut venir l'aider à accéder à une conscience corporelle de l'**intérieur** et de l'**extérieur**, de ce qui est **solide** ou **fragile**, de ce qui est **dur** ou **mou**, de ce qui fait mal ou pas.

Dans le but de créer une **co-modalité sensorielle** auditive et tactile, nous lui demandons de prendre une grande respiration et d'émettre un son en même temps que les tapotements. Il est sur le dos, les regards se croisent, cette situation rappelle la **constitution de l'arrière-plan** et de l'enveloppe grâce au regard entre la mère et l'enfant théorisée par Haag (Haag, 2015). Le son venant créer une enveloppe supplémentaire.

Nathan a eu le COVID dernièrement, il est encore dans la pensée magique du tout petit, selon lui, il ne ressent plus de « chatouilles » grâce au COVID et nous précise que le virus n'est pas allé dans la tête. Il évoque aussi « *les petits bonhommes dans son corps* » du dessin animé *Il était une fois...la vie*. Il évoque ici les globules blancs, défenseurs des agressions externes. Même si la différence entre fiction et réalité ne semble pas établie, nous remarquons plusieurs choses :

-il semble considérer son corps comme suffisamment fort pour résister à l'attaque d'un virus, il fait confiance aux moyens défensifs de son corps.

-le virus n'a pas intrusé sa tête. D'ailleurs il ne semble pas voir le virus comme un élément persécuteur mais plutôt comme s'il l'avait doté d'un « pouvoir » supplémentaire, celui de ne plus ressentir les chatouilles. Ce type de pensée magique est courant dans le cadre d'une dysharmonie évolutive.

-quelque chose de l'ordre du **contenant** semble s'être construit au niveau de l'enveloppe corporelle lui permettant d'**évoquer un intérieur**.

Les séances de psychomotricité, dans un cadre relationnel sécuritaire, semblent l'aider à **construire ou re-construire une enveloppe** qui lui fait défaut. Ce mouvement vient étayer l'enveloppe psychique, l'**accès à la représentation et au symbolique** sont en cours d'élaboration. Il parle un peu plus longuement de ses ressentis en début et en fin de séance, il peut évoquer un passé, envisager un après, s'inscrivant ainsi dans une **temporalité plus sécuritaire** et il peut vivre certaines émotions sans que ça vienne totalement le désorganiser.

Pris auparavant dans des expériences très sensorielles, il semble accéder progressivement à une représentation du corps en lien avec une **image du corps moins poreuse** et à l'expression d'une certaine **subjectivité**.

Malgré ses difficultés à entrer en relation, il y parvient petit à petit, à son rythme, plus préférentiellement avec les adultes.

Les perspectives de travail sont de poursuivre ce travail autour d'un vécu corporel contenant et solide dans un contexte relationnel rassurant. Puis de l'amener progressivement à un travail autour de l'ancrage, peut-être par le biais de ce qu'il amène en séance autour de ses pieds.



Compte tenu de son attrait pour le **rap**, parfois même allant jusqu'à faire des rimes lui-même, il serait intéressant d'utiliser ce support pour l'aider à **verbaliser**, notamment ses émotions, en travaillant avec de la musique et du **rythme**, étayé par une **enveloppe sonore**. Il serait enfin intéressant d'explorer l'intégration de son schéma corporel et ses représentations corporelles, et l'accompagner à développer ses capacités à être en relation autour du jeu.

L'accompagnement d'Adèle et de Nathan nous permet de mieux comprendre ce que peut représenter la spécificité de l'approche psychomotrice dans la prise en charge des adolescents en ITEP. Grâce à la médiation corporelle et en nous appuyant sur des apports théoriques psychocorporels, il nous est possible de créer une prise en charge personnalisée en abordant de manière transversale toutes les dimensions qui font notre « être au monde ».

#### **4-Le passage par l'acte : faire corps grâce aux médiations corporelles,**

##### 4.1-Re-naissance et re-création de l'enveloppe

Les médiations corporelles proposées à Adèle et Nathan, **zones de transitionnalité** en lien avec « *l'espace potentiel* » de Winnicott (Winnicott, 1975), mettent en jeu la sensorialité, l'enveloppe, l'espace, la temporalité et le schéma corporel qui fondent tous ensemble la base de notre construction somato-psychique. Mais aussi l'image du corps, le corps en relation sous-tendu par l'environnement, le dialogue tonico-émotionnel, l'accordage et les émotions. Même si toutes ces potentialités nécessitent une maturation neuromotrice, « *marcher, courir, sauter, prendre, toucher, cueillir, caresser, serrer, ne représentent pas seulement des compétences biomécaniques et fonctionnelles, ne sont pas que des réalisations automatisées, produits d'un conditionnement ou d'un processus cognitif. Le corps n'est pas un entre-deux passif mais une interface active entre le sujet et son monde* » (Potel et al., 2013).

Pour ces adolescents empêchés dans leurs dimensions motrices, affectives et cognitives, la psychomotricité tente de proposer une alternative au passage à l'acte grâce au « **passage par l'acte** » (ibid).

Rochet nous rappelle toutefois que les passages à l'acte adolescents représentent un agir de communication dans un mouvement d'indépendance (Rochet, 2009). Cet agir peut être l'expression de quelque chose qui n'est pas mentalisé, mais c'est aussi un premier accès au symbolisme car il est adressé à l'autre dans une **recherche de sens**.

Le passage par l'acte doit être proposé à un moment où cela peut **faire sens** pour le patient. Nous pouvons ainsi souligner la différence de prise en charge entre Adèle et Nathan. Les séances psychomotrices de ce dernier sont encore beaucoup axées sur l'enveloppe, la contenance et les sensorialités archaïques, ce que Potel nomme « *les marquages symboliques primaires* » (ibid). Même si nous nous engageons corporellement avec lui, en relation, l'acte psychomoteur subjectif et adressé de Nathan est encore en cours d'échafaudage.

Par ailleurs nous pensons que l'adolescent carencé souvent rencontré en ITEP, probablement en lien avec un environnement lui-même en difficulté, s'est construit une enveloppe non pas fragile mais **désadaptée**. L'étayage psychomoteur, aidé par ce temps malléable de l'adolescence, fait de profonds remaniements physiologiques, cognitifs, psychomoteurs, peut l'aider à chercher puis re-crée une enveloppe solide et plus adaptée au monde.

Enfin, même s'il est important d'imaginer des dispositifs adaptés aux adolescents, nous avons pu expérimenter par exemple la vidéo en stop-motion, nous remarquons que les adolescents sont encore suffisamment proches de l'enfance pour accepter et apprécier les **médiations corporelles** et le **jeu**. Outils par lesquels le psychomotricien peut les accompagner, au détour d'une **sensori-motricité adolescente**, à aller à la rencontre d'eux-même, de leur environnement et construire leur propre tuteur. L'expression corporelle de l'agir adolescent perd ainsi sa valeur de symptôme pour se transformer et devenir une mise en actes de compétences et de fonctions psychocorporelles autonomes.

Un travail plus appuyé autour des notions d'enveloppe, d'axe et d'espace sont la base d'une « **spatialisation** » (Lesage, 2018), préalable nécessaire à l'établissement de distances intersubjectives adaptées.

## 4.2-Espaces, distances intersubjectives et émotions

Plutôt que de parler d'espace, il s'agirait plutôt de parler « des espaces ».

Dans ce sens nous souhaitons proposer prochainement à Adèle un travail autour de l'expression corporelle et de la **kinésphère** afin de l'accompagner dans **la construction de l'espace à partir du corps**.

Cette proposition est statique d'abord puis marchée, puis dansée, sur une musique choisie par elle afin de créer une enveloppe sonore structurante. Elle part de l'espace intérieur jusqu'à l'espace extérieur le plus lointain :

**-l'espace intérieur**, c'est l'espace de l'intime, de la respiration, du souffle, des battements du cœur.

L'attention est ici portée sur les sensations internes et la respiration, il est possible d'initier des micromouvements en lien avec les perceptions sensorielles, l'intéroception et la somesthésie végétative.

**-l'espace kinésphérique**, c'est l'espace du corps accessible tout autour de soi dans toutes les directions jusqu'à l'extrémité des doigts des mains et des pieds tendus.

La proposition est tout d'abord de créer une bulle autour de soi, puis de se mettre en mouvement dans cette bulle. Des variantes sont possibles avec des formes géométriques différentes (carré, triangle), une bulle plus ou moins petite, des mouvements rapides ou lents, différents ou répétés, les parties du corps mobilisées variables (main, pied, coude, genou, tout le corps), l'idée étant d'explorer toutes les directions (devant, derrière, sur le côté, vers le haut, le bas et au sol).

**-l'espace concret**, c'est l'espace de l'environnement, les objets qui se trouvent dans une pièce, les murs et les portes de la pièce sur lesquels on peut prendre appui ou les éviter, les personnes que l'on peut rencontrer et avec lesquelles on peut interagir ou non, jouer sur la rencontre des bulles, jusqu'où aller, à quel moment s'arrêter. Nous pourrions proposer ici de marcher/danser dans les différents plans de l'espace et à différents niveaux (haut, médium, bas).

**-l'espace projeté**, c'est l'espace qui va au-delà de la pièce, on peut pour cela imaginer des lignes de mouvement et de regard qui dépassent l'espace concret.

Ce travail se fera dans un premier temps ensemble, avec un premier temps de miroir pour amener progressivement Adèle, si cela lui est possible, à proposer ses propres mouvements.

Nous souhaitons qu'Adèle puisse avec cette proposition **se différencier** de plus en plus, **s'émanciper du regard de l'autre** et favoriser ce que Lesage nomme « *l'habitation* » (Lesage, 2018), la possibilité d'habiter une zone d'espace, par sa présence, de s'y poser, de s'y reposer, voire de s'y imposer.

La deuxième étape de cette proposition a pour objectif d'amener Adèle à quitter l'espace bidimensionnel de collage à l'autre pour entrer dans **l'espace tridimensionnel** avec « *la capacité projective et empathique* » (ibid), c'est à dire la capacité d'imaginer le point de vue de l'autre sans se perdre soi.

La fin de la séance se clôture par un **moment d'expression partagée** sur les ressentis corporels et les émotions grâce à un bonhomme sur lequel on peut coller un visage/émotion et une carte/émotion (annexe II) voire dessiner ou écrire une phrase. Cette dernière étape a pour but de développer une **prise de distance au corporel** et accéder par là même à une forme de **symbolisation**.

## **5-Les limites de la prise en charge psychomotrice en ITEP**

### 5.1-Les limites en nous : la difficulté du regard positif inconditionnel

Il nous semble important de garder la lucidité sur les difficultés que l'on peut rencontrer face à certains jeunes pour lesquels **nous ne parvenons pas à avoir de regard positif** inconditionnel. Il s'agit alors d'être à l'écoute des nos propres ressentis et émotions et de **les accueillir** sans se juger trop durement, car les nier représenterait un mécanisme de défense.

Lemay explique que les « *jeunes abandonniques* » nous entraînent parfois dans l'insatisfaction, voire dans le rejet, ce qui peut venir compliquer notre prise en charge. Cependant c'est aussi par « *le décodage des émotions réciproques que peut parfois s'instituer le creuset d'un véritable changement* » (Lemay, 1993).

Nathan a mis plusieurs séances à remarquer ma présence et à me dire bonjour. Au fur et à mesure, très lentement, il a accepté que j'entre en relation avec lui et que je participe à sa relaxation psychomotrice jusqu'à faire le massage en entier. Si j'étais absente, il demandait où j'étais, un jour il a même proposé un jeu à Perrine pour m'attendre.

\* \* \*

Lors de cette séance Nathan est très agité. Il a été malade dernièrement, il n'a pas pu venir en séance de psychomotricité depuis 15 jours. Il accepte que je fasse le massage de la tête mais souhaite que ce soit Perrine qui fasse tout le reste de la séance. Il sort de la salle de psychomotricité détendu, avec un air satisfait, sans un regard vers moi, sans un au-revoir.

J'ai pu expérimenter avec Nathan ces émotions à la fois gratifiantes et la surprise de devenir tout à coup transparente, insignifiante, comme réifiée.

Ces expériences sont courantes en ITEP, cela nous fait penser à la remarque de Potel : *« Il faut avoir une certaine **souplesse adaptative** pour, à la fois garder en soi le désir de transmettre le plaisir du jeu, et en même temps renoncer à un idéal du jeu (tel qu'il devrait être) »* (Potel et al., 2013). Nous devons autant que possible entretenir cette souplesse adaptative dans nos relations aux adolescents accueillis en ITEP.

Comme tout système, l'institution et les rapports que nous entretenons avec les jeunes peuvent avoir un impact sur nous, la possibilité de pouvoir exprimer ces émotions à un autre professionnel ou en équipe pluridisciplinaire permet de mieux vivre et accepter ces émotions et ces mouvements psychiques.

Ces interrelations systémiques viennent nous rappeler que l'adolescent pris en charge en ITEP vit souvent, même avec quelques jours d'internat, dans sa famille.

## 5.2-L'absence de prise en charge psychomotrice systémique

Le système famille ou les dyades mère/adolescent, situation monoparentale fréquemment rencontrée, sont pris en charge par le DITEP, notamment via les AEMO et la thérapeute familiale qui se déplace régulièrement au domicile ou qui reçoit les famille à l'ITEP.

Nous regrettons qu'une **prise en charge psychomotrice systémique** soit encore peu développée en France. L'idée existe au Canada ainsi qu'en Suisse. Le nombre de parents démunis face à leurs propres difficultés et face aux difficultés de leur adolescent augmente. Certains expriment une **parentalité en souffrance**, il leur est compliqué de passer du temps ou de jouer avec leur enfant.

Des Lieux d'Accueil Enfants Parents existent déjà pour les tous petits, un Institut de la Parentalité s'appuyant sur les apports théoriques de l'attachement propose des ateliers de guidance parentale en Gironde.

Le champs des possibles est immense, nous espérons pouvoir participer un jour à un projet permettant de mettre en jeu la psychomotricité au service de la **relation parent-enfant**.

## **CONCLUSION**

Aborder, toucher, mettre en mouvement le corps de l'adolescent ne semble pas évident d'emblée. Il est le lieu de grands bouleversements physiologiques et de remaniements psychiques puissants et complexes. Et ce d'autant plus pour des adolescents évoluant en ITEP et qui ont pu connaître des violences intrafamiliales, des ruptures ou des carences affectives profondes. L'adolescence ne correspond pas seulement pour eux à l'avènement d'une nouvelle corporalité en lien avec l'accès à la sexualité génitale et à une autonomie de plus en plus grande. Cette période vient accentuer une difficulté à être au monde et aux autres. Difficulté souvent augmentée par le fait qu'ils ont peu accès à une scolarité classique. Le sentiment d'être différent, d'être écarté de leurs semblables, voire de la société, vient écorcher, s'il n'en était pas assez dans leur histoire de vie, leur estime de soi. Ils traînent derrière eux une longue histoire de troubles du comportement qui semble les assigner à une case dont ils peuvent s'extraire difficilement.

Tout le travail du psychomotricien, inscrit dans une équipe pluridisciplinaire et dans une institution, est là. Leur donner la possibilité de s'extraire de cette case trop étriquée, les amener à prendre conscience qu'il existe pour eux une place dans ce monde et qu'il peuvent être acteur de cette construction.

Pour cela il faut parfois revenir sur l'une des fondations de l'édifice corporel et psychique : l'enveloppe. Partir de là où en est l'adolescent, l'accompagner à réadapter, voire re-crée un Moi-peau qui a été agressé trop précocement par la vie, expérimenter des processus

archaïques, travailler sur la sensorialité et les dimensions psychomotrices, jouer, m'a permis de comprendre encore mieux comment le corps et la motricité peuvent se mettre au service de la rencontre avec soi et avec autrui.

Les troubles du comportement à l'adolescence ne doivent pas être vus sous le prisme de la fatalité. J'ai acquis la conviction grâce à ce stage en ITEP qu'on peut, en tant que psychomotricien, s'appuyer sur toute l'énergie que l'adolescent déploie à cet âge, le fourmillement d'idées, d'idéaux, de créativité, mais aussi d'introspection, de poésie, de peurs et d'angoisses pour laisser de côté l'agir destructeur et l'accompagner vers une forme de sublimation qui aurait été empêchée dans l'enfance, dans le but de l'étayer dans dans le déploiement de son identité et dans la régulation de ses distances à l'autre.

Ce stage m'a permis de mieux appréhender la clinique du lien. Il m'a permis de prendre conscience qu'une pratique psychomotrice rééducative ne peut faire l'économie des mouvements psychiques qui peuvent avoir lieu quand on vient ébranler le corps du patient. Avec cette idée en arrière plan, toujours, de ne pas installer de dépendance, et de viser l'autonomie psychique et corporelle de chacun.

A titre personnel ce mémoire m'a permis de continuer à construire la représentation que je me fais de mon futur métier. Comment être suffisamment authentique dans mon être, dans ma présence et dans mon corps pour accompagner mes patients dans la quête de leur ipséité, tels qu'ils sont, avec leurs fragilités, leurs handicaps mais aussi leurs compétences, leurs habiletés et leurs savoirs.

## TABLES DES MATIERES

I-Le développement psycho-affectif et psycho-corporel de l'enfant : quand les distances structurent l'enveloppe.....	6
1-La psychodynamique et l'émergence du Moi .....	6
1.1-De l'indifférenciation à la subjectivité.....	7
a) Pulsion, libido et relation d'objet.....	7
b) Développement psychocorporel prégénital, idéal du Moi, Moi idéal et identification.....	8
c) Sublimation et socialisation.....	10
d) La différenciation.....	11
e) La distanciation symbolique du langage.....	12
1.2-Le développement de l'enfant au regard de l'interaction avec son environnement. .	13
a) Sécurité interne et sentiment de continuité.....	13
b) Impressions sensorielles, contenance et transformation.....	14
2-La psychomotricité et le «prendre corps ».....	16
2.1-La peau, enveloppe corporelle et psychique.....	16
2.2-Le dialogue tonico-émotionnel et la relation intersubjective.....	19
2.3-Le corps en relation comme outil de compréhension du monde.....	21
2.4-L'espace-temps.....	21
a) Le temps et le rythme dans l'élaboration des distances.....	21
b) Espaces et distances.....	23
2.5-La sensori-motricité.....	26
2.6-Le schéma corporel et l'image du corps.....	28
a) Le schéma corporel.....	28
b) L'image du corps.....	29
II-L'adolescence et les troubles du comportement en ITEP.....	33
1-Le développement de l'adolescent.....	34
1.1-Les modifications somatiques et l'accès à la génitalité.....	34
a) Les transformations somatiques.....	34
b) L'accès à la génitalité et à la sexualité.....	34
1.2-Une crise narcissique et identificatoire.....	37
1.3-Une « crise » d'adolescence, un deuil ou un processus ?.....	38
1.4-De l'attachement à l'autonomie.....	39
2-Les écueils de l'adolescence : quand l'agir prédomine.....	40
2.1-La prise de toxiques.....	41
2.2-L'agressivité : le paradoxe de la mise à distance et de l'intrusion.....	42
2.3-La fugue : une illustration des ruptures.....	44
2.4-Les tentatives de suicide et le suicide.....	45
3-Les missions, le public et les indications à une prise en charge en ITEP.....	46
3.1-Missions et présentation de l'ITEP.....	46
a) Le cadre légal de l'ITEP.....	46
b) Présentation de l'ITEP.....	48
3.2-Le public de l'ITEP au regard des différentes classifications nosographiques.....	49
a) Au regard de la Classification Internationale des Maladies-10 (CIM-10).....	50
b) Au regard du Diagnostic and Statistical Manual of Mental-V (DSM-V).....	51
c) Au regard de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent-6 (CFTMEA-6).....	52
3.3-La reconnaissance d'un handicap et les indications à une prise en charge en ITEP. .	54
a) La reconnaissance d'un handicap.....	54



b) Les indications à une prise en charge en ITEP.....	55
4-L'ITEP, un espace de transition.....	56
III-L'étayage psychomoteur de l'enveloppe et des distances intersubjectives de l'adolescent en ITEP	
.....	58
1-Une histoire de vie marquée par un environnement carencé.....	59
1.1-L'histoire de vie et l'anamnèse d'Adèle.....	59
1.2-L'histoire de vie et l'anamnèse de Nathan.....	61
1.3-Définition et causes d'un environnement carencé.....	63
1.4-L'expression psychomotrice de troubles en lien avec un environnement carencé...65	
a) Le langage affectif.....	65
b) Le langage somatique.....	67
c) Le langage cognitif.....	68
1.5-Les évaluations, bilans et PPA d'Adèle et de Nathan.....	69
a) Adèle : bilans, évaluations, PPA et projet thérapeutique en psychomotricité...69	
b) Nathan : évaluations, PPA et projet thérapeutique en psychomotricité.....	71
2-Le cadre thérapeutique en psychomotricité.....	72
2.1-Le cadre matériel : un espace temporel et spatial privilégié.....	72
2.2-Un cadre intégratif : thérapie et rééducation.....	73
2.3-La posture du psychomotricien.....	74
3-La prise en charge psychomotrice : quand la conscience du corps et de ses limites n'existent pas ou sont fragiles,.....	77
3.1-Evolution d'Adèle au cours des séances de psychomotricité.....	77
3.2-Evolution de Nathan au cours des séances de psychomotricité.....	81
4-Le passage par l'acte : faire corps grâce aux médiations corporelles,.....	87
4.1-Re-naissance et re-création de l'enveloppe.....	87
4.2-Espaces, distances intersubjectives et émotions.....	89
5-Les limites de la prise en charge psychomotrice en ITEP.....	90
5.1-Les limites en nous : la difficulté du regard positif inconditionnel.....	90
5.2-L'absence de prise en charge psychomotrice systémique.....	91

## BIBLIOGRAPHIE

- ADOLESCENCE : *Définition de ADOLESCENCE*. (s. d.). Retrieved from <https://www.cnrtl.fr/definition/adolescence>
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall S. (1979). *Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation*. Royaume-Uni, Hove: Psychology Press.
- Anesm. (2017). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation*. Retrieved from [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web\\_rbpp\\_socialisation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_socialisation.pdf)
- Anzieu, D. (2006). Le double interdit du toucher. In M.-C. Durieux, F. Nayrou et H. Parat (Eds), *Interdit et tabou* (pp. 201-220). Paris: PUF. Retrieved from <https://www.cairn.info/interdit-et-tabou--9782130558705-page-201.htm>
- Anzieu, D. (1999). *L'épiderme nomade et la peau psychique*. Paris: Le collège de la psychanalyse groupale et familiale.
- Article D312-59-1—Code de l'action sociale et des familles—Légifrance. (s. d.). Retrieved from [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006906399/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006906399/)
- Bachollet, M.-S. & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances Psy*, 49(4), 14-19. DOI 10.3917/ep.049.0014
- Belot, R.-A. (2012). Le système pare-excitation parental et ses liens avec l'expression somatique du bébé, apports théorico-cliniques . *Dialogue*, 197(3), 19-30. Retrieved from <https://www.cairn.info/journal-dialogue-2012-3-page-19.htm>
- Bion, W. R. (1991), *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF.
- Bion, W. R. (1992). *Réflexion faite*. Paris : PUF.
- Bonneville, E. (2010). Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 53(1), 31-70. DOI 10.3917/psy.531.0031
- Bossé, J. (2017). *Prendre corps : apport de la psychomotricité dans la construction corporelle d'adolescents déficients mentaux* (Mémoire). Institut de Formation en Psychomotricité, Bordeaux.

- Botbol, M. & Balkan, T. (2006). États limites en institution: une psychothérapie par « l'environnement ». *Psychotherapies*, 26(1), 15-20. DOI 10.3917/psys.061.0015
- Boukobza, C. (2003). La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott. *Le Coq-heron*, 173(2), 64-71. DOI 10.3917/cohe.173.0064
- Boutinaud, J. (2013). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*. Paris: In Press.
- Branchard, L. & Moyano, O. (2018). Les représentations dynamiques du corps. *Psychologie clinique et projective*, 24(1), 197-217. DOI 10.3917/pcp.024.0197
- Brétéché, S. (2015). L'incarnation de « l'entre ». *Chantiers de la Création*, 8. Retrieved from <https://doi.org/10.4000/lcc.1044>
- Bronstein, C. & Hacker, A.-L. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, 76(3), 769-778. DOI 10.3917/rfp.763.0769
- Brun, A. (2007). *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*. Paris: Dunod.
- Bullinger, A. (2017). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars Tome 2, l'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED*. Toulouse: Erès.
- Bullinger, A. (2019). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars Tome 1, un parcours de recherche*. Toulouse: Erès.
- CARENCE : Définition de CARENCE. (s. d.). Retrieved from <https://www.cnrtl.fr/definition/carence>
- Cartry, J. (2012). La carence relationnelle. In J. Cartry (Ed), *Les parents symboliques* (pp. 23-48). Retrieved from <https://www.cairn.info/les-parents-symboliques-symboliques--9782100576173-page-23.htm>
- Cash, T. F. (2004). Body image : Past, present, and future. *Body Image*, 1(1), 1-5. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1)
- Chabert, C. (2007). L'interdit du toucher et le transfert paradoxal. *Le Carnet PSY*, 117(4), 24-28. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2007-4-page-24.htm>
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante: modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102. DOI 10.3917/cpc.017.0081
- Ciccone, A. & Lhopital, M. (2019). Chapitre 6. Au sujet de la symbiose. Une peau commune. *Psychismes*, 3, 151-164. Retrieved from <https://www.cairn.info/naissance-a-la-vie-psychique--9782100761807-page-151.htm>

- Ciccione, A. & Lhopital, M. (2019). Chapitre 15. La formation « seconde peau ». *Psychismes*, 3, 345-355. Retrieved from <https://www.cairn.info/naissance-a-la-vie-psychique--9782100761807-page-345.htm>
- CIM-10 Chapitre 05: Troubles mentaux et du comportement. (2017). Retrieved from *Wikipédia*. [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=CIM-10\\_Chapitre\\_05:\\_Troubles\\_mentaux\\_et\\_du\\_comportement&oldid=143935302](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=CIM-10_Chapitre_05:_Troubles_mentaux_et_du_comportement&oldid=143935302)
- Circulaire n° 2007-194: Les ITEP.* (s. d.). Retrieved from [http://dcalin.fr/textoff/itep\\_2007.html](http://dcalin.fr/textoff/itep_2007.html)
- Clancier, S. (1998). 4—Les stades de révolution libidinale. *Fonds psychanalyse*. In S. Clancier (Ed), *Freud* (pp 55-74). Toulouse: Erès. Retrieved from <https://www.cairn.info/freud--9782865865550-page-55.htm>
- Crocq, M.-A. & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Cupa, D. (2006). Une topologie de la sensualité: Le Moi-peau. *Revue française de psychosomatique*, 29(1), 83-100. DOI 10.3917/rfps.029.0083
- Dany, L. & Morin, M. (2010). Image corporelle et estime de soi: étude auprès de lycéens français. *Bulletin de psychologie*, 509(5), 321-334. DOI 10.3917/bupsy.509.0321
- De Ajuriaguerra, J. (1962). Le corps comme relation. *Revue suisse de psychologie*, 21, 137-157.
- Décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré. Retrieved from <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034485262/>
- Définition de psycho-affectif—Encyclopædia Universalis.* (s. d.). Retrieved from <https://www.universalis.fr/dictionnaire/psycho-affectif/>
- De Fresse de Monval, A. (2015) "*Lâche-moi, j'ai besoin de toi*": la thérapie psychomotrice comme vecteur et soutien de construction identitaire chez les enfants carencés (Mémoire). Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, Paris.
- Delage, M. (2008). L'attachement à l'adolescence. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 40(1), 79-97. DOI 10.3917/ctf.040.0079
- Delassus, J.-M. (2010). Chapitre 20—La notion de schéma corporel. *Psychismes*. In J.-M. Delassus (Ed) *Le corps du désir, psychanalyse de la grossesse* (pp. 181-192). Paris: Dunod. Retrieved from <https://www.cairn.info/le-corps-du-desir--9782100545568-page-181.htm>

- Descamps, M.-A. (1993). 14—La proxémie ou le code des distances. *Psychologie d'aujourd'hui*, 2, 124-131. In M.-A. Descamps (Ed) *Le langage du corps et la communication corporelle* (pp. 124-131). Paris: PUF. Retrieved from <https://www.cairn.info/le-langage-du-corps-et-la-communication-corporelle--9782130452072-page-124.htm?contenu=resume>
- Désobeau, F. (2008). *Thérapie psychomotrice avec l'enfant*. Toulouse: Erès.
- Devanne, É. (2012). Thérapie psychomotrice auprès d'un enfant présentant des troubles envahissants du développement. *La psychiatrie de l'enfant*, 55(1), 101-123. DOI 10.3917/psy.551.0101
- DISTANCE : Définition de DISTANCE.* (s. d.). Retrieved from <https://www.cnrtl.fr/definition/distance>
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Points.
- Dolto, F., Dolto, C. & Percheminier, C. (1989). *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*. Paris, Hatier
- Freud, S. (2011), *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Traduction F., Cambon. Paris : Flammarion.
- Freud, S. (2014). *Au-delà du principe de plaisir*. Traduction J.-P., Lefebvre. Paris : Seuil.
- Freud, S. (1987). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Gallimard.
- Goeb, J.-L., Botbol, M. & Golse, B. (2003). Adolescence et évolution schizophrénique de psychoses infantiles: particularités cliniques en comparaison de schizophrénies "de novo", *La psychiatrie de l'enfant*, 46(1), 257-325. DOI 10.3917/psy.461.0257
- Golse, B, Bidault, H, Bizot, A, Bursztejn, C, Domange, I, Funck-Brentano, I, Klahr, M, Liberman, M, Meffre, P, Millot, C, Ouss, L, Renault, M, Simas, R, Treca, M.-C. & Viterbo, E. (2015). *Le développement affectif et cognitif de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Gonzalez, P. (2019). *L'approche psychomotrice de l'identité chez les adolescents présentant des troubles du comportement : "C'est moi, mais je me suis mal dessiné"* (Mémoire). Institut de Formation en Psychomotricité, Bordeaux.
- Haag, G. (2015). L'apport de la clinique de l'autisme à la problématique des troubles corporels dans le champ des addictions et des états limites. *Cliniques méditerranéennes*, 91(1), 27-40. DOI 10.3917/cm.091.0027
- Hattinguais, H. (2020). " *Touche-moi si tu peux* " : la question du toucher auprès d'adolescents atteints de troubles du comportement (Mémoire). Institut de Formation en Psychomotricité, Bordeaux.

- Haudiquet, X. (2013). Le regard positif inconditionnel : Comment y parvenir ? *Approche Centree sur la Personne. Pratique et recherche*, 17(1), 65-78. DOI 10.3917/acp.017.0065
- Houzel, D., Emmanuelli, M. & Moggio, F. (2000). *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF.
- INTROJECTER*: Définition de *INTROJECTER*. (s. d.). Retrieved from <https://cnrtl.fr/definition/introjecter>
- Joly F. (2009). *Julien de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*. Neuilly-Plaisance: Editions du Papyrus.
- Juignet, P. (2003). Lacan, le symbolique et le signifiant. *Cliniques mediterraneennes*, 68(2), 131-144. DOI 10.3917/cm.068.0131
- Kaës, R. (2012). Conteneurs et metaconteneurs. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 643-660. DOI 10.3917/jpe.004.0643
- Klein, M., & Rivière J. (2001). *L'amour et la haine*. Paris: Payot et Rivages.
- Klein, M., Heinmann, P., Isaacs, S., & Rivière, J. (1976). *Développements de la psychanalyse*. Paris: PTIF.
- Lacan, J. (1949). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je, telle qu'elle nous est révélée, dans l'expérience psychanalytique. In *Revue Française de Psychanalyse* (volume 13, n° 4, pp 449-455). Paris: PUF.
- Lacan, J. (1973). *Le séminaire de Jacques Lacan. Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris: Éditions du Seuil.
- Lacoste, M. (2012). Adolescence et toxicomanies : « Le dit et le non-dit des symptômes ». In É. Boussyère-Catusse, & J.-P. Reynaud (Eds), *Adolescents difficiles: penser et construire des partenariats* (pp. 201-214). Toulouse: Érès. Retrieved from <https://www.cairn.info/adolescents-difficiles-penser-et-construire--9782749234113-page-201.htm>
- Définitions* : *Reposer, se reposer, être reposé* (s. d.)- *Dictionnaire de français Larousse*. Retrieved from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/reposer/68454>
- Laval, V. (2019). Les traits principaux de la théorie de Wallon. In V. Laval (Ed) *La psychologie du développement, modèles et méthodes* (pp. 27-67). Retrieved from <https://www.cairn.info/la-psychologie-du-developpement--9782100794997-page-27.htm?contenu=resume>
- Lemay, M. (1993). *J'ai mal à ma mère*. Paris: Fleurus.

- Lesage, B. (2018). L'espace et le temps en psychomotricité. In J.-M. Albaret, P. Scialom, & F. Giromini (Eds), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp. 81-93). Paris: De Boeck Supérieur. Retrieved from <https://www.cairn.info/manuel-d-enseignement-de-psychomotricite--9782353273690-page-81.htm>
- Liébert, P. (2015). Les principaux traumatismes psychiques chez les enfants confiés à l'ASE. *Enfances*, 53-60. Retrieved from <https://www.cairn.info/quand-la-relation-parentale-est-rompue--9782100721375-page-53.htm?contenu=resume>
- Lombard, M. (2013). La tribu des adolescents. *Les Cahiers Dynamiques*, 58(1), 133-142. DOI 10.3917/lcd.058.0133
- Malher, M. S., Pine, F. & Bergman, A. (1980). *La naissance psychologique de l'être humain*. Paris: Payot.
- Marcelli, D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : La surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, 44(4), 123-129. DOI 10.3917/spi.044.0123
- Martens, F. (2008). Quel corps chez Freud? *Le Coq-heron*, 194(3), 100-112. DOI 10.3917/cohe.194.0100
- Marty, F. (2001). La psychose pubertaire, une impasse du processus d'adolescence. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 36(1), 153-166. DOI 10.3917/rppg.036.0153
- MÉDIATEUR** : *Étymologie de MÉDIATEUR*. (s. d.). Retrieved from <https://www.cnrtl.fr/etymologie/m%C3%A9diateur>
- Meurin, B. (2018). De l'image du corps de Paul Schilder aux représentations corporelles d'André Bullinger. In ABSM (Ed), *La construction des représentations corporelles du bébé* (pp. 41-60). Toulouse: Érès. Retrieved from <https://www.cairn.info/la-construction-des-representations-corporelles--9782749261553-page-41.htm>
- Misès, R. (2004). 78. Les pathologies limites de l'enfance. In Lebovici, S., Diatkine, R. & Soulé, M. (Eds), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescence* (pp. 1347-1362). Paris: PUF. Retrieved from <https://www.cairn.info/nouveau-traite-de-psychiatrie-de-l-enfant-et-de-l--9782130545576-page-1347.htm>
- Paquier, M. (2005). *La consolidation des enveloppes corporelle et psychique en thérapie psychomotrice, approche singulière d'une enfant et d'une adolescente psychotiques* (Mémoire). Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice, Paris.
- PEAU** : *Définition de PEAU*. (s. d.). Retrieved from <https://cnrtl.fr/definition/peau>
- Piaget, J. (1936). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.

- Pipunic, E. (2016). *Le narcissisme peut-il être un concept psychomoteur ? Étude clinico-théorique de la thérapie psychomotrice d'une enfant présentant un retard global de développement* (Mémoire). Institut de Formation en psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, Paris.
- Pireyre, E. W. (2021). Le schéma corporel (2): Données actuelles et définition. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(8), 415-421. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.07.004>
- Pommereau, X. (2006). Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence. *Enfances Psy*, 32(3), 58-71. DOI 10.3917/ep.032.0058
- Pommereau, X. (2021). « Je ne voulais pas mourir, je voulais juste me tuer ». *Le Journal des psychologues*, 391(9), 14-18. DOI 10.3917/jdp.391.0014
- Ponton, G. & Glon, M. (2015). Le principe du vivant. *Repères, cahier de danse*, 35(1), 7-9.
- Potel, C. (2006). *Corps brûlant, corps adolescent*. Ramonville Saint-Agne: Eres.
- Potel, C., Saint-Cast, A. & Vacher, A. (2013). Passer par l'acte psychomoteur. *Enfances Psy*, 61(4), 20-31. DOI 10.3917/ep.061.0020
- Reinhardt, J.-C. (1990). Chapitre premier, les pratiques corporelles. In J.-C. Reinhardt (Ed) *La genèse de la connaissance du corps chez l'enfant* (pp. 249-270) Retrieved from <https://www.cairn.info/la-genese-de-la-connaissance-du-corps--9782130429555-page-249.htm>
- Robert-Ouvray, S. (2014). La fonction d'apaisement de la motricité chez l'enfant. *Le Journal des psychologues*, 316(3), 16-21. DOI 10.3917/jdp.316.0016
- Rochet, T. (2009). Passages par l'acte. In Nassikas, K., Michaud, Y., Le Breton D., Favre, D., Combe, C., Mélése, F. & Rochet, T. (Eds), *Le corps dans le langage des adolescents* (pp. 127-133). Toulouse: Érès. Retrieved from <https://www.cairn.info/le-corps-dans-le-langage-des-adolescents--9782749210315-page-127.htm>
- Rogers C. (1986). *Client-centered approach to thearapy (La thérapie dans le cadre de l'approche centrée sur la personne)*. BHML: Constable.
- Roussillon, R. (2009). L'objet « médium malléable » et la réflexivité. *Psychismes*, 37-50. Retrieved from <https://www.cairn.info/le-transitionnel-le-sexuel-et-la-reflexivite--9782100523085-page-37.htm>
- SDM ft. Booba. (s. d.). *La Zone*. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=M-gmLjEefi8>
- Sechaud, É. (2007). La pensée de Didier Anzieu. *Le Carnet PSY*, 117(4), 18-23. DOI 10.3917/lcp.117.0018



- Spilka, S., Godeau, E., Nézet, O. L., Janssen, É., Philippon, A., Roversi, A., & Ehlinger, V. (2020). *Les consommations d'alcool, tabac et cannabis chez les élèves de 11, 13 et 15 ans*. Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
- Spitz, R. (1979). *De la naissance à la parole*. Paris: Puf.
- Tuillon, V. (s. d.). *Le Coeur sur la table #08 Devenir chèvre*. Retrieved from <https://www.binge.audio/podcast/le-coeursur-la-table/devenir-chevre>
- Valery, P. (2001). *Cahiers, Tome 7, 1918-1921*. Paris: Gallimard.
- Viaux, J.-L. (2013). Chapitre 8. États limites et traumatismes. In Coutanceau, R. & Smith, J. (Eds), *Troubles de la personnalité, ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux...* (pp. 113-127). Paris: Dunod. Retrieved from <https://www.cairn.info/troubles-de-la-personnalite--9782100598694-page-113.htm>
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.
- Winnicott, D. W. (1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Neuilly-sur-Seine: Payot.

## Entretien de Moyano-Adèle-13 ans

### Dessin du bonhomme :



Elle commence par dessiner le rond de la tête et le cou.

« On dirait une toque, je suis un cuisinier » (pour information, elle travaille tous les vendredi en cuisine, juste après la séance de psychomotricité, avec l'éducateur technique en cuisine).

Après avoir dessiné le reste du buste :

« On dirait un manchot ». Elle mime, les bras collés au corps. « J'ai dessiné mon sweat ». Elle me montre son sweat.

Ça lui fait penser à Luisa dans le dessin animé Encanto. Elle la trouve trop « badass » (pour information Luisa est la grande sœur de l'héroïne, elle est grande, a de gros biceps, une voix un peu grave, elle est tellement forte qu'elle déplace des maisons, des ponts et qu'elle peut porter cinq ânes sur ses épaules. Luisa dit qu'elle est forte et que c'est son rôle de grande sœur mais elle se demande ce qu'elle peut bien être en dessous de cette écorce).

Pendant qu'elle colorie l'intérieur du bonhomme, Adèle me parle, elle me dit qu'elle n'aime pas Maui dans Vayana parce qu'il se met en colère très fort.

A la fin du dessin Adèle refuse d'écrire les parties du corps qu'elle connaît, « *la flemme* ».

Elle est d'accord pour me les nommer oralement : « *la tête, les yeux, les oreilles, les mains, les doigts (elle les énumère tous), le ventre, les épaules, elles sont pointues* ».

ça lui fait penser « *à un gars qui a des tatouages sur tout le corps et même dans la bouche, on dirait qu'il porte un pyjama* » (elle m'explique qu'elle l'a vu dans une vidéo). Elle me dit qu'elle ne voudrait pas faire ça « *parce que ça fait mal aux oreilles, aux pieds en sang. J'ai enlevé mes boucles d'oreilles hier parce que ça me faisait mal* ».

« *Ah j'ai oublié quelque chose !* ». Elle rajoute la pupille des yeux (avant ça, les yeux étaient vides).

Notes : les habits qu'elle a dessiné sont les habits qu'elle portait ce jour là.

Le dessin est fait à la table. Elle est détendue et souriante. La posture est adaptée, le geste graphique est fluide.

### **Entretien sur les représentations corporelles**

1-Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?

« *Le cœur, le cerveau, on se demande si on en a un, les os, les poumons, le foie, l'air. Les fées ça n'existe pas, le père Noël, la petite souris* ».

2-Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur ?

« *Le nez, les yeux, les oreilles, les mains, les pieds* ». Elle réfléchit, puis en me regardant : « *Le masque, les oreilles* ». Elle se regarde dans le miroir : « *Les arbres, les voitures* ».

3-Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?

« *Les mains, les pieds, les orteils, j'y arrive bien (elle me montre), les yeux je sais les bouger, la tête, les oreilles pour ceux qui y arrivent, les narines, la langue* » (elle forme un tunnel avec sa langue puis elle fait semblant de s'étouffer avec sa langue et de mourir).

4-On peut faire quoi avec son corps ?

« Danser, jouer, pleins de trucs, le pont, la roue, le piquet, la rosace (elle essaye de me montrer mais n'y arrive pas), le poirier, du hip hop, du judo, du karaté, du basket, du badminton. ». Elle s'arrête au milieu de cette longue diatribe pour me demander, en me montrant ses narines : « est-ce que je saigne du nez ? ».

Elle finit par dire (avec un air gêné) « J'ai bien une autre idée mais je ne veux pas le dire ».

5-Qu'est-ce qui est fragile dans le corps ? Et pourquoi ?

« Les os, parce qu'on peut se casser le bras, le pied ou la colonne vertébrale. C'est pas drôle. Ma mère s'est cassé le dos, une éducatrice s'est cassé la jambe, elle a une barre de fer dans la jambe ».

Elle me parle d'un ami qui est amputé d'une jambe. Elle me dit qu'on peut amputer le bras et qu'elle connaît des gens qui sont nés sans bras, sans pieds.

Elle finit pas me dire qu'elle ne connaît pas ces gens mais qu'elle a vu ça sur Tiktok et dans les vidéos de Tibo Inshape, « c'est là qu'ils ont fait la blague « Pas de bras, pas de chocolat » ».

Puis elle parle « d'un gars qui s'est coupé l'oreille, Van Gogh ».

6-Qu'est ce qui est solide dans le corps ? Et pourquoi ?

« Rien, parce qu'à tout moment on peut tout se casser, le cou, le nez, les oreilles ».

7-Qu'est ce que tu aimes bien dans le corps ? Est-ce qu'il y a des endroits du corps que tu préfères ?

« Les yeux, parce que sans les yeux on ne peut pas voir. Je connais des gens qui sont aveugles. Mais bon ça n'empêche rien ».

Qu'est-ce que tu veux dire ?

« Dans la tête on n'est pas enlevé du monde. J'ai vu une vidéo d'un gars qui est aveugle et pourtant il est DJ ».

« Je connais un gang de trisomiques. Ils font des graffitis sur les murs. Ils sont amis avec la police et ils font pleins de graffs dans un stade désaffecté. Ils se sont entre-tués et après ils se sont cachés. Je les voyais bien parce qu'ils sont dérangés dans la tête. C'est comme les gens alcooliques. Ou les gens maltraités, on devrait leur hôter la vie. C'est comme l'homo, un garçon stupide sur Tiktok, il a fait 1 million de vues parce qu'il a dit qu'il allait se suicider ».

Elle finit par me dire qu'elle me fait une blague, c'est aussi une vidéo qu'elle a vu sur youtube avec Tibo InShape. Concernant les trisomiques, il aurait expliqué qu'il y a des mots qui blessent, il a fait cette vidéo pour que les gens fassent des dons.

Puis elle reprend sa réponse :

*« Les pieds, les mains et les yeux. Parce que c'est ce qui me sers le plus pour être goal. Sinon je ne joue pas si je ne suis pas goal ».*

8-Qu'est ce que tu n'aimes pas comme parties du corps ?

En silence elle me montre son ventre avec une moue réprobatrice.

Pourquoi ?

*« Gros ».*

9-Où est la pensée à ton avis ?

*« J'en sais rien. Dans le cerveau, je sais pas. Ça me fait penser au film où il dit « Je pense » »(elle imite une espèce de position de yoga).*

Quel film ?

*« Kung Fu Panda. Bonne nuit » (elle fait semblant de dormir).*

### **Conte de la fourmi**

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

*« La main »*

2-De là, elle va se promener partout ! Dis moi tout ce qu'elle voit.

*« Les habits ».*

Et puis... ?

*« Et son corps ».*

3-Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans. Quel était ce trou ?

*« Le nombril ».*

Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit ?

*« Son ventre, ses épaules ».*

(Je répète la question en insistant sur le mot « à l'intérieur du corps » et je lui dis que j'ai peut être mal compris sa réponse)

Elle me répète *« Son ventre, ses épaules ».*

Et puis... ?

« *Les nénés, le ventre* ».

Alors à la fin elle ressort...Par où ?

« *Par l'épaule* ».

4- La petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu des choses belles ou pas belles ?

« *Belles* ».

Qu'est-ce qui était beau ?

« *Le nombril et les épaules* ».

Et pas beau ?

« *Les nénés, le ventre* ».

5- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal ?

« *Plaisir* »

Où ?

« *A l'épaule* ».

6- Comment cette histoire s'est-elle terminée ?

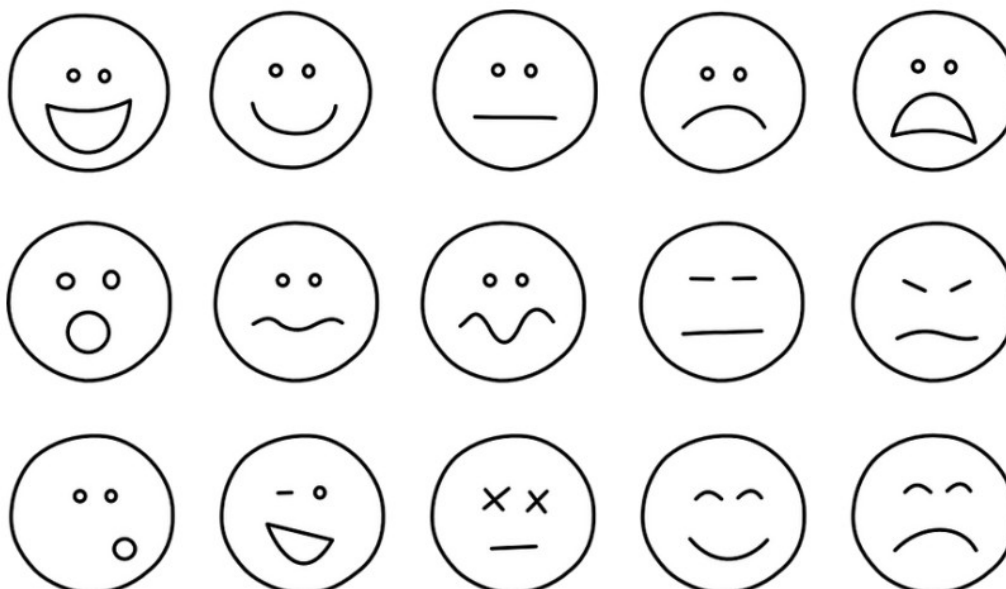
« *La fourmi est ressortie par l'épaule et la petite fille s'est réveillée et elle est partie. Bonne nuit.*

*Fin.* »

Tristesse	Joie	Peur	Colère
Dégoût	Calme	Fierté	Amour
Honte	Surprise	Chaud	Froid

Cartes émotions à poser à côté du personnage

Visages à découper et à poser sur le personnage  
ci-dessous.



Où ressens-tu  
cette émotion ?

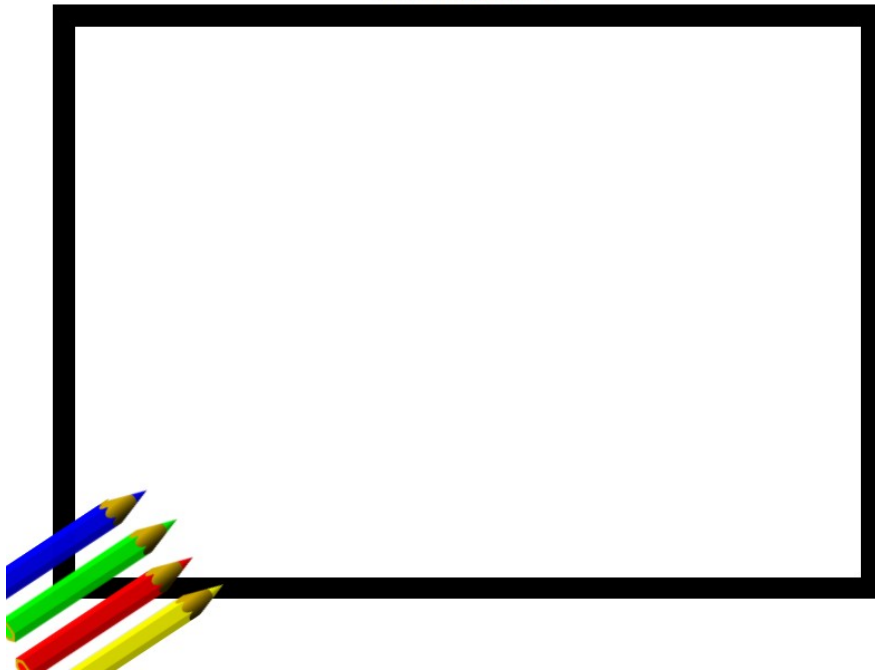
Est-ce chaud ou  
froid ?



Quel est le nom  
de cette émotion  
selon toi ?

Veux-tu poser le  
visage  
correspondant  
sur le personnage  
?

Veux-tu raconter ou dessiner ce qu'il s'est passé  
pour que cette émotion apparaisse ?  
Peux-tu me dire quelle pensée déclenche cette  
émotion ?





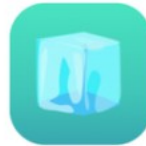
## De quoi as-tu besoin pour aller mieux ?



J'AI BESOIN DE  
PARLER



J'AI CHAUD



J'AI FROID



J'AI BESOIN DE ME  
REPOSER, DE  
DORMIR



J'AI SOIF



J'AI BESOIN  
D'AMOUR, DE  
CÂLINS



J'AI BESOIN DE LIRE  
OU D'ECOUTER  
UNE HISTOIRE



J'AI BESOIN D'ÊTRE  
ECOUTÉ



J'AI BESOIN  
D'ÉCRIRE, DE  
DESSINER



J'AI BESOIN  
D'ATTENTION



J'AI BESOIN DE  
BOUGER, DE  
M'AMUSER



J'AI BESOIN  
D'ECOUTER DE LA  
MUSIQUE, DE  
CHANTER, DE  
DANSER



J'AI BESOIN DE ME  
SENTIR EN  
SÉCURITÉ



J'AI BESOIN DE  
MARCHER

## Comment te sens-tu maintenant ?

